

# SwissDRG – das Wichtigste in Kürze

Seit der Einführung von SwissDRG in den Schweizer Akutspitälern im stationären Bereich steigt das Interesse an Grundlageninformationen zum neuen Vergütungssystem, vor allem auch bei jenen Ärztinnen und Ärzten, die sich bisher wenig mit SwissDRG beschäftigt haben. Deshalb werden im Folgenden verschiedene Aspekte der Tarifstruktur erläutert.

Bettina Holzer

Ressort Tarife und Gesundheitsökonomie Spitalärzte

## Was ist SwissDRG?

SwissDRG ist ein Fallpauschalensystem, das den gesamten stationären Fall anhand von bestimmten Kriterien wie Diagnosen, Behandlungen usw. einer Fallgruppe zuordnet und pauschal vergütet. Insgesamt umfasst das SwissDRG-System ungefähr 1000 Fallgruppen. In jeder Fallgruppe bzw. DRG (*Diagnosis-Related Group*) sind medizinisch und ökonomisch homogene Behandlungsfälle zusammengefasst. Zuständig für die Pflege der schweizweit einheitlichen Tarifstruktur SwissDRG, die auf der Basis des deutschen DRG-Systems entwickelt wurde, ist die SwissDRG AG. Aktionäre der gemeinnützigen SwissDRG AG sind die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), die Spitäler der Schweiz (H+), die Schweizerischen Krankenversicherer (santésuisse), die Medizinaltarif-Kommission UVG (MTK) und die Vereinigung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH.

pflügt das Bundesamt für Statistik (BFS) [1] und entwickelt diese weiter unter Einbezug der Vorschläge der Partner der SwissDRG AG aus dem jährlichen Antragsverfahren. Die Qualität der Kodierung stationärer Behandlungsfälle wird schweizweit anhand der im Spital durchzuführenden Kodierrevision geprüft [2].

Eine Gruppierungssoftware, genannt *Groupier*, generiert mittels eines speziellen Algorithmus eine DRG und weist diese einer Hauptdiagnosegruppe (MDC Major Diagnostic Category) zu. Der Hauptdiagnose, also derjenige Zustand, der am Ende des Spitalaufenthaltes als Diagnose feststeht und Hauptanlass für die Behandlung und Untersuchung war, kommt für die Gruppierung eine entscheidende Bedeutung zu. Weitere Faktoren wie Nebendiagnosen, Prozeduren, Geschlecht, Alter, Aufnahme- und Entlassungsart, Verweildauer, Urlaubstage, Geburtsgewicht bei Neugeborenen bzw. Aufnahmegewicht im ersten Lebensjahr, Dauer der maschinellen Beatmung, intensivmedizinische Aufwandspunkte u. a. nehmen ebenso Einfluss auf die DRG-Zuweisung. Das SwissDRG-Definitionshandbuch beschreibt die Funktionsweise und Zuordnungslogik dieser Gruppierungssoftware [3].

## Grundlage für eine leistungsgerechte Vergütung ist die sorgfältige Dokumentation des medizinischen Falles.

### Wie wird eine DRG ermittelt?

Die Ermittlung einer Fallgruppe bzw. einer DRG erfolgt nach dem Spitalaustritt. Aus den Patientendossiers werden die Diagnosen und Prozeduren, die Aufwand generiert haben, mit den administrativen Falldaten in ein EDV-Programm eingegeben. Grundlage für eine leistungsgerechte Vergütung ist daher die sorgfältige Dokumentation des medizinischen Falles mit den erbrachten Leistungen. Die Diagnosen eines stationären Falles werden anhand der Klassifikation ICD-10 GM ermittelt; für die Abbildung diagnostischer und therapeutischer Massnahmen steht die Schweizerische Operationsklassifikation (CHOP) zur Verfügung. Für die korrekte Verschlüsselung (Kodierung) ist zudem das Kodierungshandbuch mit den Kodierungsrichtlinien notwendig. Diese Regelwerke

### Beispiel für den Einsatz von DRG

**Eine 70-jährige Patientin wird wegen einer Rippenfraktur 10 Tage konservativ stationär behandelt. Bei neu diagnostiziertem Diabetes mellitus erhält sie neben Medikamenten eine Diabetesschulung; eine bekannte koronare Herzkrankheit wird medikamentös neu eingestellt.**

Der *Groupier* weist diesen Behandlungsfall der medizinischen DRG E66B zu. Diese DRG gehört in die Hauptdiagnosegruppe MDC 04 Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane. Insgesamt gibt es, alphabetisch bezeichnet, 23 Hauptdiagnosegruppen sowie Gruppen für Sonderfälle, die gegliedert sind nach Organsystem oder Ursache der Erkrankung. Innerhalb der MDC sind die DRG je nach Behand-

Korrespondenz:  
Dr. med. Bettina Holzer  
FMH  
Froborgstrasse 15  
CH-4600 Olten  
Tel. 031 359 11 11  
Fax 031 359 11 12  
tarife.spital[at]fmh.ch

Tabelle 1

Auszug aus dem Fallpauschalenkatalog SwissDRG 1.0 (Abkürzungen siehe Glossar am Ende des Beitrags).

MDC 04 Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane								
DRG	Partition	Bezeichnung	Kostengewicht	Mittlere Verweildauer	Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer	
					Erster Tag mit Abschlag	Kostengewicht/Tag	Erster Tag zus. Entgelt	Kostengewicht/Tag
E66B	M	Schweres Thoraxtrauma ohne komplizierende Diagnose	0,624	5,9	1	0,373	15	0,074

lungsprozedur einer medizinischen (M), operativen (O) oder «anderen» (A) Partition der Fallpauschale zugewiesen.

Die DRG selbst besteht aus vier alphanumerischen Zeichen, in unserem Beispiel E66B. Diese geben Auskunft zur MDC (E), zur Basis DRG (66), und zum Vorhandensein von DRGs innerhalb der Basis DRG (B). Besteht eine Basis DRG aus mehreren DRGs, so unterscheiden sich diese durch ihren Res-

Das einer DRG zugeordnete Kostengewicht gibt den durchschnittlichen Behandlungsaufwand des Spitalaufenthalts an. Die Kostengewichte werden im Rahmen der jährlichen Systemüberarbeitung jeweils neu kalkuliert und können deshalb von Jahr zu Jahr ändern. Mit dem Kostengewicht 1,0 wird der durchschnittliche Schweregrad eines Falles angezeigt. Eine Abweichung nach unten oder oben weist einen geringeren bzw. höheren Schweregrad im Vergleich

## «Eine solide Datenqualität als Kalkulationsgrundlage ist die Voraussetzung für eine hohe Systemgüte und Weiterentwicklung des Systems.»

ourcenverbrauch anhand von z. B. komplizierenden Diagnosen/Eingriffen oder Alter, Entlassungsgrund und/oder anderen Faktoren. Dabei erfolgt die Reihung im Allgemeinen nach abnehmendem Ressourcenverbrauch, d.h., A bildet den höchsten, B den zweithöchsten usw. Verbrauch ab. DRGs ohne Ressourcen-Unterteilung werden mit «Z» gekennzeichnet.

### Kennzahlen im DRG-System

Im SwissDRG-Fallpauschalenkatalog [4] sind alle DRGs mit ihren wichtigsten abrechnungsrelevanten Kennzahlen zusammengefasst, wie z. B. Kostengewicht (CW), Verweildauer, Zu- und Abschlägen usw.



Eine gute Kosten- und Leistungserfassung im Spital ist für die gerechte Abbildung von klinischen Leistungen im SwissDRG-System unerlässlich.

zum Durchschnittsfall auf. Im Beispiel der Tabelle 1 beträgt das Kostengewicht 0,624 und kennzeichnet einen ökonomisch weniger schweren Fall.

Für jede DRG wird auch die Aufenthaltsdauer berechnet. Fälle, deren Aufenthaltsdauer zwischen unterer und oberer Grenzverweildauer (UVWD bzw. OVWD) liegen, gelten als Normallieger/*Inlier*, im Beispiel beträgt diese Zeit zwischen 2 und 14 Tagen. Patienten mit einer Aufenthaltsdauer unterhalb der unteren Grenzverweildauer sind Kurzlieger/*Low Outlier*, Patienten mit Aufenthaltsdauer über der oberen Grenzverweildauer Langlieger/*High Outlier*. Die mittlere Verweildauer ist die durchschnittliche Zeit, die alle Fälle dieser DRG im Spital sind, im Beispiel 5,9 Tage.

Der gesamte Schweregrad der abgerechneten Behandlungsfälle eines Spitals oder einer Abteilung wird als Case Mix (CM) bezeichnet und ist die Summe der Kostengewichte aller Fälle. Der Case Mix dividiert durch die Anzahl Fälle ergibt den Case Mix Index (CMI), d.h. den durchschnittlichen Schweregrad eines Spitals oder einer Abteilung.

### Von der Fallpauschale zum Erlös

Die Abrechnung des stationären Falles erfolgt nach festgelegten Regeln [5]. Diese definieren auch Ausnahmen wie z. B. die Fallzusammenführung bei verlegten und wieder rückübernommenen Fällen. Entscheidend für die Höhe des Erlöses eines stationären Falles sind das Kostengewicht und der Basisfallwert (*Baserate*, BR). Der Basisfallwert ist jener Betrag, den

die Tarifpartner (Leistungserbringer und Krankensversicherer) für einen Behandlungsfall mit einem Kostengewicht von 1,0 festlegen. Die Multiplikation von Kostengewicht und Basisfallwert ergibt die Vergütung des Behandlungsfalles. Wenn sich die Tarifpartner beispielsweise auf eine Baserate von 10000 CHF einigen, ergibt sich in unserem Beispiel eine Vergütung von 6240 Franken ( $0,624 \times 10000 \text{ CHF} = 6240 \text{ CHF}$ ).

### Datenerfassung bildet Grundlage der Tarifstruktur

Eine gute Kosten- und Leistungserfassung im Spital ist für die gerechte Abbildung von klinischen Leistungen im SwissDRG-System unerlässlich. Die Tarifstruktur SwissDRG wird jährlich überarbeitet, die Spitäler müssen ihre Kosten- und Leistungsdaten hierfür an die SwissDRG AG liefern. Die Kostengewichte wurden in den letzten Jahren aufgrund der Fallkostendaten ausgewählter Spitäler (genannt Netzwerkspitäler) ermittelt, seit 2012 beteiligen sich alle Spitäler an der Datenlieferung an die SwissDRG AG. Die Leistungsdaten werden gemäss den Vorgaben der medizinischen Statistik des BFS erhoben. Für die Erhebung der Fallkosten, die den effektiven Ressourcenverbrauch widerspiegeln sollen, hat die SwissDRG AG REKOLE® als Standard empfohlen [6]. Medikamente, Implantate und medizinisches Material, deren Kosten 1000 Franken überschreiten, sind als Einzelkosten auf den klinischen Fall zu verbuchen. Eine bessere Verteilungsgerechtigkeit bzw. die Reduzierung der Untervergütung von aufwendigen Fällen und Überbewertung der wenig aufwendigen Fälle wird hiermit angestrebt.

Eine solide Datenqualität als Kalkulationsgrundlage ist daher die Voraussetzung für eine hohe Systemgüte und Weiterentwicklung des Systems. Darüber hinaus dient das jährliche Antragsverfahren der Weiterentwicklung des Tarifsystems. Die Fachgesellschaften und Dachverbände bringen sich seit Beginn dieser Arbeiten aktiv ein [7].

### Möglichkeiten für Vertiefung der SwissDRG-Kenntnisse

Gute Kenntnisse im SwissDRG-System gewinnen im klinischen Alltag zunehmend an Bedeutung. Möchten Sie Ihre DRG-Kenntnisse vertiefen oder auffrischen? Neben den regelmässigen Veranstaltungen für unsere Fachgesellschaften und Informationen in der Schweizerischen Ärztezeitung bietet die FMH weiterhin gemeinsam mit H+ Bildung Fortbildungsseminare für Spitalärztinnen und -ärzte zu SwissDRG, zur Kodierung und zu Medizin und Ökonomie an. Die Seminare kommen dabei ohne Sponsoringbeiträge aus und sind nicht gewinnorientiert. Zahlreiche Ärztinnen und Ärzte haben dieses Angebot bereits genutzt und ihr Wissen über SwissDRG erwei-

tert. Neu bieten FMH und H+ Bildung die beiden erstgenannten Seminare direkt im Spital an. Weitere Informationen sind zu finden unter [www.fmh.ch](http://www.fmh.ch) → Tarife → SwissDRG → Fortbildung.

### Literatur

- 1 [www.bfs.admin.ch](http://www.bfs.admin.ch) → Infothek → Nomenklaturen → Kodierungssekretariat
- 2 [www.swissdrg.org](http://www.swissdrg.org) → Tarifdokumente → Kodierrevision
- 3 [www.swissdrg.org](http://www.swissdrg.org) → SwissDRG System 1.0 → Definitionshandbuch SwissDRG 1.0
- 4 [www.swissdrg.org](http://www.swissdrg.org) → SwissDRG System 1.0 → Fallpauschalenkatalog SwissDRG 1.0
- 5 [www.swissdrg.org](http://www.swissdrg.org) → Tarifdokumente → Anwendungsregeln
- 6 [www.hplus.ch](http://www.hplus.ch) → Betriebswirtschaft → Rechnungswesen Spital → Rekole® Handbuch
- 7 Ingenpass P. Antragsverfahren zu SwissDRG – wichtiges Instrument für die Ärzteschaft. Schweiz Ärztezeitung. 2012;93(26):985–6. [www.fmh.ch](http://www.fmh.ch) → Tarife → SwissDRG → Publikationen

### Glossar

DRG	<i>Diagnosis-Related Group</i> , Diagnosebezogene Fallgruppe
MDC	<i>Major Diagnostic Category</i> , Hauptdiagnosegruppe
M	Medizinische Partition einer DRG. Es wurde weder eine OR- (Operationsraum-)Prozedur noch eine lokal signifikante NonOR-Prozedur durchgeführt.
O	Operative Partition einer DRG, mindestens eine OR- (Operationsraum-)Prozedur ist vorhanden
A	«Andere» Partition einer DRG, keine OR (Operationsraum-)Prozedur, aber mindestens eine signifikante NonOR-Prozedur, ist vorhanden. z.B. Endoskopie, invasive Kardiologie
MVD	mittlere Verweildauer
UVWD	untere (Grenz-)Verweildauer
OVWD	obere (Grenz-)Verweildauer
CW	<i>Cost weight</i> , Kostengewicht, Relativgewicht – ökonomischer Schweregrad eines Falles
CM	<i>Casemix</i> , Summe aller Kostengewichte – Schweregrad aller Fälle
CMI	<i>Casemix Index</i> , Fallschwereindex – Summe aller Kostengewichte / Anzahl Fälle
BR	<i>Baserate</i> , Basispreis, wird durch die Tarifpartner festgelegt (Fallvergütung = Kostengewicht x Baserate)
ICD10 GM	<i>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems</i> , 10. Revision der Klassifikation, <i>German Modification</i> , aktuell gültig ICD 10 2010
CHOP	Schweizerische Operationsklassifikation, aktuell gültig CHOP 2012