

Kostenrechnung und Leistungscontrolling:

## Implikationen aus der Verwendung von DRGs in einem leistungsorientierten Finanzierungsmodell

– Erfahrungen aus der Schweiz –

*Cost accounting and performance controlling: Implications from the use of DRGs in a performance-oriented financing model – The Swiss experience*

G. Schüpfer<sup>1</sup>, M. Patzen<sup>2</sup> und A. Schleppers<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Anästhesie-Abteilung, Kantonsspital Luzern, Schweiz (Ltd. Arzt: Dr. G. Schüpfer)

<sup>2</sup> Kantonsspital Uri, Altdorf, Schweiz (Direktor: Dr. M. Patzen)

<sup>3</sup> Institut für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin, Universitätsklinikum Mannheim gGmbH (Direktor: Prof. Dr. Dr. h.c. K. van Ackern)

**Zusammenfassung:** Zeitgemäße Betriebsführung und wirkungsvolles Controlling in Krankenhäusern brauchen eine Outputerfassung, die weit über klassische Leistungsgrößen wie Behandlungstage oder -fälle hinausgeht (z.B. OP-Minuten, LEP-Minuten, Taxpunkte in verschiedenen Leistungsbereichen usw.). Die Verbindung solcher Leistungsmit Kostendaten ist eine unverzichtbare Voraussetzung, um unter neuen Abgeltungssystemen zu bestehen. Die sich nun abzeichnenden Änderungen im KVG wie monistische Finanzierung, Vergütung mit leistungsbezogenen, auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen beruhenden Pauschalen und die zu erwartenden Änderungen der VKL (Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung) dürfen nicht unterschätzt werden. Entwicklung und Betrieb von neuen Kostenrechnungs- und Controlling-systemen werden für Spitäler zunehmend erfolgsentscheidend. Die damit verbundenen Aufgaben müssen von allen Berufsgruppen getragen werden und können nicht nur an die Spitaladministration delegiert werden.

**Summary:** Modern management and effective controlling in hospitals need to collect outputs far beyond the classical performance parameters such as treatment days or cases (e.g. OP

### Von der Finanzbuchhaltung zur Kostenrechnung

Bekanntlich hat die Entwicklung einer eigentlichen, gezielten finanziellen Führung, verbunden mit dem Einsatz der dafür nötigen Instrumente, in den Spitälern im Vergleich zu Industrie und Dienstleistungsbetrieben sehr spät eingesetzt. Bis in die Achtzigerjahre hinein war es üblich, dass das Rechnungswesen eines Spitals mehr oder weniger aus der Finanzbuchhaltung bestand. Für die finanziellen Belange genügte ein Buchhalter. Inzwischen haben sich die Zeiten geändert.

Wer im Spital Kostenrechnungsprobleme zu lösen hat, EDV-gestützte Leistungserfassungssysteme, Leistungscontrolling-systeme und Managementinformationssysteme entwickeln und bewirtschaften muss, weiß, wie aufwändig die Gewinnung von Transparenz bei den betrieblichen Abläufen, der Zuordnung von Kosten zu Leistungen, die Definition von Leistungen sich gestaltet [1, 2]. Kostenrechnungsspezialisten, die Erfahrungen aus der Industrie oder Dienstleistungsbranche mitbringen, bestätigen, dass die Abbildung der Produktionsstrukturen in der Kostenrechnung im Falle eines

minutes, LEP minutes, assessment points in various performance areas, etc.). The linking of such performance and cost data is an indispensable prerequisite for (hospital) survival under the new reimbursement systems. The impending changes in the KVG (Federal Health Insurance Act) such as monistic financing, reimbursement with performance-related flat rates based on structures uniform throughout Switzerland, and expected changes in the VKL (Swiss act on cost determination and performance in hospitals and nursing homes within the health insurance) should not be underestimated. The development and implementation of new costing and controlling systems are becoming ever more decisive for successful operation. The associated tasks must be shouldered by all professional groups, and cannot simply be assigned to the hospital administration.

**Schlüsselwörter:** Diagnosis-Related Groups – Betriebsfinanzierung – Kostenrechnung – Leistungscontrolling – Finanzierungssystem – Schweiz

**Keywords:** Diagnosis-Related Groups – Management – Cost Accounting – Performance Controlling – Financing Systems – Switzerland.

Spitals besonders kompliziert und schwierig ist [3 - 5]. Es geht dabei nicht nur um Informationsgewinnungs- und Verarbeitungsprozesse, sondern auch um weit reichende Kulturveränderungen [6]. Insbesondere die bisher als geschützter Bereich gestaltbare Beziehung zwischen Arzt und Patient wird Teil eines ökonomischen Systems, das transparent gemacht wird (werden soll).

### Aktuelle und künftige Herausforderungen

Es ist offensichtlich, dass eine große Zahl von Schlagworten oder auch „Schlagwort-Problemen“ der Spitäler, die heute in der öffentlichen Diskussion stark präsent sind, einen direkten Bezug zu den neuen Herausforderungen bei Kostenrechnung und Leistungscontrolling haben:

- Auf der Seite der öffentlichen Hand die Instrumente des Leistungsauftrags und Globalbudgets, abgeleitet von der

\* Rechte vorbehalten.

flächendeckenden Durchdringung der öffentlichen Verwaltungen mit den neuen Philosophien des New Public Management (oder auch der wirkungsorientierte Verwaltungsführung).

- Die postulativen Schlagworte „Verselbständigung der Spitäler“ und „Stärkung der unternehmerischen Freiheiten“, die Ansätze und Modelle, die damit verknüpft sind (Umwandlung von Spitalträgerschaften zu selbständig öffentlich-rechtlichen Anstalten oder Aktiengesellschaften, leistungsorientierten Finanzierungssystemen usw.), gewinnen langsam real existierende Wirkung, auch wenn mit der Delegation von Managementverantwortung von der öffentlichen Hand bzw. Verwaltungen an die Spitalführungen viel weiter gegangen werden könnte (und müsste).
- Immer häufiger und immer lauter wird von den Spitalern Transparenz verlangt (gemeint ist in der Regel Kosten- und Leistungstransparenz).

Ein Schwerpunkt bei der laufenden Revision des Krankenversicherungsgesetzes ist die Spitalfinanzierung. Diskussions- und entwicklungsprägend sind dabei folgende Aspekte:

- Die Kantone und die Krankenkassen sollen sich künftig jeweils zur Hälfte die Spitalfinanzierung teilen, wobei öffentliche und private Spitäler gleich behandelt werden. Konsequenzen daraus sind für öffentliche Spitäler schwer abzusehen.
- Mittelfristig (innerhalb von 5 Jahren) ist der Übergang zur „monistischen“ Finanzierung vorgesehen, d.h. Rückzug eines Finanzieres. Bisher ging man in der politischen und öffentlichen Diskussion selbstverständlich davon aus, dass die Kassen der Monist sein werden. Angesichts von mindestens heute in einzelnen Regionen bestehenden Kompetenzdefiziten der Kassen im Bereich Spitalfinanzierung und der Gefährdung von regionalen Versorgungsinteressen wird in jüngster Zeit zu Recht auch gefordert, der Kanton müsse der Monist sein.
- Von den Spitalern wird mehr Transparenz verlangt, d. h. die Spitäler haben zur Ermittlung ihrer Betriebs- und Investitionskosten und zur Erfassung ihrer Leistungen nach einheitlicher Methode eine Kostenrechnung und Leistungsstatistik zu führen. Die Umsetzung dieser Vorgabe auf Verordnungsstufe zeigt sich allerdings alles andere als konsistent und vermittelt den Eindruck von einiger Konzeptlosigkeit.
- Stationäre Behandlungen sollen in Zukunft mit leistungsbezogenen, auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen beruhenden Pauschalen vergütet werden (gemeint sind hier mit Sicherheit keine Tagespauschalen). Die vielfältigen Auswirkungen des Systemwechsels zur leistungsorientierten Finanzierung stellen selbstredend wesentlich höhere Ansprüche an das Datenbereitstellungspotenzial der Spitäler insbesondere im Bereich der Kostenrechnung, als es in der Vergangenheit der Fall war.

Die Kosten der Spitäler und Kliniken (bzw. die noch höchst lückenhaften Kenntnisse darüber) sind auch das zentrale Thema in Tarifverhandlungen, bei Prämienberechnungen der Krankenversicherer, bei Empfehlungen des Preisüberwachers, bei Prämienvergünstigungen durch die Kantone, bei Abschlüssen von Leistungsverträgen sowie bei der Erstellung kantonaler Finanzbudgets.

Immer mehr Gewicht erhalten dabei Kosten- und/oder Betriebsvergleiche zwischen einzelnen Leistungserbringern. Leider ist, was unter der wohlklingenden Bezeichnung Benchmark daherkommt, nur in seltenen Fällen das, was mit diesem arg missverstandenen Begriff in der Betriebswirtschaftslehre bezeichnet wird. Unzureichende Datenqualität bei der Kostenrechnung sowie unklare Verfahrens- und Zuständigkeitsregeln bei Betriebsvergleichen sind ein zunehmendes Risiko für Spitäler und bedeuten eine ziemlich brisante Zukunftsherausforderung für Spitalführungen.

Preiskonkurrenz wird im Gesundheitssektor in der Schweiz im Allgemeinen und im Spitalbereich im Besonderen eine zunehmende Bedeutung bekommen. Wegweisend für Zukunftsentwicklungen in diese Richtung dürften z.B. die Abgeltung der kantonalen Finanzierungsanteile über Norm-Fallpreise sein, die mittels Kosten/Preis-Vergleichswerten der zu finanzierenden Spitäler definiert werden (Modell Zürich und Schwyz). Gegenwärtig hat man noch sehr wenig Erfahrung mit einer Steuerung über Preiskonkurrenz. Unabhängig von der Problematik, ob Preiskonkurrenz richtig ist, wird diese mit Sicherheit erhebliche Auswirkungen auf die Organisation und Verwaltung der Spitäler und ganz besonders auf die Kostenrechnungs- und Controllingqualität haben.

Wie können Kostenrechnungssysteme und Leistungscontrolling diesen steigenden Anforderungen genügen? Wie kann sichergestellt werden, dass nicht mit großem Aufwand nutzlose Datenfriedhöfe geschaffen werden? Welche Kostenrechnungsdaten sind „brisant“ im Sinne von Führungsrelevanz oder Führungswirksamkeit, respektive leisten einen Beitrag zum Überleben des Unternehmens?

Grundsätzlich sollten Kostenrechnungssysteme (und die zugehörigen EDV-Systeme) folgenden Anforderungen genügen:

- Möglichst hohe Output-Flexibilität: Je nach Informationsbedürfnissen sind verschiedene, kurzfristig mit aktuellen Daten und möglichst geringem Aufwand generierbare, Controlling-relevante Datenaufbereitungen möglich. Wichtig ist auch die schnelle und unkomplizierte Anpassungsfähigkeit an neue Entgeltsysteme (z.B. Einführung Tar-Med).
- Hohe Präzision und hoher Differenzierungsgrad der Leistungserfassung.
- Generierbarkeit verschiedener Kostenzuordnungen (primär der Fall, aber auch Kostenzuordnung zu einzelnen Produktions- oder Organisationseinheiten sowie verschiedenen anderen Leistungsbezugsgrößen).
- Mindestens in Spitalbereichen mit hohen Produktionskosten (wie z.B. OP) Verfügbarkeit von Standard- und Ist-Kosten. Auch bei den Fallkosten bekommen Normkostenwerte eine steigende Bedeutung.

#### **An ihren Daten sollt ihr sie erkennen...?**

Das biblische Motto „An ihren Taten sollt ihr sie erkennen“ müsste heute aus Spitalperspektive lauten: „An ihren Daten sollt ihr sie erkennen“, wobei Daten die (guten) Taten natürlich möglichst gut abbilden sollten. Was allerdings mit der von allen Finanzierungsträgern geforderten Transparenz inhaltlich gemeint ist, muss dringend geklärt werden. Spitäler haben dann ein starkes Interesse an der Bereitstellung von zuverlässigen Kostendaten, wenn sie möglichst frei über den Einsatz dieser Daten entscheiden können und wenn nicht

mehr das Kostendeckungsprinzip gilt, sondern Preise abgegolten werden [7, 8].

Die in Vernehmlassung befindliche VKL fordert ohne Einschränkung, dass Genehmigungsbehörden, fachlich zuständige Stellen des Bundes sowie die Tarifpartner Einsicht bekommen in alle Datenbestände einer Kosten- und Leistungsrechnung. Hier ist es dringlich, dass eine Trennlinie zwischen spitalinternen Rechnungsdaten, welche nicht öffentlich verfügbar sind, und Vorgaben, die für eine einheitliche Kosten- und Leistungsausscheidung zum Zweck der Tarifberechnung gemacht werden, gezogen wird.

### ABC-Regel der Datenbereitstellung

Im Vordergrund steht gegenwärtig in fast allen Spitälern die Entwicklung und Verbesserung einer Kostenträgerrechnung. Um das Verhältnis zwischen Aufwand und Nutzen in vernünftigen Grenzen zu halten, ist es erforderlich, vorher genau zu definieren, welche Informationen man mit einer Trägerrechnung gewinnen will. Das Kosten-Nutzen-Verhältnis bei der Bereitstellung einer Ist-Vollkostenrechnung für den einzelnen Fall ist angesichts der steigenden Nutzungsmöglichkeiten vergleichsweise günstig. Bei der Weiterentwicklung zur Normkosten-, Plan- oder Standardkostenrechnung sind dagegen Fragezeichen am Platz.

Um die Kostenrechnung im Sinne der oben beschriebenen Anforderung nicht nur intern, sondern auch extern im Zusammenwirken mit andern Spitälern und Finanzierungsträgern optimal einsetzen zu können, ist die Harmonisierung der Kosten- und Erlösrechnung von größter Wichtigkeit. Es geht dabei um eine einheitliche Definition der Kostenträger sowie die Festlegung von Minimalstandards für die Leistungsverrechnung. Als Ziel muss erstens ein Quervergleich zwischen den Spitälern als Grundlage für Führungsent-scheide möglich sein und zweitens müssen Grundlagen für eine gemeinsame aktive Tarifpolitik geliefert werden.

Ein gutes Verhältnis zwischen Aufwand und Nutzen kann in der Regel auch durch die Einführung der AP-DRG-Fallgruppierung erreicht werden. Die DRGs haben bekanntlich den großen Vorteil, dass sie mit Daten (Datensatz für das Bundesamt für Statistik), welche in den Spitälern routinemäßig erhoben werden – ohne dass eine Transcodierung nötig ist – berechnet werden könnten. DRG-Daten können maßgeblich dazu beitragen, dass leistungsorientierte Finanzierungssysteme echt leistungsorientiert werden. Die Einführung von DRGs und die Erhebung des Basisdatensatzes ist nach Erfahrungen in Deutschland allerdings mit einem großen Aufwand verbunden [9]. Letztlich liefert das System wichtige Daten zur internen Leistungssteuerung. Wegen der wachsenden Ansprüche der Patienten und Ärzte sowie der damit verbundenen Kostensteigerung sind die AP-DRG ein guter Kompromiss für die Verteilung von Risiken zwischen Leistungserbringern und Finanzierern.

Aussagekräftige Informationen für die finanzielle Führung wird durch die Kombination von AP-DRG-Daten und einer Kostenträgerrechnung bereitgestellt. Es entsteht mit vertretbarem Aufwand eine wesentlich bessere Transparenz von Kosten und Qualität, indem verschiedenste Controlling-relevante Daten generiert werden können.

Die Verwendung von AP-DRG-Daten zur Ermittlung von CMI-adjustierten Fallpauschalen hat gegenüber der konventionellen Methode der Direktabgeltung von Fallgruppen vor

allem für kleinere Spitäler oder für bestimmte Behandlungseinheiten (z.B. Intensivstationen) viele Vorteile:

- In einem kleineren Spital ergeben sich sowohl bei den AP-DRGs (ca. 20 - 30% der 641 bestehenden Gruppen) als auch bei den Major Diagnosis Categories (MDCs, insgesamt 25 Kategorien) zu kleine Fallzahlen pro Kategorie, um ein sinnvolles Controlling durchzuführen.
- In Kombination mit einer Vollkosten-Trägerrechnung liefert das System Standardfallkosten für die einzelnen Fallgruppen, was für das interne Controlling und die Kalkulation des Spitals von Bedeutung ist. Die Abgeltung von CMI-adjustierten Fallpreisen und die spitalinternen Kostenkontrollmöglichkeiten mit einer Trägerrechnung ergänzen sich auf ideale Weise, ohne dass eine Standardkostenrechnung geführt werden muss.
- CMI-adjustierte Fallkosten eignen sich hervorragend für Betriebsvergleiche.

Weil die Qualität von Leitungserfassung und Codierung ein Schlüsselfaktor der dargestellten Systeme ist sowie intern wirksame Leistungs- und Kostensteuerung unerlässlich sind, steht und fällt die Einführung von Kostenrechnung- und Leistungscontrollingssystemen mit der Möglichkeit, medizinische und ökonomische Rationalität bzw. Denkweisen zu integrieren [9] und die Zusammenarbeit zwischen Ökonomen/Rechnungsspezialisten, Medizinerinnen und Pflegenden zu intensivieren und zu verbessern. Das heißt, die Erfolgspotenziale von neuen Steuerungskonzepten hängen zu einem wesentlichen Teil von kulturellen Faktoren ab [10 - 13].

Die gewachsenen beruflichen Subkulturen Spital mit einem hohen Grad an Subautonomie und eigenem professionellem Selbstverständnis kommen nicht darum herum, einen höheren Grad an Integration und interdisziplinärer Zusammenarbeit zu entwickeln.

### Literatur

1. Vitez TS. Principles of cost analysis. *J Clin Anesth* 1994; 6:357-63.
2. Sperry RJ. Principles of economic analysis. *Anesthesiology* 1997; 86:1197-1205.
3. Pontone S, Finkel S, Desmots JM, De Pourville G. Is the relative complexity index beta an accurate indicator of the cost of anesthesia? *Ann Fr Anesth Reanim* 1997; 12:539-543.
4. Macario A, Vitez TS, Dunn B, McDonald T. Where Are the Costs in Perioperative Care - Analysis of Hospital Costs and Charges for Inpatient Surgical Care. *Anesthesiology* 1995; 83:1138-44.
5. Gylmark M. A review of cost studies of intensive care units: Problems with the cost concept. *Crit Care Med* 1995; 23:964-972.
6. Sager O. Führung eines Profitcenters. Lexis Verlag, Glattbrugg/Zürich. Schweiz 1997.
7. Detsky A, Nagle I. A clinician's guide to cost-effectiveness analysis. *Ann Intern Med* 1990; 113:147-154.
8. Chan Y C. Improving Hospital Cost Accounting with Activity-based Costing. *Health Care Management Review* 1993; 18:71-77.
9. Afflerbach Frank. DRG's-Damoklesschwert oder Silberstreif. Was ist nach aktuellem Stand vom neuen Fallpauschalensystem zu erwarten? *DMW* 2002; 127:187-188.
10. Finkler SA. The distinction between cost and charges. *Ann Intern Med* 1982; 96:102-109.
11. Fisher DM, Macario A. Economics for anesthesia care. A call to arms! *Anesthesiology* 1997; 86:1018-1019.
12. Edge G, Morgan M. Anesthesia - Value for money. *Anaesthesia* 1996; 51:105-106.
13. Doubilet P, Weinstein MC, McNeil BJ. Use and misuse of the term "Cost effective" in medicine. *NEJM* 1986; 314:253-256.

### Korrespondenzadresse:

Dr. med. *Guido Schüpfer*, MBA HSG  
 Ltd. Arzt der Anästhesie-Abteilung  
 Stabschef Ärztliche Direktion  
 Kantonsspital Luzern  
 Spitalstraße, CH-6000 Luzern 16  
 Tel.: 0041 / 41 / 2052424, E-Mail: guido.schuepfer@ksl.ch