



Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung – Leistungsbereiche Psychiatrie und Rehabilitation

Ergänzung der Empfehlungen zur Ermittlung der effizienten Spitäler nach Art. 49 Abs. 1 KVG, betreffend die Leistungsbereiche Psychiatrie und Rehabilitation

Verabschiedet durch den Vorstand GDK am 2. Juni 2016

1 Ausgangslage

Gemäss Art. 49 Abs. 1 KVG orientieren sich die Tarife der Spitäler an der Entschädigung jener Spitäler, welche die tarifierte obligatorisch versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen. Der Vorstand der GDK hat zu Handen der Kantone Empfehlungen zur Ermittlung der gesetzeskonformen Tarife der Spitäler erlassen. Diese dienen den Kantonen als Grundlage bei der Genehmigung von Tarifverträgen zwischen Spitälern und Versicherern gemäss Art. 46 Abs. 4 KVG resp. der Festsetzung von Tarifen bei Fehlen eines Tarifvertrags (Art. 47 KVG). Diese Empfehlungen gelten grundsätzlich auch für die Leistungen der stationären Psychiatrie und Rehabilitation. Allerdings besteht in diesen Leistungsbereichen noch keine national einheitliche Tarifstruktur und damit auch keine national allseits anerkannte Methodik zur Messung und Bereinigung des Schweregrads der Leistungen für einzelne Patientinnen und Patienten.¹ Diesem Umstand ist bei einzelnen Aspekten der Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung Rechnung zu tragen. Die nachfolgenden Ausführungen zeigen auf, in welchen Punkten bei der Ermittlung der gesetzeskonformen Tarife in den Leistungsbereichen Psychiatrie und Rehabilitation von den Empfehlungen abzuweichen ist resp. welche zusätzlichen Überlegungen in die entsprechenden Arbeiten zu berücksichtigen sind. Die Ausführungen beziehen sich jeweils auf die einzelnen Kapitel der Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung vom 25. Juni 2015 (Referenzdokument).

2 Ergänzende / abweichende Empfehlungen für die Leistungsbereich Psychiatrie und Rehabilitation

Kapitel 2.2, Herleitung der benchmarkrelevanten Betriebskosten pro Spital und Leistungsbereich

Auch für die Leistungsbereiche der Psychiatrie und Rehabilitation gilt, dass zur Bestimmung der tarifrelevanten Kosten sämtliche in diesen Leistungsbereichen anfallenden Kosten in die Effizienzprüfung einzubeziehen sind. Dies betrifft auch die Kosten jener Leistungen, die im einzelnen Spital im Rahmen des stationären Aufenthalts allenfalls separat vergütet werden (z.B. Kosten für Leistungen, welche nach den SVK-Verträgen separat vergütet werden). Die Sondervergütung ist erst nach Benchmarking aus den Tarifen herauszurechnen.

¹ Leistungsbezogene Tarifstrukturen für die Rehabilitation und die Psychiatrie liegen erst in einer Vorversion vor.



Kapitel 2.2.2, Buchstabe b); Anlagenutzungskosten

Werden Anlagenutzungskosten in einem Umfang ausserhalb einer gewissen Bandbreite ausgewiesen, ist anzunehmen, dass die entsprechenden Kostendaten nicht in ausreichender Qualität vorliegen². Für die Leistungsbereiche Psychiatrie und Rehabilitation kann dann von diesem Fall ausgegangen werden, wenn die ausgewiesenen Kosten ausserhalb einer Bandbreite von CHF 40.—pro Pflageetag resp. 20% der gesamten tariffrelevanten Kosten liegen. Die Werte ergeben sich aufgrund einer von der KPMG im Jahr 2009 durchgeführten Analyse der Anlagenutzungskosten in den Leistungsbereichen Rehabilitation und Psychiatrie³. Die Streuung der entsprechenden Werte war in dieser Studie sehr hoch⁴, erlaubt jedoch trotzdem – unter zusätzlichem Beizug von Erfahrungswerten aus dem Pflegeheimbereich – die Festlegung der obenstehenden, „grosszügigen“ Bandbreite der adäquaten Anlagenutzungskosten in diesen Leistungsbereichen.

Kapitel 2.2.3 Abzug der nicht benchmarkrelevanten Kosten, Buchstabe c (Mehrkosten Hotellerie und andere Kostenkomponenten bei zusatzversicherten Patienten)

Die Empfehlungen der GDK gehen davon aus, dass die Mehrkosten in der Hotellerie und anderer Kostenkomponenten bei zusatzversicherten Patienten in der Kostenrechnung nicht ausreichend ausgeschieden werden können und deshalb ein normativer Abzug dieser Kosten unumgänglich ist. Vorerst ist davon auszugehen, dass die im Rahmen der Akutsomatik (DRG) ermittelten Werte (gemäss Referenzdokument) auch in der Psychiatrie und Rehabilitation angewendet werden können. Angesichts der gegenüber der Akutsomatik in der Rehabilitation und Psychiatrie deutlich längeren Aufenthaltsdauern ist es aber sachgerecht, einen Abzug für Mehrkosten pro Pflageetag anstelle eines Abzugs pro Fall in Betracht zu ziehen und die Höhe gestützt auf Daten mehrerer Kantone (Auswertung Austausch Kostendaten unter den Kantonen) normativ festzulegen.

Kapitel 2.3 Bildung von Vergleichsmengen zum Vergleich der benchmarkrelevanten Kosten

Für die Leistungsbereiche Psychiatrie und die Rehabilitation liegen heute noch keine einheitlichen Tarifstrukturen vor, auf deren Basis ein Vergleich der Kosten von Spitälern mit unterschiedlichem Leistungsauftrag und Schweregrad der Patientinnen und Patienten möglich ist. Gleichwohl hat gemäss KVG die Effizienzprüfung aufgrund von Betriebsvergleichen zu erfolgen.

In der Psychiatrie und Rehabilitation können nur jene Spitäler direkt miteinander verglichen werden, die über einen vergleichbaren Leistungsauftrag verfügen und bei denen keine Indizien für unterschiedliche Schweregrade (z.B. erheblich abweichende durchschnittliche Aufenthaltsdauern, Kliniken mit besonderer Spezialisierung → Indizien sind im Einzelfall zu begründen) innerhalb des gleichen Leistungsauftrags vorliegen. Kann eine solche

² Auch andere Indizien, wie z.B. nicht nach VKL ausgewiesene ANK, lassen auf nicht ausreichende Qualität des Kostenausweises schliessen.

³ http://www.swissdrg.org/assets/pdf/Literatur/SwissDRG_Bericht_ANK_V20100929_Veroeffentlichung.pdf

⁴ Die Kosten pro Pflageetag lagen bei der Psychiatrie bei CHF 49 – 193. Der Mittelwert liegt bei den psychiatrischen Kliniken (Versorgungsniveau 1) bei CHF 113, bei den psychiatrischen Kliniken (Versorgungsniveau 2) bei CHF 80. Die Kosten pro Pflageetag bei der Rehabilitation liegen bei CHF 33 – 140. Der Mittelwert liegt bei CHF 60 pro Pflageetag.



Vergleichsgruppe gebildet werden, ist auch in den Bereichen Psychiatrie und der Rehabilitation ein Benchmarkingansatz zur Bestimmung des relevanten Spitaltarifs anzuwenden.

Kann keine solche Vergleichsgruppe gebildet werden, ist eine Tarifierleitung aufgrund eines Betriebsvergleichs nicht möglich. Der für die Tarifierung massgebliche Leitgedanke von Art. 49 Abs. 1 KVG (Entschädigung von effizient, günstig und in der notwendigen Qualität erbrachten Leistungen) gilt jedoch dennoch. Dies bedeutet, dass auch bei Spitälern mit fehlender oder beschränkter Vergleichbarkeit zu prüfen ist, ob das zu beurteilende Spital als effizient und günstig im Sinne von Art. 49 Abs. 1 KVG zu betrachten ist.

Mit folgenden Ansätzen können die spitalindividuellen Ausgangslagen und Kosten hinsichtlich ihrer Wirtschaftlichkeit kritisch geprüft werden.

- „Second Best“: Bei einer geringen Anzahl vergleichbarer Spitäler kann das zweitgünstigste Spital als sachgerechter Massstab für Wirtschaftlichkeit betrachtet werden⁵.
- Relation zu anderen Versorgungsstufen: Die Fall- oder Tageskosten sollten dem Schweregrad oder der Versorgungsstufe folgen: Spitäler mit einfacheren Behandlungen bzw. tieferer Versorgungsstufe sollten tiefere Fall- oder Tageskosten haben als Spitäler mit schwereren Behandlungen bzw. höherer Versorgungsstufe.
- Vergleich mit alternativen Tarifstrukturen: Verrechnen andere Spitäler mit vergleichbarem Leistungsauftrag ihre Leistungen nach SwissDRG, ist ein Vergleich mit deren Benchmark-Tarifen unter Umrechnung auf die Tarifstruktur des betreffenden Spitals möglich.
- Tarifvergleich/Plausibilisierung: Vergleiche mit genehmigten oder rechtskräftig festgesetzten Tarifen anderer Spitäler oder anderen Versicherern können sachgerecht sein. Es dürfen aber keine Indizien vorliegen, wonach der Vergleichstarif wesentlich unter oder auch über den Kosten des betreffenden Leistungserbringers liegt. Da die Fallschwere nicht gemessen wird und allenfalls nur ungenau geschätzt werden kann, rechtfertigt sich die Berücksichtigung einer Sicherheitsmarge. Wie hoch die Sicherheitsmarge ist, liegt im Ermessen der Kantone. Eine Sicherheitsmarge von 30% und mehr würde dieses Ermessen aber überschreiten⁶.
- Intertemporaler Vergleich: Die Kosten eines Spitals im betreffenden Jahr können mit jenen des Vorjahres verglichen werden. Die Preisüberwachung entwickelte diese Methode für jene Situationen, in denen ein Vergleich mit anderen Spitälern derselben oder anderer Versorgungsstufen nicht möglich ist. Eine jährliche Steigerung der Kosten pro Pflege-tag von 1,5% liegt im Rahmen dessen, was die Preisüberwachung noch für angemessen akzeptiert. Höhere Kostensteigerungen sind als unwirtschaftlich zu werten⁷.

Bei Spitälern mit mehreren Leistungsaufträgen hat die Wirtschaftlichkeitsbeurteilung wie auch eine allfällige Tariffestsetzung grundsätzlich pro Leistungsauftrag zu erfolgen⁸. Mischtarife sind nur soweit sachgerecht, als sich die Tarifpartner darauf vertraglich einigen und die verschiedenen Leistungsaufträge ähnliche (wirtschaftliche) Tarife ergeben würden.

⁵ Abgestützt durch Entscheid Kinderspital Zürich BVG Urteil C-6392/2014, E.6.5. vom 27. April 2015

⁶ Vgl. BVGE C-4479/2013 vom 12.11.15, E 5.5, E.5.7

⁷ Abgestützt durch Entscheid BVG-Urteil C-2617/2014 vom 25. Januar 2016, E. 10.1 und 12.5., Klinik Susenberg ZH

⁸ Siehe dazu auch: BVG-Entscheid C-2142/2013 vom 20. Oktober 2015, E. 18.6.