



Vertraulich

Erfolgskontrolle der Staatsbeiträge des Kantons Bern an die Privatklinik Meiringen



Cap Gemini Ernst & Young Schweiz AG
Belpstrasse 23
Postfach 5032
CH-3001 Bern

Telefon +41 31 320 61 11
Telefax +41 31 320 68 29

Inhaltsverzeichnis

1 Zielsetzung und Vorgehen.....	7
2 Vollzugsanalyse auf Ebene der GEF.....	12
2.1 Grundzüge des Vertrags	12
2.2 Beiträge, Kostentransparenz, Ermessensspielraum.....	13
2.3 Analyse der Kostentransparenz und des Ermessensspielraumes	13
2.4 Vollzugsablauf innerhalb der GEF vor dem Hintergrund der Restrukturierung	18
3 Analyse der Angebotsstruktur und des Leistungs-profils	20
3.1 Die Behandlungsstationen und Bettenkapazitäten der PM.....	21
3.2 Strukturanalyse anhand von Patientenstatistiken.....	27
3.3 Analyse der medizinischen Statistik (ICD-Codes)	47
3.4 Behandlungsqualität/Qualitätsmanagement	52
4 Effizienzanalyse.....	55
4.1 Personalstruktur	55
4.2 Vergleich Kostenstrukturen PM mit anderen Psych. Kliniken des Kantons Bern.....	64
4.3 Detailvergleich der Erträge und Kosten pro Pflegebereich und Kostenart zwischen der PM und der PKM.....	68
4.3.1 Gesamtvergleich der Erträge und Kosten.....	68
4.3.2 Akutbereich.....	72
4.3.3 Rehabilitation	73
4.3.4 Geriatrie/Gerontopsychiatrie	74
4.3.5 Gesonderte Betrachtung der Infrastrukturkosten.....	75
5 Gesamtbeurteilung.....	79
5.1 Zusammenfassung der Ergebnisse und Positionierung der PM im Rahmen einer kantonalen Psychiatrieversorgung	79
5.2 Optimierung der Vertragsgestaltung GEF-PM (Leistungs-vereinbarung)	85
5.2.1 Schwächen der bisherigen Vertragsgestaltung.....	85
5.2.2 Elemente einer möglichen Leistungsvereinbarung	87
5.2.3 Beispiele für Leistungsvereinbarungen zwischen zuständiger Kantonalverwaltung und Spitälern.....	89
5.2.4 Empfehlungen.....	90
6 Anlage	96
6.1 Vertrag.....	97
6.2 ZuweiserInnen-Umfrage der PM.....	98
6.3 Stellungnahme der PM zur Erfolgskontrolle	99

Tabellenverzeichnis

1. Tabelle: Stationen der PM einschliesslich Bettenkapazitäten und Behandlungsprofil	24
2. Tabelle: Angebotsstruktur ausgewählter Psychiatrischer Kliniken des Kantons Bern (1999)	25
3. Tabelle: Vergleich psych. Kliniken des Kantons Bern nach Bettenkapazitäten (1998)	26
4. Tabelle: Vergleich psych. Kliniken des Kantons Bern nach Anzahl Patienten differenziert nach stationärem und ambulantem Pflegebereich (1998)	27
5. Tabelle: Vergleich Behandlungsschwerpunkte PM/PKM anhand durchschnittlichem Patientenbestand (Basis 1999).....	27
7. Tabelle: Pflage tage der PM differenziert nach Patientenherkunft und Stationsbereichen (1999) in absoluten Werten.....	30
8. Tabelle: Pflage tage der PM differenziert nach Patientenherkunft und Stations-bereichen (1999) in Prozenten.....	30
9. Tabelle: Verrechnete Pflage tage der PKM differenziert nach Herkunft und Pflegebereich (1999)	33
10. Tabelle: Vergleiche Eintritte in die Kliniken PM und PKM (1999)....	34
11. Tabelle: Vergleich Aufenthaltsdauern der psychiatrischen Kliniken des Kantons Bern (1998)	35
12. Tabelle: Vergleich Eintrittsjahr bei der PM und der PKM bzgl. aller 1999 gemeldeten Fälle.....	36
13. Tabelle: Entwicklung Pflage tage der PM differenziert nach Versicherungskategorien (1995 – 1999)	40
14. Tabelle: Entwicklung der Austritte der PM differenziert nach Versicherungskategorien (1995 – 1999)	41
15. Tabelle: Entwicklung der Aufenthaltsdauer in Tagen der PM differenziert nach Versicherungskategorien (1995 – 1999)	41
17. Tabelle: Analyse der Zuweisungen der PM (1999).....	45
18. Tabelle: Diagnosevergleich der PM 1997 – 1999 (Basis: Tätigkeitsbericht PM; Auswertungen der GEF für das Jahr 1999)	47
19. Tabelle: Diagnosestatistik PKM 1999 (Basis: Auswertungen der GEF)	48

20. Tabelle: Auswertung der Aufenthaltsdauern von Patienten mit depressiven Störungen (ICD-Code F32) anhand ausgewählter psych. Kliniken des Kantons Bern (1999).....	50
21. Tabelle: Vergleich Personaldotation der psychiatrischen Kliniken pro 100 effektiv belegte Betten 1998.....	56
22. Tabelle: Zusammenfassendes Ergebnis der Personaldotationsstudie von 1994 für die PM Soll – Ist Abgleich in absoluten Stellenanteilen	57
23. Tabelle: Entwicklung des durchschnittlichen Personalbestands nach Berufsgruppen in der PM für den Zeitraum 1994 bis 1999.....	59
24. Tabelle: Entwicklung des Personalbestands der PM und des quantitativen Anforderungsprofils.....	60
25. Tabelle: Durchschnittliche Personalkosten pro Stelle und Personalkategorie (Basis: Kostenrechnung und Stellenplan der PM und der PKM, 1999)	61
26. Tabelle: Vergleich Personaldotation im Verwaltungsbereich in den psych. Kliniken des Kantons Bern (Basis: Betriebstatistik der GEF, 1998)	63
27. Tabelle: Gesamtvergleich der Ertrags- und Kostenstrukturen zwischen der PM und der PKM 1999	68
28. Tabelle: Taxbeiträge der PM nach Wohnort und Versicherungsklasse	69
29. Tabelle: Vergleich der Erträge und Kosten der Kliniken PM und PKM pro Pflgetag differenziert nach Pflegebereichen.....	70
30. Tabelle: Vergleich der Erträge und Kosten der Kliniken PM und PKM bezogen auf die behandelten Patienten (Fälle)	71
31. Tabelle: m2-Zins in der PM und PKM.....	77

Verzeichnis der Diagramme mit Grafiken

Organigramm Beteiligungsgesellschaft und Klinik	22
Organigramm Klinik	22
Grafik Vergleich der Pflorgetage psychiatrischer Kliniken im Kanton Bern (1998)	28
Grafik Vergleich Pflorgetage nach Klassen der psychiatrischen Kliniken des Kantons Bern (1998)	28
Grafik: Entwicklung Austritte und Pflorgetage der Psychiatriekliniken des Kantons Bern.....	37
Grafik: Entwicklung Austritte und Pflorgetage in der PM	37
Grafik: Entwicklung Austritte und Pflorgetage in der PM nach Sektoren (1993 – 1999) im Bereich Akut	39
Grafik: Entwicklung Austritte und Pflorgetage in der PM nach Sektoren (1993 – 1999) im Bereich Reha	39
Grafik: Entwicklung Austritte und Pflorgetage in der PM nach Sektoren (1993 – 1999) im Bereich Geriatrie	40
Grafik: Behandlungsinzidenz und -prävalenz psychiatrischer Kliniken des Kantons Bern (1992-1999)	43
Grafik Vergleich Aufenthaltsdauer PM und PKM in den Hauptdiagnosegruppen F1 – F4 (Auswertungen der GEF 1999)	49
Grafik: Besoldungen in Franken pro Pflorgetag.....	60
Grafik Vergleich Psych. Kliniken Bern Aufwand pro Pflorgetag 1998	65
Grafik: Vergleich Psych. Kliniken Aufwand pro Patient 1998	66
Grafik: Aufenthaltsdauer Psychiatrischer Kliniken im Vergleich (1998) ..	67

Abkürzungsverzeichnis

AFB	Amt für Finanz- und Betriebswirtschaft
APBB	Amt für Planung, Bau und Berufsbildung
BFS/KS	Bundesamt für Statistik, (Krankenhausstatistik)
BFS/MS	Bundesamt für Statistik (Medizinische Statistik)
CGEYC	Cap Gemini Ernst & Young Consulting
CPB	Centre Psychiatrique de Bellelay
DP	Dienststelle für Psychiatrie
GEF	Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern
PKM	Psychiatrische Klinik Münsingen
PM	Psychiatrische Klinik Meiringen; früher Psychiatrische Nervenklinik Meiringen (PNM)
UPD	Universitäre Psychiatrische Dienste

Wir bitten um Verständnis, dass der Lesbarkeit halber im Regelfall die männliche Endung am Wortende angewandt wurde. Dies schliesst selbstverständlich Personen weiblichen Geschlechts mit ein und sollte nicht als Diskriminierung interpretiert werden.

1 Zielsetzung und Vorgehen

Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (GEF) hat Cap Gemini Ernst & Young Consulting (CGEYC) beauftragt, eine Erfolgskontrolle im Sinne einer „Grobuntersuchung“ der an die Privatklinik Meiringen geleisteten Staatsbeiträge seitens des Kantons Bern vorzunehmen.

Hintergrund ist die Verpflichtung durch das Staatsbeitragsgesetz aller Direktionen des Kantons Bern, alle vom Kanton Bern ausgereichten Subventionen in regelmässigen Abständen zu überprüfen (Erfolgskontrolle). Dabei unterscheidet die Erfolgskontrolle zwischen erstmaligen Grobuntersuchungen und Detailuntersuchungen, welche ggf. nach erfolgter Grobuntersuchung gesondert vorgenommen werden.

Im Rahmen dieser Grobuntersuchung wurden zwei Themenbereiche behandelt: Zum einen die Auswirkungen der Angebots- und Leistungsstruktur der Psychiatrischen Klinik Meiringen (PM) im Rahmen der psychiatrischen Versorgung des Kantons Bern; zum zweiten die damit zusammenhängenden betriebswirtschaftlichen und vollzugstechnischen Fragestellungen.

In der folgenden Aufstellung sind die Einzelfragen aus den Themenbereichen Vollzugskontrolle, Effektivität und Effizienz der Leistungen der PM aufgeführt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass einige Fragestellungen, insbesondere mit Bezug auf die Wirkungen, Bedarfsgerechtigkeit und Qualität der Leistungserbringung seitens der PM umfangreiche Patientenbefragungen und medizinische Analysen des Patientenbestandes vor Ort erfordern, was einer Detailanalyse vorbehalten bleibt. Aussagen zur Übereinstimmung der seitens der PM erbrachten Leistungen mit der kantonalen Psychiatrieplanung können mangels vorliegender Planungsgrundlagen derzeit ebenso wenig gemacht werden, wie die mögliche Konkurrenz durch das Angebot der PM von alternativen und gegebenenfalls kostengünstigeren Versorgungssystemen.

Auflistung der Fragestellungen, die den folgenden Analysen zugrunde liegen:

- Zum Vollzug:** Welche Beiträge hat der Kanton in den letzten 5 Jahren geleistet und über welche Konten? Besteht Kostentransparenz in Bezug auf den Zusammenhang von kantonalen Aufwendungen und den verschiedenen erbrachten Leistungen?
Besteht ein Ermessensspielraum der kantonalen Behörden?
Wie kann der Vollzugsablauf beschrieben werden?
Wird der Vertrag zwischen der Gesundheits- und Fürsorgedirektion und der Klinik eingehalten?
Gibt es Probleme, Doppelspurigkeiten, etc. beim Vollzug?
Könnte ein neuer Vertrag den Vollzug verbessern?
Welche Elemente müsste er diesbezüglich beinhalten?
- Zur Wirkung:** Haben die Staatsbeiträge eine Wirkung im Sinne der definierten Zielsetzungen?
Ist das Angebot bedarfsgerecht?
Welche Leistungen wurden in den letzten Jahren erbracht?
Schafft das heutige Finanzierungssystem geeignete Anreize im Hinblick auf die angestrebten Zielsetzungen des Staatsbeitrags?
Bietet die Privatklinik Meiringen (PM) ein spezielles Angebot an, welches von bestimmten Patientengruppen benötigt/gewünscht wird?
Wie ist die Qualität der Behandlung in der Privatklinik Meiringen im Vergleich zu anderen Psychiatriekliniken des Kantons?
Steht das heutige Angebot in Bezug auf die Infrastruktur (Bettenzahl, Standort, Einzugsgebiet, therapeutisches Angebot, etc.) im Einklang mit der kantonalen Psychiatrieplanung?
Könnte ein neuer Vertrag die Wirkung verbessern? Welche Elemente müsste er diesbezüglich beinhalten?

Zur Effizienz: Wird der Staatsbeitrag als Ganzes möglichst effizient eingesetzt?

Könnten die angestrebten Wirkungen kostengünstiger erreicht werden?

Welche Leistungen erbringt die PM innerhalb des Gesamtsystems der kantonalen psychiatrischen Versorgung?

Welche Schnittstellen bestehen mit dem restlichen Versorgungssystem? Ist das insgesamt eine effiziente Lösung?

Werden Überkapazitäten festgestellt?

Werden alternative und kostengünstigere Versorgungssysteme konkurrenziert? Z. B. Altersheime, Behindertenheime, ambulante psychiatrische Versorgung, etc.

Könnte ein neuer Vertrag die Effizienz verbessern? Welche Elemente müsste er diesbezüglich beinhalten?

Zur Vorteilhaftigkeit: Kann der Staatsbeitrag als vorteilhaft bezeichnet werden (Überwiegen des Nutzens über die Kosten)?

Ist eine Alternative denkbar? Was wäre, wenn es das Angebot in Meiringen nicht gäbe?

Die vorgenommenen Analysen basieren auf folgenden Grundlagen:

- Fachgesprächen mit Vertretern der PM aus der Geschäftsführung, der Klinikleitung, der Finanzdirektion sowie umfangreichen von der PM zur Verfügung gestellten Patientenstatistiken, medizinischen Statistiken und betriebswirtschaftlichen Dokumenten (Kostenrechnung)

- Fachgesprächen mit Vertretern der GEF, der Abteilung für wissenschaftliche Auswertung (Auftraggeber), der Dienststelle für Psychiatrie, dem Amt für Planung, Bau und Berufsbildung (APBB), dem Amt für Finanz- und Betriebswirtschaft (AFB), dem Kantonalarzt sowie umfangreichen von der GEF zur Verfügung gestellten Sekundärmaterialien. Spezielle Auswertungen zur aktuellen Medizinstatistik der PM wurden freundlicherweise von der Abteilung für wissenschaftliche Auswertungen der GEF vorgenommen und uns zur Verfügung gestellt.
- Fachgesprächen mit dem Leiter der Psychiatrischen Klinik Münsingen (für den betriebswirtschaftlichen Vergleich mit der PM) sowie der Finanzdirektion und umfangreichen betriebswirtschaftlichen Dokumenten (Kostenrechnung)
- Fachgesprächen mit den Leitern der fünf kantonalen Psychiatrischen Stützpunkte

Den aufgezeigten Fragestellungen entsprechend gliedert sich die Erfolgskontrolle in drei Untersuchungsbereiche:

Im Kapitel zwei wird eine Vollzugsanalyse auf Ebene der GEF vorgenommen. Analysiert werden in diesem Zusammenhang die Grundzüge des Vertrages zwischen der PM und der GEF, die Beitragsentwicklung, die Kostentransparenz und der Ermessensspielraum seitens der GEF. Auf den Vollzugsablauf innerhalb der GEF wird insbesondere vor dem Hintergrund der derzeitigen Restrukturierung eingegangen.

Im dritten Kapitel wird die Angebotsstruktur und das Leistungsprofil der PM auf Basis der Patientenstatistiken sowie der medizinischen Statistiken untersucht. Hier geht darum, soweit möglich durch Vergleich mit den anderen psychiatrischen Kliniken des Kantons Bern die Wirkungen und die Qualität der Leistungserbringung zu beleuchten. Aufgrund der Überschneidung des Versorgungsgebietes zwischen der PM und der Psychiatrischen Klinik Münsingen (PKM) wird dem Vergleich zwischen diesen beiden Kliniken besondere Beachtung zugemessen.

Im vierten Kapitel wird vor dem Hintergrund des Leistungsprofils die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung der PM bewertet. Zunächst wird ein Vergleich auf aggregierter Ebene mit den anderen psychiatrischen Kliniken vorgenommen, anschliessend wird ein Detailvergleich auf Ebene der einzelnen Behandlungsbereiche mit der PKM durchgeführt.

Im Kapitel fünf werden die Ergebnisse der Analysen zusammengefasst und im Hinblick auf eine Positionierung der PM im Rahmen der kantonalen Psychiatrieversorgung vorgenommen (unter den genannten Einschränkungen). Darüber hinaus werden mögliche Elemente einer zukünftigen Leistungsvereinbarung analysiert und diesbezüglich konkrete Empfehlungen ausgearbeitet.

Wir möchten uns abschliessend für die freundliche Kooperation aller Beteiligten, insbesondere bei der Psychiatrischen Klinik Meiringen bedanken. Ebenfalls möchten wir uns bei der Psychiatrischen Klinik Münsingen bedanken für die Bereitstellung der internen Kostenrechnungen, welche uns den betriebswirtschaftlichen Detailvergleich zwischen den beiden Kliniken ermöglicht hat.

2 Vollzugsanalyse auf Ebene der GEF

2.1 Grundzüge des Vertrags

Grundlage für die Staatsbeiträge des Kantons Bern an die Private Nerven-
klinik Meiringen ist der Vertrag vom 7. September 1981.

Rechtsgrundlage sind zum einen das Spitalgesetz sowie das
Fürsorgegesetz. In den Grossratsbeschlüssen vom 24.9.1986 (Spitalgesetz)
und 21.9.1988 (Fürsorgegesetz) wurde der Vertrag mit der PM bestätigt
und hinsichtlich der Sub-ventionshöhe festgelegt (siehe Abschnitt 2.2.).

Vertragszweck ist demnach die Inanspruchnahme von Dienstleistungen
bzw. Leistungskapazitäten der PM durch den Kanton im Sinne eines Bei-
trages zur Sicherstellung der stationären psychiatrischen Versorgung sowie
der Versorgung von pflegebedürftigen, psychisch alterierten Personen.

Aufgrund des abgeschlossenen Vertrages verpflichtet sich die PM

- hospitalisierungsbedürftige psychisch Kranke (Psychiatrieabteilung)
sowie
- pflegebedürftige psychisch Alterierte (CP- oder Pflegeabteilung)

zu ermässigten Taxen (analog der staatlichen Kliniken) aufzunehmen, für
ihre fachgemässe Behandlung und Pflege zu sorgen und den Klinikbetrieb
wirtschaftlich zu führen. Dabei wird unter Zugrundelegung eines Aus-
lastungsgrades von 90 – 95 % auf die Bereitstellung von 160 Betten ab-
gestellt.

Im Vordergrund des Vertrages steht gemäss Wortlaut insbesondere die
Spitalregion I, umfassend die **Spitalbezirke Interlaken und Meiringen**.
Im Vortrag des Gesundheits- und Fürsorgedirektors des Regierungsrates
des Kantons Bern (Sitzung vom 24. September 1986) wird hinsichtlich der
Rolle der PM in der Bernerischen Psychiatrieversorgung ausgeführt, dass
durch den Vertrag mit der PM die Versorgungslücke geschlossen werden
soll, welche durch eine unzureichende Abdeckung der Patienten aus dem
Oberland-Ost durch die drei staatlichen Psychiatriekliniken (Münsingen,
Bern, Bellelay) entsteht. Damit soll dem Grundsatz entsprochen werden,
wonach die **Einrichtungen der stationären Grundversorgung** für alle
Kantonseinwohner in zumutbarer Zeit erreichbar sein sollten.

Als Geltungsbereich wird auf Patienten mit Wohnsitz im Kanton Bern bzw. für die ein Bernerisches Gemeinwesen fürsorgepflichtig ist, abgestellt.

2.2 Beiträge, Kostentransparenz, Ermessensspielraum

Analyse der Kantonsbeiträge

Die folgende Gegenüberstellung zeigt, dass sich die Aufwendungen im Bereich des Fürsorgegesetzes gegenüber den ursprünglichen Vorgaben auf Basis des Grossratsbeschlusses von 1988 vervielfacht haben (Steigerung um 450 %). Demgegenüber sind die Aufwendungen im Bereich des Spitalgesetzes grundsätzlich von der Grössenordnung im vorgegebenen Rahmen geblieben.

Abteilung	GRB-Beschluss	Massgebende Gesamtsumme in SFR	Effektive Ausgaben 1996
Spitalgesetz	1986	3.451.780,-	3.033.121,50
Fürsorgegesetz	1988	1.000.000,-	5.481.004,90

Quelle: GEF (DP)

Die Frage nach den vom Kanton in den letzten 5 Jahren geleisteten Beiträgen sowie der Kostentransparenz in Bezug auf den Zusammenhang von kantonalen Aufwendungen und den verschiedenen erbrachten Leistungen kann nicht beantwortet werden, da CGEYC seitens des zuständigen APBB die entsprechenden Datengrundlagen nicht erhalten hat.

2.3 Analyse der Kostentransparenz und des Ermessensspielraumes

Die Abgeltung der Leistungen der PM erfolgt gemäss Art 6. des Vertrages auf Basis einer an die Grundsätze der VESKA angelehnten Jahresrechnung sowie der VESKA – bzw. VSA Betriebsstatistik in Form einer Entschädigung für Ertragsdefizite bzw. Aufwandsüberschüsse nach Abzug der Erträge von den Versicherern, Patienten, Stiftungen und Hilfsfonds sowie eventueller Betriebsbeiträge des Bundes, der Kantone oder anderer Körperschaften bzw. Einrichtungen.

Mit anderen Worten erfolgt seitens des Kantons eine Subventionierung des Betriebsdefizits, insoweit die zugrunde gelegten Aufwendungen im Sinne der Entschädigungsregelungen anrechenbar sind. Neben dem eigentlichen Betriebsaufwand von stationären Patienten ist auch der Aufwandsüberschuss der Nebenbetriebe (Landwirtschaftsbetrieb, Kinderkrippe) anrechenbar.

Die Abrechnungsmodalitäten werden gemäss Art 6 (1) des Vertrages in einem besonderen Formular festgehalten (Anhang).

Demnach ist (gemäss Anhang 1 des Vertrages) eine Kostenausscheidung der 160 Bettenkapazitäten in die psychiatrische Abteilung und die CP- oder Pflegeabteilung vorzunehmen und sollte im Einvernehmen zwischen der GEF und der PM jährlich überprüft werden. Eine Kostenausscheidung mittels Kostenrechnung wurde zum Vertragszeitpunkt gefordert und ist auch seit mehreren Jahren realisiert.

Spezielle Festlegungen werden im Anhang 1 bzgl. der Abschreibung und Verzinsung von Anlagevermögen, der Tariffestsetzung sowie dem Abrechnungsmodus getroffen. Bzgl. der Tariffestsetzung wird im Bereich der Psychiatrischen Abteilung auf die Tarife der KK-Versicherung und weiterer Sozialversicherungen sowie hinsichtlich der Selbstzahler auf die Festsetzung der Tarife für Selbstzahler in Absprache mit der GEF hingewiesen. Bzgl. der Pflegeabteilung wird auf eine Tariffestsetzung entsprechend den jeweils gültigen Richtlinien der GEF abgestellt.

Hinsichtlich der **Kostentransparenz** sind, ausgehend von den vorstehend genannten Vertragsbestimmungen sowie der in der Praxis dem GEF vorliegenden Informationen auf Basis der Budgetvereinbarungen sowie der jährlichen Prüfungsberichte, welche durch das fachlich zuständige APBB erstellt werden, folgende Anmerkungen zu machen:

Die Budgetverhandlungen bzw. Festsetzungen erlauben eine Steuerung auf Ebene der Bettenkapazitäten bzw. der Pflageage sowie der Entwicklung der Aufwandskategorien (Entwicklung Personalkosten auf Basis eines Stellenplans). Die jährlichen Prüfungen seitens des AFB machen darüber hinaus die Berücksichtigung der vertraglich festgelegten, zuschussfähigen Aufwendungen bei der Bemessung der Entschädigung sichtbar. Beispielsweise wurden die im Jahr 1998 von der PM geltend gemachten Aufwendungen für externe Beratungsleistungen infolge interner Umstrukturierung als nicht zuschussfähig ausgesondert.

Im Rahmen der jährlichen Prüfung kann auf Basis der vorliegenden Kostenrechnung auch die vertraglich vereinbarte Kostenausscheidung in den psychiatrischen Bereich bzw. in den CP-/Pflegebereich festgestellt und als Kosten pro Pflage tag ausgewiesen werden. **Eine Steuerung ist allerdings damit nicht verbunden**, da seitens der GEF entgegen den oben dargestellten Vertragsbestimmungen Vorgaben weder in Bezug auf die Aufteilung der Bettenkapazitäten noch bzgl. eines maximal bezuschussfähigen Tagesatzes pro Pflage tag festgelegt wurden. **Die Überprüfung der Tarife erfolgt vielmehr im Nachhinein im Sinne einer statistischen Information.**

Darüber hinaus **klammert** der seitens eines Mitarbeiters der APBB vorgenommene Prüfungsbericht **die Überprüfungen für den Langzeit** bzw. Pflagebereich **explizit aus** (siehe Prüfungsberichte für die Jahre 1998 u. 1999).

Anhand der derzeit vorhandenen Kostenrechnung **ist eine Ausscheidung der Aufwendungen im Hinblick auf den Geltungsbereich des Vertrages (Art. 3) nach der Herkunft der Patienten nicht möglich**. Demzufolge werden Betriebsdefizite, welche aus der Behandlung von Patienten mit Wohnsitz ausserhalb des Kantons Bern resultieren, in gleichem Masse übernommen wie Betriebsdefizite innerhalb des Geltungsbereiches, wobei anzumerken ist, dass nach der Tarifordnung der PM ausserkantonale Patienten eine höhere Taxe zu entrichten haben als kantonale.

Die Angemessenheit (Grad der Kostendeckung) der Tarife entsprechend den drei Tarifklassen Allgemein, Halbprivat und Privat lässt sich anhand der vorhandenen Kostenausscheidung ebenfalls nicht ersehen.

Die vor zwei Jahren vorgenommene Aufteilung der PM in ein Stammhaus (welcher die allgemeine Verwaltung sowie die Infrastruktureinrichtungen zugeordnet werden) und den Klinikbereich im engeren Sinn (psychiatrische Behandlungsstationen) hat zur Folge, dass die Kosten für die Infrastruktur (Abschreibungen, Zinsen etc.) mittels interner Verrechnung über die Aufwandskategorie „Miete“ umgelegt werden. Rechentechnisch erfolgt die Berechnung dieser Miete immer so, dass in der Erfolgsrechnung des Stammhauses der vertraglich vereinbarte Zinsgewinn in Höhe von 29.000 SFR auf das Einlagekapital erzielt wird. Von der damit verbundenen fehlenden Transparenz abgesehen, besteht derzeit keine Möglichkeit, die Höhe der internen Verrechnung zu begrenzen, da seitens der GEF **keine Einschränkungen bzgl. der Anlagekosten auf das betriebsnotwendige Anlagevermögen** oder aber Vorgaben im Sinne eines maximal z.B. pro Quadratmeter anrechenbarer Aufwendungen gemacht wurden.

Hinsichtlich der Höhe der Mietaufwendungen ist z.B. fraglich, inwieweit die Subventionierung von Defiziten aus dem landwirtschaftlichen Betrieb, welcher heutzutage nicht mehr zur Beschäftigung von Patienten im Sinne einer Rehabilitationsmassnahme dient sowie der Alpwirtschaft, überhaupt bzw. von der GEF vorgenommen werden sollte. Nicht nachvollziehbar ist die Subventionierung von den privat genutzten Ferienhäusern Seilialp bzw. Studenblick im Rahmen der Infrastrukturkostenumlagen.

Die Transparenz im Hinblick auf **Vergleichbarkeit der PM mit anderen Psychiatrischen Kliniken des Kantons Bern** auf Basis der regelmässig erhobenen Betriebsstatistiken **wird aus mehreren Gründen erschwert:**

Zum einen wird seitens der PM bei entsprechenden Erhebungen nicht, wie es betriebswirtschaftlich richtig wäre, bei den Erträgen zwischen Erträgen aus Taxbeiträgen (Versicherungen, Patienten, Körperschaften) und den Entschädigungen der GEF im Rahmen der Defizitabdeckung unterschieden, so dass ohne detailliertere Analyse der Erfolgsrechnungen keine Aussagen zum tatsächlichen Kostendeckungsgrad möglich sind. Verwirrend ist auch die Tatsache, dass in offiziellen Dokumenten wie dem jährlichen Tätigkeitsbericht bei Zeitreihenvergleichen konstant eine Bettenkapazität von 180 angegeben wird, obwohl diese tatsächlich (siehe Prüfberichte) derzeit bei 170 Betten liegt.

Während die genannten zwei Hindernisse durch die PM bedingt sind, wird die Kostentransparenz bzw. die Vergleichbarkeit mit staatlichen Kliniken auch dadurch erschwert, dass bei letzteren in den Betriebstatistiken i.d.R. (Ausnahme besondere Rechnung der NEF-Betriebe) die kalkulatorischen Kosten (Abschreibungen) bzw. Querschnittskosten (Leistungen, welche von kantonalen Ämtern für die Kliniken erbracht werden) nicht mitberücksichtigt werden, so dass die Darstellung der Aufwendungen unvollständig ist.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass der grundsätzlich gemäss Vertrag mit der GEF **bestehende Ermessenspielraum bzgl. der Aufteilung der Bettenkapazitäten nach den Bereichen** der psychiatrischen Versorgung und dem Pflegebereich **nicht genutzt** wird. Die Kostenauscheidung auf Basis der bestehenden Kostenrechnung wird lediglich zu Informationszwecken genutzt. **Obwohl nach Vertrag eine Beschränkung der Entschädigungen auf Patienten aus dem Kanton Bern vereinbart wurde, wird diese Bestimmung derzeit nicht überprüft**, ist auf Basis der derzeitigen Kostenrechnung nicht transparent bzw. werden derzeit Entschädigungen seitens der GEF für Defizite auch für ausserkantonale Patienten vorgenommen.

Ein Anreiz der PM zur Kosteneinsparung besteht derzeit nicht, da Aufwandüberschüsse, solange sie nicht gegen die wenigen expliziten Vorgaben verstossen, quasi automatisch vom Kanton Bern abgedeckt werden.

2.4 Vollzugsablauf innerhalb der GEF vor dem Hintergrund der Restrukturierung

Der Vollzugsablauf innerhalb der GEF ist auch nach der geplanten bzw. zum Teil bereits umgesetzten Reorganisation innerhalb der GEF geprägt von der Kompetenzverteilung der beiden Vertragsbereiche Psychiatrie und (Langzeit)-Pflege auf zwei Ämter. Einerseits dem APBB (vollständige Umsetzung geplant für den 1. Februar 2001), welches als sogenanntes Steuerungsamt (in Abgrenzung zum Begriff Fachamt wie z.B. dem Kantonsarzt) für die Institutionen der Akutversorgung die bisherigen Ämter für Planung, Bau und Berufsbildung (APBB) sowie das Amt für Finanz- und Betriebswirtschaft und Gestaltung umfassen wird.

Dem APBB obliegt es weiterhin, die Beachtung der betriebswirtschaftlichen Grundsätze im Rahmen der jährlichen Prüfungen sowie die Budgetfestlegungen mit der PM vorzunehmen. Für den Pflegebereich wird in Zukunft (vollständige Umstellung geplant ebenfalls ab 1.02.2001) das Alters- und Behindertenamt (ALBA) zuständig sein.

Auf Schwächen des bisherigen Vollzugsablaufes wurde bereits in Abschnitt 2.2 hingewiesen, nämlich auf den Umstand, dass der dem Spitalbereich unterstellte Prüfer die Prüfung der Finanzbuchhaltung lediglich auf diejenigen Vertragsbestandteile zwischen der PM und dem GEF vornimmt, welche seinen Zuständigkeitsbereich betreffen (Akutpsychiatrie) bzw. dass die Tarifregelungen im Hinblick auf den Pflegebereich explizit nicht geprüft werden.

Auch in den Fachgesprächen mit den verantwortlichen Mitarbeitern der GEF wurde deutlich, **dass aus Sicht des für die Pflege zuständigen Amtes kaum Informationen über die PM vorliegen.**

Um die Betreuung der psychiatrischen Institutionen (u.a. PM) besser gewährleisten zu können, wurde seit dem 1. September 1999 im Generalsekretariat eine Organisationseinheit mit dem Titel „Dienststelle Psychiatrie“ geschaffen. Diese Dienststelle ist zuständig für die übergeordnete Psychiatrieplanung sowie die Führung der staatlichen Psychiatriekliniken.

Weitergehende Aussagen zum Vollzugsablauf bzw. zu Schnittstellenproblemen sind aufgrund der beschriebenen derzeitigen Reorganisation in Verbindung mit der Aufgabenübertragung auf neue Mitarbeiter bzw. dem altersbedingten Ausscheiden von Mitarbeitern und der Neubesetzung von Führungspositionen nicht möglich.

Grundsätzlich ist jedoch davon auszugehen, **dass die bisherigen Schnittstellenprobleme** aufgrund der unterschiedlichen Zuständigkeit für den Akutbereich und den Langzeitbereich innerhalb der Psychiatrie **durch die neugeschaffene Dienststelle Psychiatrie überbrückt werden können** bzw. dass die bisher lediglich verstreut vorliegenden Informationen für die ausstehende kantonale Psychiatrieplanung gebündelt und im Sinne von Steuerungsinformationen verdichtet werden können.

Auf Vollzugsdefizite im Verhältnis zum bestehenden Vertrag wurde bereits in Abschnitt 2.2. hingewiesen. Vorschläge für eine stärker anreizorientierte Finanzierung werden in Kapitel 5 im Hinblick auf die Ausarbeitung eines Leistungsvertrages dargestellt.

3 Analyse der Angebotsstruktur und des Leistungs- profils

Im Folgenden wird die Angebotsstruktur und das Leistungsprofil der PM anhand von Strukturvergleichen mit anderen Kliniken des Kantons Bern sowie auf Basis von Zeitreihen zu ausgesuchten Kriterien herausgearbeitet. Je nach Verfügbarkeit wird dabei auf Datengrundlagen der GEF und der PM aus den Jahren 1999 bzw. 1998 abgestellt.

Aufgrund der geografischen Nähe zueinander und der damit verbundenen tatsächlichen partiellen Überschneidung der Versorgungsgebiete wird dem Vergleich zwischen den Kliniken PM und PKM eine besondere Beachtung zuteil.

Die folgenden statistischen Analysen beruhen in der Regel auf den Betrieblichen Kennzahlen der GEF für öffentliche Spitäler im Kanton Bern (Kennzahlenbuch 1998) sowie Angaben der PM bzw. der PKM.

Dabei ist zu beachten, dass die Kategorisierung nicht einheitlich ist. Während das Kennzahlenbuch zwischen Akut, Langzeit/Psychiatrie, chronisch Kranker und Geronto (Psychiatrie) unterscheidet, beruhen die Angaben der Psychiatrischen Kliniken auf den Kategorien Akut, Rehabilitation und Geriatrie, wobei Geriatrie und Gerontopsychiatrie i.d.R. synonym verwendet werden.

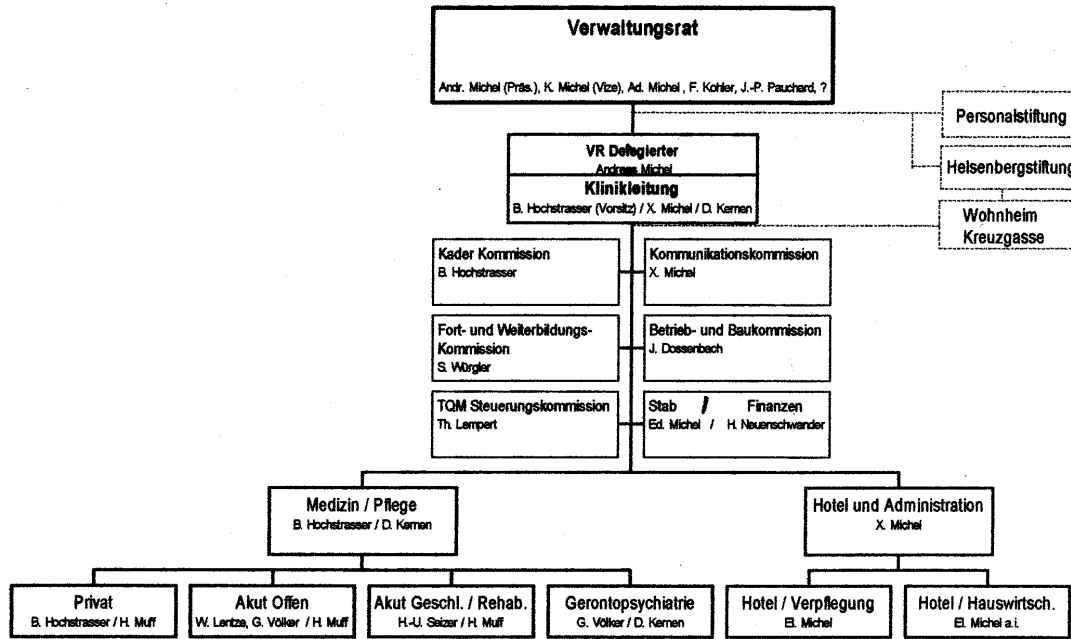
Die Kategorisierung des Kennzahlenbuches ist nicht eindeutig und lässt von daher unterschiedliche Erfassungsmöglichkeiten zu. So können chronisch Kranke in entsprechendem Alter auch unter Geronto eingetragen werden. So weist die PM z. B. alle Patienten, welche 1998 nicht in der Akutabteilung behandelt wurden, dem Gerontobereich zu. Hier sind zum Teil aber auch Fälle enthalten, welche bei einer Unterteilung in Akut, Reha, Geriatrie/Geronto unter Reha einzustufen sind.

3.1 Die Behandlungsstationen und Bettenkapazitäten der PM

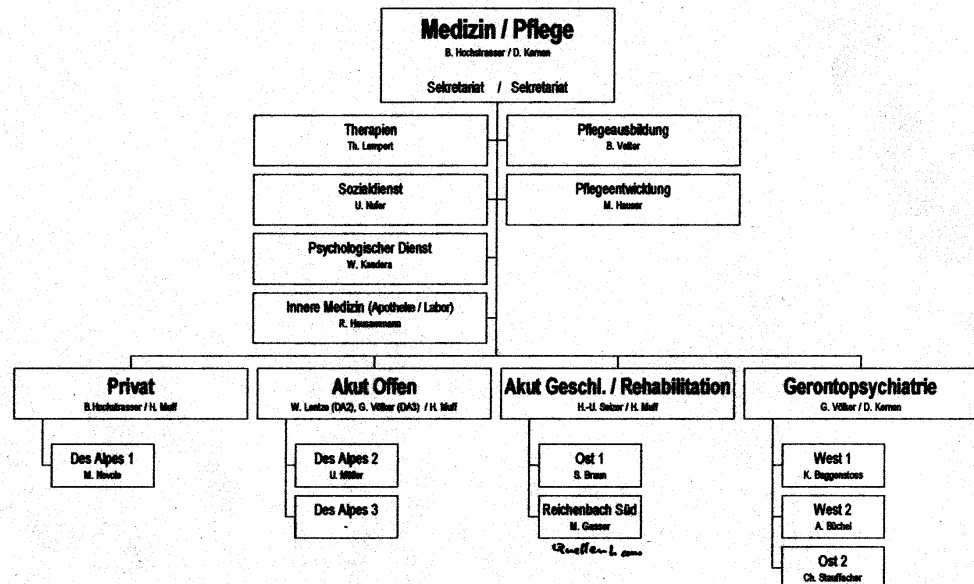
Die PM wurde in den letzten Jahren organisatorisch und juristisch umstrukturiert. Kern der Umstrukturierung ist die Trennung der kliniknotwendigen Betriebe (juristisch eingebunden in die „Privatklinik Reichenbach b. Meiringen AG“) von dem Stammhaus (juristisch eingebunden in die „Michel Beteiligungen im Reichenbach AG“). In der Beteiligungsgesellschaft mit einer gesonderten Bilanz und Erfolgsrechnung werden die Liegenschaften der Klinik und der Nebenbetriebe sowie die Beteiligung an der Klinik im Anlagevermögen geführt. Die administrativen Aufgaben sowie Hotel, Verpflegung und Hauswirtschaft werden im Sinne einer Dienstleistung durch die Beteiligungsgesellschaft erbracht und im Wege einer internen Leistungsverrechnung der Klinik in Rechnung gestellt.

Im Folgenden ist zunächst das Gesamtorganigramm sowie darunter die Organisation der Klinik mit den einzelnen Stationen dargestellt.

Organigramm Beteiligungsgesellschaft und Klinik



Organigramm Klinik



Die dargestellte Organisationsstruktur ist das **Ergebnis einer 1998 eingeleiteten internen Reorganisation der Klinikstationen**. In diesem Zusammenhang wurde die Privatabteilung ausgebaut, die geschlossene Akutabteilung stärker nach Patientengruppen differenziert (Drogenentzugsstation und eine Psychiatrieabteilung) sowie das Leistungsspektrum durch Eröffnung einer Tagesklinik für ältere Menschen (im Jahr 1999 eröffnet) erweitert.

Künftige Veränderungen sind nach eigener Aussage der PM (Tätigkeitsbericht 1999) in der Vorbereitungsphase. Dazu gehört die Einführung von neuen Behandlungsstrukturen in der Gerontopsychiatrie, neue Therapieformen sowie die Eröffnung eines Ambulatoriums.

Mit der Reorganisation und der damit verbundenen Schwerpunktverschiebung (Privatpatienten) und Erweiterung des Angebotsspektrums (Tagesklinik) ist nach eigener Darstellung das Ziel verbunden, die einseitige Abhängigkeit von der Grundversorgung und damit vom Kanton Bern abzubauen sowie der geänderten Nachfrage (insbesondere Zunahme Bedarf nach Drogenentzug) Rechnung zu tragen.

Im Folgenden wird ein Kurzprofil der einzelnen Stationen bzgl. ihres Behandlungsschwerpunktes sowie der Bettenkapazitäten aufgezeigt:

**1. Tabelle: Stationen der PM einschliesslich Bettenkapazitäten und
Behandlungsprofil**

Station (Kurz- bezeichnung)	Profil	Betten- zahl
Des Alpes 1 (DA 1)	Privatpatienten Schwerpunkt Depression	14
Des Alpes 2 (DA 2)	Akut offen Diagnose	9
Des Alpes 3 (DA 3)	Akut offen 1) Gruppe aller Menschen mit Persönlichkeitsstörung 2) Depression (geplante Spezialisierung)	9
Ost 1 (O1P)	Geschlossene Akutstation 1) Aufnahmestation Im Regelfall nur kurze Verweildauer (1-3 Tage) Fürsorgerischer Freiheitsentzug	17
(O1S)	2) Drogenentzug (kalt od. warm) • Illegale Drogen/Methadon • Gruppenpsychotherapie • Entzugsprogramm mit Anschlussbehandlung • derzeit Warteliste	9
Reichendbach Süd/Quellenhaus (Reha)	Rehabilitation 1) Mit chronischen Problemen (Dauerpatienten) 2) Langzeit-Patienten (echte Reha-Patienten, d. h. mit Ziel Wiederaustritt; verhaltensorientierter bzw. so- zialtherapeutischer Ansatz	16
West 1 (W1)	Offene Gerontopsychiatrie Aufnahmestation/Abklärung (in Entwicklung)	22
West 2 (W2)	Geschlossene Gerontopsychiatrie Multimorbidität	22
Ost 2 (O2)	Geschlossene Gerontopsychiatrie	22
Tagesklinik (TK)	Teilstationär • Vorwiegend Alzheimer • Derzeit 8 Patienten	

Quelle: PM

Die Angebotsstruktur der PM wird in der folgenden tabellarischen Aufstellung (Datengrundlagen: Erhebung GEF, 1998) ersichtlich, in welcher die Psychiatrischen Behandlungsbereiche von den Psychiatrischen Kliniken PM, PKM und CIP Bellelay dargestellt sind. Demnach bestehen zwischen den drei Kliniken vom Angebot her prinzipiell Übereinstimmungen, insbesondere zwischen den Kliniken PM und PKM. Letztere haben gegenüber der CPB keine Forensische Psychiatrie; dass die PM als einzige Klinik explizit den Bereich der Geriatrie aufgeführt hat, hängt eher mit der Erfassungssystematik zusammen, die nicht überall gleich gehandhabt wurde.

2. Tabelle: Angebotsstruktur ausgewählter Psychiatrischer Kliniken des Kantons Bern (1999)

	CPB	PM	PKM
Psychiatrie und Psychotherapie (allgemein)	1	1	1
Allgemein- und Akutpsychiatrie	1	1	1
Rehabilitationspsychiatrie	1	1	1
Wohnpsychiatrie	1	1	0
Gerontopsychiatrie	1	1	1
Psychotherapie	1	1	1
Suchtentzug und Suchttherapie	1	1	1
Forensische Psychiatrie	1	0	0
Tagesklinik	1	1	1
Nachtklinik	1	1	1
Teilstationäre Rehabilitationseinrichtung	0	0	0
Teilstationäres niederschwelliges Tagesprogramm	0	0	0
Poliklinik-Ambulatorium	0	0	1
Geriatrie (allgemein)	0	1	0
Akut-Geriatrie	0	0	0
Langzeitpflege (somatisch) Chronischkranke	0	0	0
Poliklinik-Ambulatorium	0	0	0
Physikalische Medizin und Rehabilitation (allgemein)	0	1	0
Beratung	0	1	0
Sozialdienst	0	1	1
Seelsorge	0	1	1
Andere	0	0	0
Körperpflege	0	1	0

Anmerkung: 1 = vorhanden
0 = nicht vorhanden

Quelle: BFS/KS

Tatsache ist, dass die medizinischen Abgrenzungen in der Praxis zwischen Geriatrie und Gerontopsychiatrie fließend sind (insbesondere nach der Einführung der Pflegestufe 3 im Pflegebereich).

Auf der anderen Seite ist darauf hinzuweisen, dass aus Sicht der GEF die Finanzierung von Betriebsdefiziten voraussetzt, dass die Patienten der besonderen Leistung einer psychiatrischen Klinik bedürfen. In diesem Fall ist aber der Terminus Gerontopsychiatrie anzuwenden und nicht Geriatrie. In der Praxis wird derzeit von den meisten in die statistische Analyse einbezogenen Psychiatrischen Kliniken der Terminus „Geriatrische“ Station angewendet, obwohl es sich im Regelfall um gerontopsychiatrische Fälle handelt. Es wird angeregt für die Zukunft auf eine unmissverständliche Bezeichnung bei finanziellen Psychiatrischen Kliniken zu achten.

Die **strukturelle Ähnlichkeit zwischen der PM und der CPB** wird bei einem Vergleich der Bettenkapazitäten grundsätzlich bestätigt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die PM in der Betriebsstatistik der GEF von 1998 keine Angaben zu den Langzeitpatienten gemacht hat, welche nicht in den Gerontobereich fallen. Wie weiter unten aufgezeigt wird, werden aber durchaus Patienten im Reha-Bereich behandelt. Diese sind in der Betriebsstatistik von 1998 unter Geronto subsumiert.

3. Tabelle: Vergleich psych. Kliniken des Kantons Bern nach Bettenkapazitäten (1998)

Betten	in %	UPD	in %	PKM	in %	CPB	in %	PM
Total Betten		377		348		195		172
Betten Akut	21	80	44	154	51	100	54	93
Betten Langzeit/Psychiatrie	64	242	27	93		0		0
Betten chronisch Kranke		0		0	11	21		0
Betten Geronto	15	55	29	101	38	74	46	79

Quelle: Kennzahlenbuch der GEF

3.2 Strukturanalyse anhand von Patientenstatistiken

Von der Grössenordnung her, gemessen an der Anzahl der behandelten Fälle, ist die PM mit 778 Fällen im stationären Bereich am ehesten mit der CPB zu vergleichen. Gegenüber dieser werden allerdings weit weniger ambulante Patienten behandelt (und nur auf privat- bzw. halbprivat-ärztlicher Basis).

4. Tabelle: Vergleich psych. Kliniken des Kantons Bern nach Anzahl Patienten differenziert nach stationärem und ambulatem Pflegebereich (1998)

Patienten/Fälle	UPD	PKM	CPB	PM
Stationäre Patienten (Austritte + Bestand)	2'232	1'493	742	778
Ambulante Patienten	1'799	596	463	183

Quelle: Kennzahlenbuch der GEF

Betrachtet man die Behandlungsschwerpunkte auf Basis des durchschnittlichen Patientenbestandes des Jahres 1999 im Vergleich zwischen der PM und der PKM, so wird deutlich, dass die Geriatrie mit fast 50 % in der PM einen grösseren Anteil hat als in der PKM (rd. 30 %), wohingegen bei Letzterer die Rehabilitation einen weit grösseren Anteil hat.

Die Akutabteilungen der beiden Kliniken sind von ihrem Anteil her vergleichbar (rd. 40 %).

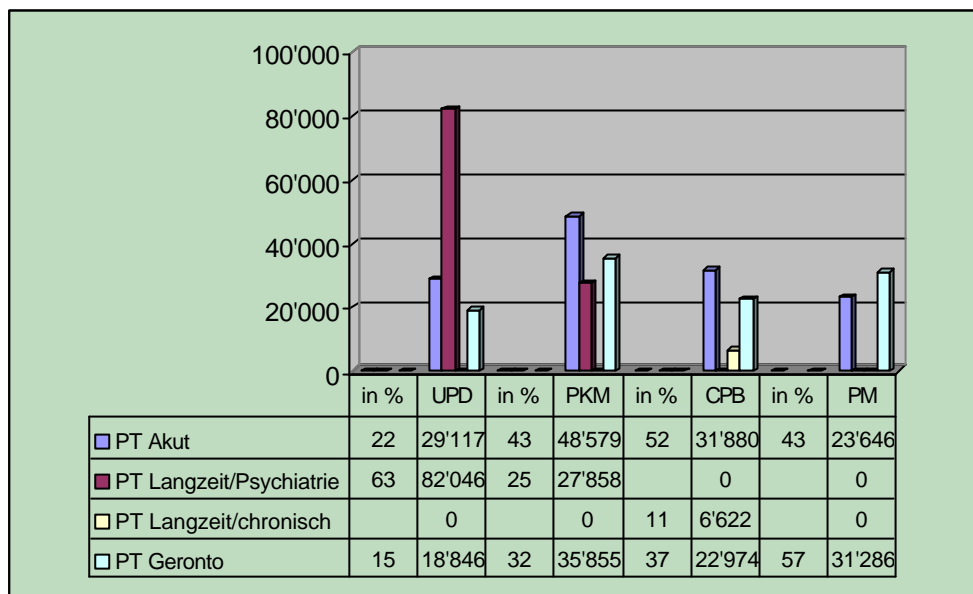
5. Tabelle: Vergleich Behandlungsschwerpunkte PM/PKM anhand durchschnittlichem Patientenbestand (Basis 1999)

Patientenbestand in %	Akut	Reha	Geriatrie
PM	42	9	49
PKM	42	27	31

Quelle: Angaben der Kliniken

Auch bei der untenstehenden Verteilung der Pflagetage auf die verschiedenen Behandlungsbereiche (Akut, Langzeit, Geronto) auf Basis der Betriebsstatistik der GEF aus dem Jahr 1998 ist die Einordnung der PM insofern nicht genau möglich, als dass der Langzeitbereich vollends unter Geronto subsumiert wurde. Davon abgesehen lässt sich erkennen, dass der Anteil im stationären Akutbereich der PM mit demjenigen von der PKM vergleichbar ist.

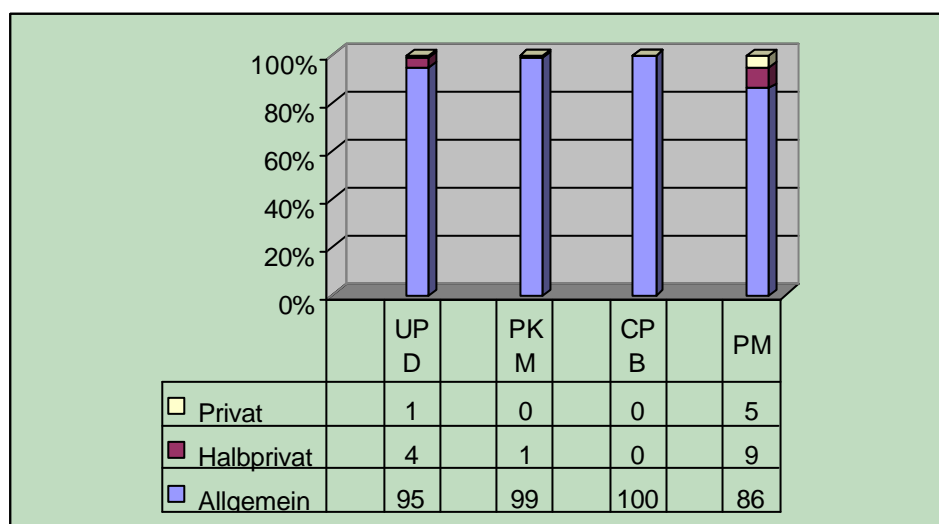
Grafik Vergleich der Pfl egetage psychiatrischer Kliniken im Kanton Bern (1998)



Quelle: Kennzahlenbuch der GEF

Die Unterteilung der Pfl egetage nach Versicherungsklassen macht deutlich, dass die Segmente Halbprivat (9 %) und Privat (5 %) lediglich von der PM in einer signifikanten Grössenordnung abgedeckt werden.

Grafik Vergleich Pfl egetage nach Klassen der psychiatrischen Kliniken des Kantons Bern (1998)



Quelle: Kennzahlenbuch der GEF

Die vergleichende Analyse der Pfl egetage nach Kantonen zeigt verschiedene Besonderheiten der PM auf: Zum einen lässt sich erkennen, dass das kantonale Versorgungsgebiet Bern in der PM einen Anteil von rd. 87 % aufweist, und damit eher mit CPB vergleichbar ist (83 %) als mit der PKM (98 %), welche fast ausschliesslich auf den Kanton Bern ausgerichtet ist. Zwar treten zwischen der PM und der PKM auch ausserhalb des Kantons Bern vom Einzugsgebiet her Überschneidungen auf, allerdings weist die PM in stärkerem Masse ausserkantonale Schwerpunkte auf. So entfallen bei der PM über 2000 Pfl egetage (jeweils rd. 4 %) auf die Kantone Zürich und Obwalden. Dies lässt sich aus der in diesen Kantonen, zumindest in der Vergangenheit, unzureichenden vorhandenen Versorgungssituation und der Tatsache erklären, dass in der Vergangenheit zu deren Absicherung gesonderte vertragliche Vereinbarungen (Kanton Zürich seit 1947; Kanton Obwalden seit 1973) getroffen wurden. Der Anteil ausserkantonaler Pfl egetage bei der CPB ist demgegenüber durch die regionale Nähe des Kantons Jura sowie dessen ehemalige Zugehörigkeit zum Kanton Bern zu erklären.

6. Tabelle: Vergleich ausgesuchter psych. Kliniken bzgl. der Verteilung der Pfl egetage nach Kantonen (1999)

	CPB	PM	PKM
AG: Aargau	0	112	43
AI: Appenzell Innerrhoden	0	0	0
AR: Appenzell Ausserrhoden	0	0	0
BE: Bern	43'230	47320	110883
BL: Basel-Landschaft	0	159	149
BS: Basel-Stadt	0	181	5
FR: Freiburg	0	427	532
GE: Genf	473	0	11
GL: Glarus	0	0	0
GR: Graubünden	0	108	5
JU: Jura	7'446	0	0
LU: Luzern	0	810	147
NE: Neuenburg	664	51	1
NW: Nidwalden	88	365	7
OW: Obwalden	0	2373	57
SG: St. Gallen	0	0	98
SH: Schaffhausen	0	0	0
SO: Solothurn	79	282	540
SZ: Schwyz	0	27	0
TG: Thurgau	2	0	194
TI: Tessin	0	9	365
UR: Uri	0	0	0
VD: Waadt	440	97	2
VS: Wallis	0	80	207
ZH: Zürich	2	2276	81
ZG: Zug	0	0	0
Total	52'424	54677	113327
Andere (nicht bestimmt)	944	246	372
Im Ausland	6	0	134
Total	950	246	506
Insgesamt	53'374	54923	113833

Quelle: BFS/KS

Die Analyse der Pflgetage nach der Patientenherkunft wird im Folgenden vertieft, indem bzgl. der PM einerseits auf die bisherigen 6 Spitalregionen sowie andererseits auf die vorhandenen Abteilungen der PM abgestellt wird. Hinsichtlich der Abteilungen werden aus Darstellungsgründen diejenigen Abteilungen der PM, welche eine gleiche Ausrichtung haben (z. B. offene Akutstation oder geschlossene Gerontopsychiatrie) zusammengefasst.

Darüber hinaus werden zwei Schwerpunktbereiche, die Behandlung von Depressionen im Rahmen der gesonderten Privatabteilung sowie die Behandlung von Suchtkrankheiten im Rahmen einer der geschlossenen Akutabteilungen hervorgehoben.

Dabei ist davon auszugehen, dass nicht alle Fälle innerhalb der dargestellten Abteilungen den Bereichen Sucht bzw. Depression zuzuordnen sind, jedoch diese den dominanten Behandlungsschwerpunkt darstellen.

7. Tabelle: Pflgetage der PM differenziert nach Patientenherkunft und Stationsbereichen (1999) in absoluten Werten

SpitalReg.	AKopAufn	AKopSucht	AKopgeschl	AKutofen	GeropAufnahm	Geropgeschl	PrivatDepres	Reha	Tagesk	GrandTotal
Ausserkantonal	191	56	488	1185	1468	1821	1716	929		7854
Ausland			25				94			119
Bern	142	443	689	1687	1319	1825	1031	621		7763
Biel	38	50	319	1592		365	257	190		2811
Emmental			251	386		365		60		1062
Oberrigau			63	526		727	121	59		1486
Oberrand Ost	776		2370	3232	3485	9654	965	2134	5	22831
Oberrand West	186	66	1006	3042	1767	3511	363	893		10845
Grand Total	1376	615	5265	11684	8099	18468	4537	4807	5	54923

Legende: s.u.; Quelle: Angaben der PM; von CGEYC bearbeitet

8. Tabelle: Pflgetage der PM differenziert nach Patientenherkunft und Stationsbereichen (1999) in Prozenten

Private	AKopAufn	AKopSucht	AKopgeschl	AKutofen	GeropAufnahm	Geropgeschl	PrivatDepres	Reha	Tagesk	GrandTotal
Stationen	OIP	OIS	OSF1	DA2/DA3	WEST1	OST2/WEST2	DA1	FBS	TK	
SummeAK	14%	9%	10%	10%	18%	10%	40%	19%	0%	
Ausserkantonal	14%	9%	9%	10%	18%	10%	38%	19%	0%	14%
Ausland	0%	0%	0%	0%	0%	0%	2%	0%	0%	0%
SummeÜberg.	16%	80%	26%	36%	16%	18%	31%	19%	0%	
Bern	10%	72%	13%	14%	16%	10%	23%	13%	0%	14%
Biel	3%	8%	6%	14%	0%	2%	6%	4%	0%	5%
Emmental	0%	0%	5%	3%	0%	2%	0%	1%	0%	2%
Oberrigau	0%	0%	1%	5%	0%	4%	3%	1%	0%	3%
SummeRegion	70%	11%	64%	54%	65%	72%	29%	62%	100%	
Oberrand Ost	56%	0%	45%	28%	43%	53%	21%	43%	100%	42%
Oberrand West	14%	11%	19%	26%	22%	19%	8%	18%	0%	20%
Grand Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Quelle: Angaben der PM; von CGEYC bearbeitet

Legende:	AkgeAufn:	Akutstation, geschlossene Aufnahme
	Akge Sucht:	Akutstation, geschlossen, Sucht (Schwerpunkt)
	Akut geschl	Akutstation geschlossen
	Akut offen	Akutstation offen
	Gero Aufnahm	Gerontopsychiatrische Aufnahmestation
	Gero geschl	Gerontopsychiatrische Station, geschlossen
	Privat Depres	Private Station, (Schwerpunkt) Depression
	Reha	Rehabilitationsstation
	Tagesk	Tagesklinik

Ausgehend von dem zwischen der GEF und der PM vertraglich festgelegten Versorgungsschwerpunkt (Abdeckung der Versorgungslücke im Berner Oberland-Ost, Region I, die Spitalbezirke Meiringen und Interlaken umfassend) ist ersichtlich, dass auf die Spitalregionen Oberland Ost ein Anteil von 42 % entfällt. Erweitert man die Betrachtung um die geografisch direkt angrenzende Spitalregion Oberland West, so haben diese beiden Einzugsgebiete zusammen einen Anteil von 62 %.

Die übrigen Spitalregionen innerhalb des Kantons Bern (Bern, Biel-Seeland-Berner Jura, Emmental und Ob- und Nid aargau) haben zusammen genommen einen Anteil von 24 %, wobei alleine auf die Spitalregion Bern 14 % entfallen. Die verbleibenden 14 % entfallen auf die ausserkantonalen und ausländischen Patienten (nur einige wenige Fälle).

Betrachtet man die prozentuale Verteilung zwischen den Stationsbereichen, lassen sich einige weitere Feststellungen im Zusammenhang von Patientenherkunft und Behandlungsbereichen feststellen:

Die Aufnahmestationen sowie die geschlossenen gerontopsychiatrischen bzw. geriatrischen Abteilungen haben eine mehr oder weniger ausgeprägte regionale Verankerung im Berner Oberland (Ost und West): z. B. geschlossene Akut-Aufnahmestation mit 70 %, geschlossene Aufnahmestation Geronto/Geriatrie mit 65 %; geschlossene Geronto/Geriatrie mit 72 %, Akut geschlossen mit 64 % oder aber die Rehabilitationsstation mit 62 %.

Demgegenüber ist festzustellen, dass im Schwerpunktbereich Suchtbehandlung die Pflagetage mit 80 % schwerpunktmässig auf Patienten mit überregionaler Herkunft, d.h. ausserhalb des Berner Oberlandes, anfallen. Auch in der Privatabteilung, welche einen starken Schwerpunkt im Bereich der Behandlung von Depressionen aufweist, beschränkt sich der regionale Anteil auf 29 %, wohingegen der überregionale Anteil 31 % ausmacht und auf ausserkantonale Patienten sogar 40 % der Pflagetage entfallen.

Damit wird zusammenfassend hinsichtlich der **Verteilung der Pflagetage** deutlich, dass diese **im Bereich der Grundversorgung mehrheitlich regional** geprägt ist, wohingegen **in den spezialisierten Stationen** von der Anzahl der Pflagetage her ein **starkes Gewicht auf die überregionalen** bzw. ausserkantonalen **Regionen** entfällt.

In der untenstehenden Tabelle ist zum Vergleich die Verteilung der Pflage- tage nach Patientenherkunft für die Psychiatrische Klinik Münsingen (1999) differenziert nach den Pflegebereichen bzw. Sektoren dargestellt. Es ist sichtbar, dass der **Versorgungsschwerpunkt im Berner Oberland West** liegt, wobei dieser in der Geriatrie mit 49 % stärker ausgeprägt ist als im Akut - bzw. Rehabilitationsbereich mit jeweils 42 %, was insgesamt betrachtet durchaus mit den vorher aufgezeigten Ergebnissen für die PM korrespondiert. Aus dem Berner Oberland Ost, dem Versorgungsschwer- punkt der PM kommen nur wenige Patienten. **Aufgrund der zentraleren Lage der PKM verteilen sich die Pflage tage demgegenüber stärker auf die anderen Spitalregionen des Kantons Bern.** Je nach Sektor entfallen zwischen 44 % und 53 % der Pflage tage auf die Spitalregionen des Kan- tons Bern ohne das Berner Oberland, wobei von der geografischen Nähe her die Hauptanteile auf die Region Bern einerseits sowie das Emmental entfallen.

9. Tabelle: Verrechnete Pflage tage der PKM differenziert nach Herkunft und Pflegebereich (1999)

Pt nach Sektor	Geriatrie	Akut	Rehab
Oberland Ost	5%	1%	2%
Oberland West	49%	42%	42%
Summe Oberland	54%	43%	44%
Bern	17%	19%	17%
Emmental	15%	17%	13%
Oberaargau	7%	10%	10%
Biel/etc.	5%	8%	13%
Summe Kanton ohne Oberland	44%	54%	53%
Sonstige			
ausserkantonal ausser JU	1%	3%	3%
Kanton JU	0	0	0
Grenznahe	1%	0%	0%
Ausland	0%	0.3%	0%
Summe Sonstige	2%	3%	3%
Total	100%	100%	100%
Total	35659	48557	21884

Quelle: GEF (DP)

In der folgenden Tabelle werden die Versorgungsgebiete der Kliniken PM und PKM anhand der nach der Patientenherkunft differenzierten Eintritte im Jahr 1999 verglichen. Um die räumliche Verteilung besser darzustellen, werden die in der Tabelle aufgeführten prozentualen Anteil der beiden Kliniken pro Spitalbezirk auf einer Karte des Kantons Bern veranschaulicht (ab- bzw. aufgerundete Prozente).

Neben der sich aus der geografischen Lage erklärenden Dominanz der PM in den Spitalbezirken Meiringen und Interlaken **ist auffallend, dass Patienten aus dem Spitalbezirk Biel zu rd. 74 % in die Klinik Meiringen eintreten.** In den Spitalbezirken Bern und Zweisimmen ist das Verhältnis ungefähr ausgeglichen, in Frutigen und Erlenbach als Spitalbezirken des Oberlandes West liegt der Anteil der PM bei 23 % bzw. bei 35 %. In allen anderen Spitalbezirken des Kantons Bern liegt der Anteil der PKM an den Eintritten bei mindestens 85 %.

10. Tabelle: Vergleiche Eintritte in die Kliniken PM und PKM (1999)

1999		PM		PKM	
Nr.	Spitalbezirk	Eintritte	in % von SB	Eintritte	in % von SB
10	Meiringen	54	94.7%	3	5.3%
19	Interlaken	152	93.3%	11	6.7%
20	Oberdiessbach	6	14.6%	35	85%
21	Frutigen	10	23.3%	33	77%
22	Saanen	3	12.0%	22	88%
23	Zweisimmen	14	51.9%	13	48%
24	Erlenbach	23	35.4%	42	65%
25	Wattenwil	4	13.8%	25	86%
29	Thun	64	18.1%	289	82%
30	Jegenstorf	6	8.5%	65	92%
31	Münsingen	4	4.5%	84	95%
32	Belp	3	5.8%	49	94%
33	Riggisberg	1	3.8%	25	96%
34	Schwarzenburg	1	3.3%	29	97%
39	Bern	91	50.0%	91	50%
40	Sumiswald	1	4.0%	24	96%
41	Langnau		0.0%	46	100%
42	Grosshöchstetten	1	2.2%	45	98%
49	Burgdorf	13	10.8%	107	89%
50	Huttwil	3	12.5%	21	88%
51	Herzogenbuchsee		0.0%	17	100%
52	Niederbipp	4	15.4%	22	85%
59	Langenthal	6	8.8%	62	91%
60	Laufental		0.0%		0%
61	Moutier	1	100.0%	0	0%
62	Aarberg	8	9.8%	74	90%
63	St. Imier	1	100.0%	0	0%
69	Biel	45	73.8%	16	26%

Anmerkung: SB = Spitalbezirke

Quelle: Angaben PM; Angaben GEF (DP)

Bei der Analyse der Aufenthaltsdauern zwischen den psychiatrischen Kliniken (Betriebsstatistik GEF 1998) ist vor allem die mit 728 Tagen extrem lange Aufenthaltsdauer im Geriatriebereich der PM auffallend.

11. Tabelle: Vergleich Aufenthaltsdauern der psychiatrischen Kliniken des Kantons Bern (1998)

Aufenthaltsdauer (AD)				
AD Total (pro Fall (Austritt))	69	96	106	88
AD Akut	20	49	66	41
AD Langzeit/Psychiatrie	293	336	0	0
AD Langzeit/chronisch	0	0	828	0
AD Geronto	171	370	255	728

Quelle: Kennzahlenbuch GEF

Methodisch ist allerdings hinsichtlich von Mittelwerten auf die Gefahr von Verzerrungen hinzuweisen, welche bei Vorliegen von einzelnen Langzeitpatienten auftreten können.

In der folgenden Tabelle ist von daher für die beiden Kliniken PM und PKM eine Differenzierung aller gemeldeten Fälle im Jahr 1999 nach ihrem Eintrittsjahr vorgenommen worden. Aus Darstellungsgründen wurden die Eintrittsjahre nach Jahrzehnten gruppiert (40 Jahre = 1940 – 1949).

Daraus wird deutlich, dass **in der PM in höherem Masse als in der PKM Langzeitfälle stationiert sind** bzw. behandelt werden. So sind jeweils 8 Fälle, welche im Jahr 1999 noch in Behandlung waren, bereits in den 50er, 60er und 70 Jahren eingetreten. Als Erklärung kann u.a. die über 80 jährige Tradition der PM angeführt werden, welche in ihren Anfängen als private Nervenheilanstalt für Frauen gegründet wurde.

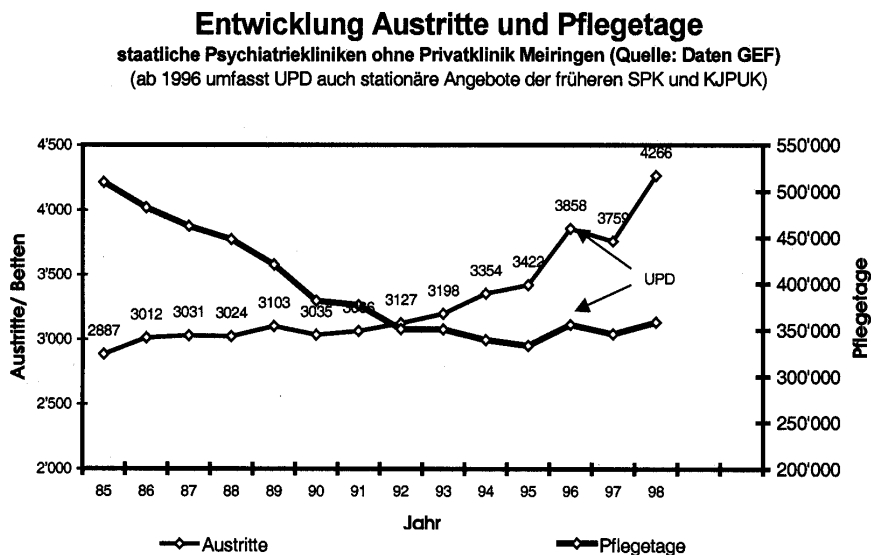
12. Tabelle: Vergleich Eintrittsjahr bei der PM und der PKM bzgl. aller 1999 gemeldeten Fälle

			Psychiatrische Klinik Münsingen	Private Klinik Meiringen
Eintrittsjahr gruppiert	40er	Anzahl	1	
	Jahre	% von Eintrittsjahr	100.0 %	
	50er	Anzahl	1	8
	Jahre	% von Eintrittsjahr	11.1 %	88.9 %
	60er	Anzahl	2	8
	Jahre	% von Eintrittsjahr	20.0 %	80.0 %
	70er	Anzahl		8
	Jahre	% von Eintrittsjahr		100.0 %
	80er	Anzahl	1	11
	Jahre	% von Eintrittsjahr	8.3 %	91.7 %
	90er	Anzahl	620	726
	Jahre	% von Eintrittsjahr	46.1 %	53.9 %
Gesamt		Anzahl	625	761
		% von Eintrittsjahr	45.1 %	54.9 %

Quelle: BFS/MS

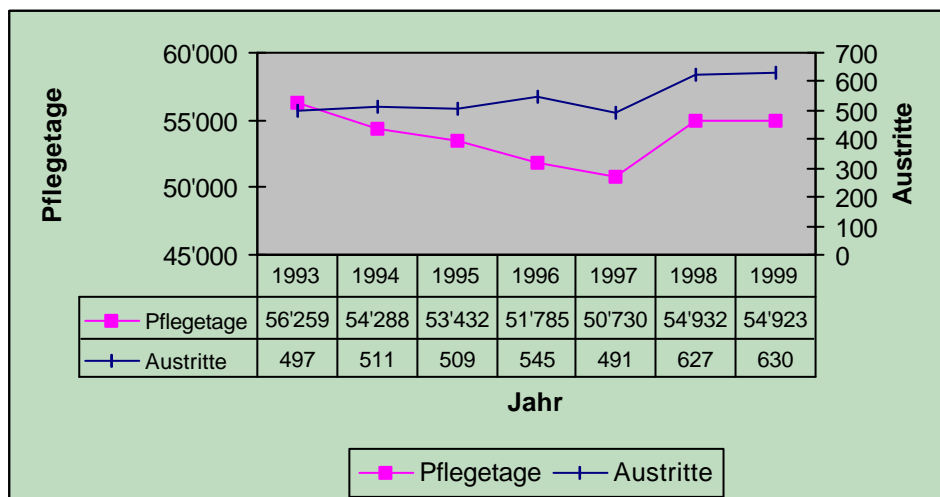
Aufschlussreich ist auch die vergleichende Betrachtung der Entwicklung der Patientenzahl und der Aufenthaltsdauern. Wie die nachfolgende Grafik zeigt, nimmt die Anzahl der behandelten Patienten (gemessen an den Austritten) in den öffentlichen Psychiatriekliniken bis 1997 kontinuierlich (unter Berücksichtigung der Bildung der UPD) zu. Gleichzeitig nehmen die Pflgegetage ab bzw. stabilisieren sich ab dem Jahr 1997. Das heisst, dass die Dauer der stationären psychiatrischen Behandlungen tendenziell sinkt und damit die psychiatrischen Behandlungsleistungen in immer kürzerer Zeit erbracht werden müssen.

Grafik: Entwicklung Austritte und Pflegetage der Psychiatriekliniken des Kantons Bern



Vor diesem Hintergrund betrachten wir jetzt die Entwicklung der PM insgesamt sowie der einzelnen Behandlungsbereiche (Sektoren) in der PM (Jahre 1993 bis 1999):

Grafik: Entwicklung Austritte und Pflegetage in der PM

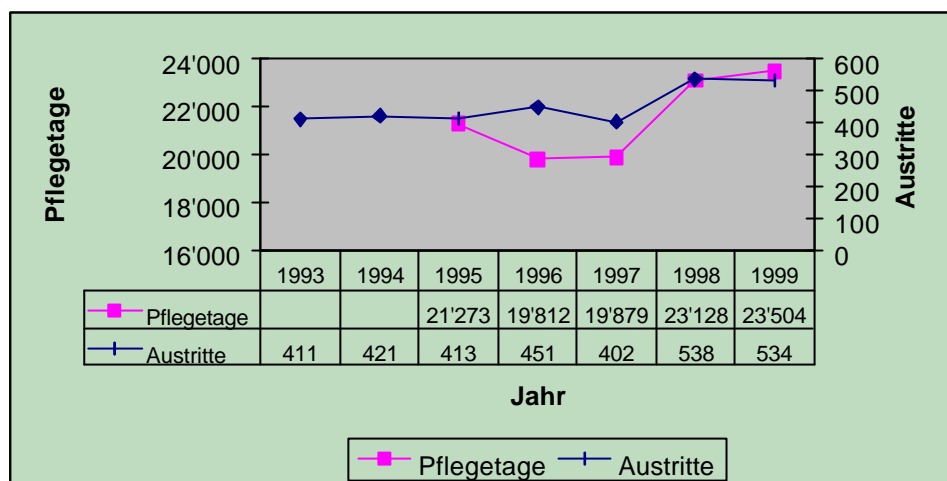


Quelle: PM

Auch in der PM ist ein Anstieg der Austritte von 497 im Jahr 1993 auf 630 im Jahr 1999 festzustellen, wenn auch die Steigerung weniger stark ansteigt als im Gesamtdurchschnitt. Die Pflage tage sinken von 1993 bis 1997 um rd. 5000 Pflage tage und nehmen, der Gesamtentwicklung folgend, bis 1999 um rd. 4000 Pflage tage wieder zu.

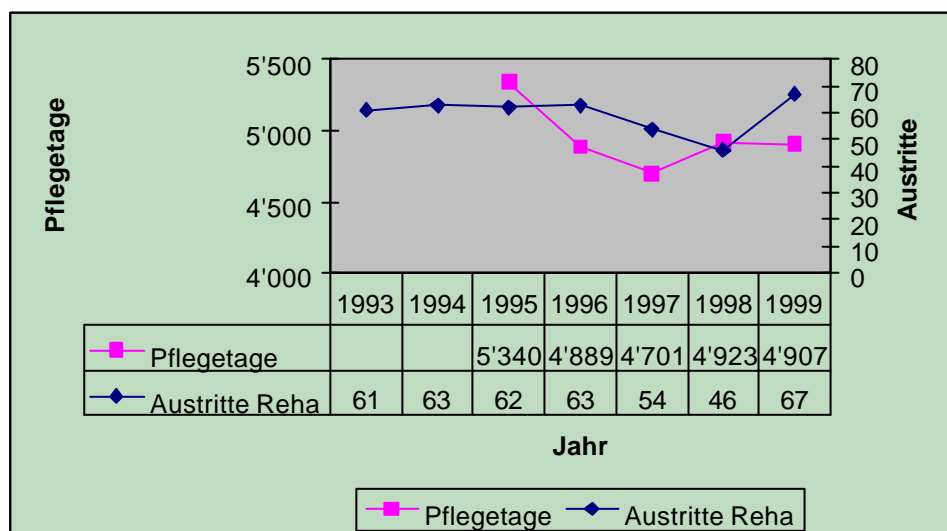
Die nachfolgenden Grafiken zeigen die Entwicklung differenziert nach Sektoren bzw. Behandlungsbereichen auf. Grundsätzlich wird die oben aufgezeigte Gesamtentwicklung bestätigt, wenn auch abhängig von schwankenden Patientenzahlen mit Unterbrüchen. Insbesondere beim Geriatriebereich, welcher in der PM aufgrund der aufgezeigten hohen Aufenthaltsdauern „aus dem Rahmen fällt“, wird deutlich, dass der **relativ hohe Sockelbestand von Langzeitpatienten nur langsam abgebaut wird** (durch Versterben) und im gleichen Masse die Anzahl der Ein- und Austritte mit kürzeren Aufenthaltsdauern zunimmt. Im Jahr 1999 wird diese Tendenz unterbrochen, was im wesentlichen auf geringere Entlassungen zurückzuführen ist (womit automatisch die Aufenthaltsdauer als Ergebnis der Division von den Pflage tagen durch die Anzahl Austritte erhöht wird).

Grafik: Entwicklung Austritte und Pfl egetage in der PM nach Sektoren (1993 – 1999) im Bereich Akut



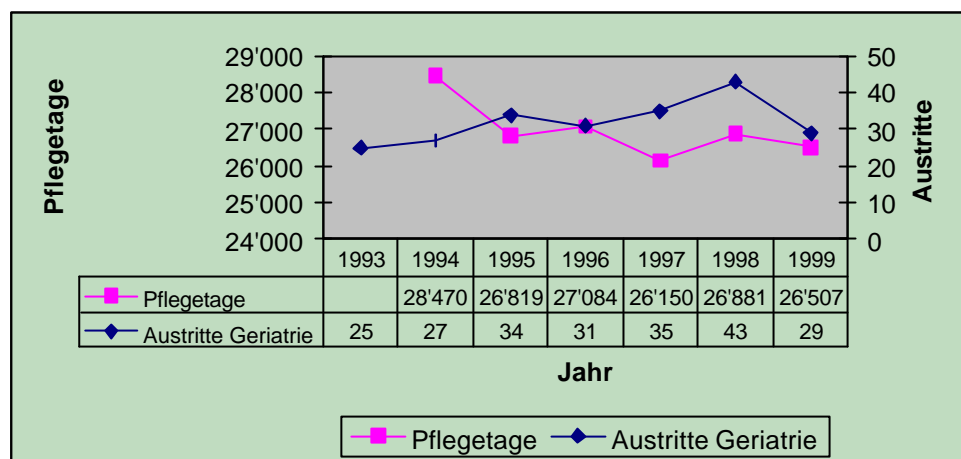
Quelle: PM

Grafik: Entwicklung Austritte und Pfl egetage in der PM nach Sektoren (1993 – 1999) im Bereich Reha



Quelle: PM

Grafik: Entwicklung Austritte und Pflage tage in der PM nach Sektoren (1993 – 1999) im Bereich Geriatrie



Quelle: PM

In den folgenden drei Tabellen wird die Entwicklung der Pflage tage, der Austritte (Entlassungen) und Aufenthaltsdauern nach den Versicherungskategorien differenziert. Dabei wird deutlich, dass die Entwicklungen in den drei Versicherungskategorien: Allgemein, Halbprivat und Privat einen unterschiedlichen Verlauf einnehmen.

13. Tabelle: Entwicklung Pflage tage der PM differenziert nach Versicherungskategorien (1995 – 1999)

Pflage tage	1995	1996	1997	1998	1999
Allgemein	100	96%	97%	102%	106%
Halbprivat	100	97%	82%	95%	60%
Privat	100	124%	88%	156%	143%

Quelle: PM

1995 = 100 %

N: Allgemein: 46'389

N: Halbprivat: 3'194

N: Privat: 1'849

14. Tabelle: Entwicklung der Austritte der PM differenziert nach Versicherungskategorien (1995 – 1999)

Entlassungen	1995	1996	1997	1998	1999
Allgemein	100	107%	104%	130%	143%
Halbprivat	100	91%	77%	91%	55%
Privat	100	162%	82%	159%	159%

1995 = 100 %

Quelle: PM

N: Allgemein: 359

N: Halbprivat: 116

N: Privat: 34

Die Entwicklung der Pflgetage ist innerhalb der Versicherungskategorien nicht einheitlich bzw. schwankend. Dennoch lässt sich erkennen, dass die **Pflgetage bei den Privatversicherten tendenziell im Gegensatz zu den Halbprivat und Allgemein Versicherten zunehmen.**

Die Entwicklung der Austritte bzw. Entlassungen ist nach Versicherungskategorien gegenläufig: Während die Entlassungen von Allgemein-Versicherten und Privaten zunehmen (dem oben aufgezeigten Trend entsprechend), nehmen diejenigen von Halbprivat-Versicherten deutlich ab (von 116 auf 64).

Im Ergebnis ist bei den durchschnittlichen Aufenthaltsdauern eine Verringerung der Aufenthaltsdauern bei Allgemein-Versicherten, demgegenüber eine Erhöhung der Aufenthaltsdauern bei den Halbprivat-Versicherten und eine jährlich schwankende Entwicklung bei den Privaten zu erkennen (Tendenz abnehmend).

15. Tabelle: Entwicklung der Aufenthaltsdauer in Tagen der PM differenziert nach Versicherungskategorien (1995 – 1999)

Aufenthaltsdauer in Tagen	1995	1996	1997	1998	1999
Allgemein	100	89%	93%	78%	74%
Halbprivat	100	107%	107%	104%	109%
Privat	100	77%	107%	98%	90%

1995 = 100 %

Quelle: PM

N: Allgemein: 129.22

N: Halbprivat: 44.78

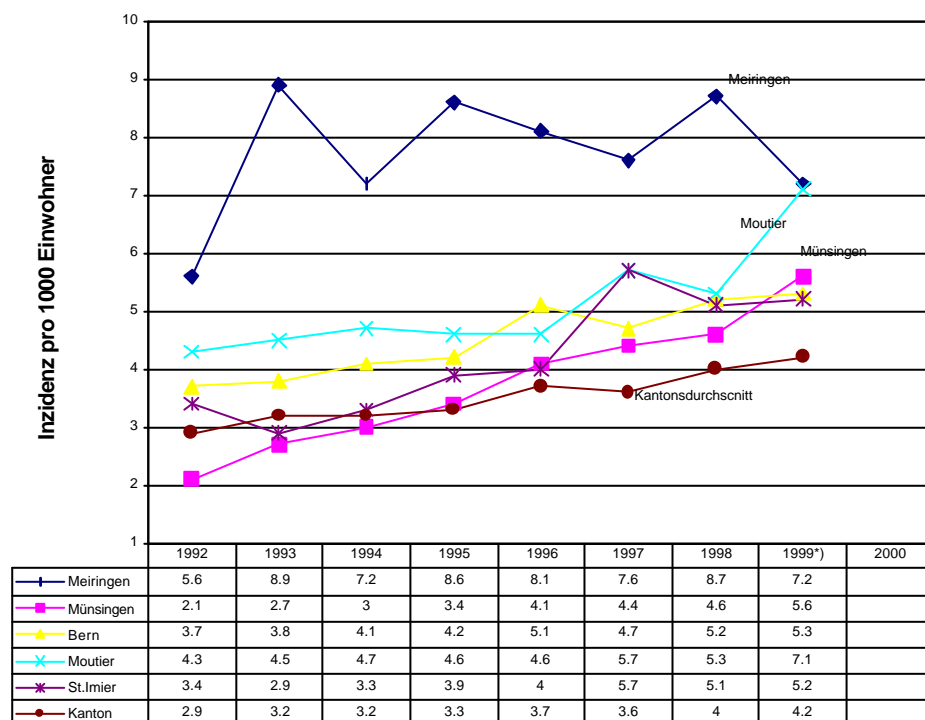
N: Privat: 54.38

Inwieweit die aufgezeigten Entwicklungen medizinisch bedingt sind (Aufenthaltsdauern in Abhängigkeit von Krankheitsfall) oder aber ökonomisch (die finanziell attraktiveren Patienten werden länger stationär behandelt), lässt sich ohne eine im Rahmen dieser Untersuchung nicht leistbare weitere Detailanalyse der einzelnen Patientenakten nicht vornehmen.

Dass die Patienten - und Leistungsstruktur nicht nur nachfrageseitig, sondern auch angebotsseitig beeinflusst wird, zeigen die nachfolgenden Gegenüberstellungen der psychiatrischen Behandlungsinzidenz (Eintritte pro 1000 Einwohner) und -prävalenz (Pflegetage pro 1000 Einwohner) in psychiatrischen Kliniken des Kantons Bern für die Jahre 1992 bis 1999 auf:

Grafik: Behandlungsinzidenz und -prävalenz psychiatrischer Kliniken des Kantons Bern (1992-1999)

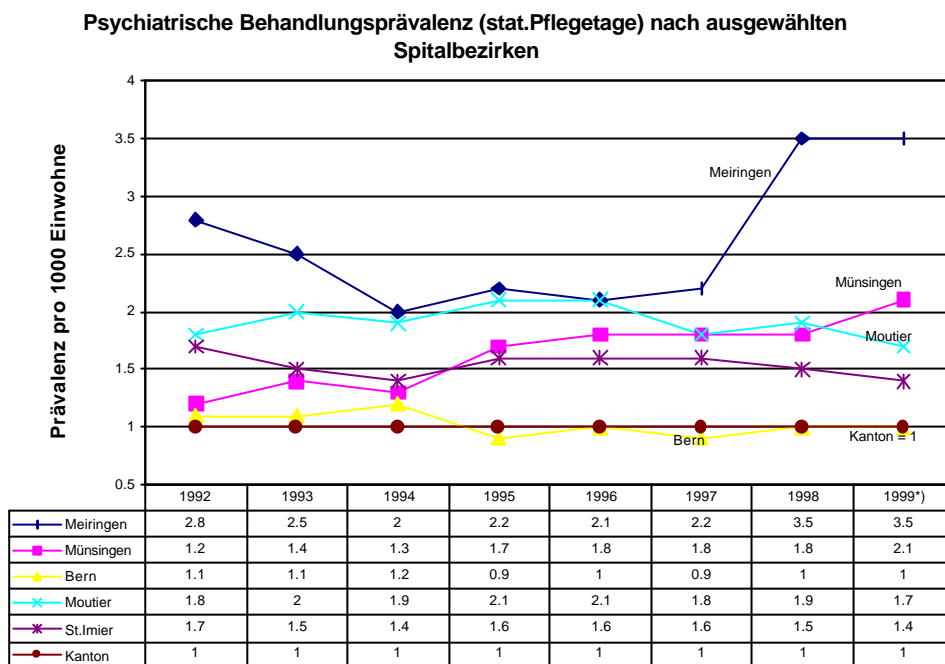
Psychiatrische Behandlungsinzidenz (stat. Eintritte) nach ausgewählten Spitalbezirken



Quelle: GEF (DP)

Anmerkung: Angaben bezogen auf die jeweilige Versorgungsklinik, d.h. z.B. Meiringen = PM, Münsingen = PKM

Grafik: Behandlungsinzidenz und -prävalenz psychiatrischer Kliniken des Kantons Bern (1992-1999)



Anmerkung: siehe Grafik vorhergehende Seite

Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass die meisten Patienten der psychiatrischen Kliniken aus den bevölkerungsreichen städtischen Spitalbezirken (Städte Bern, Biel, Thun) kommen. Bei Betrachtung der Häufigkeit der Eintritte pro 1000 Einwohner wird jedoch deutlich, dass die Spitalbezirke, auf deren Gebiet sich eine Psychiatrieklinik befindet, die höchsten Werte verzeichnen. Die **PM fällt insofern auf, als dass in Meiringen** als dem **unmittelbaren Versorgungsgebiet** (Pflichtaufnahmegebiet) sowohl die **Inzidenzrate** wie auch die **Prävalenzrate durchgehend über dem Durchschnitt** nicht nur des Kantons, sondern auch der anderen Spitalbezirke **liegt**.

Eindeutige Erklärungen sind auch hier ohne Analyse der Patientenakten nicht möglich. Die Chefärztin der PM geht (siehe Analyse der Medizinstatistik im nächsten Abschnitt) von einer „gewissen epidemiologischen Belastung“ der Region aus. Fraglich ist, ob dadurch die Abweichungen hinlänglich erklärt werden können. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass auch in der Spitalregion Interlaken die Inzidenz, wiederum massgeblich beeinflusst durch die PM, zu den höchsten zählt.

In Verbindung mit der ebenfalls überdurchschnittlichen Prävalenz spricht vor dem Hintergrund des vergleichsweise stark ausgebauten Geriatriebereiches einiges dafür, dass die hohe Behandlungsinzidenz in Meiringen selbst aber auch in anderen Spitalregionen, welche im unmittelbaren Versorgungsbereich von Meiringen liegen, durch einen hohen Anteil von Pflegefällen bedingt ist, welche unter anderen Umständen (Alternativangebote in der Region; geringere Attraktivität der psychiatrischen Klinik) vielleicht eher in einem Alters- oder Pflegeheim statt in einer psychiatrischen Klinik untergekommen wären.

Für diese Erklärung spricht (wie durch die Fachgespräche mit dem Leiter der PKM sowie den Leitern der Psychiatriestützpunkte bestätigt werden konnte) neben den bereits aufgezeigten Patientenstatistiken die starke regionale Verankerung (Tradition) sowie das Image der Klinik, welche im Gegensatz zu öffentlichen Kliniken nicht im gleichen Masse unter der Stigmatisierung einer „Irrenanstalt“ leidet und dies auch durch den bewussten Namenswechsel (von Privater Nervenlinik Meiringen zu Privatklinik Meiringen) dokumentiert. Auch in der Personaldotationsstudie von 1994 (siehe Abschnitt 4.1) wird angemerkt, dass die PM im Gegensatz zu anderen psychiatrischen Kliniken mehr Fälle im Bereich der Regelbehandlung (siehe Kategorisierung der Behandlung nach Intensitätsstufen gemäss der Psychiatrie – Personal- Verordnungen vom 18.12.1990, Deutschland) aufweist. Des weiteren können als Argumente die günstige Infrastruktur, welche - im Gegensatz z. B. zur PKM - eine weitgehend getrennte Behandlung der Sektoren erlaubt, sowie die ruhige und landschaftlich reizvolle Lage angeführt werden. Wie weiter unten noch aufgezeigt wird, spiegelt auch der Personalbestand, welcher vergleichsweise viel Pflegepersonal und demgegenüber weniger fachärztliches Personal ausweist, die Bedeutung der Pflege wider.

In diesem Zusammenhang sei bezugnehmend auf die folgende Tabelle, darauf hingewiesen, dass der mit Abstand grösste Anteil der Patienten freiwillig, das heisst entweder auf eigenen Wunsch bzw., wenn auf Vorschlag des überweisenden Arztes (mit dem Einverständnis des Patienten) in die PM überwiesen wurde. Eine Erhöhung der Inzidenzrate ähnliche von der PM nicht zu beeinflussende Umstände kann von daher ausgeschlossen werden.

16. Tabelle: Einweisungsart in die PM (1999)

Einweisungsart	1	2	3	4	5	6	?
Anzahl	1	529	10	1	1	59	15

Legende:

1= Keine Einlieferungsart

2= Freiwillig

3=FFE

4=Richterliche Einweisung

5=Zwangseinweisung

6=Notfall-Eintritt

?= unbekannt

Dies wird auch durch die Umfrageergebnisse im Rahmen einer von der PM durchgeführten Zuweiser-Umfrage bestätigt (siehe nähere Erläuterungen zur Umfrage als Bestandteil des Qualitätsmanagement-Konzeptes im Abschnitt 3.4). Demnach erfolgen die Zuweisungen in rd. 64 % der Fälle auf Vorschlag des zuweisenden Arztes, immerhin in rd. 28 % der Fälle erfolgte die Zuweisung auf eigenen Wunsch des Patienten.

17. Tabelle: Analyse der Zuweisungen der PM (1999)

Zuweisungsgrund	Prozent
In Umfrage angeschriebener Zuweiser selber	64
Zugezogener Facharzt (Psychiater)	1
PatientIn	28
Keine Antwort	6

Quelle: PM Datenbasis: 78 Antworten von 276 verschickten Fragebögen

Inwieweit die vorliegenden Ergebnisse auf einer ausreichend repräsentativen Datengrundlage beruhen, kann mangels entsprechender Angaben derzeit nicht beurteilt werden.

3.3 Analyse der medizinischen Statistik (ICD-Codes)

Die PM führte im Jahr 1998 erstmals die medizinische Statistik des Bundesamtes für Statistik ein. Ein Quervergleich mit den Daten aus den Vorjahren ist nur beschränkt möglich, da bis 1997 organisch bedingte psychische Störungen mit Störungen durch psychotrope Substanzen vermischt waren.

Insgesamt gesehen ist ein Behandlungsschwerpunkt sowie eine **Steigerung** von 28 % auf 35 % im Betrachtungszeitraum 1997 bis 1999 **bei Patienten mit durch psychotrope Substanzen (Sucht, inklusive Alkohol) bedingten Verhaltensstörungen auszumachen (F1)**. Der zweithöchste Anteil entfällt auf affektive Störungen (z.B. Depressionen) mit einem um 30 % schwankenden Anteil. Des weiteren folgen (F2) Schizophrenien (zwischen 13 % und 15 %), Belastungsstörungen (F4) mit einer Steigerung von rd. 10 % auf 13 % sowie organische Störungen (F0) und Persönlichkeitsstörungen (F6) mit einem Anteil von jeweils rd. 4 %. Die anderen Diagnosen haben jeweils einen Anteil von unter 1 Prozent.

18. Tabelle: Diagnosevergleich der PM 1997 – 1999 (Basis: Tätigkeitsbericht PM; Auswertungen der GEF für das Jahr 1999)

ICD-10 Code	Beschreibung der Diagnosen-Gruppen	1997		1998		1999	
		Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
F0	Organische, einschliesslich symptomatischer psychischer Störungen (z. B. Demenz)	23	4.7	24	3.9	23	3.7
F1	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (Sucht, inklusive Alkohol)	139	28.3	236	37.8	219	35
F1*	(nur Alkohol)	65	13.2	130	20.8		
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	65	13.2	96	15.4	88	14
F3	Affektive Störungen (z. B. Depressionen)	174	35.4	176	28.2	185	30
F4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	47	9.6	48	7.7	80	13
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	2	0.4	2	0.3	1	0.2
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	32	6.5	33	5.3	22	3.5
F7	Intelligenzminderung	6	1.2	9	1.4	3	0.5
F8	Entwicklungsstörungen	1	0.2	0	0	1	0.2
F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	2	0.4	0	0	1	0.2

Quellen: PM Jahresbericht (1997/1998): BFS/MS (1999)

Die grosse Zahl an Suchtkranken reflektiert nach Ansicht der Chefärztin einerseits eine gewisse epidemiologische Belastung der Versorgungsregion, aber andererseits auch die Tatsache, dass die PM über ein aktuelles Entzugsangebot verfügt. Die epidemiologische Belastung der Versorgungsregion kann auf Basis der Analyse der Pflage tage differenziert nach Patientenherkunft und Stationsbereichen (siehe Tabelle 8) nicht bestätigt werden. Es konnte vielmehr aufgezeigt werden, dass die Patienten aus dem Suchtbereich überwiegend (84%) von ausserhalb des näheren Versorgungsgebietes (Berner Oberland) kommen.

Vergleicht man die Ergebnisse der medizinischen Statistik der PM mit der von der PKM, so zeigt sich insgesamt gesehen, dass auch dort die meisten Patienten den Diagnosegruppen F0 bis F4 sowie F6 zuzuordnen sind. Davon abgesehen weist die Patientenstatistik für die PKM insgesamt eine höhere Behandlungsbreite aus, da auch Fälle zur entzündlichen Krankheiten des Zentralnervensystems (Gruppe G) sowie andere nicht in den Bereichen der psychischen Störungen bzw. Verhaltensstörungen (Gruppe F) und Krankheiten des Nervensystems einzuordnenden Krankheiten behandelt werden.

19. Tabelle: Diagnosestatistik PKM 1999 (Basis: Auswertungen der GEF)

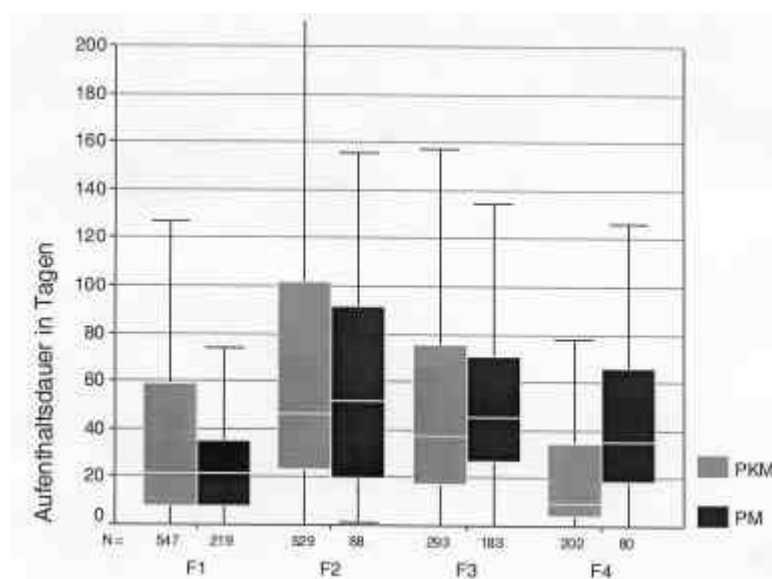
Alle Austritte 1999 (stationär, teilstationär, ambulant)

Code	Häufigkeit	Prozent
A5	2	0.1
C3	1	0.1
F0	83	4.3
F1	547	28.2
F2	529	27.3
F3	293	15.1
F4	202	10.4
F5	1	0.1
F6	197	10.2
F7	38	2
F9	10	0.5
G2	4	0.2
G3	17	0.9
I5	1	0.1
I6	3	0.2
K9	1	0.1
Q8	2	0.1
S0	1	0.1
Z0	1	0.1
Z6	1	0.1
Z7	1	0.1
Z9	2	0.1
Gesamt	1937	100.4

Innerhalb der Gruppe F lassen sich zwischen den beiden Kliniken leichte Schwerpunktverschiebungen für das Jahr 1999 ausmachen. So sind die Bereiche, in welchen in der PM Behandlungsschwerpunkte aufgebaut werden sollen (siehe Abschnitt zu den Stationsprofilen) wie die affektiven Störungen (z.B. Depressionen) sowie die Suchtkrankheiten tatsächlich stärker vertreten (F2 + F3).

Vergleicht man die beiden Kliniken in Bezug auf die mittlere Verteilung ihrer Aufenthaltsdauer per Hauptdiagnose F1 –F4, so kommt man zu folgenden Ergebnissen: Die beiden Kliniken sind in den drei Fallgruppen F1, F2 und F3 recht ähnlich, unterscheiden sich jedoch signifikant bei der **Diagnosegruppe F4** (Belastungs- und Angststörungen u.ä.). Hier ist eine **deutlich längere Aufenthaltsdauer bei Patienten der PM festzustellen**.

Grafik Vergleich Aufenthaltsdauer PM und PKM in den Hauptdiagnosegruppen F1 – F4 (Auswertungen der GEF 1999)



Quelle: Medizinische Statistik der stationären Betriebe, Bundesamt für Statistik, Auswertungen AWA-GEF)

Erläuterung der Grafik: Die Boxplot-Kästchen geben die Quartilsgrenzen an:

untere Linie = 25 % der Fälle

weisse, mittlere Linie = 50 % der Fälle/Median

obere Linie = 75 % der Fälle

Die Verlängerungslinien enthalten die restlichen Fälle ohne Ausreisser oder Extremwerte.

Um die Frage der Aufenthaltsdauer bei Depressionen, einem der Schwerpunktbereiche in der PM mit der Zielgruppe Privatpatienten (siehe Stationsprofil Des Alpes 1, Abschnitt 3.1) noch genauer zu analysieren, wurden in der nachfolgenden Tabelle die Werte für den ICD-10 Code F32 (Depression) gesondert ausgewiesen. Im Ergebnis lässt sich feststellen, dass der Median der Aufenthaltsdauer bei Depressionen in der PM deutlich höher ist als in der UPD oder in Bellelay, aber kaum höher als in der PKM bzw. etwas tiefer als in den anderen untersuchten Privatkliniken (abgegrenzte Werte).

20. Tabelle: Auswertung der Aufenthaltsdauern von Patienten mit depressiven Störungen (ICD-Code F32) anhand ausgewählter psych. Kliniken des Kantons Bern (1999)

	Mittelwert	Median	Maximum	Minimum	N
Clinique Psych. Bellelay	57.5583	20.9000	392.40	0	24
Psychiatrische Klinik Münsingen	51.9754	37.4000	224.40	0	130
Universitäre Psychiatrische Dienste Bern	40.4000	19.4000	515.20	0	211
Private Klinik Meiringen	55.4207	40.6000	369.00	0	87
Andere Privatkliniken	56.1645	44.5000	220.20	1.50	134

Quelle: BFS/MS

Auch hier stellt sich wiederum (siehe Ausführungen bzgl. unterschiedlicher Aufenthaltsdauern bei den unterschiedlichen Versicherungsklassen, Abschnitt 3.3 Patientenstatistik) die Frage, inwieweit die aufgezeigten Unterschiede in den Aufenthaltsdauern bei den verschiedenen Kliniken patientenbedingt sind (Konzentration von schwierigeren Fällen in dafür spezialisierten Kliniken) bzw. unterschiedlichen finanziellen Anreizsystemen entsprechen (Kliniken im Allgemeinen und Privatkliniken im Besonderen haben ökonomisch gesehen ein stärkeres Interesse daran, Privatpatienten länger stationär zu behandeln). Für letzteres spricht die Tatsache, dass die Aufenthaltsdauer in allen privaten Kliniken (welche einen höheren Anteil an Privatpatienten haben) wesentlich länger dauern, als in den öffentlichen Kliniken UPD und Bellelay. Gegen diese Auslegung wäre anzuführen, dass die Aufenthaltsdauer in der PKM sich kaum von derjenigen der PM unterscheidet.

Man könnte gegebenenfalls auch anführen, dass der Spardruck, welcher in den letzten Jahren spürbar auf den öffentlichen Kliniken lastete und neben psychiatrischen Überlegungen (integratives Behandlungskonzept) zur Bettenreduktion und kürzeren Aufenthaltsdauern mit beigetragen hat, sich vielleicht in den privatwirtschaftlichen Kliniken mit einer besseren Ertragsstruktur nicht ganz so stark ausgewirkt hat.

Weitergehende Aussagen dazu setzten voraus, dass die Korrelation zwischen Privatpatienten und Aufenthaltsdauer pro Hauptgruppe (in diesem Fall Depression) in den in Betracht kommenden Kliniken näher untersucht würde.

3.4 Behandlungsqualität/Qualitätsmanagement

Eine umfassende Beurteilung einer Wirkungsanalyse setzt umfangreiche Patienten- und Zuweiserbefragungen, möglichst von neutraler Stelle voraus. Im Rahmen dieser Grobuntersuchung ist dies nicht vorgesehen gewesen. Um dennoch Anhaltspunkte bzgl. der Qualität der Behandlungen zu erhalten, wird im Folgenden darauf abgestellt, inwieweit Bestrebungen bestehen, die Behandlungsqualität durch entsprechende Standards im Bereich der Abläufe (Prozessqualität) und der Strukturen (Strukturqualität) sicherzustellen.

Die PM hat, soweit aus den Tätigkeitsberichten der Jahre 1998 und 1999 zu entnehmen ist, das Total Quality Management (TQM) als eine der zentralen Aufgaben für die weitere Entwicklung der PM definiert. In diesem Zusammenhang wurden auf Basis eines Konzeptes bzw. eines Leitbildes in Arbeitsgruppen Prozesse wie Patienteneintritte und Therapiezuweisungen bearbeitet und neu geordnet. Weitere Arbeitsabläufe sollen in Zukunft optimiert werden und die Definition von Qualitätsstandards ist vorgesehen. Auf die Restrukturierung der Stationen im Hinblick auf eine stärkere zielgruppenorientierte Schwerpunktsetzung (Suchtkranke, Depression) sowie eine Erweiterung des Angebotsspektrums (Tagesklinik) wurde bereits hingewiesen.

Der PM wurde im Juni 2000 von der gemeinsamen Kommission des Verbands der Spitäler der Schweiz (H+) und des Konkordats der Schweizerischen Krankenversicherer (KSK) **die korrekte Durchführung der Massnahmen zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung für das Jahr 1999** gemäss Rahmenvertrag und Qualitätskonzept eines institutionalisierten Qualitätsmanagements **bescheinigt**.

Die Ergebnisse der in diesem Zusammenhang erstellten Zuweiser-Umfrage wurden CGEYC freundlicherweise von der PM zur Verfügung gestellt und geben einige Hinweise auf Stärken und Schwächen der derzeitigen Ablaufstrukturen bzw. der Behandlungsqualität.

So wird von den Zuweisern sowie von den Patienten und deren Familien die Qualität der Behandlung mit zwischen 73 % und 83 % relativ hoch eingeschätzt. **Schwächen gibt es offensichtlich beim Einbezug des Zuweisers in die Behandlung** (rd. 41 % negative Einschätzung) sowie bzgl. der frühzeitigen Information des Zuweisers über den bevorstehenden Austritt (36 % negative Einschätzung).

Neben der Beantwortung von konkreten Fragen wurde den Zuweisern bei der Erhebung auch die Möglichkeit gegeben, eigenständig Anmerkungen zu machen. Da diese Antworten nicht quantifiziert wurden und von daher nicht zahlenmässig gewichtet werden können, ist eine Verallgemeinerung dieser Aussagen nicht möglich. Dennoch sollen einige Aussagen aufgrund ihrer grundlegenden Bedeutung hier hervorgehoben werden. Die Ergebnisse der Erhebung werden im Anhang vollständig aufgeführt.

Auch in den allgemeinen Bemerkungen wird auf die guten Erfahrungen mit der PM verwiesen, besonders hervorgehoben wird dabei die positive Aufnahme in den Geriatriestationen. Es finden sich aber auch kritische Anmerkungen. So wird der Wunsch nach einer differenzierten Behandlung auch bei allgemeinversicherten Patienten ausgedrückt wie auch derjenige, weniger Medikamente zu verabreichen.

Von dem Bezirksspital Oberhasli wird die Zusammenarbeit mit der PM als dürftig charakterisiert.

Die geographische Lage von Meiringen wird für Zuweisungen als oftmals hinderlich bezeichnet.

Zusammengefasst besteht der Eindruck, dass **der PM mehrheitlich eine gute Qualität hinsichtlich der Behandlung** seitens der Zuweiser **zugesprochen wird**. Dies kann grundsätzlich auch durch die von CGEYC mit den Leitern der ambulanten psychiatrischen Stützpunkte geführten strukturierten Telefongespräche bestätigt werden. Schwächen bestehen vor allem in der Kooperation mit den zuweisenden Stellen.

Vor dem Hintergrund aktueller Psychatriekonzepte (Stichwort: Behandlung des Patienten, möglichst ohne ihn aus seiner sozialen Umgebung rauszureissen; Verbindung von ambulanter, teilstationärer und stationärer Behandlung im Rahmen eines Sektormodells) wird die Randlage von der PM sowohl in der schriftlichen Erhebung wie auch in den seitens CGEYC durchgeführten Fachgesprächen mit den Leitern der Psychiatriestützpunkte als überwiegend kritisch eingeschätzt (Ausnahme: wenn es für die Behandlung gerade förderlich ist, z. B. wenn der Patient Abstand zu seiner sozialen Umgebung bekommen soll).

4 Effizienzanalyse

Auf Basis der bisher dargestellten Angebots- und Leistungsstruktur wird in den folgenden Abschnitten ein Vergleich der Kostenstrukturen vorgenommen. Da diese zu einem wesentlich Teil vom Personaleinsatz bestimmt werden, wird **in einem ersten Schritt** in einer vergleichenden Betrachtung analysiert, in welchem Masse unterschiedliche Personaldotationen in den verschiedenen Personalkategorien bestehen und ob es signifikante Unterschiede in der Besoldungsstruktur gibt.

In einem zweiten Schritt wird die Ertrags- und Kostenstruktur der PM auf Basis von aggregierten Grössen (Personalkosten, Sachkosten, Infrastrukturkosten etc.) im Vergleich zu den anderen öffentlichen Kliniken herausgearbeitet.

Insbesondere im Bereich der Infrastrukturkosten ist es allerdings aufgrund der unterschiedlichen Finanzierungssysteme für die Investitionen notwendig, beim Vergleich hinsichtlich der öffentlichen Kliniken auch die kalkulatorischen Kosten sowie die Querschnittskosten (die in der Staatsrechnung nicht ausgewiesen werden, da sie von der Kantonsverwaltung getragen werden) einzubeziehen. Dies wird **in einem dritten Schritt** im Rahmen eines Detailvergleiches zwischen den Kliniken PM und PKM in Abschnitt 4.3 vorgenommen.

4.1 Personalstruktur

Die nachfolgende Grafik lässt auf Basis der Betriebserhebung aus dem Jahr 1998 zunächst erkennen, dass die PM im Vergleich zu allen anderen psychiatrischen Kliniken über alle Personalkategorien zusammen genommen mit 133 Personalstellen pro effektiv belegte Betten die geringste Personaldotation ausweist.

21. Tabelle: Vergleich Personaldotation der psychiatrischen Kliniken pro 100 effektiv belegte Betten 1998

	UPD	PKM	CPB	PM
Personal gesamt/100 eff. belegte Betten	181	137	141	133
Ärzte insgesamt/eff. belegte Betten	29	13	11	9
Darunter Chefärzte/eff. belegte Betten	2	1.6	3.6	1.7
Darunter Oberärzte/eff. belegte Betten	7.4	3.8	0	1.3
Darunter Assistenzärzte/eff. belegte Betten	14.1	5.7	5.3	5.6
Darunter Apotheker, NW, Psych/eff. Belegte b.	5.2	1.6	1.7	0
Pflegepers. insgesamt/eff. belegte Betten	75	66	80	63
Darunter Oberschwwestern/eff. belegte Betten	2.4	2.2	1.8	2.1
Darunter Krankenschwestern/-pfleger AKP/PsyKP/eff. belegte Betten	59.9	48.2	57	31.6
Darunter Pflegerinnen FA-SRK/eff. belegte Betten	6.4	5.0	4.3	10
Darunter Spitalgehilfinnen/eff. belegte Betten	0	0	2.8	10.4
Pflegerisches Hilfspersonal	6.1	10.4	14.1	8.8
Personalbestand andere med. Fachbereiche	25.7	14.9	10.3	9.8
Sozialarbeiter/Seelsorger	4.7	2.1	1.8	0.7

Quelle: Kennzahlen GEF

Bei einer Einzelbetrachtung der verschiedenen Personalkategorien pro 100 effektiv belegte Betten wird sichtbar, dass die **PM weniger Personal bei den Ärzten und Oberärzten sowie bei den höher ausgebildeten Krankenschwestern/-pflegern** nach PsyKP/AKP und dem gegenüber **in den unteren Kategorien des Pflegepersonals** (Pflegerinnen FA-SRK und Spitalgehilfinnen) **mehr Personal aufweist**.

Die angegebenen Kennzahlen stammen aus dem Kennzahlenbuch der GEF. Methodisch ist darauf hinzuweisen, dass die auf belegte Betten ausgerichtete Kennzahl nicht berücksichtigt, inwieweit Personalkapazitäten für den ambulanten Bereich benötigt werden. Von daher ist die Gegenüberstellung zumindest in Bezug auf die Gesamtanzahl des Personals zu relativieren. Um beurteilen zu können, ob die Personalausstattung ausreichend ist, muss diese der Patientenstruktur bzw. den Anforderungen aus den jeweiligen Behandlungsschwerpunkten gegenüber gestellt werden.

Im Jahr 1994 wurde im Auftrag der GEF eine umfangreiche Analyse der Personaldotation der Psychiatriestationen im Kanton Bern auf Basis der in Deutschland bestehenden Psychiatrie-Personalverordnung vorgenommen. Dieser liegt ein patientenzentrierter Ansatz zugrunde, d.h. die Personalbemessung orientiert sich an den Leistungen, deren der individuelle Patient bedarf. Ergebnis der Analyse war z.B. dass zum damaligen Zeitpunkt sowohl in der PM wie auch der PKM im Vergleich zu den Vorgaben nach der Psychiatrie-Personalverordnung zu wenig Personal arbeitete.

22. Tabelle: Zusammenfassendes Ergebnis der Personaldotationsstudie von 1994 für die PM Soll – Ist Abgleich in absoluten Stellenanteilen

	IST	SOLL
Personaldotation Ärztlicher Dienst	7.95	16.67
Personaldotation Pflege u. a.	97.07	132.70
Personaldotation medizinische Sekretariate	1.21	3.33
Personaldotation Apotheke		0.88
Personaldotation Röntgen / Labor etc.	0.54	0.66
Personaldotation Verwaltung	7.44	8.95
Personaldotation Küche / Gastronomie	18.80	19.40
Personaldotation Haus- und Reinigungsdienst	32.14	11.32
Personaldotation Wäscheversorgung	12.43	13.71
Personaldotation Transportdienst und Magazine	0.75	
Personaldotation Kader		5.00
Personaldotation Technische Betriebe	8.80	9.16
Personaldotation Verkaufsladen		0.09
Personaldotation Kinderkrippe		3.52
Total	187.13	225.39

Quelle: Personaldotationsstudie 1994, Suter+Suter

Fraglich ist, ob dieser Befund heute immer noch Gültigkeit hat. Die in Abschnitt 3.4 (Analyse der medizinischen Statistik) durchgeführte Analyse des Behandlungsprofils erstreckt sich auf die Jahre 1997 bis 1999. Ein Vergleich mit den Jahren davor ist mangels Daten (die Verpflichtung zum Führen der medizinischen Statistik besteht erst seit 1998) nicht möglich. Alleine aus dieser Tatsache heraus ist es nicht ohne weiteres möglich, die Ergebnisse der Studie auf die heutige Zeit zu übertragen.

Auf der anderen Seite ist nicht davon auszugehen, dass sich innerhalb des vergangenen Zeitraums das Patientenprofil so grundlegend geändert hat, dass die damaligen Ergebnisse vollkommen obsolet wären. Vielmehr haben die Ausführungen in Abschnitt 3.1 bei der Darstellung der Stationsprofile und Behandlungsschwerpunkte deutlich werden lassen, dass sich eine Schwerpunktverschiebung hinsichtlich der Patientenstruktur sowie dem damit verbundenen Stationsprofil erst seit Beginn des Jahres 1998 abzeichnet (Ausbau Privatabteilung für Depression sowie Suchtabteilung; Ausdifferenzierung der geriatrischen Abteilung).

Es stellt sich des weiteren die Frage, wie sich die Personaldotation seit 1994 entwickelt hat. In der untenstehenden Tabelle ist die Entwicklung des durchschnittlichen Personalbestands nach Berufsgruppen für den Zeitraum von 1994 bis 1999 dargestellt.

23. Tabelle: Entwicklung des durchschnittlichen Personalbestands nach Berufsgruppen in der PM für den Zeitraum 1994 bis 1999

Berufskategorien	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Ärzte						
Chefärzte	1.00	1.00	0.75	1.00	0.92	1.00
Leitende Ärzte	1.00	1.00	1.00	1.60	1.60	1.60
Oberärzte	0.58	0.84	1.58	1.46	2.00	2.40
Assistenzärzte	4.67	5.37	5.03	6.34	6.54	6.50
Apotheker/Naturw./Psychologen	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.60
Total	9.25	10.21	10.36	12.40	13.06	14.10
Pflegepersonal						
Leiterin Pflegedienst	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Ober-/Vizeoberschwestern	2.00	2.00	1.67	1.90	2.10	2.10
Stationsschwestern	5.99	6.59	7.53	7.13	7.17	7.60
dipl. Krankenschw./-pfleger	28.76	29.67	32.03	38.51	40.42	48.40
Pfleger/innen FASRK	16.24	16.11	16.72	17.08	15.06	11.70
Spitalgehilfinnen/Pflegeassistenten	13.94	13.20	13.06	14.92	15.71	11.50
Pleg. Hilfspersonal	25.56	22.19	19.38	15.84	13.33	13.70
Total	93.49	90.76	91.39	96.38	94.79	96.00
Andere med. Fachbereiche						
Laboratorien	0.54	0.55	0.53	0.60	0.63	0.50
Physiotherapie	0.00	0.50	0.50	0.50	0.50	0.50
Ergo/Aktivierungsth.	9.05	9.74	10.40	9.88	9.93	9.80
Med. Sekretariate	1.47	1.61	1.53	1.91	2.22	2.40
Sozialarbeiter/Seelsorge	0.90	0.90	0.69	0.90	1.03	1.30
Apotheker/Pharma-Assistenten	0.00	0.38	0.39	0.48	0.57	0.60
Total	11.96	13.68	14.04	14.27	14.88	15.10

Quelle: PM Stellenpläne

Festzustellen ist eine **Zunahme der Personaldotation insbesondere bei den Ärzten**, den dipl. Krankenschwestern/-pflegern und in geringerem Ausmass bei den anderen medizinischen Fachbereichen. Beim Pflegepersonal ist demgegenüber in den Kategorien FASRK und Spitalgehilfinnen eine leichte Abnahme festzustellen.

Um beurteilen zu können, ob tatsächlich eine Zunahme des Versorgungs- bzw. Patientenbetreuungsverhältnisses stattgefunden hat, muss die Entwicklung des Personals dem Wachstum des Anforderungsprofils (Anzahl der behandelten Patienten, der Pflagetage sowie der Austritte) als leistungsbestimmende Kennzahl gegenüber gestellt werden. Die folgende Tabelle zeigt auf, dass der **Anstieg des Personals im ärztlichen Bereich** und bei den anderen medizinischen Fachbereichen **über dem Aufgabenwachstum liegt**, so dass trotz der Unsicherheiten über die Korrelation von Personalentwicklung und partiellem Aufgabenwachstum (die Pflagetage sind konstant geblieben, die Austritte haben zugenommen) insgesamt von einer Verbesserung der Personaldotation ausgegangen werden kann.

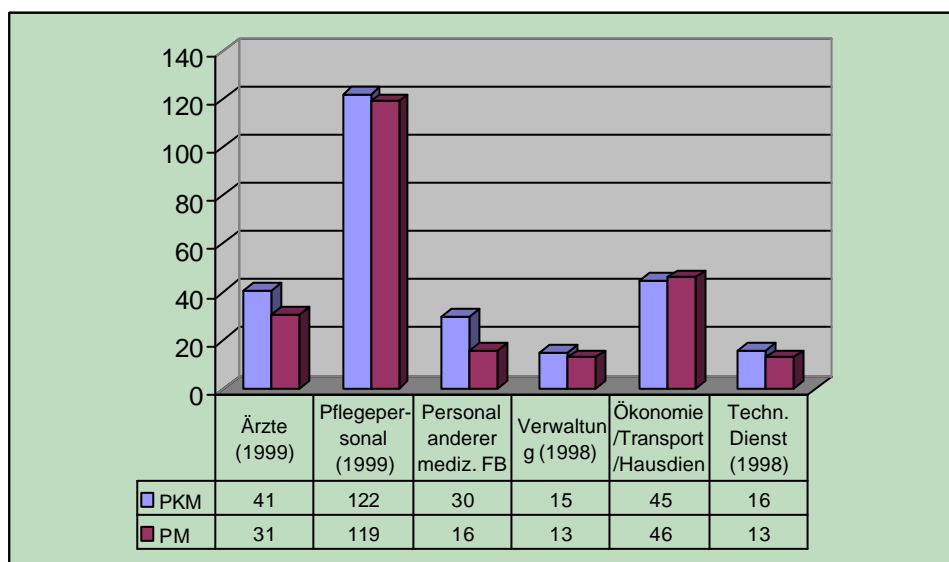
24. Tabelle: Entwicklung des Personalbestands der PM und des quantitativen Anforderungsprofils

	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Behandelte Patienten	100	99%	103%	96%	118%	116%
Pflegetage	100	98%	95%	93%	101%	101%
Austritte	100	100%	107%	96%	123%	123%
Ärzte	100	110%	112%	134%	141%	152%
Pflegepersonal	100	97%	98%	103%	101%	103%
Andere med. Fachbereiche	100	114%	117%	119%	124%	126%

Quelle: PM

In Vorbereitung auf den Vergleich der Personalaufwendungen im folgenden Abschnitt werden in der untenstehenden Tabelle die Besoldungen in Franken pro Pflegetag (je nach Datenverfügbarkeit wurde auf die Werte von 1999 bzw. 1998 abgestellt) verglichen. **Im Ergebnis schneidet bei allen Personalkategorien die PM gegenüber der PKM günstiger ab.**

Grafik: Besoldungen in Franken pro Pflegetag



Quelle: PM; PKM

Grundsätzlich kann diese Tatsache mehrere Ursachen haben. Zum einen kann es an Unterschieden in der Besoldungshöhe pro Personalkategorie liegen oder aber auch an einer höheren Anzahl von Pfl egetagen pro Mitarbeiter. Wesentliche Unterschiede in der Besoldungshöhe sind grundsätzlich durch die Bindung von subventionierten Einrichtungen an die Besoldungsregeln (BERESUB) ausgeschlossen (Die Einhaltung der BERESUB wurde vom Prüfer der GEF bestätigt).

Wie die nachstehende Tabelle aufzeigt, sind die durchschnittlichen Personalkosten in der PM bei den Ärzten um rd. 9 TSFr. und bei dem Pflegepersonal um rd. 2 TSFr. pro Stelle höher.

Im Ergebnis kann gefolgert werden, dass die **geringeren Personalkosten pro Pfl egetag in der PM aus einer günstigeren Personalstruktur** (weniger hochdotierte Ärzte, mehr Pflegepersonal aus niedrigeren Gehaltsstufen) einerseits **und einer höheren Arbeitsbelastung pro Mitarbeiter gemessen in Pfl egetagen** andererseits **resultieren**. Daraus kann allerdings in der PM „effizienter“ arbeiten als in anderen Kliniken, da in der Kennzahl Anzahl der Pfl egetage die Behandlungsintensität pro Fall nicht berücksichtigt wird.

25. Tabelle: Durchschnittliche Personalkosten pro Stelle und Personalkategorie (Basis: Kostenrechnung und Stellenplan der PM und der PKM, 1999)

Besoldungen 1999 nach Personalkategorien in Franken (ohne Sozialversicherung)

	PKM	PM
Personalbestand		
Ärzte und Psychologen	40.8	14.1
Pflegepersonal	209.8	96
Medizinische Fachbereiche (inkl. Sekretariat. Sozialarbeiter)	43.8	15.1
Personalkosten		
Ärzte und Psychologen	4'637'528	1'727'905
Pflegepersonal	13'849'819	6'533'540
Personalkosten pro Stelle		
Ärzte	113'637	122'546
Pflegepersonal	66'011	68'058

Inwieweit die aufgezeigten Befunde in der Personalstruktur (welche trotz Verbesserung der Personaldotation gegenüber dem Stand von 1994 weiterhin bestehen) entweder die unterschiedlichen Anforderungsprofile seitens der Patienten widerspiegeln, oder auf eine unterschiedliche Personal- und Geschäftspolitik zurückzuführen oder aber mit Effizienzunterschieden (z.B. bzgl. der Prozessgestaltung) zu erklären sind, kann im Rahmen dieser Grobuntersuchung nicht eindeutig gefolgert werden. In der bereits zitierten Personaldotationsstudie des Jahres 1994 wurde diesbezüglich herausgestellt, dass der **Anteil der Schwer- und Mehrfachkranken** in den Behandlungsbereichen der **allgemeinen Psychiatrie** und der **Abhängigkeitskranken in der PM niedriger ist** (Überwiegen der Regelbehandlungen) als bei den anderen kantonalen psychiatrischen Kliniken.

Soweit Indizien zur qualitativen Versorgung bzw. zur Behandlungsqualität in der PM vorliegen (siehe Abschnitt 3.4), muss insgesamt von einem zufriedenstellenden Versorgungsstandard ausgegangen werden. Dieser schliesst in gewissem Masse aus, dass es allzu gravierende Unterschiede zwischen Personal-Sollstellen und Personal-Iststellen gibt. Insofern kann gesagt werden, dass die **aufgezeigten Unterschiede in der Personalstruktur zumindest zum grossen Teil mit den bereits ausgeführten unterschiedlichen Patientenprofilen der beiden Kliniken korrespondieren.**

Während bisher die Personalstruktur im Bereich der medizinischen Versorgung im Vordergrund stand, möchten wir im Folgenden auch die Personaldotation/-besoldung im Bereich der Verwaltung betrachten.

26. Tabelle: Vergleich Personaldotation im Verwaltungsbereich in den psych. Kliniken des Kantons Bern (Basis: Betriebstatistik der GEF, 1998)

Verwaltung	UPD	PKM	CPB	PM
Medizinisches Sekretariat (pro 10 Ärzte)	1.6	3.3	2.5	1.7
Verwaltung	9.6	7.1	6.6	5.4
Technischer Dienst, Gärtnerei	9.0	7.9	7.1	6.8
Küche, Ökonomie	15.0	14.4	9.2	10.2
Wäscheversorgung	3.1	2.6	5.2	7.0
Hausdienst	14.3	9.9	11.9	20.5
Transportdienst	0.8	1.3	0.0	0.0

Anmerkung: absolute Stellenangaben

Dazu wird wiederum (Ausnahme medizinisches Sekretariat) auf die Personaldotation gemessen an 100 effektiv belegten Betten abgestellt (Basis: 1998). Bis auf das medizinische Sekretariat, die Wäscheversorgung und den Hausdienst lässt sich feststellen, dass die PM gegenüber allen anderen Kliniken weniger Stellen hat. Beim medizinischen Sekretariat ist die PM mit dem UPD vergleichbar; beide haben erheblich weniger Stellen als die PKM oder CPB. Es ist davon auszugehen, dass bei der UPD vor allem Grössenvorteile eine Rolle spielen. Die höheren Stellenanteile bei der Wäscheversorgung dürften mit der Tatsache zusammenhängen, dass diese Dienstleistung neben der PM auch für andere Kunden erbracht wird. Dass die PM **im Bereich des Hausdienstes** annähernd doppelt so viel Personalkapazitäten aufweist wie die anderen Kliniken, wird im wesentlichen aus dem **höheren Versorgungsstandard** in Zusammenhang mit den **Privatkunden** zu erklären sein.

Auch hier ist wiederum die methodische Einschränkung zu machen, dass die Orientierung an effektiv belegten Betten den ambulanten Bereich unberücksichtigt lässt.

4.2 Vergleich Kostenstrukturen PM mit anderen Psych. Kliniken des Kantons Bern

Im Folgenden soll im Sinne einer ersten Annäherung an die Analyse der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung seitens der PM ein Vergleich der Aufwandshöhe mit den anderen Psychiatrischen Kliniken des Kantons Bern, bezogen auf die Pfl egetage einerseits und pro Patient andererseits, vorgenommen werden. Als Datengrundlage wird grundsätzlich auf die betrieblichen Kennzahlen der GEF des Jahres 1998 abgestellt.

Diese müssen, um eine Vergleichbarkeit zu ermöglichen, in verschiedener Hinsicht bereinigt werden:

- Die ambulanten und teilstationären Dienstleistungen werden zwar kostenmässig erfasst, leistungsmässig jedoch nicht. Da die Anteile der ambulanten Bereiche von Klinik zu Klinik sehr unterschiedlich sind (für den hier analysierten subventionierten, stationären Bereich der PM haben sie praktisch keine Bedeutung) verzerrt dies die leistungsbezogenen Finanzkennzahlen erheblich.
- Der Auftrag für Lehre und Forschung wird bei der UPD nicht ausgeschieden, was auch wieder, bei der Umlage auf die Leistungseinheiten (z.B. Pfl egetage) zu einer Verteuerung führt.

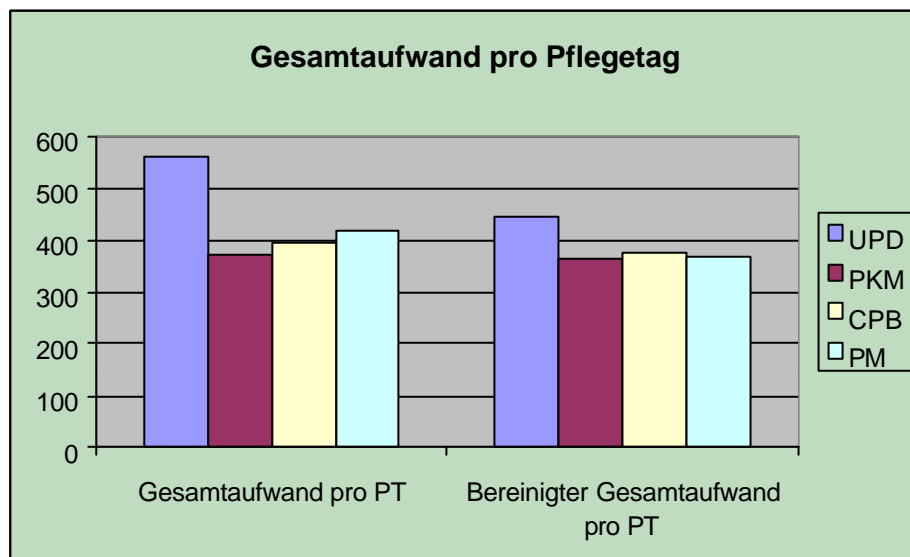
In Anlehnung an das Vorgehen der GEF (Dienststelle Psychiatrie) im Rahmen eines für interne Zwecke erstellten Kostenvergleichs wird deshalb eine grobe Bereinigung durch den Abzug der Kostenanteile der ambulanten Dienste (UPD: ca. 16 % ; PKM: ca. 2 % ; CPB: ca. 5 %) sowie Lehre und Forschung (UPD: ca. 5 %) vorgenommen.

Beim Kostenvergleich ist darüber hinaus zu berücksichtigen, dass die PM im Gegensatz zu den öffentlichen Kliniken die Investitionen als Eigentümerin der Klinik selbst vornimmt (nicht das Hochbauamt des Kantons Bern) und von daher die entsprechenden kalkulatorischen Aufwendungen (Abschreibungen, Zinsen) die Erfolgsrechnung belasten. Bei den unten aufgeführten Grafiken wurden diese kalkulatorischen Aufwendungen bei der PM der Vergleichbarkeit halber herausgerechnet.

Auch wenn nach wie vor davon auszugehen ist, dass die dem Vergleich zwischen der PM und den öffentlichen Kliniken zugrunde liegenden Aufwendungen nicht zu 100 % deckungsgleich sind (die PM trägt z. B. die Kosten für die jährliche Revision bzw. die Abnahme der Bilanz- und Erfolgsrechnungen durch einen Wirtschaftsprüfer), so sind die Basiswerte doch ausreichend vergleichbar, um eine grobe Positionierung der PM vorzunehmen.

In der folgenden Grafik wird auf der linken Seite der Gesamtaufwand pro Pflergetag vor Bereinigung (s.o.) und auf der rechten Grafikseite nach Bereinigung abgebildet. Die Bereinigung wirkt sich insbesondere auf die UPD wegen des verhältnismässig grossen Anteils an ambulanter Behandlung sowie der Forschung und Lehre aus. Insgesamt kostet der Pflergetag auch nach Bereinigung mit 446 Fr. deutlich mehr als bei den anderen drei Kliniken. Der Unterschied zwischen diesen drei Kliniken ist bei einer Spannweite von 364 bis 375 eher marginal, insbesondere beim Vergleich von der PM und der PKM.

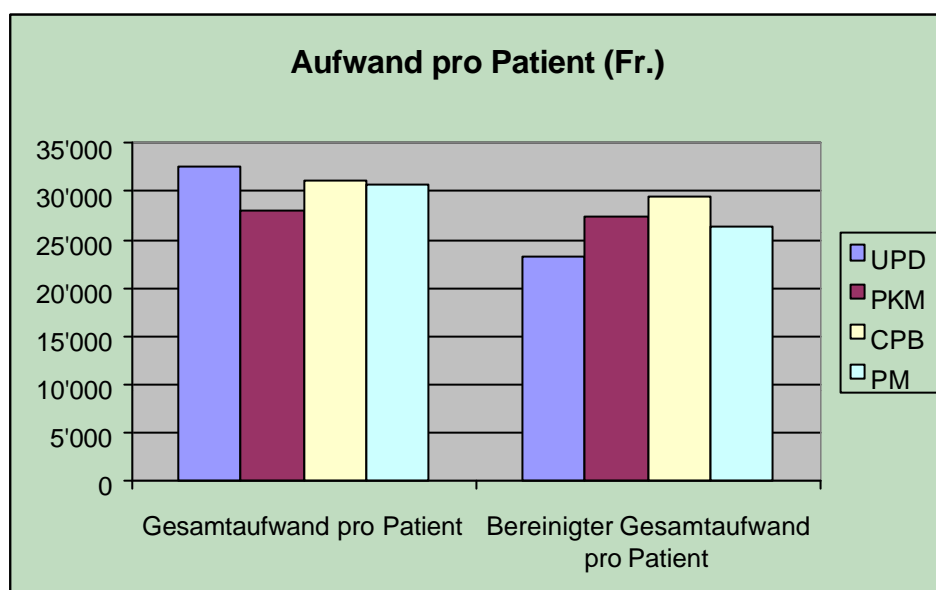
Grafik Vergleich Psych. Kliniken Bern Aufwand pro Pflergetag 1998



Quelle: Kennzahlenbuch GEF: Angaben der PM

Wird der Gesamtaufwand auf die Anzahl Patienten (Austritte und Bestand 31.12.) umgelegt, so verschiebt sich die Rangfolge, insbesondere bei Betrachtung des bereinigten Aufwands. Während vor Bereinigung die PKM den geringsten und die UPD den höchsten Aufwand aufweist, erweist sich die UPD nach Bereinigung als die kostengünstigste Klinik, gefolgt von der PM und der PKM.

Grafik: Vergleich Psych. Kliniken Aufwand pro Patient 1998

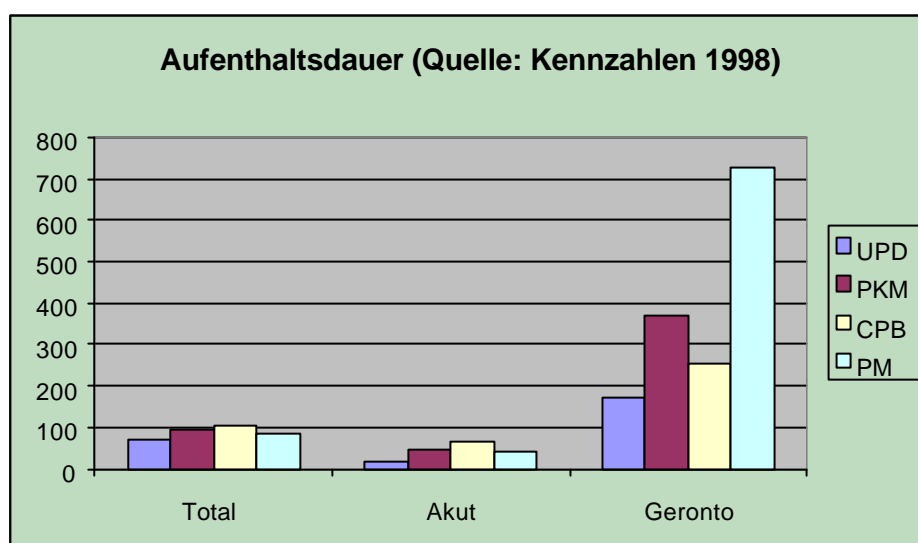


Quelle: Kennzahlenbuch GEF; Angaben der PM

Eine Erklärung für die divergierenden Ergebnisse dürfte bei der Aufenthaltsdauer liegen. Diese sind in der UPD mit Abstand am kürzesten. Kurze Aufenthaltsdauern führen zwangsläufig zu tieferen Fallkosten, jedoch zu relativ hohen Kosten pro Pflage-tag (hohe Intensität der Behandlung/Pflege).

Während die Aufenthaltsdauern der PM über alle Bereiche hinweg eher am unteren Rand liegen (ungefähr vergleichbar mit der etwas darüber liegenden PKM), sind die extrem hohen Aufenthaltsdauern (728 Tage) im Gerontobereich auffallend.

Grafik: Aufenthaltsdauer Psychiatrischer Kliniken im Vergleich (1998)



Im Ergebnis dieses groben Kostenvergleichs kann gesagt werden, dass **die PM insgesamt betrachtet eher zu den kostengünstigsten Kliniken gehört**, wobei der Abstand insbesondere zwischen der PM und der PKM sehr gering ausfällt.

In der folgenden Detailanalyse sollen die Kosten- und Ertragsstrukturen der PM und der PKM untersucht werden, um Aussagen zur Wirtschaftlichkeit bezogen auf den einzelnen Pflegebereich treffen zu können.

4.3 Detailvergleich der Erträge und Kosten pro Pflegebereich und Kostenart zwischen der PM und der PKM

Grundlage für den Detailvergleich sind die Zahlen aus der Kostenrechnung 1999 der beiden Kliniken. Im Gegensatz zum vorherigen Abschnitt sind allerdings bei der PKM die kalkulatorischen Kosten bzw. die Querschnittskosten enthalten (siehe besondere Rechnung im Rahmen von NEF – 2000), so dass auch bei der PM die kalkulatorischen Aufwendungen einbezogen werden können.

4.3.1 Gesamtvergleich der Erträge und Kosten

Der nachfolgende Gesamtvergleich der Kosten gemessen an den Kosten pro Patient und Kosten pro Pfl egetag bestätigt auch für das Jahr 1999 die bereits im vorherigen Kapitel getroffenen Aussagen im Hinblick auf die Kosten. Demnach liegen beide Kliniken bei einer isolierten Betrachtung der Kosten insgesamt nahezu gleich. Allerdings hat die PM höhere Erträge aufzuweisen, so dass das Defizit kleiner bzw. der Kostendeckungsgrad um rd. 8 % höher ausfällt.

27. Tabelle: Gesamtvergleich der Ertrags- und Kostenstrukturen zwischen der PM und der PKM 1999

	Pro Patient		Pro Pfl egetag	
	PM	PKM	PM	PKM
Ertrag	17'152	14'946	240	208
Aufwendungen	28'420	28'911	397	403
Defizit	-11'268	-13'964	-157	-195
Kostendeckungsgrad	60.35%	51.70%	60.35%	51.70%

Quelle: Kostenrechnungen der PM und der PKM

Die höheren Erträge sind zurückzuführen zum einen auf einen höheren Anteil an Privatpatienten und zum anderen auf die Tatsache, dass die ausserkantonalen Patienten (Anteil an den Pfllegetagen 14,5 %; siehe Abschnitt 3.3) höhere Tagespauschalen zahlen müssen.

28. Tabelle: Taxbeiträge der PM nach Wohnort und Versicherungsklasse

in SFr.	Allgemein	Halbprivat	Privat
Bern	226	435	450-490
Andere Kantone /Ausland	435	435	450-490
Kanton Obwalden	380	435	450-490

Quelle: PM

Ob die höheren Tagespauschalen für die Privat- und Halbprivatpatienten angesichts der damit verbundenen Mehrleistungen kostendeckend sind, ist derzeit aus der Kostenrechnung nicht ersichtlich. Von der Höhe der Taxbeiträge her ist jedenfalls im Vergleich mit anderen Privaten Psychiatriekliniken noch etwas „Spielraum“ wie der nachfolgende Vergleich mit der Privatklinik Wyss aus dem Kanton Bern veranschaulicht:

in SFr.	Allgemein	Halbprivat	Privat
Privatklinik Wyss	300	474-485	544-582

Quelle: Klinik Wyss

Unklar ist auch, ob die Tagespauschalen für Patienten aus anderen Kantonen kostendeckend sind. Da diese zumindest im Bereich der Allgemein-Versicherten beträchtlich höher sind, als für Patienten mit Wohnsitz in Bern ist je nach Behandlungsbereich von einem annähernden (Akut) bzw. vollständigen (Rehab, Geriatrie) Kostendeckungsgrad auszugehen (siehe folgende Tabelle).

In den folgenden zwei Tabellen sind zwecks detaillierterer Analyse der Kostendifferenzen die einzelnen Pflegebereiche der Kliniken PM und PKM sowie die Aufwendungen differenziert nach Aufwandsarten bezogen einerseits auf die Leistungseinheit Pfl egetag und andererseits die behandelten Patienten dargestellt. Da die Kostenrechnungen der beiden Kliniken von der Kostenstruktur her unterschiedlich ausgebaut sind, ist ein Vergleich auf Ebene aller Aufwandsarten nicht möglich. Dennoch wurde versucht, soweit wie möglich die für eine Kostenanalyse massgeblichen Aufwandsgruppen gegenüberzustellen.

29. Tabelle: Vergleich der Erträge und Kosten der Kliniken PM und PKM pro Pfl egetag differenziert nach Pflegebereichen

	Erträge und Kosten pro Pfl egetag								
	Akut		Ratio	Rehab		Ratio	Geriatric		Ratio
	PM	PKM		PM	PKM		PM	PKM	
Leistungen									
Anzahl Stationen	4	8	0.5	1	5	0.2	3	5	0.6
Anzahl Austritte und Übertritte	534	1213	0.4	67	112	0.6	29	124	0.2
Total Pfl egetage	23'504	48'210	0.5	4'907	29'982	0.2	26'507	35'641	0.7
Anzahl Betten	73	146	0.5	16	93	0.2	75	101	0.7
Bettenbelegung	88.50%	90.47%	1.0	84.00%	88.33%	1.0	96.90%	96.68%	1.0
Durchschn. Aufenthaltsdauer (Tage)	44	40	1.1	73	268	0.3	914	287	3.2
Durchschn. Patientenbestand	64	132	0.5	13	82	0.2	73	98	0.7
Anzahl Behandelte	594	1168	0.5	75	207	0.4	98	211	0.5
			Diff.			Diff.			Diff.
Erträge									
Total Erträge	265.74	214.98	51	226.01	196.46	30	217.59	209.03	9
Kosten									
Ärzte	37.44	55.16	-18	48.53	23.07	25	9.37	17.95	-9
Pflegepersonal im Pflegebereich	125.09	121.59	4	61.57	105.00	-43	104.49	116.17	-12
Personal med. Fachbereich	3.55	6.46	-3	3.69	2.53	1	1.43	4.64	-3
Sozialleistungen	22.10	24.87	-3	15.25	18.30	-3	15.46	18.45	-3
nur PKM: Fortbildung		0.75	-1		0.18	0		0.16	0
<i>Total Personalkosten</i>	<i>188.18</i>	<i>208.83</i>	<i>-21</i>	<i>129.04</i>	<i>149.13</i>	<i>-20</i>	<i>130.75</i>	<i>157.39</i>	<i>-27</i>
Sachkosten	7.97	7.57	0	4.00	9.55	-6	2.92	9.40	-6
<i>Total Direkte Kosten</i>	<i>196.15</i>	<i>216.39</i>	<i>-20</i>	<i>133.04</i>	<i>158.68</i>	<i>-26</i>	<i>133.67</i>	<i>166.79</i>	<i>-33</i>
Gebäude	13.16	3.42	10	13.62	3.25	10	4.07	2.55	2
Techn. Betriebe T. D.	15.75	21.43	-6	12.02	20.65	-9	13.94	18.73	-5
Kalkulatorische Mieten	92.20	69.88	22	64.63	56.30	8	65.81	47.26	19
<i>Total Infrastrukturkosten</i>	<i>121.12</i>	<i>94.73</i>	<i>26</i>	<i>90.27</i>	<i>80.20</i>	<i>10</i>	<i>83.82</i>	<i>68.54</i>	<i>15</i>
Verwaltung Finanzen	21.40	17.98	3	15.91	15.25	1	14.76	15.62	-1
Leitung Pflegedienst	10.59	2.98	8	5.23	2.39	3	9.32	2.45	7
Hauswirtschaft	28.30	17.56	11	29.06	20.15	9	34.16	16.46	18
Apotheke	9.47	1.90	8	8.29	2.59	6	6.66	1.63	5
Psychologischer Dienst	12.30	1.36	11	14.73	0.83	14	0.00	0.00	0
Labor	1.84	6.41	-5	1.61	2.85	-1	1.30	2.56	-1
Therapien	33.42	26.31	7	11.82	23.87	-12	9.95	17.60	-8
Verpflegung	35.22	31.23	4	35.29	31.80	3	35.23	30.42	5
Wäscherei	2.81	4.70	-2	2.11	9.81	-8	8.86	12.78	-4
nur PKM: sonstiges		34.31	-34		21.53	-22		23.80	-24
<i>Total Umlagen</i>	<i>155.36</i>	<i>144.74</i>	<i>11</i>	<i>124.04</i>	<i>131.07</i>	<i>-7</i>	<i>120.23</i>	<i>123.32</i>	<i>-3</i>
Gesamtkosten	472.63	455.86	17	347.35	369.95	-23	337.72	358.65	-21
Defizit pro Pfl egetag	-206.89	-240.88	-34	-121.34	-173.49	-52	-120.13	-149.62	-29
Kostendeckungsgrad	56.23%	47.16%		65.07%	53.10%		64.43%	58.28%	

Quelle: Kostenrechnungen der PM und PKM

30. Tabelle: Vergleich der Erträge und Kosten der Kliniken PM und PKM bezogen auf die behandelten Patienten (Fälle)

	Akut		Rehab		Geriatric	
	PM	PKM	PM	PKM	PM	PKM
Leistungen						
Total Pflagetage						
Behandelte Patienten	594	1168	75	207	98	211
Total Erträge	10'567	8'874	14'765	28'456	58'891	35'309
Kosten						
Total Personalkosten	7'446	8'619	8'443	21'600	35'366	26'586
Sachkosten	315	312	261	1'383	789	1'588
Direkte Kosten netto	7'813	8'932	8'683	22'983	36'192	28'174
Gebäude	521	141	891	471	1'101	430
Techn. Betriebe T. D.	623	885	786	2'991	3'771	3'164
Kalkulatorische Kosten	3'648	2'884	4'229	8'155	17'799	7'984
Total Infrastrukturkosten	4'793	3'910	5'906	11'617	22'671	11'578
Total Umlagen	6'148	5'974	8'115	18'985	32'521	20'831
Gesamtkosten	18'754	18'816	22'704	53'585	91'384	60'583
Defizit	-8'186	-9'943	-7'939	-25'129	-32'493	-25'275
Kostendeckungsgrad	56.35%	47.16%	65.03%	53.10%	64.44%	58.28%

Quellen: Kostenrechnung PM und PKM

Bei den nachfolgenden Erläuterungen zu den einzelnen Pflegebereichen werden **zunächst die Leistungskennzahlen** beschrieben. Es wird u.a. Bezug genommen auf das in der Spalte „Ratio“ jeweils aufgezeigte Verhältnis der einzelnen Leistungskategorien (Anzahl Bettenkapazitäten, durchschnittlicher Patientenbestand, Anzahl Behandelte etc.) zwischen der PM und der PKM einerseits aber auch zueinander. Da die Verhältniszahlen miteinander in einer logischen Verbindung stehen (z.B. Anzahl Bettenkapazitäten und Patientenbestand bzw. Anzahl Austritte und Aufenthaltsdauer), zeigt der Vergleich der einzelnen Verhältniszahlen untereinander auf, wo die wesentlichen Unterschiede zwischen den Pflegebereichen der beiden Kliniken bestehen.

Darüber hinaus wird auch Bezug genommen auf die im Kapitel 3 dargestellten Erkenntnisse zur Interpretation der Unterschiede zur Patientenstatistik und medizinischen Statistik. Darauf aufbauend werden **die Unterschiede auf Ebene der aggregierten Kostengruppen** (Personalkosten, direkte Sachkosten, Infrastrukturkosten, Umlagen) **sowie der einzelnen Kostenarten** dargestellt und soweit möglich **erläutert**. Um Fehlschlüsse zu vermeiden, welche durch die Pflagetage als Leistungsmaßstab bedingt sind, wird auch immer ein Abgleich mit den Erträgen und Kosten pro Patient vorgenommen.

4.3.2 Akutbereich

Betrachtet man den Akutbereich zunächst auf Ebene der Leistungen, so ist ersichtlich, dass die PM ungefähr die Hälfte an Bettenkapazitäten aufweist, was in diesem Fall mit der Anzahl der Pflagetage, dem durchschnittlichen Patientenbestand sowie der Anzahl der behandelten Patienten korrespondiert. Die Anzahl der Austritte ist bei der PM demgegenüber leicht geringer (rd. 10 % gemessen an der PKM) und, damit einhergehend, die durchschnittliche Aufenthaltsdauer um rd. 10 % höher.

Im Akutbereich liegen **die Gesamtkosten der PM gemessen an den Pflagetagen um rd. 20 Franken über denen von der PKM**. Gemessen an der Anzahl der behandelten Patienten liegen die Gesamtkosten jedoch nahezu identisch bei rd. 18.800 SFr. Der Unterschied bzgl. den je nach Bezugsgrösse (Pflage tag, Patient) leicht unterschiedlichen Ergebnissen erklärt sich daraus, dass die Anzahl der Pflage tage bei der PM im Vergleich etwas geringer ausfällt (0,487) als die Anzahl der behandelten Patienten (0,508).

Aufgrund höherer Erträge ist das Defizit pro Pflage tag um rd. 33 Franken bzw. 1.800 SFr. pro Patient kleiner. Betrachtet man die einzelnen Kostenarten, so bestätigt sich auch hier (siehe Ausführungen im Abschnitt 4.1), dass die Personalkosten der PM aufgrund einer kostengünstigeren Personalstruktur in Verbindung mit pro Mitarbeiter höheren Fallzahlen niedriger liegen als bei der PKM.

Die direkten Sachkosten sind demgegenüber fast identisch. Die Infrastrukturkosten sind bei der PM in allen Pflegebereichen weit höher als bei der PKM. Im Akutbereich sind sie der massgebliche Grund für die höheren Gesamtkosten. Eine gesonderte Erläuterung erfolgt weiter unten in einem gesonderten Unterabschnitt.

Bei den Umlagen im Akutbereich ist die PM ebenfalls um rd. 10 Fr. pro Pflage tag teurer. Massgeblich sind hier die höheren Kosten im Bereich der Hauswirtschaft und des Psychologischen Dienstes. Die höheren Kosten in der Hauswirtschaft erklären sich (siehe Abschnitt zur Personalstruktur) im wesentlichen durch den höheren Personaleinsatz bzw. dem höheren Standard in diesem Bereich.

4.3.3 Rehabilitation

Hinsichtlich der Leistungskennzahlen ist festzustellen, dass von der Bettenkapazität, der Anzahl von Stationen, den Pflagetagen, dem durchschnittlichen Patientenbestand die PM mit rd. 20 % einen erheblich kleineren Pflegebereich ausweist als die PKM. Im Verhältnis zur PKM (und deren Kennzahlen) ist die Anzahl an Austritten und, damit korrespondierend, die Anzahl an Behandelten höher. Dem entspricht, dass die durchschnittliche Aufenthaltsdauer mit rd. 73 Tagen in der PM weit geringer ist als in der PKM.

Insgesamt gesehen ist zu vermuten, dass die Patientenstruktur in den beiden Kliniken im Rehabilitationsbereich anders zusammen gesetzt ist. Die Analyse der medizinischen Statistik gibt hierzu keine Anhaltspunkte, da keine Zuordnung der Krankheitsbilder zu den Behandlungsstationen vorliegt.

Im Rehabilitationsbereich liegen die Gesamtkosten bei der PM rd. 20 Fr pro Pflage tag bzw. 30 TSFr. pro Patient niedriger als bei der PKM. Auch hier sind die Personalkosten und die Sachkosten niedriger und demgegenüber die Infrastrukturkosten höher. Der Kostenunterschied fällt allerdings geringer aus als bei dem Akutbereich. Bei den Umlagen fallen insbesondere die Kosten für Hauswirtschaft und die Apotheke höher aus. Demgegenüber sind die Kosten für Therapien geringer. Neben einem geringeren Einsatz von spezialisierten Therapiekräften (siehe Analyse der Personalstruktur) dürften die Erklärungen dafür wiederum bei der unterschiedlichen Patientenstruktur liegen. Auch die Umlage für die Wäscherei ist im Rehab-Bereich (wie übrigens in allen Pflegebereichen) niedriger. Hier dürften die Stückkosten aufgrund der höheren Produktivität (die PM erbringt Wäscherei-Dienstleistungen auch für Externe) ein Rolle spielen.

Im Ergebnis fällt das Defizit im Rehab-Bereich bei der PM um rd. 50 SFr. pro Pflage tag bzw. 17.000 SFr. pro Patient geringer aus als bei der PKM. Dies spiegelt sich einem Kostendeckungsgrad von rd. 65 % statt rd. 53 % wieder.

4.3.4 Geriatrie/Gerontopsychiatrie

Betrachtet man die Leistungskennzahlen, so ist festzustellen, dass die PM rd. 70 % der Bettenkapazitäten und, damit korrespondierend, an durchschnittlichem Patientenbestand sowie Pflagetagen aufweist. Die Anzahl der Behandelten Patienten ist allerdings niedriger bei der PM, ebenso wie die geringere Anzahl an Aus- und Übertritten. Damit zusammenhängend ist die durchschnittliche Aufenthaltsdauer mit 914 Tagen gegenüber 287 Tagen bei der PKM weit höher. Erklärungen für diesen Sachverhalt wurden im Rahmen der Analyse der medizinischen Statistik geliefert. Hinzuweisen ist u.a. insbesondere auf den Umstand, dass in der PM mehr Langzeitfälle (mit Eintritten in den 50ziger und 60iger Jahren) gepflegt werden.

Die Gesamtkosten pro Pflage tag fallen bei der PM um rd. 20 SFr. pro Pflage tag geringer aus als bei der PKM. Das Defizit ist zusätzlich aufgrund höherer Einnahmen um rd. 29 SFr pro Pflage tag kleiner. Im Vergleich zu den anderen Pflegebereichen ist jedoch festzustellen, dass die Mehreinnahmen mit 9 SFr. pro Pflage tag eher geringfügig ausfallen. Dies ist ein Hinweis darauf, dass zum einen im Geriatrie-Bereich kaum Privat- oder Halbprivatpatienten und auch weniger Patienten ausserhalb des Kantons (mit höheren Taxbeiträgen) gepflegt werden. Auf der anderen Seite sind **die Erträge pro Patient mit rd. 59 TSFr. im Geriatrie-Bereich am höchsten** (und der Abstand gegenüber der PKM ebenfalls), **was auf die bereits angeführten langen Aufenthaltsdauern zurückzuführen ist.** Damit hängt auch zusammen, dass die Kosten pro Patient mit rd. 91 TSFr. um knapp 30 TSFr. höher sind als bei der PKM.

Auf Ebene der einzelnen Kostenarten sind wiederum geringere Personal- und direkte Sachkosten festzustellen bzw. höhere Infrastrukturkosten. Wie auch im Reha-Bereich ist bei den Umlagen, gemessen an den Pflage tagen, ein leichter Kostenvorteil (um 3 SFr pro Patient) auf Seiten der PM festzustellen. Auch hier stehen Mehrkosten bei der Hauswirtschaft, der Apotheke und der Verpflegung niedrigeren Kosten im Bereich der Therapie sowie der Wäscherei gegenüber.

Insgesamt betrachtet fällt **der Geriatrie-Bereich beim Vergleich zwischen der PM und der PKM aus dem Rahmen**, weil nur in diesem Bereich das **Defizit pro Patient mit rd. 34 TSFr. weit höher liegt als bei der PKM**. Gemessen an den Pflégetagen ist das Defizit mit rd. 120 SFr jedoch (aufgrund der im Verhältnis zur Anzahl der behandelten Patienten hohen Pflégetage) um rd. 30 SFr. niedriger als bei der PKM. Der Unterschied beim Kostendeckungsgrad (rd. 64 % bei der PM, rd. 58 % bei der PKM) fällt hier weniger stark aus als in den beiden anderen Pflégebereichen.

4.3.5 Gesonderte Betrachtung der Infrastrukturkosten

Bei der Beurteilung der Infrastrukturkosten ist zu berücksichtigen, dass der in der umseitig dargestellten Vergleichsrechnung enthaltene **Begriffe der Kalkulatorischen Miete bei den beiden Kliniken einen anderen Inhalt** bzw. unterschiedlich kalkuliert wird. Bei der PKM werden unter kalkulatorischen Mietkosten Abschreibungen und Zinsen und eine Miete im engeren Sinne verstanden, welche der PKM als NEF-Einrichtung von der Kantonalen Liegenschaftsverwaltung in Rechnung gestellt wird (Querschnittskosten). Die Abschreibungen und Zinsen sind von der Höhe her jedoch sehr gering, da sie nur die in den letzten Jahren angeschafften Investitionen über 10.000 SFR betreffen (die Anlagerechnung wurde erst im Zuge der NEF-Leistungsvereinbarung aufgebaut). In den Zinsen ist auch eine Verzinsung des Anlagekapitals in Höhe von 4 % enthalten.

Die Zusammensetzung der Querschnittskosten, welche den kostenmässig bedeutendsten Anteil ausmachen, konnte im Rahmen der Fachgespräche mit der Klinik nicht eindeutig geklärt werden. Offensichtlich scheinen innerhalb der Liegenschaftsverwaltung auch methodisch noch Unsicherheiten über die Festsetzung der Höhe zu bestehen. Ein Hinweis darauf ist die Tatsache, dass die Querschnittskosten am dem Jahr 2001 um rd. 33 % angehoben werden sollen.

Daneben werden von der PKM kleinere Instandhaltungsaufwendungen für die Gebäude über die interne Verrechnung auf die Abteilungen verteilt. Um einen vollständigen Kostenvergleich aller indirekten Gebäudekosten zu ermöglichen, werden die unter „Gebäudekosten“ in den beiden Kliniken aufgeführten Angaben ebenfalls berücksichtigt.

Bei der PM enthält die auf die einzelnen Stationen im Wege der Kostenrechnung umgelegte Miete ebenfalls die kalkulatorischen Kosten für Abschreibungen und Zinsen. Bei den Zinsen sind wie vertraglich mit der GEF vereinbart 4,5 % auf das eingesetzte Eigenkapital in Anschlag gebracht.

Die Miete wird der juristisch eigenständigen Klinikgesellschaft vom Stammhaus, in welchem das Anlagevermögen sowie die Verwaltung und die Nebenbetriebe zusammengefasst sind (siehe Erläuterung Abschnitt 3.1) grundsätzlich im Wege der Leistungsverrechnung belastet.

Bei einer Analyse der Erfolgsrechnungen der Beteiligungsgesellschaft und des Klinikbetriebes wird deutlich, dass **rechnerisch die Mietumlage immer so hoch ist, dass neben den kalkulatorischen Aufwendungen wie Abschreibungen und Zinsen auch die Betriebsdefizite der Nebenbetriebe** (Land- und Alpwirtschaft) **sowie die Kosten weiterer nicht betriebsnotwendiger Anlagen** (private Ferienhäuser Seilialp/Studenblick; Personalunterkünfte, Kinderkrippe) **gedeckt sind** und unterm Strich der vertraglich vereinbarte Gewinn in Höhe der 4,5 % auf das Eigenkapital (d.h. 29.000 SFR) als Gewinn ausgewiesen werden kann. Von daher kann von einer internen Verrechnung nach Leistungsgesichtspunkten nur bedingt gesprochen werden.

Betrachtet man vor dem Hintergrund der vorstehend gemachten Ausführungen die **Kalkulatorischen Mieten** (einschliessend die Abschreibungen, Zinsen, Mietkosten und in der Kostenrechnung der Kliniken ausgewiesene Gebäudekosten), so fallen diese **bezogen auf die Pflegetage bei der PM weit höher aus**. An diesem Befund ändert sich auch nichts, wenn man die Kosten für die Infrastruktur an der Anzahl behandelter Patienten bemisst. Dies kann verschiedene Ursachen haben. Zum einen, dass die Kosten tatsächlich höher sind. Zum anderen, dass im Verhältnis zur bebauten Raumfläche bei der PM eine im Vergleich zur PKM geringere Anzahl von behandelten Patienten behandelt wird.

Eine erste überschlägige Berechnung des Mietaufwandes pro Quadratmeter (qm) führt zum Ergebnis, dass pro qm die Mietumlage (ohne Verkehrsflächen) der PM bei einer Fläche von 32.311 qm bei rund 146,- SFr Kaltmiete pro qm liegt. Zieht man die Nebenbetriebe ab sowie die nicht betriebsnotwendigen Anlagen (wie z. B. die privat genutzten Ferienhäuser), so erhöht sich der qm – Mietpreis auf rd. 170 SFr/qm. Im Vergleich zur PKM, welche einen kalkulatorischen Mietpreis von 200,- SFr/qm ausweist, sind diejenigen der PM also niedriger. Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass die angegebenen qm-Angaben von den Finanzleitern mehr oder weniger geschätzt wurden, so dass durch unterschiedliche Erfassungsmethoden und Genauigkeiten bei der Ermittlung der qm-Nutzfläche leicht Verzerrungen auftreten können.

Einmal unterstellt, dass die genannten qm-Angaben wirklichkeitsnah sind, hat es den Anschein, dass **die in der PM zur Verfügung stehende Wohn- und Arbeitsfläche insgesamt gesehen grosszügiger bemessen ist** (was naturgemäss die rechnerischen Kosten pro qm senkt). Dies ist vor dem Hintergrund der grösseren Anzahl von Privat- und Halbprivatpatienten plausibel. Es wurde auch im Fachgespräch mit dem Leiter der PKM bestätigt, dass von der grosszügigeren räumlichen Aufteilung her die Behandlung von Patientengruppen mit einem Ruhebedürfnis aufgrund der stärkeren Abtrennung der einzelnen Gebäudeeinheiten und Stationen in der PM besser möglich ist als in der PKM.

31. Tabelle: m2-Zins in der PM und PKM

	PM	PKM
Anzahl qm ohne Verkehrsfläche	32311	36896
Darunter Patientenzimmer	6551	5599
Kalkulatorische Miete in TSFr. (inkl. Abschreibungen + Zinsen + Gebäudekosten)	4713	7379
Qm ohne Verkehrsfläche	32311	36896
Qm bereinigt um Nebenbetriebe	28225	36896
Kalk. Miete pro qm	146	206
Kalk. Miete bereinigt pro qm	170	206
Verhältnis behandelte Patienten und Raum bzw. Nutzfläche	47,5 qm pro Patient	31,6 qm pro Patient

Quellen: Angaben PM und PKM

Im Ergebnis ist der aufgezeigte Kostenunterschied bei den Infrastrukturkosten zwischen der PM und der PKM auf verschiedene Ursachen zurückzuführen. Zum einen werden bei der PM in die Berechnung auch die Aufwendungen von nicht betriebsnotwendigen Anlagen einbezogen. Zum anderen ist der räumliche Versorgungsstandard, gemessen an dem Verhältnis von Patient und diesem zur Verfügung stehender Nutzfläche, besser. Schlussendlich werden die Infrastrukturkosten der PM durch Zinsaufwendungen zum Ausgleich des Unternehmerrisikos belastet, was bei der PKM nicht anfällt.

Die Erläuterungen zu den Kostenunterschieden stehen unter dem Vorbehalt, dass die seitens des Berner Liegenschaftsamtes für die Ermittlung der Querschnittskosten zugrunde gelegten Kosten von der Vollständigkeit und der Berechnungsmethode her mit denjenigen der PM vergleichbar sind. Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang auf die ab dem 1.1.2001 geplante Erhöhung der kalkulatorischen Miete von derzeit 7.378.800 SFr um rd. 33 %, also auf 9.681.320 SFr. Hier besteht für weitergehende Aussagen Klärungsbedarf bzgl. der hinter dieser Erhöhung stehenden Ursachen. (Wird der Verrechnungsschlüssel geändert, haben sich die Kosten innerhalb eines Jahres so stark vermehrt?).

5 Gesamtbeurteilung

5.1 Zusammenfassung der Ergebnisse und Positionierung der PM im Rahmen einer kantonalen Psychiatrieversorgung

Die Untersuchungsfragen zum Vollzug (Kostentransparenz, Vollzugsdefizite, Ermessensspielraum) wurden bereits im Kapitel 2 eingehend beantwortet. Demnach besteht das Kernproblem nicht darin, dass die PM etwaige Vertragsverpflichtungen nicht einhalten würde, sondern darin, dass der Vertrag die 2h erbringenden Leistungen sowie die Modalitäten der Defizitsubventionierung nicht ausreichend konkretisiert. Die Schwächen der Vertragsgestaltung und diesbezüglich vertraglich. Optimierungsmöglichkeiten (auch zu anreizorientierten Finanzierungssystemen) werden im Abschnitt 5.2 ausgeführt. Vollzugsdefizite gibt es vor allem in dem Einbezug der für den Fürsorgebereich zuständigen Verwaltung innerhalb der GEF (AFB).

In der folgenden Positionierung werden die vorstehend erarbeiteten Ergebnisse bzgl. des Angebots- und Leistungsprofils sowie der Ertrags- und Kostenstrukturen zusammengefasst mit dem Ziel, eine Aussage zu machen hinsichtlich der Grundfragen der Erfolgskontrolle nach einem bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Angebot seitens der PM.

Dabei sind allerdings vorab einige Einschränkungen hinsichtlich der derzeitigen Aussagemöglichkeiten zu machen. Da eine Psychiatrieplanung für den Kanton Bern derzeit nicht vorliegt, kann naturgemäss zur Frage nach dem Verhältnis von Angebots - und Leistungsstruktur bzw. zur Psychiatrieplanung (siehe einleitende Fragestellungen der GEF) keine abschliessende Beurteilung vorgenommen werden. Aufgabe der hiermit vorliegenden Grobanalyse (in Abgrenzung zu einer nach dem Schema der Erfolgskontrollen des Kantons Bern darauf aufbauenden Detailanalyse) ist es vielmehr, Grundlagen für die seitens der GEF anvisierte Psychiatrieplanung zu liefern.

Die Frage, ob das Angebot bzw. die Leistungen der PM bedarfsgerecht sind und wie ihre Qualität im Vergleich zu den anderen psychiatrischen Kliniken einzuschätzen ist, erfordert neben den hier vorgenommenen Analysen umfassende Erhebungen der Patienten vor Ort sowie der in der Vergangenheit behandelten Patienten. Die GEF wird auf Grundlage dieses Gutachtens entscheiden können, ob sie zusätzlich die Durchführung einer Patientenbefragung für notwendig erachtet.

Trotz der gemachten Einschränkungen können auf Basis der vorgenommenen Analysen folgende Aussagen gemacht werden:

Das Leistungsangebot der PM in den stationären Behandlungsbereichen Akutversorgung, Rehabilitation und Geriatrie/Gerontopsychiatrie wird je nach Spezialisierungsbereich unterschiedlich stark von Patienten aus der Region (Oberland) im Sinne einer Grundversorgung genutzt. Mit einem Anteil zwischen 60 % und 70 % ist dies bei den Aufnahmestationen der Fall sowie bei den geschlossenen Abteilungen der Bereiche Akutbehandlung und Geriatrie sowie bei der Rehabilitation bzw. der im Aufbau befindlichen Tagesklinik.

In der offenen Akutstation sowie den sich entwickelnden Spezialbereichen wie der Suchtbehandlung (illegale Drogen) und der Behandlung von Depressionen wird das Leistungsangebot der PM auch in starkem Masse von überregionalen Patienten sowie von Patienten ausserhalb des Kantons in Anspruch genommen. Ausserhalb der Kantonsgrenzen wird das Angebot insbesondere von Patienten aus den Kantonen Obwalden und Zürich genutzt, was auf entsprechende vertragliche Vereinbarungen mit den genannten Kantonen zurückzuführen ist.

In der unmittelbaren Versorgungsregion (Pflichtaufnahmegebiet) des Spitalbezirks Meiringen ist die konstant über dem Durchschnitt liegende Behandlungsinzidenz und -prävalenz auffallend. Hier besteht der Eindruck, dass der Bedarf an stationärer Behandlung durch eine psychiatrische Klinik eher „weit“ ausgelegt wird. Dies wird u.a. durch den Umstand begünstigt, dass die PM weniger von der Stigmatisierung einer „Irrenanstalt“ betroffen ist als die öffentlichen Kliniken des Kantons Bern. Auch die räumliche Infrastruktur sowie die naturnahe Lage wirken sich zum Vorteil der Klinik aus. Inwieweit die hohe Behandlungsinzidenz auch durch unzureichende Alternativen im Bereich alternativer Versorgungssysteme (Altersheime, Behindertenheime, ambulante psychiatrische Versorgung etc.) bedingt ist, sollte in Vorbereitung einer Psychiatrieplanung vertieft werden.

Die PM ist von ihrem Leistungsprofil her durch einen im Vergleich zu den anderen psychiatrischen Kliniken stärker ausgebauten geriatrischen Behandlungsbereich geprägt, in welchem stärker als in anderen Kliniken Langzeitpatienten mit überdurchschnittlich langen Aufenthaltsdauern auftreten.

Der Akutbereich ist von den Leistungskennzahlen her grundsätzlich mit der PKM vergleichbar. In den Behandlungsbereichen Allgemeine Psychiatrie und Suchtkranke ist der Anteil der Schwer- und Mehrfachkranken in den letzten Jahren in der PM vermutlich deutlich geringer gewesen als in den übrigen kantonalen psychiatrischen Kliniken. Zumindest für das Jahr 1994 kann dies auf Basis der Personaldotationsstudie von Suter+Suter belegt werden.

Im Vergleich mit den anderen öffentlichen Kliniken des Kantons Bern ist der Anteil der Privat- und Halbprivatpatienten in der PM grösser. Dies wirkt sich u.a. auf höhere Erträge bzw. einen besseren Kostendeckungsgrad aus. In den genannten Versicherungsklassen ist eine im Durchschnitt leicht höhere Aufenthaltsdauer festzustellen.

Unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten (Siehe die Untersuchungsfragen zur Effizienz des Staatsbeitrages) zählt die PM insgesamt betrachtet zu den kostengünstigeren Kliniken des Kantons Bern. Während sie von den Aufwendungen her ungefähr gleichauf liegt wie die PKM, erwirtschaftet die PM aus den genannten Gründen (Privatpatienten, ausserkantonale Patienten) mehr Erträge, so dass das Defizit kleiner bzw. der Kostendeckungsgrad höher ausfällt. Dieses bezogen auf die Gesamtheit der stationären Abteilungen resultierende Ergebnis ist hinsichtlich der einzelnen stationären Pflegebereiche sowie der zugrunde gelegten Leistungskennzahlen zu nuancieren. So sind die Kosten pro Patient in der geriatrischen bzw. gerontopsychiatrischen Station aufgrund der langen Aufenthaltsdauern bzw. der geringeren Austritte in der PM wesentlich höher als in der PKM; bezogen auf die Pflagetage sind die Kosten wegen der hohen Anzahl von Pflagetagen allerdings niedriger.

Entscheidend für das günstige Abschneiden der PM im Kostenvergleich sind die tieferen Personalkosten. Diese sind im wesentlichen bedingt durch eine kostengünstige Personalstruktur (weniger Ärzte und tiefer qualifiziertes Pflegepersonal). Einzelne Aufwandsarten wie die Hauswirtschaft und die Verpflegung sind durchgehend höher als in den öffentlichen Kliniken, was wiederum mit der grösseren Zahl von Privat- und Halbprivatpatienten zusammen hängt (höherer Versorgungsstandard).

Die Wirtschaftlichkeitsbetrachtung ist nur sinnvoll, wenn sie auch das Anforderungsprofil der Patienten sowie die Qualität der Behandlung einschliesst. Wie bereits aufgezeigt, ist die PM im Vergleich zu den anderen Kliniken in stärkerem Masse durch Regelbehandlungen im Bereich der Allgemeinen Psychiatrie und der Abhängigkeitskranken sowie durch pflegeintensive Behandlung von Langzeitfällen im Geriatrie-Bereich gekennzeichnet. Von daher ist davon auszugehen, dass in gewissem Masse die kostengünstigere Personalstruktur auch der Patientenstruktur entspricht, welche tendenziell in stärkerem Masse der Pflege und in geringerem Masse der ärztlichen Betreuung bedarf. Damit relativiert sich der Kostenvorteil gegenüber anderen psychiatrischen Kliniken.

Ob darüber hinaus der Kostenvorteil durch den geringeren Einsatz von Ärzten zu Lasten der qualitativen Behandlungserfordernisse erwirtschaftet wird, kann zwar nicht mit Bestimmtheit gesagt werden, ist aber aufgrund der vorliegenden Ergebnisse eher nicht anzunehmen – zumindest nicht in grösserem Umfang. Auf der einen Seite wurde, ausgehend von den Grundsätzen der Psychiatrie-Personalverordnung seitens eines externen Gutachters im Jahr 1994 ein erhebliches Auseinanderklaffen der Personaldotation von Soll und Ist festgestellt. Dies gilt allerdings in gleichem Masse für andere Kliniken (u.a. die PKM). Auf der anderen Seite geben die vorliegenden Informationen zur Behandlungsqualität (Fachgespräche mit Vertretern der psychiatrischen Stützpunkte, Zuweiser-Umfrage) eher Anlass, die Behandlungsqualität als insgesamt gut einzuschätzen. Darüber hinaus wurde seit Vorliegen der Personaldotationsstudie (1994) seitens der PM wie aufgezeigt der Stellenanteil im ärztlichen Bereich (50 %) sowie in den anderen medizinischen Fachbereichen (26 %) über den Anstieg der Patientenzahlen bzw. der Austritte hinaus erhöht, so dass von einer Verbesserung der medizinischen Betreuung ausgegangen werden kann.

Die Wirtschaftlichkeit der Behandlung hängt auch von der effektiven sowie bedarfsgerechten Behandlung ab. Dementsprechend wurde der Untersuchung auch die Frage zugrunde gelegt, ob die angestrebten Wirkungen kostengünstiger erreicht werden können. Die Behandlung eines Patienten, der eigentlich keiner stationären Behandlung bedürfte, kann isoliert betrachtet, d.h. durch Vergleich der Kosten in anderen vergleichbaren stationären Abteilungen bzw. Kliniken, zwar kostengünstig erscheinen. Im Vergleich zu einer ambulanten oder teilstationären Behandlung bzw. einer Behandlung in kostengünstigeren Versorgungssystemen (Altersheime etc.) ist aber selbst die kostengünstige Behandlung in einer psychiatrischen Station teuer. Wie bereits in der Einleitung zu diesem Abschnitt festgestellt, kann diese Dimension der Wirtschaftlichkeitsbetrachtung im Rahmen dieser Grobuntersuchung nicht beantwortet werden, da grundlegende Informationen, wie das Bestehen von Alternativangeboten in der Versorgungsregion nicht vorliegen.

Zusammengefasst kommen wir unter Berücksichtigung der genannten Einschränkungen zum Ergebnis, dass die PM grundsätzlich bezogen auf die Versorgungsregion Oberland Ost und zum Teil (gemeinsam mit der PKM) im Oberland West ihren vertraglichen Verpflichtungen (die sich nur auf Oberland Ost beziehen) gegenüber der GEF, d.h. der wirtschaftlichen und qualitativ hochstehenden Grundversorgung, nachkommt.

In diesem Sinne haben die Staatsbeiträge eine Wirkung im Sinne der vertraglich seitens der GEF formulierten Zielsetzungen (siehe Fragestellung der Untersuchung) erzielt. Unter den genannten Einschränkungen ist ebenfalls davon auszugehen, dass das Angebot der PM grundsätzlich bedarfsgerecht ist und qualitativ den Anforderungen im Wesentlichen entspricht.

Im Rahmen einer bevorstehenden Psychiatrieplanung ist angesichts der Auslastung der PKM als nächstliegender psychiatrischer Klinik weiterhin davon auszugehen, dass **die PM für die bedarfs- und qualitätsgerechte Grundversorgung der Region Oberland benötigt wird.** Durch geeignete Leistungsvereinbarungen (siehe nächster Abschnitt) sowie gegebenenfalls dem Aufbau von ambulanten bzw. teilstationären Angeboten sollte allerdings die Behandlungsinzidenz insbesondere im Spitalbezirk Meiringen dem Durchschnitt angepasst werden.

Überregionale Bedeutung hat unter dem Gesichtspunkt der Spezialisierung das Behandlungsangebot von Meiringen insbesondere in den Bereichen der Suchtbehandlung sowie der Behandlung von depressiven Patienten. Auch kann Meiringen aufgrund der geringeren Stigmatisierung im Vergleich zu anderen öffentlichen Psychiatriekliniken für manche Patienten eine geeignete Alternative zu regional näher gelegenen Angeboten darstellen. Insofern kann die Untersuchungsfrage nach dem Bestehen eines speziellen Angebotes, welches von bestimmten Patientengruppen benötigt wird, bejaht werden.

Hier ist allerdings aus medizinischer Sicht in jedem Einzelfall abzuwägen, inwieweit die geografische Randlage eher als Vorteil (bei Patienten mit Ruhebedürfnis und Loslösung aus der bisherigen Umgebung, Erholung, Naturerlebnis etc.) oder aber im Hinblick auf die psychiatrischen Behandlungsprinzipien der Gemeindenähe, der Integration der Psychiatrie ins medizinische und soziale Versorgungssystem sowie die Betreuungskontinuität eher als Nachteil anzusehen ist.

Im Rahmen einer Sektorisierung ist langfristig tendenziell davon auszugehen, dass die stationäre Grundversorgung von ihrem Umfang her zugunsten eines Netzwerkes von gemeindenahen (spitalexternen) Komplementär-, Alternativ- und Übergangsinstitutionen kapazitätsmässig an Gewicht verlieren wird. Die dargestellten Restrukturierungen der stationären Abteilungen der PM sowie die in den letzten zwei Jahren eingeschlagene stärkere Spezialisierung und damit verbunden der Versuch, sich von der derzeit bestehenden Abhängigkeit gegenüber dem Kanton Bern bzw. den Subventionen zu lösen, müssen vor dem dargestellten Hintergrund als richtige Strategie eingestuft werden.

5.2 Optimierung der Vertragsgestaltung GEF-PM (Leistungsvereinbarung)

Im Folgenden werden auf Basis der vorstehend identifizierten Schwächen des bisherigen Vertrages mögliche Elemente einer Leistungsvereinbarung aufgezeigt sowie konkrete Empfehlungen für eine neue Vertragsgestaltung angeboten.

5.2.1 Schwächen der bisherigen Vertragsgestaltung

Ein Abgleich der ursprünglich im Vertrag von GEF und PM angestrebten Zielsetzungen mit der heutigen Angebots- bzw. Leistungsstruktur macht deutlich, dass der Kern, nämlich die Sicherstellung einer wirtschaftlichen und qualitativ hochstehenden psychiatrischen Versorgung für das Berner Oberland-Ost, grundsätzlich erreicht wurde. Allerdings wurde in der Vertragsanalyse im 1. Kapitel bereits dargestellt, dass **aufgrund unzureichender Vertragsgestaltung die vertragliche Verpflichtung seitens der GEF weit über die ursprünglichen Zielsetzungen hinausgeht, ohne dass die GEF vertraglich in der Lage ist, steuernd einzugreifen.**

Überlegungen zu einer Vertragsneugestaltung sollten von daher daran ansetzen, die aufgezeigten Fehlentwicklungen in Zukunft zu unterbinden. Darüber hinaus stellt sich aber die Frage, inwieweit eine Vertragsneugestaltung lediglich die in den 80er Jahren ursprünglich beabsichtigten Wirkungen durch die staatliche Subventionierung der Privatklinik ermöglichen (unter Vermeidung der unerwünschten Nebenwirkungen) oder aber auch den aktuellen neuen Rahmenbedingungen der Psychiatrie im Kanton Bern Rechnung tragen soll. Im Rahmen der Psychiatrieplanung wäre wie schon im vorherigen Abschnitt ausgeführt zu klären, inwieweit im Berner Oberland die vorherrschende stationäre Versorgung durch integrative ambulante und teilstationäre Versorgungsstrukturen ergänzt werden sollten.

Da es einige Anzeichen gibt, dass die bisher aus verschiedenen Gründen aufgeschobene umfassende Psychiatrieplanung wieder aufgenommen wird, kann es bei den nachfolgenden Überlegungen nur darum gehen, für die Zwischenzeit eine Vertragsgestaltung zu finden, welche die aufgezeigten Mängel des bisherigen Vertrages beseitigt. Von daher sollte der **Vertrag auf jeden Fall** (je nachdem wann mit dem Vorliegen der Psychiatrieplanung zu rechnen ist) **auf 2 bis 3 Jahre befristet werden.**

Als Schwächen des Vertrages wurden insbesondere die Subventionierung von ausserkantonalen Patienten oder aber die Querfinanzierung von Privatpatienten aufgrund undifferenzierter Abrechnungssysteme und fehlender Kostenträgerrechnung genannt. Des weiteren wurde aufgezeigt, dass die im Vertrag fehlende Abgrenzung der notwendigen Betriebssteile dazu führt, dass auch die Defizite aus Nebenbetrieben ohne direkten Bezug zur Leistungserbringung (Landwirtschaft, Kinderkrippe, Alphütte) bzw. Anlagen ohne jeglichen Bezug (privat genutzte Ferienhäuser) durch die pauschale Defizitabdeckung seitens der GEF mitfinanziert werden. Die Vertragsneugestaltung sollte dazu beitragen, die aufgezeigte, im wesentlichen angebotsinduzierte, überdurchschnittliche Behandlungsinzidenz für den Spitalbezirk Meiringen abzubauen. Gleiches gilt für die überdurchschnittliche Behandlungsprävalenz in den geriatrischen bzw. gerontopsychiatrischen Stationen.

5.2.2 Elemente einer möglichen Leistungsvereinbarung

Wesentliches Element einer leistungsorientierten Finanzierung ist die **Leistungsmessung**. Wenn die einzelnen Untersuchungen, Therapien sowie medizinischen und pflegerischen Behandlungen gemessen werden, entstehen bedeutende unerwünschte Anreize zur Mengenausweitung. Theoretisch steht die Messung des Erfolgs im Zentrum der Fragestellung. Definition und Messung des medizinischen und pflegerischen Erfolgs sind sowohl statistisch wie ethisch hochkomplex. Daher wird in der Praxis die Zahl der behandelten „Fälle“ als Leistung gemessen unterteilt nach Behandlungskategorien („Fallzahlen“).

Für die erbrachte Leistung bezahlt der Versicherer die vertraglich vereinbarte **Fallpauschale** und die öffentliche Hand die gestützt auf die Leistungsvereinbarung vereinbarte bzw. kalkulierte Subventionspauschale. Letztere deckt jene Kosten ab, die gemäss KVG nicht von den Versicherern übernommen werden unter der Annahme, der Spitalbetrieb werde effizient geführt. Es kann unter dem Aspekt der Wirkungsorientierung sinnvoll sein, die leistungsorientierte Fallsubventionierung durch eine Abgeltung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen zu ergänzen. Solche Leistungen sind zu definieren; dies kann die Aufrechterhaltung einer 24-Stunden-Notfallaufnahmebereitschaft sein oder das Führen einer Abteilung für eine spezielle Patientengruppe, obwohl dies betriebswirtschaftlich (z.B. unterkritische Grösse) nicht optimal, aber gesundheitspolitisch erwünscht ist.

Generell und besonders bei der leistungsorientierten Finanzierung sind die **Definition der Patientenkategorien** und die **Kriterien der Patientenzuteilung** ein zentrales Element der Leistungsvereinbarung.

Die einfachste Definition der Patientenkategorien sind regionale Kriterien (Versorgungsgebiet). Sofern es sich nicht um ein geschlossenes Versorgungsgebiet handelt, muss diese Methode in der Praxis mit weiteren Kriterien ergänzt werden.

Die Definition der Patientenkategorien erfolgt im weiteren nach allgemein anerkannten Kriterien wie Jugend- oder Erwachsenenpsychiatrie, Gerontopsychiatrie, Akut-, Langzeitpsychiatrie oder Rehabilitation, Suchtentzug u.a.. Wichtig sind die Abgrenzung der Behandlung oder die Definition von Patientenmerkmalen; z. B. bei Langzeitpatienten müssen Kriterien hinsichtlich der Patienten oder des Aufnahmeverfahrens eingeführt sein, die sicherstellen, dass es sich tatsächlich um Langzeitpatienten handelt, die wegen ihrer unstabilen Lage eine stationäre medizinische Betreuung benötigen und nicht in einer Langzeitinstitution betreut werden können, die durch die IV-Gesetzgebung geregelt ist. Dasselbe gilt für Gerontopatienten hinsichtlich der möglichen Betreuung in einem Pflegeheim.

Die Definition nach den möglichen Patientenkategorien stösst bei der Umsetzung in der Praxis oft an Grenzen. Ergänzend sind **Kriterien** hilfreich, **die den Aufnahmeprozess konkret regeln** sowie ein System, das die richtige Platzierung der Patienten entweder systematisch oder nach einer Stichprobe überprüft.

Der Aufnahmeprozess kann in der Leistungsvereinbarung definiert sein. Patienten aus dem Versorgungsgebiet werden z. B. durch Zuweisung oder auch als Selbstmelder direkt aufgenommen. Patienten ausserhalb des Versorgungsgebiets werden durch Zuweisung einer anderen psychiatrischen Klinik oder mit Zustimmung einer in der Leistungsvereinbarung bezeichneten Stelle (z. B. Kantonsarzt) bzw. Fachperson aufgenommen. In der Leistungsvereinbarung kann auch ein Verfahren festgehalten sein, das eine generelle oder stichprobenweise Überprüfung der richtigen Platzierung der Patienten regelt.

5.2.3 Beispiele für Leistungsvereinbarungen zwischen zuständiger Kantonalverwaltung und Spitälern

Betrachtet man vor dem Hintergrund möglicher Elemente einer Leistungsvereinbarung diejenige zwischen der GEF mit der PKM (Pilotprojekt), welche seit dem 1. Januar 2000 gültig ist und noch Pilotcharakter hat, so lassen sich pro Behandlungsbereich (Produktgruppen) konkrete Vorgaben in Bezug auf bestimmte quantitative (durchschnittliche Aufenthaltsdauer, Anzahl Patienten, Anzahl Pflegetage) und qualitative (Wiedereintritte, Nutzerzufriedenheit der Patienten, Angehörigen und Zuweiser) Leistungsstandards sowie Vorgaben zur Wirtschaftlichkeit (Kostendeckungsgrad bzw. zu allgemeinen Rahmenbedingungen (Personaldotation, Verpflichtung zur Kostenrechnung nach H+ und Berichtspflichten, Erfolgsbeteiligung) finden, wobei die Vorgaben sich im wesentlichen am IST-Stand mit einer Abweichungstoleranz von +/- 5 % orientieren. Hinsichtlich des Versorgungsgebietes werden zwar Aussagen getroffen ...“in erster Linie aus dem Versorgungsgebiet“ ..., diese sind aber zu wenig greifbar um steuernde Funktion zu haben. Konkrete Vorgaben bzgl. des Aufnahmeprozesses sowie systematische oder stichprobenhafte Überprüfungen der richtigen Platzierung sind nicht Bestandteil der Vereinbarung.

Eine solche Vereinbarung wäre grundsätzlich auch zwischen der GEF und der PM vorstellbar. **Allerdings ist eine Orientierung am IST-Stand in manchen Behandlungsbereichen gerade nicht Zielsetzung einer neuen Vereinbarung** (vielmehr ist der Abbau der überdurchschnittlichen Behandlungsinzidenz und -prävalenz in Meiringen wie auch der überdurchschnittlichen Pflegetage anzuvisieren).

Es konnte zwar aufgezeigt werden, dass die überdurchschnittlich lange Pflegezeit im Geriatriebereich durch u.a. durch Langzeitfälle bedingt sind, welche bereits in den 50er Jahren stationiert wurden (und bis zum Tod in der Klinik bleiben werden), aber daraus lässt sich nicht schliessen, welche durchschnittliche Aufenthaltsdauer gerechtfertigt ist. Eine Übertragung eines Durchschnittswertes einer anderen Klinik ist wegen der Abhängigkeit von der jeweiligen Patientenstruktur ebenfalls methodisch nicht ohne weiteres möglich. Erforderlich wäre vielmehr eine umfassende Überprüfung des Patientenbestandes anhand von Vor-Ort Besuchen sowie der Patientenakten.

Während es also derzeit mangels ausreichender Informationen einerseits und der fehlenden Psychiatrieplanung andererseits nicht möglich ist, eine Leistungsvereinbarung auf Basis umfassender Vorgaben zu machen, ist es umgekehrt bis zum Vorliegen einer ausgearbeiteten Psychiatrieplanung möglich **mittels Fallpauschalen und einiger weniger Vorgaben sicherzustellen, dass bestimmte Tatbestände in Zukunft von einer Subventionierung ausgeschlossen sind.** Diese indirekte Steuerung hat auch den Vorteil, dass die unternehmerische Freiheit der PM in stärkerem Masse gewahrt wird, als dies im Verhältnis zwischen der GEF und der PKM als öffentlichem Spitalbetrieb notwendig ist.

Beispiel für die vertragliche Vereinbarung von Fallpauschalen ist der bereits 1992 zwischen der GEF und dem Regionsspital Burgdorf abgeschlossene Vertrag. Bei diesem Modellversuch wurden die Fallpauschalen nach den Behandlungskosten für einen Patienten (Fall) ausgerichtet und entsprechend den einzelnen somatischen Behandlungsbereichen differenziert. Grundlage für die Berechnung ist die Versicherungsklasse der Allgemein-Versicherten.

5.2.4 Empfehlungen

Vor dem Hintergrund der aufgezeigten Vertragsschwächen und Fehlentwicklungen sowie der grundsätzlichen Überlegungen zu den möglichen Elementen einer Leistungsvereinbarung wird vorgeschlagen konkret folgende Punkte in die Leistungsvereinbarung einzubeziehen:

Die Subvention von Betriebsdefiziten der PM durch die GEF erfolgt auf Grundlage des bereits bestehenden Vertrages, wobei folgende Einschränkungen bzw. Präzisierungen gemacht werden:

Versorgungsgebiet: Wie bereits im bestehenden Vertrag ausgeführt, können nur Patienten des Kantons Bern in die Subventionierung einbezogen werden. Erträge und Aufwendungen im Hinblick auf ausserkantonale Patienten sind mittels geeigneter Kostenrechnung auszusondern.

Betriebsnotwendiges Anlagevermögen: In die Defizitberechnung kann nur das betriebsnotwendige Anlagevermögen einbezogen werden. Nebenbetriebe sind nur insofern dazu zu zählen, als sie für die Leistungserbringung, d.h. für die psychiatrische Versorgung der Patienten genutzt werden.

Leistungsorientierte Fallpauschalen: Eine verstärkte Orientierung der Spitalfinanzierung an leistungsorientierten Fallpauschalen wird von allen beteiligten Akteuren im Gesundheitsbereich befürwortet und ist auch Gegenstand der derzeit diskutierten Bundesratsvorlage zur 2. Revision des KVG.

Unklar ist jedoch (u.a.), ab wann und inwieweit der Vorstoss des Bundesrates, in Zukunft auch Privatbehandlungen zu subventionieren, sich durchsetzen wird. Die Forderung, die Finanzierungsregeln so zu gestalten, dass der Beitrag des Staates unabhängig davon ist, ob die behandelten Personen über eine Zusatzversicherung verfügen oder nicht ist grundsätzlich im Sinne der Gleichbehandlung nachvollziehbar und wird auch durch verschiedene Gerichtsurteile angemahnt. Damit werden jedoch auch andere Änderungen in der Spitalfinanzierung einhergehen, welche insgesamt gesehen jetzt noch nicht abschätzbar sind. Von daher geht der im Folgenden dargestellte Vorschlag zur Ausgestaltung des Vertrages zwischen der GEF und der PM noch von den gegenwärtigen Rahmenbedingungen aus, wonach keine Verpflichtung des Kantons Bern zur Finanzierung auch der Privatpatienten besteht.

Es wird von daher vorgeschlagen, künftig **Privatpatienten aus der Defizitsubventionierung auszunehmen**. Es ist bei Privatpatienten anhand der Vielzahl von Privatkliniken ohne staatliche Subventionierung davon auszugehen, dass die Taxerträge ausreichend hoch sind, um die Aufwendungen vollständig abzudecken. Der Nachweis bzgl. der PM lässt sich heute mangels entsprechender Ausdifferenzierung der Kostenrechnung nicht führen, allerdings wird diese Annahme alleine schon den Vergleich der derzeitigen Taxhöhe der PM pro Pflgetag für Privatpatienten (450 SFr. – 490 SFr.) mit den durchschnittlichen Gesamtkosten pro Pflgetag (Akut: 473 SFr., Reha: 347 SFr., Geriatrie: 338 SFr.) bestätigt.

Auch ordnungspolitisch lässt sich kaum begründen, warum die Privatklinik Meiringen (grundsätzlich) für die Behandlung von Privatpatienten eine kantonale Defizitsubvention beanspruchen kann und anderen Privatkliniken dieses Recht vorenthalten bleibt. Hier sollte, wie auch vom Bundesrat gefordert, in stärkerem Masse das Wettbewerbsprinzip zum Tragen kommen.

Demgegenüber ist davon auszugehen, dass bei **Halbprivatpatienten** keine volle Kostendeckung erreicht wird. Andererseits ist der zu erwartende Kostendeckungsgrad weit höher als bei Allgemeinpatienten und nur etwas geringer als bei Privatpatienten. Hier wird ausgehend von der derzeitigen Tarifstruktur vorgeschlagen, die **Subventionspauschale im Bereich der Akutversorgung und der Rehabilitation auf maximal 15 % des durchschnittlichen Aufwands pro Fall der Halbprivatpatienten zu beschränken.**

Die Fallpauschale kann entsprechend dem tatsächlich entstehenden fallbezogenen Defizit bzgl. der Halbprivatpatienten erhöht werden, wenn seitens der PM im Wege einer geeigneten Kostenrechnung der Nachweis erbracht wird, dass die leistungsbezogene Defizitpauschale trotz angemessener Taxbeiträge des Patienten nicht ausreicht.

Akutbereich: Der detaillierte Vergleich der Kostenrechnungen im Akutbereich der PM und der PKM hat gezeigt, dass trotz Unterschieden bei den Aufwandsarten Personal und Infrastrukturkosten insgesamt gesehen eine hohe Übereinstimmung sowohl in den Leistungen wie auch den damit verbundenen Aufwendungen besteht. Von daher wird davon ausgegangen, dass die in der Kostenrechnung 1999 ausgewiesenen Durchschnittskosten pro Fall Grundlage für die Festlegung einer Fallpauschale sein können. Dabei ist grundsätzlich der Ausweis der Durchschnittskosten pro Patient (PM 1999: 18.800 SFr.) der Fallpauschale pro Pflgetag als Bemessungsgrundlage vorzuziehen, da der Massstab „Pflgetage“ die Gefahr eines unerwünschten Anreizes zur Mengenausweitung (Verlängerung der Aufenthaltsdauer) birgt.

Geriatric/Gerontopsychiatrie: Die durchschnittlichen Kosten pro Patient wie auch gemessen an den Pflgetagen sind derzeit in der PM weit höher, als es konkurrierenden Einrichtungen wie Alten- und Pflegeheimen nach den bestehenden Abgeltungssätzen im Rahmen des Fürsorgegesetzes zugestanden wird. Die seit 1999 neu eingeführte Pflgestufe 3+ schliesst Patienten ein, welche auch die in der PM stationär behandelten Patienten aufweisen: u.a.: Kognitive Beeinträchtigung, Verwirrtheit, Demenz, auffallendes Verhalten. Von daher wird vorgeschlagen, die bestehende **Richtlinie für Krankenhäuser/Langzeitabteilung Spital der GEF** (CGEYC liegt die Version vom 19.9.1998 vor) **in Bezug auf die Pflgestufe 3 + auch bei der PM für den Geriatricbereich anzuwenden.**

Der Tarif für die Pflegestufe 3 + betrug im Jahr 1998 (1998: 260,- SFr/Pflegetag). Vorausgesetzt wird, dass die Kriterien für die Einstufung der Patienten in Pflegestufe 3+ vorliegen. Demnach

- muss der direkte Pflegeaufwand messbar mindestens 3 Stunden betragen;
- muss der Pflegezustand „ 3 + schwerst“ länger als einen Monat andauern;
- muss jede Einstufung dokumentiert werden nach Zeitdauer und Pflegeintensität;
- müssen mindestens zwei Kriterien aus fünf definierten Problembereichen vorliegen (siehe Richtlinie).

Im Gegensatz zu den allgemeinen Bestimmungen für Kranken- und Pflegeheime (siehe Schreiben vom September 1998 der GEF – AFB; Pkt 4.3) wird bei der psychiatrischen Klinik davon ausgegangen, dass alle Fälle als Schwerstfälle einzustufen sind, so dass die Beschränkung der Abgeltung auf 20 % der Fälle nach dem Tarif 3 + (der Rest nach Pflegestufe 3) entfällt. Stichproben zum tatsächlichen Patientenbestand behält sich die GEF vor.

Rehabilitation: Hier besteht hinsichtlich der Kategorisierung bzgl. der medizinischen Indikation und damit verbunden der angemessenen Fallpauschale noch Klärungsbedarf.

Umlagen: Für die Wäscherei muss eine gesonderte Kostenstelle eingerichtet werden, so dass eine Aufteilung der Erträge und Aufwendungen auf den Klinikbetrieb und die externen Kunden möglich ist. Die innerbetriebliche Leistungsverrechnung, insbesondere die Verrechnung von Infrastrukturkosten zwischen dem Stammhaus und der Klinik muss auf eine transparente Basis (u.a. ausgebaute Anlagenrechnung) gestellt werden. Als Verrechnungsgrundlage ist ein qm-Mietpreis anzusetzen. Der maximal anrechenbare Mietpreis pro qm wird von der GEF in Zusammenarbeit mit der PM auf Basis von Vergleichsrechnungen mit anderen Kliniken ermittelt.

Behandlungsinzidenz im Spitalbezirk Meiringen: Die Anzahl der Eintritte im Versorgungsgebiet Meiringen sollte im Verlauf der nächsten zwei Jahre auf den Kantonsdurchschnitt zurückgeführt werden (1999: 4.2). Sollte seitens der PM nicht plausibel aufgezeigt werden, dass das Überschreiten dieser Vorgabe extern bedingt ist (hohe Zahl von Notfalleinweisungen, FFE/Zwangseinweisungen), übernimmt der Kanton im ersten Jahr nach Inkrafttreten dieser Regelung für die überzähligen Eintritte lediglich 50 % der Fallpauschale; im zweiten Jahr entfällt für die überzähligen Fälle jegliche Fallpauschale.

Berichtswesen: Die PM verpflichtet sich gegenüber der GEF zu einem transparenten Ausweis der Angebots- und Leistungsstruktur im Rahmen von Standardauswertungen. Dazu gehören u.a.

- die Entwicklung der Patientenstatistik (differenziert nach Behandlungsbereichen und Versicherungsklassen und Patientenherkunft),
- die medizinische Statistik nach ICD-Code (u.a. Aussagen zur Behandlungsdauer) des Bundesamtes für Statistik
- die wirtschaftliche Entwicklung auf Basis einer ausgebauten Kostenrechnung unter Berücksichtigung der o.a. Verbesserungen (Umlage Infrastruktur, Differenzierung kantonale von ausserkantonalen Patienten etc.)
- Ausbau Qualitätsmanagement: Neben der bereits durchgeführten Zuweiserbefragung ist auch (in Abstimmung mit der GEF) eine Patientenbefragung durchzuführen. Darüber hinaus sollte die Statistik um einige qualitätsorientierte Merkmale (Rückfallquote, Suizide etc.) in Abstimmung mit der GEF erweitert werden.
- Auf die besonderen Anforderungen im Hinblick auf die Pflegestufe 3+ für Patienten aus dem Bereich Geriatrie/Gerontopsychiatrie wurde bereits verwiesen (s.o.)

Wir hoffen, Ihnen mit unseren Ausführungen und Vorschlägen die nötige Entscheidungsgrundlage geschaffen zu haben.

Cap Gemini Ernst & Young Suisse SA



Romain Jeannotat



Urs Birchler

6 Anlage

Auswertung Fragebogen der ZuweiserInnen-Umfrage.

6.1 Vertrag

6.2 ZuweiserInnen-Umfrage der PM

6.3 Stellungnahme der PM zur Erfolgskontrolle