

Analyse zusätzlicher Varianten der Spitalversorgung in der Spitalregion Solothurn-West

Expertengutachten, erstellt im Auftrag des Kanton Solothurns

Autoren:

Dr. oec. HSG Christof Haudenschild (Projektleitung)
Heidelinde Geiger, Dipl.-Inf.-Wiss. (Univ.), Dipl.-Des. (FH)

Kontaktadresse:

geiger.haudenschild, managementberatung, 4059 Basel, Amselstrasse 37, Tel. 061 361 11 41

28. November 2003

Inhalt

Management-Summary	4
Projektauftrag, Auftragserweiterung, methodisches Vorgehen	4
Ergebnisse nach Varianten	6
Entscheidungs- und Handlungsbedarf.....	13
Umsetzungsstrategie	14
Teil I: Projektauftrag, Projektorganisation und Projektmethode	15
1 Projektauftrag mit Erläuterungen.....	15
1.1 Projektauftrag.....	15
1.2 Ergänzungen zum Projektauftrag.....	16
1.2.1 Belegarzt-Spital: Grundsätzliche Überlegungen zu einem Systemwechsel und praktische Umsetzungsmöglichkeiten	17
1.2.2 Konkretisierung der Tagesklinik und Übergangspflege, respektive Langzeitpflege	17
1.2.3 Eingrenzung der Privatisierung oder Teilprivatisierung	17
1.2.4 Zusätzliche Variante „Zusammenarbeit zwischen dem Spital Grenchen und dem Bürgerspital Solothurn“	18
2 Projektorganisation	18
3 Projektmethode.....	19
Teil II: Ausgangslage und Ausblick für die Spitalregion Solothurn-West.....	20
4 Vorgeschichte	20
5 Kantonale Spitalplanung	22
6 Spitallandschaft im Einzugsgebiet.....	24
7 Zukünftiger Bedarf an Akut- und Langzeitbetten	27
8 Marktverhältnisse im Umbruch.....	30
9 Zentrale oder dezentrale Spitalversorgung.....	33
10 Perspektive der Kunden	36
Teil III: Beschreibung der Varianten.....	38
11 Gesamtüberblick zu den Varianten I-V.....	38

12	Grundlegende Gedanken zum Betrieb eines Akutspitals mit Bezug von Belegärzten (Varianten I und II)	40
13	Variante I: Weiterführung der Frauenklinik Grenchen (inkl. Geburtshilfe auf Belegarztbasis) ...	42
13.1	Ausgangslage	42
13.2	Beurteilung nach medizinischen, betriebs- und volkswirtschaftlichen Kriterien	44
13.3	Finanzielle Konsequenzen	46
13.4	Fazit	47
13.5	Kurzfassung	48
14	Variante II: Weiterführung des gesamten Spitals Grenchen auf Belegarzt-Basis	49
14.1	Ausgangslage	49
14.2	Beurteilung nach medizinischen, betriebs- und volkswirtschaftlichen Kriterien	50
14.3	Finanzielle Konsequenzen	52
14.3.1	Vergleichsweise Rentabilitätsrechnung für Arztaufwendungen	53
14.4	Kurzfassung	56
15	Variante IIa; Gemischtes System: Angestellte Ärzte – Belegärzte	58
15.1	Ausgangslage	58
15.2	Beurteilung nach medizinischen, betriebs- und volkswirtschaftlichen Kriterien	58
15.3	Finanzielle Konsequenzen	59
15.4	Fazit	59
15.5	Kurzfassung	60
16	Variante III: Umwandlung des Spitals in eine Tagesklinik, evtl. zusätzlich mit Übergangspflege sowie Langzeitpflege	61
16.1	Ausgangslage	61
16.2	Medizinisches Zentrum	62
16.2.1	Tagesklinik für ambulante und kurzstationäre Eingriffe	62
16.2.2	Ambulatorium und/oder Gemeinschaftspraxis	65
16.2.3	Langzeitpflege, Übergangspflege und rehabilitative Aufbaupflege	67
16.2.4	Private Angebote zur Ergänzung der Tagesklinik	70
16.3	Beurteilung des Medizinischen Zentrums Grenchen nach medizinischen, betriebs- und volkswirtschaftlichen Kriterien	70
16.4	Finanzielle Konsequenzen des „Medizinischen Zentrums Grenchen“	72
16.5	Fazit	72
16.6	Kurzfassung	73

17	Variante IV: Teilprivatisierung oder Privatisierung des Spitals mit der Möglichkeit Leistungen anzubieten, die in der Spitalregion, im benachbarten Kanton BE und im Kanton SO bisher nicht angeboten werden	76
17.1	Ausgangslage	76
17.2	Beurteilung nach medizinischen, betriebs- und volkswirtschaftlichen Kriterien.....	76
17.3	Fazit	79
17.4	Kurzfassung	80
18	Variante V: Zusammenarbeit der Spitäler Grenchen und Solothurn	81
18.1	Ausgangslage	81
18.2	Dringlichkeit eines politischen Entscheides.....	82
18.3	Die wichtigsten Entscheidungsparameter und ihre Folgen	84
18.3.1	Die Bedeutung des Grundversorgungsauftrags für das Spital Grenchen	85
18.3.2	Selbständige Spitäler oder Fusion - Konkurrenz oder Zusammenarbeit.....	86
18.4	Erfolgskriterien einer Zusammenarbeit	87
18.5	Vier Modelle der Zusammenarbeit/Konkurrenz	88

P.S. Aus Gründen der Lesbarkeit wurde hauptsächlich die männliche Form verwendet; weibliche Personen sind immer gleichermassen gemeint.

Management-Summary

Projektauftrag, Auftragserweiterung, methodisches Vorgehen

: Projektauftrag

Im Rahmen der Projektarbeit „Regionalisierung der Solothurnischen Spitäler“ wurde im Jahr 2002 eine Expertise über Möglichkeiten der Zusammenarbeit zwischen den Spitälern Grenchen und Solothurn erstellt, in der die folgenden vier Varianten geprüft wurden:

- . Variante 1 „Status Quo“ Beibehaltung heutiger Leistungsangebote in beiden Spitälern
- . Variante 2 „Grenchen plus“ (Grenchen inkl. zentraler Gynäkologie und Geburtshilfe)
- . Variante 3 „Akutmedizin in Solothurn, Rehabilitation und Langzeitpflege in Grenchen“
- . Variante 4 „Schliessung des Spitals Grenchen“

Die Expertise kam eindeutig zum Schluss, dass aus betriebswirtschaftlicher Sicht die Schliessung des Spitals Grenchen die höchsten Einsparungen zur Folge hätte. Der Regierungsrat stellte fest, dass zur Zeit Spitalschliessungen vom Volk nicht akzeptiert werden, und beschloss, dass das Spital Grenchen den Status quo behalten solle und dass Grenchen nebst dem Bürgerspital Solothurn als Betriebsstandort des künftigen Spitals Solothurn WEST weiterzuführen sei. Dieser Entscheid gilt auch für die geplante Regionalisierung bzw. Verselbständigung der Spitäler nach dem neuen Spitalgesetz.

Anfangs 2003 wurde der Regierungsrat beauftragt, verschiedene Betriebsvarianten für das Spital Grenchen mit Hilfe externer Sachverständiger abzuklären. Der Abschlussbericht mit entsprechenden Anträgen sollte innerhalb eines Jahres dem Kantonsrat unterbreitet werden. Folgende Varianten sollten im Hinblick auf medizinische, betriebswirtschaftliche und volkswirtschaftliche Vor- und Nachteile unter verschiedenen Betriebsstrukturen für die kommenden 5 Jahre überprüft werden:

Variante I: Weiterführung der Frauenklinik Grenchen (inkl. Geburtshilfe) auf Belegarztbasis – Status quo für die übrigen Kliniken des Spitals Grenchen.

Variante II: Weiterführung des gesamten Spitals Grenchen auf Belegarztbasis.

Variante III: Umwandlung des Spitals Grenchen in eine Tagesklinik, eventuell in Kombination mit einem Leistungsauftrag „Übergangspflege“ sowie Langzeitpflege.

Vairante IV: Teilprivatisierung oder Privatisierung des Spitals Grenchen mit der Möglichkeit, Leistungen anzubieten, die in der Spitalregion, im benachbarten Kanton Bern aber auch im Kanton Solothurn bisher nicht angeboten werden.

Das Projekt sollte von einem Steuerungsausschuss mit Vertretern der beiden betroffenen Spitäler (Grenchen und Bürgerspital Solothurn) sowie des Spitalamtes begleitet werden. Nach erfolgter Offerteinholung und Anhörung durch den Steuerungsausschuss, hat der Regierungsrat den Auftrag an das Beraterteam g.h, managementberatung vergeben mit der Auflage, per 30. November 2003 einen Bericht gemäss Auftrag der Regierung abzuliefern.

: Erweiterung des Projektauftrags

Der Steuerungsausschuss hat die Studie begleitet und die vorgegebenen Varianten um zwei Varianten (II a und V) erweitert.

Variante II a: Gemischtes Chefarzt-Belegarzt-Spital

Variante V: Zusammenarbeit der Spitäler Grenchen und Solothurn

Modell A:

Spital Grenchen als Grundversorger und eigenständiger Betrieb

Modell C:

Spital Grenchen als eigenständiger Betrieb ohne Grundversorgung

Modell B:

Spital Grenchen als Grundversorger in einem fusionierten Spital Solothurn/Grenchen

Modell D:

Spital Grenchen im fusionierten Betrieb mit Spital Solothurn ohne Grundversorgung

Der Steuerungsausschuss schloss sich der Erkenntnis des Beraterteams an, dass bei der Variantendiskussion die grundsätzliche Beurteilung von Vor- und Nachteilen wichtiger sei, als Planerfolgsrechnungen, die aufgrund unzähliger, im Zeitverlauf variabler Parameter kaum zu schlüssigen Aussagen führen.

Mit einer Ausnahme schliesst sich der Steuerungsausschuss den vom Beraterteam im vorliegenden Bericht angestellten Überlegungen an. Die Differenz besteht zwischen dem Vertreter des Spitalamtes und dem Beraterteam und betrifft die im Kapitel 9 dargestellten Überlegungen zum Thema Skalenerträge durch Zusammenlegung von Spitälern. Im Gegensatz zum Bericht von H Focus und dem Vertreter des Spitalamtes geht das Beraterteam davon aus, dass die Vergrösserung von Spitaleinheiten keine finanziellen Skalenerträge (Einsparungen pro weitere erstellte Einheit, d.h. Einsparungen pro zusätzlich behandelten Patienten durch Erweiterung der Kapazitäten an einem Standort) abwirft. Die Schliessung respektive Umnutzung des Spitals Grenchen, wie sie in Variante III diskutiert wird, führt als solche nach Ansicht des Beraterteams nicht automatisch zu Kosteneinsparungen. Wenn sich bei der Zusammenlegung der Spitäler Kosteneinsparungen realisieren lassen, dann sind sie auf Rationalisierungsmassnahmen zurückzuführen, die auch bei der getrennten Führung der zwei Spitäler realisiert werden können. Im übrigen steht der Steuerungsausschuss geschlossen hinter den Ausführungen des Beraterteams.

: Methodisches Vorgehen

Methodisch stützt das Beraterteam seine Aussagen vielfach auf Interviews, die mit Personen geführt wurden, die zum jeweiligen Thema aus praktischer Sicht Erfahrungen vermitteln konnten. Um die Interviews möglichst umfassend zu führen, hat das Beraterteam auf der Basis des EFQM-Modells für herausragende Geschäftsführung einen Fragenkatalog erarbeitet. Die Information der Interviewpartner wurde durch Literaturrecherchen und eigene Erfahrungen ergänzt.

Ergebnisse nach Varianten

: Varianten I, II und II a: Teilweise oder umfassende Umwandlung des Chefarzt-Spitals in ein Belegarzt-Spital

Finanziell darf von einer teilweisen oder vollständigen Umwandlung eines Chefarzt-Spitals in ein Belegarzt-Spital kein Kostenvorteil erwartet werden. Je nach Schwergewichten im Angebot kostet die Leistungserbringung mit Belegärzten etwas weniger, tendenziell aber eher mehr als mit angestellten Ärzten. Die vergleichsweise günstigen Abschlüsse der privaten Belegarztspitäler sind nicht auf das unterschiedliche Arztsystem, sondern einzig auf den erheblich grösseren Anteil an halbprivat- und privatversicherten Patienten zurück zu führen. Öffentliche Belegarzt-Spitäler mit Aufnahmezwang sind mindestens im vergleichbaren Umfang auf staatliche Subventionen angewiesen, wie dies die Chefarzt-Spitäler sind.

Der Entscheid für das eine oder andere Arztsystem sollte deshalb nicht aus finanziellen, sondern gegebenenfalls aus organisatorischen Überlegungen und im Hinblick auf den medizinischen Versorgungsauftrag erfolgen. Spitäler, die eine umfassende Grundversorgung für zunehmend ältere Patienten mit komplexerem Krankheitsbild und mehreren Diagnosen unabhängig ihres Versicherungsstatus sicherstellen, tun dies traditionell mit angestellten Ärzten (Chefarzt-System). Spitäler, die ein breites Spezialisten-Angebot für gesündere (Privat-)Patienten mit eindeutigerer Diagnose bereitstellen, tun dies traditionell mit Belegärzten.

Einer umfassenden Umstellung des Spitals Grenchen auf das Belegarzt-System steht nebst den finanziellen Nachteilen die Tatsache entgegen, dass für eine Auslastung der Bettenstationen und der Infrastrukturen des Spitals mindestens 40 Belegärzte regelmässig am Spital tätig sein müssten. Diese Anzahl Belegärzte ist in der Region gar nicht verfügbar. Darüber hinaus sind die meisten Belegärzte der Region bereits an der Privatklinik Obach in Solothurn tätig und haben wenig Veranlassung an das Spital Grenchen zu wechseln. Der Beizug von Belegärzten ist höchstens für einzelne Spezialgebiete möglich, mit denen das Spital Grenchen sein Leistungsangebot erweitern kann, ohne die entsprechenden Spezialisten anstellen zu müssen. Finanziell muss von Fall zu Fall gerechnet werden, ob eine Verstärkung mit Belegärzten sinnvoll und tragbar ist.

Die Varianten I, II, II a „Belegarzt-Spital“ werden aus finanziellen Gründen und mangels Verfügbarkeit von Belegärzten als nicht realisierbar eingestuft.

- : Variante III: Umwandlung des Spitals in eine Tagesklinik, evtl. zusätzlich mit Übergangspflege sowie Langzeitpflege

Unter dem Begriff „Tagesklinik“ wird hier eine Einheit definiert, die nebst den eigentlich ambulanten Patienten auch Patienten mit geplantem Eintritt zur Untersuchung, Behandlung und Pflege aufnimmt, die anschliessend einer Überwachung und eines Bettes bedürfen, aber nicht im Spital übernachten (vor 24.00 Uhr austreten).

Die Idee der Tagesklinik zielt darauf ab, einerseits die vorhandenen Infrastrukturen, insbesondere die Operationssäle sinnvoll weiter zu nutzen, andererseits einen Notfall-Betrieb zumindest tagsüber aufrecht zu erhalten. Wie die Realität zeigt, lassen sich aber beide Ziele nur sehr beschränkt realisieren. Die Tagesklinik bringt zwar eine gewisse Nutzung der Operationssäle und die Auslastung einer kleinen Anzahl Betten/Liegen (6 bis 10 Plätze) für die Überwachung mit sich. Eine Auslastung der vorhandenen Bettenstationen bedingt aber ein vielfach höheres ambulantes/teilstationäres Patientenvolumen als es heute in Grenchen vorhanden ist. Der Notfall benötigt im Hintergrund einen akut-stationären Betrieb, andernfalls kann er höchstens als Notfall durch die Ärzte des medizinischen Zentrums betrieben werden.

Zur wirtschaftlichen Auslastung der Infrastrukturen (nebst den Operationssälen auch Röntgen, Labor, Patientenzimmer, Technik/Informatik) muss somit die Tagesklinik mit anderen Dienstleistungen ergänzt werden, weshalb wir im folgenden besser vom „medizinischen Zentrum mit Tagesklinik“ sprechen. Das medizinische Zentrum umfasst neben der Tagesklinik für ambulante und kurzstationäre Eingriffe eines oder mehrere der folgenden Angebote:

- . Ambulatorium und/oder Gemeinschaftspraxis
- . Übergangspflege für Patienten ohne Bedarf an täglicher ärztlicher Versorgung
- . Langzeitpflege mit geriatrischer Rehabilitation
- . Praxislabor und Praxisröntgen
- . Offizin (Publikumsapothek)
- . Physio-, Ergotherapie, Ernährungsberatung, Schwangerschaftsberatung etc.
- . Orthopädie-Praxis und -Geschäft
- . Wellness-Angebote

So bestechend auf den ersten Blick der Aufbau eines medizinischen Zentrums mit einer Tagesklinik sein mag, so schwierig ist es, wie die zahlreichen gescheiterten Beispiele in der Schweiz zeigen, diese Variante zu realisieren.

Die Schwierigkeiten ergeben sich

- für die Tagesklinik durch das zu geringe Patientenvolumen wegen fehlender tariflicher Anreize, Mangel an fachlichem Können, mangelndem Interesse an ambulanter Operationstätigkeit, bestehender Konkurrenz durch die nahegelegene Privatklinik, Mangel an Interesse und schlechten physischen Voraussetzungen bei den älteren Patienten,
- für Labor und Röntgen durch den Wegfall des Auftragsvolumens für stationäre Akutpatienten und den Bedarf an einem entsprechend grösseren Auftragsvolumen seitens der niedergelassenen Ärzte,
- für das neue, stationäre Pflegeangebot durch den zweifelhaften Bedarf an zusätzlichen Kapazitäten bei aktuell genügenden Kapazitäten und zeitgemässen Strukturen,
- für die Praxisgemeinschaft aus dem hohen Zeitbedarf, um neue Praxen und medizinische Fachgeschäfte anzusiedeln.

Die Realisierungschancen des medizinischen Zentrums sind für den stationären und den ambulanten Bereich unterschiedlich gut. Die konjunkturelle Entwicklung spricht gegen eine rasche Bedarfszunahme an neuen stationären Pflegeplätzen, zudem kann der gegenwärtige Bedarf auch bei qualitativ ändernden Ansprüchen durch die bestehenden Institutionen gedeckt werden. Die Auslastung der Bettenstationen ist damit für die nähere Zukunft sehr unsicher. Im ambulanten Bereich weisen die unaufhaltsam steigenden Kosten den Weg zur Gemeinschaftspraxis. Alternative Versicherungsmodelle mit einer Einschränkung des Angebotes und einer Vernetzung der Leistungserbringer werden sich voraussichtlich auf breiter Front durchsetzen. Weil das System „Gesundheitswesen“ insgesamt aber sehr träge auf monetäre Änderungen reagiert, braucht es eine längere Anlaufzeit, bis derlei Netzwerke mit grossen Versicherten-Zahlen entstehen. Das medizinische Zentrum braucht jedenfalls Zeit, bis es ausgelastet und selbsttragend betrieben werden kann. Je früher die Trägerschaft auf diese Variante einschwenkt, desto länger muss sie eine Anschubfinanzierung bereitstellen, respektive mit brach liegenden Infrastrukturen rechnen.

- Variante IV: Teilprivatisierung oder Privatisierung des Spitals mit der Möglichkeit Leistungen anzubieten, die in der Spitalregion, im benachbarten Kanton BE und im Kanton SO bisher nicht angeboten werden

Grundsätzlich kommen für eine Teilprivatisierung oder Privatisierung verschiedene national und international existierende Angebote infrage, die wie folgt gruppiert werden können:

- Spezialklinik mit umfassendem Angebot für die Behandlung eines körperlichen Symptoms: Tinnitus; Parkinson; Retina und Vitreous; Rückenverletzungen; Schlafstörungen; Thrombosen; Probleme im Beckenboden-/ Scheidenbereich; Wundbehandlung; Kopfschmerzen; Krampfadern/Hämorrhoiden; Parkinson; Knieproblemen; Allergien; Asthma; Verbrennungen; u.a.
- Evtl. Klinik mit medizinischem Spezialgebiet (FMH-Titel): Allergologie; Onkologie/Tumorbehandlung; Rheumatologie; Psychiatrie/Psychotherapie; Hals/Nasen/Ohren; Ophthalmologie; Pädiatrie; Endokrinologie; Zahnärztliche Implantologie; Cardiologie; Frauenheilkunde; u.a.
- Spezialklinik für „Zivilisationskrankheiten“ oder „Life-Style-Medizin“: Neue Süchte (Glückspiel, Internet); Ernährungsstörungen; Medikamenten-, Alkohol- und Nikotinmissbrauch; Stress- und Umweltleiden; Elektrosmog-Leiden; Schönheitschirurgie; Beauty and Wellness; u.a.
- Spezialangebot: Geburtshaus; Sterbeklinik; Schmerzklinik; Gesundheitszentrum; Haus für das Alter; Haus für Spiel- und Beschäftigungstherapie; Tierklinik; u.a.

Der geforderte Verzicht auf Angebote, die im Kanton eine neue Konkurrenz zu bestehenden Institutionen bilden und die periphere Lage von Grenchen schränken das Spektrum eines möglichen Spezialangebots massiv ein. Die notwendigen Bauänderungen und Renovationen sowie der erforderliche Image-Aufbau sind mit grossen finanziellen Investitionen und einer längeren finanziellen Durststrecke verbunden. Hinzu kommen die Unsicherheiten betreffend Rückgang von zusatzversicherten Patienten, künftiger Spitalfinanzierung infolge neuer Managed-Care-Modelle, finanziellen Änderungen als Folge einer KVG-Revision und immer neue, administrative Auflagen im Gesundheitswesen.

Mögliche Investoren bzw. Betreiber eines Privatspitals sind aufgrund dieser Unsicherheitsfaktoren gegenwärtig nicht auszumachen. Das Spital Grenchen bestätigt diese Aussage aufgrund der jüngsten Erfahrungen bei der Suche nach einem Kaufinteressenten. Das Szenario der Privatisierung ist offensichtlich zum heutigen Zeitpunkt nicht realisierbar.

- Variante V: Zusammenarbeit der Spitäler Grenchen und Solothurn

Seit der Schliessung der Frauenklinik im März dieses Jahres, steht im Spital Grenchen eine voll funktionsfähige stationäre Abteilung mit ca. 20 Betten leer. Gleichzeitig leiden im Bürgerspital Solothurn verschiedene Stationen unter einer überhöhten Auslastung. Dasselbe gilt für die Operationssäle. Während in Grenchen die Operationssäle und die Anästhesie seit der Schliessung der Gynäkologie massiv untergenutzt sind, hat sich die Situation im Bürgerspital Solothurn nochmals verschärft.

Das Spital Grenchen ist allgemein in einem guten Zustand, die drei Operationssäle, von denen zwei genutzt werden, sind modernisiert und sehr gut ausgerüstet. Ein grösserer Investitionsbedarf steht mittelfristig nicht an. Der OPS im Bürgerspital Solothurn hingegen wurde vor 30 Jahren gebaut und muss dringend saniert werden. Der Investitionsbedarf wird auf 40 Mio. Franken geschätzt. Die angespannte Finanzlage des Kantons lässt eine kurzfristige Renovation nicht zu. Ein OPS-Neubau ist für 2010-2013 geplant. Entfiele die Entlastungsmöglichkeit durch Grenchen, so wäre bis dann auch die dringliche laufende Sanierung der Solothurner Infrastruktur schwer organisierbar.

In dieser Situation wird eine Zusammenarbeit beider Spitäler von den operativ verantwortlichen Personen auf beiden Seiten befürwortet. Wegen der entgegengesetzten Zukunftsperspektiven und Abhängigkeiten der zwei Spitäler – Existenzbedrohung auf der einen Seite, Wachstumspotential auf der anderen - kommt aber eine konstruktive Zusammenarbeit nur unter klaren obrigkeitlichen Vorgaben zustande.

Die Zusammenarbeit auf operativer Ebene wird vereinfacht, wenn konkurrenzierende medizinische Angebote möglichst ausgeschlossen und parallele Leistungen (bspw. Labor, Physiotherapie, evt. innere Medizin, allgemeine Chirurgie) unter eine einheitliche operative Leitung gestellt werden. Belegärzte sollten aus demselben Grund nur dort beigezogen werden, wo die Leistungen infolge mangelnder Fallzahlen nicht von angestellten Ärzten erbracht werden können.

Um die Vor- und Nachteile der Zusammenarbeit zu beurteilen, werden entlang der wichtigsten Grundsatzenfragen betreffend Leistungsauftrag und Marktstellung vier Modelle definiert:

	Leistungsauftrag ► Marktstellung ▼	Mit Grundversorgungsauftrag des Spitals Grenchen	Ohne Grundversorgungsauftrag des Spitals Grenchen
Konkurrenz (getrennte Betriebe)		Modell A: Spital Grenchen als Grundversorger und eigenständiger Betrieb	Modell C: Spital Grenchen als eigenständiger Betrieb ohne Grundversorgung
Zusammenarbeit (Vertrag/Fusion)		Modell B: Spital Grenchen als Grundversorger in einem fusionierten Spital Solo- thurn/Grenchen	Modell D: Spital Grenchen im fusionierten Betrieb mit Spital Solothurn ohne Grundversor- gung

- **Modell A: Spital Grenchen als Grundversorger und eigenständiger Betrieb**

Der Grundversorgungsauftrag wird zur Auslastung der Bettenstationen und der Infrastrukturen ergänzt bspw. um die chirurgischen Spezialabteilungen HNO/Ophthalmologie/plastische Chirurgie. Diese werden aus dem Bürgerspital Solothurn nach Grenchen transferiert und dort für die Region Solothurn-West

ausschliesslich angeboten. Neu aufgebaut werden könnte in Grenchen eine urologische Abteilung, eventuell auch eine Grundversorgung in der Kinderchirurgie (Tonsillektomie, Leistenhernien, Appendektomie, Phimosen, Frakturbehandlung, etc.). Das Spital betreibt ca. 50 Betten für die Erbringung des Grundversorgungsauftrags, die übrigen ca. 20 Betten für Spezialdisziplinen.

Sobald der reguläre Betrieb mit einer Auslastung der Bettenstationen von über 80 Prozent erreicht ist (Ziel 2005), benötigt das Spital Grenchen je nach neuen Spezialgebieten, wieder jährliche Betriebsbeiträge im Umfang des Jahres 2002 plus Teuerung, d.h. ca. Fr. 9 bis 10 Millionen. In der Phase der Reorganisation (ca. ein Jahr) entsteht in Grenchen infolge der verminderten Bettenauslastung ein zusätzlicher Finanzierungsbedarf von Fr. 3 – 4 Millionen jährlich. Dieser wird in Solothurn teilweise durch die erhöhte Auslastung kompensiert. Dazu kommen einmalige Kosten für Umzug, Reorganisation, Neueinstellung von Personal etc. im Umfang von Fr. 0,5 bis 1 Million.

Der Transfer von Spezialkliniken nach Grenchen und teilweise der Neuaufbau nutzt die Vorhandenen Kapazitäten in Grenchen und bringt für Solothurn eine Entlastung. Die notwendige Koordination der Spezialkliniken mit dem Bürgerspital Solothurn ist aber in einem von Solothurn betrieblich unabhängigen Spital erschwert und führt zu Doppelspurigkeiten.

- Modell B: Spital Grenchen als Grundversorger in einem fusionierten Spital Solothurn/Grenchen

Das Spital Grenchen hat einen Grundversorgungsauftrag (innere Medizin und Chirurgie) und betreibt parallel zum Bürgerspital Solothurn einen Notfall. Nebst der Grundversorgung bietet das Spital Grenchen eine gemeinsame Übergangsstation (Pufferbetten) zur Verkürzung des Aufenthalts in den Akut- und Rehabetten, Spezialkliniken für HNO/Ophthalmologie/Plastische Chirurgie oder ähnliche und die gesamte ambulante und Tageschirurgie für beide Standorte. In der Chirurgie werden orthopädische Traumatologie (Grenchen) und Viszeralchirurgie (Bürgerspital Solothurn) aufgeteilt.

Die Spitäler Grenchen und Solothurn arbeiten unter gemeinsamer strategischer Zielvorgabe eng zusammen. Die Zusammenarbeit ist zunächst vertraglich vereinbart. Ziel ist die Fusionierung von strategischen und operativen Ebenen in einem einheitlichen Unternehmen (EinAG als Kantonsspital Solothurn West oder als kantonale EinAG). Verwaltungen, Kliniken, medizintechnische-Abteilungen etc. werden bis zur eigentlichen Fusion parallel geführt.

Bis das Modell realisiert ist (ca. ein Jahr) entsteht in Grenchen infolge der verminderten Bettenauslastung ein zusätzlicher Finanzierungsbedarf von Fr. 3 – 4 Millionen jährlich. Dieser wird in Solothurn teilweise durch die erhöhte Auslastung kompensiert. Wenn der reguläre Betrieb mit einer Auslastung der Bettenstationen von über 80 Prozent wieder erreicht wird und der Operationssaal durch sämtliche ambulanten und teilstationären Eingriffe der Spitäler Grenchen und Solothurn zusätzlich ausgelastet wird, erhöht sich der Betriebsaufwand im medizin-technischen Bereich (Anästhesie- und Operations-

personal um 4-5 Stellen = Fr. 450'000.- bis 550'000.-) gegenüber dem Referenzjahr 2002 um die zusätzliche Auslastung der Operationssäle und reduziert sich um die Einsparungen durch Zusammenlegung von Aufgaben im administrativen, logistischen Bereich und in den Führungsaufgaben im Umfang von rund 5 % der Personalkosten (Fr. 800'000).

Das Modell B ist gegenüber dem Modell A eindeutig vorteilhafter, weil damit alle möglichen Synergieeffekte einer Zusammenlegung der Spitäler ausgeschöpft werden können. Auch wenn die Sparmöglichkeiten im Verhältnis zu den gesamten Betriebskosten der zwei Spitäler gering sind, hat das Modell für die kommenden Jahre (bis zur Realisierung einer Gesamtrenovation des Bürgerspitals) eine wichtige Funktion zum Bereitstellen zusätzlicher Kapazitäten und damit zur Erhöhung der Flexibilität beider Betriebe. Die Flexibilität wiederum ist erforderlich, um Reorganisationsprojekte durchführen zu können.

- Modell C: Spital Grenchen als eigenständiger Betrieb ohne Grundversorgung

Dem Spital Grenchen wird der Auftrag für die Grundversorgung (inkl. Notfall) entzogen. Organisatorisch ist das Spital Grenchen ein selbständiger, vom Bürgerspital Solothurn unabhängiger Betrieb. Die Zusammenarbeit wird auf freiwilliger Basis dort wahrgenommen, wo sie beiden Betrieben einen Nutzen bringt und es die persönlichen Beziehungen zulassen.

Als mögliche Betriebsvarianten kommen für das Spital Grenchen infrage: Belegarztambulanz, medizinisches Zentrum mit Langzeitpflege/Tageschirurgie/Arztpraxen/Therapien etc. oder eine Spezialambulanz. Die Umsetzung dieser Aufträge ist in den Varianten II, III und IV im vorliegenden Bericht analysiert.

- Modell D: Spital Grenchen im fusionierten Betrieb mit Solothurn ohne Grundversorgung

Das Spital Grenchen bietet keine Grundversorgung (innere Medizin, Chirurgie) mehr an, der Notfall wird geschlossen. Das öffentliche, medizinische Angebot der Region Solothurn West wird auf zwei Standorte verteilt, so dass an beiden Standorten die Kapazitäten optimal genutzt werden können

In Grenchen werden folgende Spezialitäten betrieben: HNO und Ophthalmologie, die gesamte ambulante und Tageschirurgie, spitalinterne Langzeitpflege (Pufferbetten) ohne Rehabilitation, eventuell Urologie und plastische Chirurgie, einfache Pädiatrie. Einzelne Fachbereiche werden gemäss bestehenden Kompetenzen aufgeteilt (bspw. Traumatologie in Grenchen; Orthopädie im Bürgerspital Solothurn).

Die Gesamtkapazitäten der zwei Standorte Solothurn und Grenchen bleiben unverändert erhalten. Das Leistungsspektrum ändert sich nachhaltig mit der Notfallschliessung. Die erforderlichen Reorganisationen bieten Gelegenheit, zusätzlich zur Zusammenlegung von Diensten brachliegende Rationalisierungspotentiale und Sparpotentiale auszunutzen. Der Netto-Effekt ist schwierig zu schätzen, dürfte aber in der Grössenordnung von Fr. 1 Million liegen.

Bis das Modell realisiert ist (ca. 2 Jahre) entsteht in Grenchen infolge der verminderten Bettenauslastung ein zusätzlicher Finanzierungsbedarf von Fr. 3 – 4 Millionen jährlich. Dieser wird in Solothurn teilweise durch die erhöhte Auslastung kompensiert.

Das Modell D ist strategisch vergleichbar mit dem Modell B. Es erlaubt Synergien zwischen den zwei Standorten auszunutzen und erhöht die Kapazitäten und damit die Flexibilität des Gesamspitals Grenchen-Solothurn, was für nachhaltige Reorganisationsprojekte und laufende Unterhaltsarbeiten zwingend erforderlich ist.

Die Realisierung des Modells D braucht mehr Zeit als das Modell B, kann aber allenfalls in zwei Schritten, zunächst Modell B, dann Modell D, erreicht werden. Die finanziellen Vorteile können erst dann genauer beziffert werden, wenn das Leistungsspektrum definiert wird.

Entscheidungs- und Handlungsbedarf

Wollen die politischen Instanzen strategisch über die Zukunft des Spitals Grenchen entscheiden und verhindern, dass sich das Spital wie in Breitenbach wegen andauernder Unsicherheit über die Zukunft selbst auflöst, ist dringlicher Entscheidungs- und Handlungsbedarf angesagt.

Die anhaltende Unsicherheit über die Zukunft des Spitals zerstört das Arbeitsklima. Das ganze Personal macht sich Gedanken über seine Zukunft. Verschiedene Personen suchen aktiv nach einem neuen Arbeitsplatz. In einem Betrieb ohne klare Zukunft wird es sehr schwierig, verwaiste Stellen mit qualifiziertem Personal wieder zu besetzen. Der Weggang einzelner Personen in Schlüsselstellung (beispielsweise in der Anästhesie, der Chirurgie, der Medizin) führt zum Zusammenbruch des Akutbetriebs. Unabhängig von der gewählten Variante wird dadurch der Wiederaufbau nachhaltig erschwert. Das Image des Spitals ist sehr schnell vertan. Wird dem Spital durch den Zusammenbruch das Label des erfolglosen Betriebs angeheftet, braucht es Jahre um ein neues, positives Selbstverständnis aufzubauen. Personalrekrutierung und Patientenzulauf werden dadurch langfristig beeinträchtigt. Beides ist mit sehr hohen Kostenfolgen verbunden.

Die Umsetzung aller Varianten erfordert Klarheit über die Erreichbarkeit der Ziele (beispielsweise betreffend Auslastung der Bettenstationen und des OPS) und Klarheit über den Finanzbedarf (Subvention für den laufenden Betrieb, Überbrückungsbeiträge bis zum Wiedererreichen der Vollauslastung, strategische Planungsarbeit und Umsetzungsaufwand).

Gelangt man zum Ergebnis, dass man in der Region Solothurn West für eine qualitativ gute Akutversorgung auf die Kapazitäten beider Betriebe angewiesen ist, müssen sofort klare strategische Entscheide über die zukünftige Zusammenarbeit der Spitäler Grenchen und Solothurn gefällt werden. Dazu gehören Vorgaben der politischen Entscheidungsträger über den zukünftigen Leistungsauftrag der

Spitäler genauso wie über die Zielsetzung betreffend deren Rechtsform und Organisation. Der Interpretationsspielraum muss für die Spitäler dabei möglichst klein sein. Kontroverse Entscheide dürfen nicht nach unten delegiert werden. Nur so kann sichergestellt werden, dass die Führungen beider Häuser auf allen Ebenen den Entscheid akzeptieren und die neue Zusammenarbeit respektive Arbeitsteilung aktiv unterstützen. Der Wille, die vorhandene Ressourcen an beiden Standorten bestmöglich auszulasten muss auf allen Führungsebenen mitgetragen werden.

Bezüglich „Kulturvermischung“ des Personals, Kommunikationsverhalten von Entscheidungsträgern und Verhalten von Privatpatienten müssen Lehren aus dem Prozess „Frauenklinik“ für die Aufbauarbeit gezogen werden. Einem Austausch von Personal zwischen den zwei Standorten stehen mindestens anfänglich verschiedene Hindernisse im Weg, die nicht unterschätzt werden dürfen.

Umsetzungsstrategie

Unabhängig von der gewählten Variante, ist für die erfolgreiche Realisierung auf operativer Ebene die kurzfristige Bereitstellung einer Umsetzungsstrategie mit Zielformulierung und detailliertem Massnahmenplan erforderlich. Um das nötige Schrittempo zu halten, Empfindlichkeiten zu glätten und Vorurteilen zu begegnen, muss der Prozess professionell begleitet werden. So wird auch verhindert, dass Führungspersonen auf oberster Hierarchieebene langfristig für unbequeme Entscheide verantwortlich gemacht werden und Akzeptanz im operativen Geschäft einbüßen. Zur Umsetzungsstrategie gehört zwingend eine Kommunikationsstrategie, die sowohl den internen Kommunikationsbedarf als auch die Ansprüche der Öffentlichkeit einschliesst. Der Aufwand hierfür darf ebenso wenig unterschätzt werden, wie die Tatsache, dass die Geschäfts- und Bereichsleitungen in den meisten Fällen keine Kommunikationsexperten sind und vom Veränderungsprozess voll absorbiert werden.

Teil I: Projektauftrag, Projektorganisation und Projektmethode

1 Projektauftrag mit Erläuterungen

1.1 Projektauftrag

Am Anfang des Projektes steht die Regionalisierung der solothurnischen Spitalversorgung mit einer, vom Regierungsrat an den Kantonsrat vorgeschlagenen Zusammenlegung der Frauenkliniken Grenchen und Solothurn (Bürgerspital) in Solothurn. Die Zusammenlegung wurde medizinisch und ökonomisch begründet: Fallzahlen, Bildung von Subspezialitäten, Abbau von Fixkosten. Eine Zusammenlegung am Standort Grenchen lehnt der Regierungsrat mit Beschluss vom 2. 7. 2002 aus strategischen Überlegungen klar ab. Der Antrag des Regierungsrates auf Schliessung der Gynäkologie/Geburtshilfe in Grenchen wurde vom Kantonsrat zurückgewiesen.

Über die Zukunft des Spitals Grenchen soll erst nach einer weiteren Analyse von Betriebsvarianten entschieden werden. Der Regierungsrat wird beauftragt, die Abklärung mit Hilfe externer Sachverständiger vorzunehmen. Die Expertenarbeit wird von einer Steuerungsgruppe [vgl. Kap. 2] begleitet. Der Schlussbericht ist bis 30. November 2003 beim Auftraggeber einzureichen.

Bei allen Varianten soll der finanziellen Belastung des Kantons und des Bürgerspitals Solothurn spezielle Beachtung geschenkt werden.

: Projektauftrag des Regierungsrats

Der Regierungsrat hat den Auftrag wie folgt formuliert: Ausgehend von den bisherigen Abklärungen durch H Focus sollen neben den verbleibenden bekannten Varianten insbesondere die folgenden zusätzlichen Weiterführungsvarianten, Kombinationen davon sowie mögliche weitere Szenarien für das Spital Grenchen bzw. im Rahmen der Spitalregion Solothurn-West analysiert werden:

- I: Weiterführung der Frauenklinik Grenchen (inkl. Geburtshilfe) auf Belegarztbasis – Status quo für die übrigen Kliniken des Spitals Grenchen.
- II: Weiterführung des gesamten Spitals Grenchen auf Belegarztbasis.
- III: Umwandlung des Spitals Grenchen in eine Tagesklinik, eventuell in Kombination mit einem Leistungsauftrag „Übergangspflege“ sowie Langzeitpflege.
- IV: Teilprivatisierung oder Privatisierung des Spitals Grenchen mit der Möglichkeit, Leistungen anzubieten, die in der Spitalregion, im benachbarten Kanton Bern aber auch im Kanton Solothurn bisher nicht angeboten werden.

Als Resultat der zusätzlichen Analysen erwartet der Auftraggeber:

- Vor- und Nachteile bezüglich medizinischer, betriebswirtschaftlicher Kriterien aller diskutierten Varianten (inklusive H Focus Bericht) auf einen Zeithorizont von 5 Jahren bezogen, wie auch darüber hinaus gesehen.
- Investitionsbedarf (aufgrund approximativer Schätzung von Neu- und Umbauflächen).
- Quantitative Entwicklung des Bedarfs an Spitalinfrastruktur über einen Zeithorizont von 5 Jahren, wie auch in einer längerfristigen Perspektive, bezogen auf epidemiologische und demografische Kriterien.
- Finanzielle Konsequenzen aller Varianten (Planerfolgsrechnung), ebenfalls auf einen Zeithorizont von fünf Jahren, mit längerfristigem Blick:
 - a. Für den Kanton Solothurn als finanziellen Träger des Spitals Grenchen und des Bürgerspitals Solothurn in der heutigen rechtlichen Struktur (zwei getrennte Spitäler mit getrennter Rechnung).
 - b. Unter Annahme der Umsetzung des Spitalgesetzes für die Spitalregion Solothurn-West (Teilbetrieb der EinAG) mit den Betriebsstandorten Grenchen und Solothurn unter einheitlicher Direktion.
 - c. Für die Varianten Privatisierung/Teilprivatisierung des Spitals Grenchen zusätzlich auch die finanziellen Konsequenzen für das Bürgerspital Solothurn (bzw. den Teilbetrieben Solothurn-West der EinAG).

1.2 Ergänzungen zum Projektauftrag

Der Steuerungsausschuss hat schon bei der Auftragsvergabe festgehalten, dass im Verlauf der Berichtsverfassung und der detaillierten Ausarbeitung der Varianten Konkretisierungen und auch Erweiterungen der Auftragsvorgaben denkbar sind. Sollte während der Arbeit an den Varianten klar werden, dass die eine oder andere Variante in der vorgegebenen Form kaum Realisierungschancen hat, aber in Abwandlung oder Ergänzung erfolgsversprechender aussieht, sind im Bericht die abweichenden Möglichkeiten aufzuzeigen und zu bewerten. In diesem Sinne wurden auf Vorschlag der Auftragnehmer die Varianten I (Gynäkologie/Geburtshilfe auf Belegarzt-Basis) und II (das ganze Spital Grenchen auf Belegarzt-Basis) ergänzt durch die Variante II a (gemischtes Chefarzt-Belegarzt-Spital); die Variante III (Tagesklinik evtl. mit Übergangs- oder Langzeitpflege) ergänzt um verschiedene Angebote, die zum Thema Tagesklinik passen und die Variante V (das Spital Grenchen in Zusammenarbeit oder Konkurrenz mit dem Bürgerspital Solothurn) hinzugefügt.

1.2.1 Belegarzt-Spital: Grundsätzliche Überlegungen zu einem Systemwechsel und praktische Umsetzungsmöglichkeiten

Die Varianten I und II sehen einen teilweisen oder gänzlichen Wechsel im Anstellungsverhältnis der Ärzte (mit Ausnahme der Assistenzärzte) vor. Der Wechsel von angestellten Ärzten zu selbständig erwerbenden, im Mandat des Spitals arbeitenden Ärzten hat nicht nur administrative Änderungen zur Folge, sondern klare Einschnitte in die Organisation und in das Dienstleistungsangebot eines Spitals. Die Änderung des Anstellungsverhältnisses bedeutet einen Wandel in der Mission und im Selbstverständnis des Spitals. Sein Leistungsauftrag verändert sich zumindest qualitativ deutlich. Aus diesem Grund werden im Bericht den zwei Varianten grundsätzliche Überlegungen betreffend Versorgungsauftrag und Finanzierung der verschiedenen Systeme vorangestellt. Weil die Variante II mit einer umfassenden Umstellung auf ein Belegarzt-System für die Erfüllung des bestehenden Grundversorgungsauftrags nicht geeignet ist und tendenziell auf eine Privatisierung hinaus läuft, wurde sie ergänzt um eine Variante II a. In dieser wird dargestellt, wie man mit einem gemischten Betrieb (angestellte und Belegärzte) am nächsten an den des bestehenden Auftrags herankommt.

1.2.2 Konkretisierung der Tagesklinik und Übergangspflege, respektive Langzeitpflege

Die Idee der Tagesklinik wird regelmässig eingebracht, wenn es darum geht, die Mission eines kleinen Spitals zu ändern und die bestehenden, teuren Infrastrukturen weiter zu nutzen. Unseres Wissens wurde in keinem Fall die Idee erfolgreich in die Realität umgesetzt. Wichtigster Grund dafür ist der noch geringe Anteil ambulanter/teilstationärer Eingriffe, der wiederum auf das mangelnde Interesse der Ärzte und die in vielen Kantonen falschen finanziellen Anreize zurückzuführen sind. Um trotz der gegenwärtig schlechten Vorzeichen dieser Variante ein erfolgsversprechendes Szenario aufzuzeigen, wird die Variante mit verschiedenen Angeboten so ergänzt, dass das Spital und seine teuren Infrastrukturen unter günstigen Bedingungen (und vielleicht einem geänderten Krankenversicherungs-Gesetz) in fernerer Zukunft sinnvoll und wirtschaftlich umgenutzt werden kann.

1.2.3 Eingrenzung der Privatisierung oder Teilprivatisierung

Weil der Begriff der „Teilprivatisierung“ im Auftrag nicht definiert ist, wird er im Bericht als Umwandlung der heutigen Stiftung Grenchen in eine andere privatrechtliche Form beschrieben, wobei der soziale Leistungsauftrag bestehen bliebe, insbesondere die Pflicht alle Patienten aufzunehmen. In Frage käme am ehesten eine Aktiengesellschaft. Erteilt der Staat einer teilprivatisierten Institution einen sozialen Auftrag, muss er diesen auch finanzieren. Mit der so definierten Teilprivatisierung kann kaum ein Ersparnis erzielt werden, weshalb im Bericht auf die Ausarbeitung der Variante „Teilprivatisierung“ verzichtet wird.

Unter der eigentlichen Privatisierung wird der Verkauf des Spitals an einen privaten Investor und der gänzliche Verzicht auf staatliche Aufträge verstanden. Die Autoren gehen implizit davon aus, dass der Auftraggeber mit dieser Variante das Ziel verfolgt, sich von staatlichen Beiträgen an das Spital Grenchen zu befreien, gleichzeitig aber das Spital weitenutzen und die Arbeitsplätze erhalten zu können. In der Ausarbeitung der Variante wird deshalb auf eine Bewertung künftiger Betriebskosten verzichtet. Das Augenmerk wird hauptsächlich auf die Möglichkeit gerichtet, das Spital zu verkaufen.

1.2.4 Zusätzliche Variante „Zusammenarbeit zwischen dem Spital Grenchen und dem Bürgerspital Solothurn“

Die Diskussionen mit dem Steuerungsausschuss, aber auch mit Verantwortlichen aus den Spitälern Grenchen und Solothurn hat deutlich gezeigt, dass zwischen den Spitälern Grenchen und Solothurn verschiedene informelle Abhängigkeiten existieren und dass mit einer formalisierten Zusammenarbeit eventuell ein erfolgsversprechender Weg beschritten werden kann, der mit den vorgegebenen Varianten nicht abgedeckt wird. Der Steuerungsausschuss hat deshalb den Auftrag um die Variante Zusammenarbeit zwischen den Spitälern Grenchen und Solothurn erweitert, mit den wichtigsten Gestaltungsgrundsätzen „Grenchen mit oder ohne Grundversorgung“ und „Grenchen in Konkurrenz oder Fusion mit dem Bürgerspital Solothurn“. Der Nutzen einer Zusammenarbeit der zwei Betriebe wird in vier Modellen A, B, C, D dargestellt, wobei das Modell C die mit den Varianten II, III und IV gelöst werden kann.

2 Projektorganisation

Zentraler Ansprechpartner für das Gesamtprojekt war der Chef des Spitalamts. Die Abklärungen des Expertenteams wurden von einem Steuerungsausschuss begleitet, der zusammengesetzt war aus:

- . Herr Dr. Kurt Altermatt, Präsident des Stiftungsrates des Bürgerspitals Solothurn
- . Herr Rico Maritz, Direktor Spital Solothurn
- . Herr Roland Möri, Präsident des Stiftungsrates des Spitals Grenchen
- . Herr Franz Müller, Chef des Spitalamtes Solothurn (Vorsitz)
- . Herr Hans Jörg Tinner, Direktor Spital Grenchen

Jedes Spital hatte die Möglichkeit, jeweils themenspezifisch höchstens eine weitere Person beizuziehen. In diesem Zusammenhang nahm seitens des Spitals Grenchen Herr Dr. Rolf Specht an der 2. und 3. Sitzung teil.

In drei Sitzungen hat der Steuerungsausschuss über folgende Themen beraten und diskutiert: Fragenkatalog für die Interviews; Erweiterung und Präzisierung der Varianten; Planerfolgsrechnungen; Schlussbericht (in der Arbeitsversion vom 03.11.).

Der Fragenkatalog wurde als sehr umfassend bezeichnet. Die im Auftrag formulierten Varianten wurden auf Vorschlag der Experten um Varianten mit grösseren Realisierungschancen ergänzt [vgl. Abs. 1.2]. Aus der Erkenntnis, dass die Szenarien bei dynamischer Betrachtung zu viele Variablen haben, als dass es möglich wäre, aussagekräftige Planerfolgsrechnungen für alle Varianten durchzuführen, wurde beschlossen die wichtigsten finanziellen Folgen der Varianten für die öffentliche Hand wenigstens in der Grössenordnung aufzuzeigen. Des Weiteren wurde vereinbart, dass die Ergebnisse bis zur Veröffentlichung des Abschlussberichtes als vertraulich zu behandeln sind und der Auftraggeber für die Verteilung und Koordination des Abschlussberichts zuständig ist.

3 Projektmethode

Informationen zum Projekt wurden anhand von strukturierten Interviews, Literaturrecherchen und Gesprächen mit Beteiligten eingeholt.

Neben Vertretern aus den Spitälern Grenchen und Solothurn wurden folgende Repräsentanten zu den Themen Ergebnis- und Kundenorientierung, Führungs- und Zielkonsequenzen, Management mit Prozessen und Fakten, Mitarbeiterentwicklung und –beteiligung, kontinuierliches Lernen, Innovation und Verbesserung, Aufbau von Partnerschaften und Verantwortung gegenüber der Öffentlichkeit, befragt. Folgenden Interviewpartnern wird bestens gedankt:

- . Herrn Dr. Bienz, Kantonsarzt, Kanton Solothurn
- . Dr. med. Gaudenz Bachmann, Helsana Disease Management
- . Dr. phil. Richard Egger, Spitalverbund SRO (Langenthal, Huttwil, Herzogenbuchsee)
- . Herrn René Fiechter, Kantonales Spital Will
- . Herrn Martin Friedli, Gemeinde Sumiswald
- . PD Dr. Christof Minder, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern
- . Herrn Andreas Rippmann, Helsana Managed-Care
- . Herrn Alfred Zimmermann, Öffentliche Belegarzospitäler Leuggern/Menziken (Kt. AG)

Die verschiedenen Informationsquellen wurden entlang dem Projektauftrag [vgl. Kap. 1] ausgewertet, ergänzt und qualitativ und quantitativ beurteilt.

Teil II: Ausgangslage und Ausblick für die Spitalregion Solothurn-West

4 Vorgeschichte

Über einen Zeitraum von nunmehr vier Jahren wurde in verschiedenen Ansätzen und Projekten über die Zukunft des Spitals Grenchen diskutiert. Auslöser war der Sparauftrag des Kantonsrates. Der Verlauf im Überblick:

07.09.1999 1. Sitzung der Braingruppe „Neue Horizonte“ Grenchen: Hoher Spardruck bei einem Ertragsschwund von jährlich 1-2 Mio. Franken, ausgelöst durch kürzere Patientenaufenthalte, Übergang zur Tageschirurgie, in Frage gestellte Notfallorganisation. Kontaktaufnahme mit der Hirslanden-Gruppe zwecks möglicher Kooperationen.

31.05.2000 Der Expertenbericht zum Projekt SO+ , in dem sämtliche Aufgaben und Leistungen des Kantons überprüft wurden, enthält vier Massnahmen aus dem Spitalbereich und die künftige Spitalstrategie mit den drei Stossrichtungen „Regionalisierung, Pauschalierung und Verselbständigung“.

27.09.2000 Der Kantonsrat beschliesst die Regionalisierung der Spitalversorgung, die Verselbständigung der Spitäler, die Aufhebung der Spitalsteuer und ein neues Entschädigungssystem für Chef- und leitende Ärzte. Die Regionalisierung verfolgt das Ziel drei organisatorische Einheiten bzw. Rechtspersönlichkeiten zu schaffen, die drei Kantonsspitäler „West“, „Ost“, „Nord“. Alle Akutstandorte sollen erhalten bleiben.

16.05.2001 Förderung der Zusammenarbeit auf operativer Ebene. Die Projektgruppe Regionalisierung WEST definiert verschiedene Synergieprojekte: Administration, Küche/Verpflegung, Labor, Medikamente, medizinische Sortimentsbereinigung (Gerontopsychiatrie, Konsiliardienst, Suchtentzug), Reinigung, technischer Dienst, Wäsche und Zentraleinkauf. Bemühungen um Konzentration im Leistungsangebot führten infolge abweichender Standpunkte und Erwartungen zu keinem Konsens (unterschiedliche Vorstellungen über die Stossrichtungen der beiden Spitäler).

06.2002	<p>Im Rahmen der Projektarbeit „Regionalisierung der Solothurnischen Spitäler“ wurde auf Antrag der Region West eine Expertise über Möglichkeiten der Zusammenarbeit erstellt, in der die folgenden vier Varianten geprüft wurden.</p> <ul style="list-style-type: none"> . Variante 1 „Status Quo“ Beibehaltung heutiger Leistungsangebote in beiden Spitälern . Variante 2 „Grenchen plus“ (Grenchen inkl. zentraler Gynäkologie und Geburtshilfe) . Variante 3 „Akutmedizin in Solothurn, Rehabilitation und Langzeitpflege in Grenchen“ . Variante 4 „Schliessung des Spitals Grenchen“ <p>Die Expertise kam eindeutig zum Schluss, dass aus betriebswirtschaftlicher Sicht die Schliessung des Spitals Grenchen die höchsten Einsparungen zur Folge hätte.</p>
07.2002	<p>Der Regierungsrat stellte fest, dass zur Zeit Spitalschliessungen vom Volk nicht akzeptiert werden, und beschliesst, dass das Spital Grenchen den Status quo behält und dass Grenchen nebst dem Bürgerspital Solothurn als Betriebsstandort des künftigen Spitals WEST weiterzuführen ist. Dieser Entscheid gilt auch für die geplante Regionalisierung bzw. Verselbständigung der Spitäler nach dem neuen Spitalgesetz.</p>
Sommer 2002	<p>Die Chefärztin der gynäkologisch-geburtshilflichen Klinik im Spital Grenchen plant den Wechsel an das Bürgerspital Solothurn.</p>
Herbst 2002	<p>Dem Spital Grenchen wird untersagt, die Chefarztstelle der Frauenklinik neu auszu-schreiben.</p>
11.2002	<p>Eine Task Force des Spitals Grenchen sammelt Unterschriften gegen die Schliessung des Spitals.</p>
29.01.2003	<p>Der Kantonsrat weist die Vorlage der Regierung auf Schliessung der Frauenklinik Grenchen zurück (105:10 Stimmen) und nimmt 2 Aufträge zur Einführung eines Belegarztsystems an. Die Volksmotion zum Erhalt des Status quo des Spitals Grenchen wird abgelehnt. Der Regierungsrat wird beauftragt, verschiedene Betriebsvarianten für das Spital Grenchen mit Hilfe externer Sachverständiger abzuklären. Der Abschlussbericht mit entsprechenden Anträgen soll innerhalb eines Jahres dem Kantonsrat unterbreitet werden.</p>
18.03.2003	<p>Der Regierungsrat beschliesst, dass die Geburten ab dem 1.4.2003 im Bürgerspital Solothurn durchzuführen sind. Dem Spital Grenchen wird bis zum definitiven Entscheid untersagt, die Chefarztstelle der Frauenklinik wieder zu besetzen. Für gynäkologische Eingriffe kann das Belegarztsystem eingeführt werden. Das Spital Grenchen stellt dem Bürgerspital Räume für die Durchführung einer Sprechstunde in der ehemaligen Praxis Dr. Maurer zur Verfügung.</p> <p>Das Spital Grenchen stellt fest, dass das regierungsrätliche Verbot der Anstellung einer Chefärztin nicht mit seinem Leistungsauftrag kompatibel ist.</p>

- 20.03.2003 Rechtsvertreter der Stiftung Spital Grenchen weisen den Regierungsbeschluss zurück und schreiben einen offenen Brief an den Regierungsrat, in dem Stellung zur Situation genommen wird.
-
- 01.04.2003 Die Chefärztin der gynäkologisch-geburtshilflichen Klinik des Grenchner Spitals geht mit ihrem Team ans Bürgerspital Solothurn.
-
- 04.2003 Eine Task Force des Spitals Grenchen startet, mit externer Unterstützung, Projekte zur Wiederbesetzung der Arbeitsplätze der Gynäkologie/Geburtshilfe und zur Prüfung von alternativen Betriebsvarianten für das Spital. Zur Einbindung der Bevölkerung wird der Verein „Pro Spital Grenchen“ gegründet.
-
- 05.2003 Das Spital Grenchen startet das Projekt „Eine Zukunft für das Spital Grenchen“. Mit externer Unterstützung sollen verschiedene Betriebsvarianten untersucht und bis Ende September in einem Bericht dokumentiert werden.
-
- 24.07.2003 g.h, managementberatung wird mit der Analyse der Betriebsvarianten (Auftrag des Regierungsrates vom 29.01.2003) beauftragt.
-
- 09.2003 Die Spitäler Grenchen und Solothurn nehmen Gespräche über kurzfristige Möglichkeiten der Zusammenarbeit auf, um die sich zuspitzenden wirtschaftlichen Situation des Spitals Grenchen zu entlasten.
-
- 10.2003 Das Spital Grenchen hat die Übernahme durch die Hirslanden-Gruppe geprüft und festgestellt, dass seitens des privaten Betreibers gegenwärtig kein Interesse besteht, unter Beibehaltung der Akutversorgung und ohne die Möglichkeit einer Spitalliste-Garantie. Das neue Spitalgesetz des Kantons Solothurn wird der Sozial- und Gesundheits- sowie Finanzkommission zur Behandlung vorgelegt.
-

5 Kantonale Spitalplanung

Die Grundlage zur kantonalen Spitalplanung Solothurn bilden im wesentlichen die Spitalvorlage VI sowie das im Entwurf vorliegende Spitalgesetz und die geplante Regionalisierung.

: Spitalvorlage VI

Die Spitalvorlage VI stammt aus dem Jahr 1974 und ist die wichtigste rechtliche Grundlage für die heutige kantonale Spitalpolitik. Sie enthält die gesetzliche Grundlage für die Investitions- und Betriebsbeiträge, für die Einsitznahme von Vertretungen des Kantons in den Spitälern und für die Finanzierung des Spitalwesens durch die Spitalsteuer.

Im Jahr 2000 wurde der Regierungsrat beauftragt, die Spitalvorlage VI aufzuheben und dem Parlament eine Gesetzesvorlage zu unterbreiten, welche die Organisation und Finanzierung der Spitäler regeln sowie eine Privatisierung oder Teilprivatisierung und eine verstärkte interkantonale Zusammenarbeit anstreben sollte.

: Spitalgesetz

Der Entwurf für das Spitalgesetz ging im Herbst 2002 in das vom Regierungsrat eröffnete Vernehmlassungsverfahren und liegt gegenwärtig der vorberatenden Sozial- und Gesundheitskommission sowie der Finanzkommission vor. Das Gesetz soll zum 1.1.2005 in Kraft treten.

Im Spitalgesetz ist der Rahmen für einen wirtschaftlichen Umgang der Spitäler mit den vorhandenen Ressourcen gesteckt. In diesem Zusammenhang sieht die künftige Spitalpolitik eine Verselbständigung und Regionalisierung der Spitäler vor.

: Verselbständigung der Spitäler

Für eine Verselbständigung der Spitäler sind drei Modelle vorgeschlagen: die Zusammenfassung der Spitäler in eine einzige AG nach OR, die Errichtung von vier AG's unter einer Holding oder die Errichtung einer öffentlich-rechtlichen Anstalt. Der Regierungsrat gibt einer Zusammenfassung der Spitäler in einer einzigen Aktiengesellschaft mit gemeinnützigem Zweck den Vorzug. Unter der Bezeichnung „Solothurner Spitäler“ soll ein selbständiges Unternehmen unter einer Gesamtleitung entstehen. Dadurch soll die nötige Koordination und Zusammenarbeit zwischen den Spitalern und die Verlagerung von operativen Entscheiden vom Spitalamt auf die Spitalleitung erreicht werden. Kantonale Behörden wollen sich auf Entscheide im normativen und politischen Bereich der Spitalpolitik beschränken. Der Entscheid über Spitalschliessungen soll weiterhin beim Volk liegen.

Im Rahmen der Massnahmen zur Sanierung des kantonalen Finanzhaushaltes hat der Kantonsrat im Jahr 2000 einer Regionalisierung der Spitalversorgung zugestimmt. Die bisherigen Akutspitäler werden in die Regionen „Kantonsspitäler WEST, OST, NORD“ eingeteilt. Bei der Auflösung bzw. Zweckänderung der Spital-Stiftungen kam es zu grösseren Problemen, die noch nicht abschliessend gelöst werden konnten. Die Verhandlungen hierzu sollen spätestens zum Inkrafttreten des neuen Spitalgesetzes abgeschlossen sein.

Dem Spitalgesetz (Botschaft und Entwurf vom 1. Juli 2003, RRB Nr. 2003/1275) ist zu entnehmen, dass eine Zentralisierung der kantonalen Spitäler in ein bis zwei Akutspitäler als unrealistisch eingeschätzt wird. Aus betriebswirtschaftlichen und medizinischen Gründen wird jedoch erwartet, dass innerhalb der Regionen die Zusammenarbeit zwischen den Spitalern enger wird.

6 Spitallandschaft im Einzugsgebiet

Im kantonalen Einzugsgebiet der Spitäler Grenchen und Solothurn leben 122'500 Personen (Angaben des Spitalamts Solothurn; Stand 1.1.1999). Unlängst haben die Regierungsräte der Kantone Solothurn und Bern eine vertragliche Vereinbarung getroffen, wonach die Bewohner von 17 grenznahen bernischen Gemeinden ab 2004 die Möglichkeit haben, die Grundversorgung in den Spitälern Solothurn und Grenchen zu beziehen.

: Marktanteile solothurnischer Spitäler (1999)

Bei der nachfolgenden Berechnung der Marktanteile durch das Spitalamt Solothurn sind die Privatkliniken (Pallas Olten, Obach Solothurn), das Bezirksspital Niederbipp, sowie ausserkantonale Eintritte resp. Hospitalisationen nicht berücksichtigt worden.

Spital ▼	Bevölkerung Einzugsgebiet (1.1.99)	Soll Eintritte*	Effektive Eintritte	Marktanteil in %
Kantonsspital Olten Olten, Gösgen, 3/4 Gäu, 1/2 Thal	90'600	11'778	9'063	76.95
Bürgerspital Solothurn Solothurn, Wasseramt, 2/3 Bucheggberg, Rest Leberberg, 1/2 Thal, 1/4 Gäu, 1/2 Thal	97'400	12'662	10'332	81.60
Spital Grenchen Grenchen, Bettlach, 1/2 Selzach, 1/3 Bucheggberg	25'100	3'263	3'044	93.29

*ber den ganzen Kanton sind als Soll 13 Eintritte pro 100 Einwohner gerechnet worden. (Quelle: Spitalamt Solothurn)

: Vergleichszahlen 2002 der solothurnischen Akutspitäler und Biel (ohne Solothurn Nord)

Parameter ▼	Spital ► Kantonsspital Olten	Bürgerspital Solothurn	Spital Dor- nach	Spital Grenchen	Spitalzentrum Biel
Fahrdistanz von .. nach Grenchen	50 km	11 km	50 km	-	13 km
FMH-Ausbildungs-Anerkennung:					
Chirurgie	Chir.: B 3-4	Chir.: B 3-4	Chir.: C 1-2	Chir.: C 1-2	Chir.: B 3-4
Innere Medizin	Innere M: A 3	Innere M: A 3	Innere M: C1	Innere M: B2	Innere M: A 3
Gynäkologie	Gyn.: B3	Gyn.: C2	Gyn.: -	Gyn.: D1	Gyn.: B3
Bettenbestand akut (ohne IPS):	216	228	65	65	276
Medizin (inkl. REHAB)	106	123	32	31	
Chirurgie	87	85	31	20	
Gynäkologie	11	10	2	7	
Geburtshilfe	12	10		7	
Anzahl Austritte (inkl. Klinikwechsel):	8.900	9.135	2.009	2.640	11.546
Medizin (inkl. REHAB)	3.373	4.089	809	1.094	
Chirurgie/ORL	4.281	4.204	1.162	939	
Gynäkologie	659	441	38	313	
Geburtshilfe	587	401		294	

Parameter ▼	Spital ▶ Kantonsspital Olten	Bürgerspital Solothurn	Spital Dornach	Spital Grenchen	Spitalzentrum Biel
Anzahl verrechneter Pflegetage:	71.410	74.635	19.634	21.430	86.104
Medizin (inkl. REHAB)	34.863	41.209	10.750	11.096	
Chirurgie	29.552	28.601	8.629	6.872	
Gynäkologie	3.290	2.340	255	1.536	
Geburtshilfe	3.705	2.485		1.926	
Ant. priv. Pflegetage (ohne Säugl.)	15.136	21.894	5.086	6.041	
dito (in % der Akut- pflegetage)	21%	29%	26%	28%	23%
Durchschnittl. Bettenbelegung:					
Medizin (inkl. REHAB)	90,1	91,8	92,0	98,1	
Chirurgie	93,1	92,2	76,3	94,1	
Gynäkologie	81,9	64,1	34,9	60,1	
Geburtshilfe	84,6	68,1		75,4	
Durchschnittliche Auf- enthaltsdauer:					
Medizin (inkl. REHAB)	8,0	8,2	9,8	8,1	7,5
Chirurgie	10,3	10,1	13,3	10,1	
Gynäkologie	6,9	6,8	7,4	7,3	
Geburtshilfe	5,0	5,3	6,7	4,9	
Geburtshilfe	6,3	6,2		6,6	

Das Spital Grenchen liegt ziemlich genau zwischen zwei Spitalzentren, von denen allerdings das grössere jenseits der Kantonsgrenze liegt. Unter den aktuellen, gesetzlichen Voraussetzungen ist die kurze und mit der Autobahn bestens überwindbare Distanz zwischen Solothurn und Grenchen für allfällige Kooperationen wesentlich. Neue Bedeutung erhält die spezielle geografische Situation mit der Revision

des Krankenversicherungsgesetzes, wenn sich die Kantonsgrenzen öffnen sollten und im Rahmen von grösseren Managed-Care-Netzen neue Kooperationen möglich werden.

7 Zukünftiger Bedarf an Akut- und Langzeitbetten

Über den zukünftigen Bedarf an Akut- und Langzeitbetten wird viel diskutiert und spekuliert. Tatsächlich findet man aber kaum differenzierte und aussagekräftige Szenarien über die künftigen Bedarfsentwicklungen. Allgemein wird davon ausgegangen, dass die Verlagerung vom stationären Bereich in den ambulanten fortschreitet, dass aber gleichzeitig die Interventions- und Behandlungsmöglichkeiten einerseits und der Interventionsbedarf andererseits mit der zunehmenden Überalterung der Bevölkerung steigt. Welches der Netto-Effekt der zwei Entwicklungen ist, lässt sich schwer prognostizieren, insbesondere deshalb, weil die Interventionsmöglichkeiten im immer höheren Lebensalter schwer voraussehbar sind. So war beispielsweise der interventionelle kardiologische Herzkatheterismus vor 20 Jahren im Experimentierstadium. Heute werden Herzkatheter für Dilatationen mit laufend neuen Methoden im immer höheren Lebensalter eingesetzt.

: Altersaufbau der Bevölkerung

Anteil der Altersklasse an der Gesamtbevölkerung in %			
Region ▶	Kanton SO	Kanton BS	Ganze Schweiz*
Alter ▼	(2001)	(2000)	(2002)
0-4	4,8	4,3	5,2
5-9	5,6	4,3	5,6
10-14	6,3	4,2	6,0
15-19	6,1	4,6	5,8
20-24	5,9	6,0	5,9
25-29	5,7	7,0	6,2
30-34	7,2	7,9	7,5
35-39	8,5	8,3	8,6
40-44	8,3	7,6	8,0
45-49	7,5	6,7	7,1
50-54	6,8	6,6	6,7

Anteil der Altersklasse an der Gesamtbevölkerung in %			
Region ▶ Alter ▼	Kanton SO (2001)	Kanton BS (2000)	Ganze Schweiz* (2002)
55-59	6,2	6,2	6,4
60-64	5,0	5,4	5,1
65-69	4,5	5,2	4,3
70-74	4,0	5,1	3,8
75-79	3,3	4,4	3,2
80-84	2,3	2,9	2,2
85-89	1,3	2,1	1,2
>90	0,6	1,2	0,7

* Ständige Wohnbevölkerung 2002 (gerundet) (Quelle BFS: ESPOP, September 2003)

Die Bevölkerung des Stadtkantons ist deutlich älter als diejenige des Kantons Solothurn. Bis zum 59. Altersjahr sind die Anteile der jeweiligen Altersklassen regelmässig höher als in Basel (Ausnahme bilden die 20 – 34 Jährigen). Ab dem 60. Lebensjahr kehrt das Verhältnis um: Der Anteil der Wohnbevölkerung mit einem Alter ab 60 macht in Basel 26,3 Prozent (ab 80 J. = 6,2 %) aus, in Solothurn 21,0 Prozent (ab 80 J. = 4,2 %) aus. Gesamtschweizerisch wird die Überalterung gemäss Prognosen des Bundesamtes für Statistik in den kommenden Jahrzehnten kontinuierlich fortschreiten. Der Anteil der ständigen Wohnbevölkerung ab 60 Jahren stieg in der ganzen Schweiz von 20,2% im Jahr 2000 auf 20,6% bis Ende 2002. Während die Überalterung in Basel schon weit fortgeschritten ist, liegt Solothurn etwa im schweizerischen Durchschnitt und hat in den kommenden Jahren noch „Nachholbedarf“.

: Epidemiologische Entwicklung

Ihrem Selbstverständnis gemäß fragt die Epidemiologie vor allem nach der Häufigkeitsverteilung von Krankheiten (deskriptive Epidemiologie), ihren Entstehungsursachen (analytische Epidemiologie) und nach wissenschaftlich begründeten Handlungsmöglichkeiten (interventive Epidemiologie), um Krankheiten erfolgreich zu bekämpfen und zu überwinden.

Ein Gesundheitsbericht mit Aussagen über den Gesundheitszustand und Gesundheitsprobleme der Bevölkerung ist aber weder für den Kanton Solothurn noch für die ganze Schweiz verfügbar. Studien über die Entwicklung der Nachfrage nach medizinischen und pflegerischen Leistungen sind nicht zu finden. Der Mangel an prognostischem Datenmaterial lässt sich am ehesten durch die rasche Entwicklung der medizinischen Interventionsmöglichkeiten an immer älteren Patienten erklären. So hängt das

zukünftige Leistungsvolumen nur teilweise vom objektiven Gesundheitszustand der älter werdenden Bevölkerung ab. Eigentliche Motoren der Zunahme von medizinischen Leistungen sind die subjektive Befindlichkeit der Menschen und die interventionellen Möglichkeiten. Die älter werdende Bevölkerung bezieht mehr Leistungen, mit denen natürliche Abnutzungserscheinungen (bspw. Abnutzung der Hüft- oder Kniegelenke) kompensiert werden. Sie pathologisiert aber auch vormals natürliche Zustände. Wurde beispielsweise Schnarchen vor wenigen Jahren noch als normale Alterserscheinung verstanden, werden heute verschiedene Schlafzustände als pathologisch angesehen, sind diagnostizierbar und therapierbar. Was in der Vergangenheit als störendes Phänomen wahrgenommen wurde, wird heute als Krankheit behandelt. In dieser Entwicklung sind keine Grenzen absehbar. Limitierender Faktor werden zunehmend die Finanzen.

: Entwicklung der Nachfrage nach Akut- und Langzeitbetten

Eine Aussage über die Nachfrageentwicklung im Akut- und Langzeitbereich kann sich mangels entsprechender Studien nicht auf wissenschaftliche Hypothesen abstützen. Die Planungszahlen (gegenwärtig wird mit ca. zwei Spitalbetten pro 1000 Einwohner gerechnet) werden regelmässig der Realität angepasst. Die allgemeinen Beobachtungen der wichtigsten Einflussfaktoren ergeben folgendes Bild:

In der Akutversorgung bringt die fortschreitende Überalterung, die Ausweitung der subjektiv als krankhaft wahrgenommenen Körperzustände und die Durchführbarkeit von interventionellen Massnahmen in immer höherem Alter eine Zunahme an akuten medizinischen Leistungen mit sich. Die Aufenthaltsdauer lässt sich aus medizinischen Gründen nur noch beschränkt verkürzen, weil die Behandlung älterer Patienten automatisch einen längeren Genesungs- und Rehabilitationsprozess nach sich zieht. Wie wir aus Ländern mit anderem Finanzierungssystem wissen, hängt die Aufenthaltsdauer allerdings auch direkt von der Finanzierung des stationären Aufenthalts ab. Die Einführung der Fallfinanzierung zieht regelmässig eine Verkürzung des Spitalaufenthalts nach sich. Das Entlassungs-Management wird zu einem Spar-Instrument. Von den Gegnern der Fallfinanzierung wird angeführt, dass die Verkürzung der Aufenthaltsdauern über das „natürliche“ Minimum hinaus zulasten einer Umlagerung auf andere Versorgungseinrichtungen und vermehrter Wiedereintritte geht. In der Altersmedizin, die heute den weitaus grössten Anteil an der stationären Versorgung ausmacht, ist die medizinisch mögliche Verkürzung der Aufenthaltsdauer wahrscheinlich nahezu erschöpft.

Angebotsinduzierte Nachfrage: Jedes Angebot schafft sich in gewissem Mass seine Nachfrage. Eine höhere Dichte an niedergelassenen Spezialisten senkt in den Agglomerationsgebieten und städtischen Zentren sicher die Hemmschwelle zur ärztlichen Betreuung und schliesslich zur Einweisung in ein Spital. Die bewusste Ausdünnung des stationären Angebotes führt aber unseres Wissens nach nicht zu einer Reduktion der Hospitalisierungsrate. Wer die ärztliche Versorgung in Anspruch nimmt, wird auch gemäss heutigem Behandlungsstandard in die entsprechende stationäre Einrichtung eingewiesen. Auch bei subjektivem Krankheitsempfinden im Sinne einer steigenden Pathologisierung vormals norma-

ler Zustände, werden die Patienten bei fehlendem regionalem Angebot nicht auf eine Behandlung verzichten, sondern die Leistung dort beziehen, wo sie ein entsprechendes Angebot finden. Die Nachfrage kann bei der heute fehlenden interkantonalen Freizügigkeit höchstens durch die gezielte Schaffung von Kapazitätsengpässen und damit durch Wartelisten gebremst werden.

Im Langzeit-Pflegebereich ist trotz fortschreitender Überalterung mittelfristig eher mit einem Rückgang der Nachfrage zu rechnen. Die Pflegebedürftigkeit lässt sich durch vermehrten Einsatz akut-interventioneller Leistungen aber auch durch neue therapeutische Angebote hinausschieben oder reduzieren. Der Bedarf an Langzeitbetten hängt aber nicht primär vom Pflegebedarf älterer Menschen, sondern von alternativen ambulanten Angeboten und vom „privaten Angebot“ an Pflegeleistung, d.h. von der Pflegebereitschaft der Angehörigen ab. Die private Pflegebereitschaft wiederum hängt direkt vom Arbeitsmarkt ab. Je schlechter das Stellenangebot, desto höher die private Pflegebereitschaft und umgekehrt. Erfahrungsgemäss hinkt der Bedarf an Pflegebetten der Konjunktur mit einem zeitlichen Verzug von ein bis zwei Jahren nach.

8 Marktverhältnisse im Umbruch

Die Wahrscheinlichkeit, dass sich die Marktverhältnisse der Spitäler in den kommenden 2 bis 5 Jahren deutlich ändern, ist derzeit gross. Die steigenden Kosten im Gesundheitswesen und die steigenden Versicherungsprämien zwingen Politik und Versicherungen zu Massnahmen. Dabei zielen fast alle politischen Massnahmen auf nationaler Ebene auf eine Stärkung des Wettbewerbs zwischen den Spitälern. Eine Ausnahme bilden die Managed-Care-Verträge, welche die ökonomischen Anreize für die Leistungserbringung umkehren wollen.

Als Instrumente zur Stärkung des Wettbewerbs stehen die Einführung von Fallpreispauschalen, die Aufhebung des Kontrahierungszwangs und die monistische Vollkostenfinanzierung der akuten Spitalversorgung im Vordergrund. Mit diesen Instrumenten sollen die Spitäler ihre (ganzen) Einnahmen für die Leistungen erhalten, die sie erbracht haben. Zudem sollen die Leistungen möglichst aufwandgerecht entschädigt werden. Vorbild für die Änderungen ist bewusst oder unbewusst das heutige Unfallversicherungs-System, das den Spitälern weitgehend die vollen Kosten erstattet und den Patienten kantonsübergreifende Wahlfreiheit gewährt.

Für die Spitäler Solothurn und Grenchen bedeutet die monistische Finanzierung eine direkte Konkurrenz zu den ausserkantonalen Spitälern und eine indirekte Preiskonkurrenz zu vergleichbaren Spitälern in der ganzen Schweiz. Der Preis-Qualitäts-Wettbewerb wird für den finanziellen Erfolg des Spitals immer wichtiger. Gleichzeitig eröffnen sich mit der Lockerung des Vertragszwangs und der Ausweitung

von Managed-Care-Modellen gerade für kleinere Spitäler neue Möglichkeiten, sich mit einer zentralen Funktion in einem medizinischen Netzwerk zu etablieren.

: Fallkosten-Finanzierung

Im Kanton Solothurn werden die Spitalleistungen im Bereich der Grundversicherung noch weitgehend unabhängig vom effektiven Behandlungsaufwand mit Tagespauschalen abgegolten. Das heisst, dass für das Spital die Spitaltage finanziell am attraktivsten sind, die wenig Aufwand erfordern, während die behandlungsintensiven Tage relativ „unrentabel“ sind. Dieses System bevorzugt einfache Patienten und verleitet zu verlängerten Aufenthaltsdauern.

Die Krankenversicherer drängen deshalb bei der Abgeltung der stationären, zunehmend auch der ambulanten Patienten mit Erfolg auf Pauschalen (Eintrittspauschalen nach Fachbereich, diagnoseabhängige Aufenthaltspauschalen wie die DRGs und ihre Abwandlungen) die sich besser am zu erwartenden, anstatt an einem durchschnittlichen Aufwand orientieren. Mit zunehmenden Versicherungsprämien wird sich das System der Kopfprämien, mit dem die Versicherer die Verantwortung für die gesamten Behandlungskosten den Leistungserbringern übertragen, ausbreiten. Die prospektiven Pauschaltarife, die aufgrund von Diagnosen oder anderen Patientenmerkmalen den Behandlungsbedarf anstatt der effektiv erbrachten Leistungen abbilden, üben einen erheblichen Spardruck auf die Leistungserbringer aus. Mit der prospektiven Vergütung ist der Leistungserbringer im Vorteil, der die Leistung relativ zur Vergütung günstig erbringen kann. Nach welchen Kriterien sich die Bezahlung genau richtet (medizinische Diagnosen, Alter, medizinischer Fachbereich, Pflegediagnosen, soziale Umstände, Aufenthaltsdauer), ist vom gewählten System abhängig. Leistungserbringer, die relativ zum Schweregrad Ihrer Patienten günstiger arbeiten, erwirtschaften Gewinn. Leistungserbringer, die überdurchschnittlich teuer arbeiten, fahren Verluste ein.

Die Herausforderung der leistungsorientierten Vergütung wird für das Spital noch grösser, wenn die monetarische Finanzierung eingeführt wird, weil dann der ganze Spitalaufenthalt (und nicht nur maximal 49 % der anrechenbaren Kosten, wie dies heute der Fall ist) mit demselben Pauschalensystem abgegolten wird. Der Leistungserbringer wird dann die Aufenthaltsdauer in der akuten Versorgung kürzen und so rasch wie möglich in den Rehabilitationsbereich verlegen. Er wird die Diagnosestellung auf die Abgeltung ausrichten und sein Leistungspaket überprüfen, resp. seine Produktionskosten senken.

Konkret fordert ein neues, prospektives Vergütungssystem vom Spital, dass es mit seinen Kosten flexibler auf die Auslastung reagiert und die Patienten tarifgemäss unterbringt, d.h. möglichst rasch in die Rehabilitation oder ins Pflegeheim überweist. Vom Personal wird zum Ausgleich von Aktivitätsschwankungen noch mehr Flexibilität im Einsatz (bspw. mit Jahresarbeitszeit-Verträgen) erwartet.

Dass das Fallpauschalen-Szenario realitätsnah ist, zeigen die Waadtländer Spitäler, deren Finanzierung durch den Kanton per 1.1. 2004, ein bis zwei Jahre später durch die Versicherungen auf die Fallfinanzierung mit APDRGs umgestellt werden soll. Im Kanton Zürich wird der Staatsbeitrag seit dem 1.1.2002 mittels APDRG angepasst. Die Spitäler rüsten sich für diese Herausforderung mit der Kostenträgerrechnung um zu überwachen, bei welchen Patienten oder Diagnosen sie günstig, bei welchen teuer arbeiten.

: KVG-Teilrevision: Monistische Spitalfinanzierung

Unter dem heute gültigen, dualistischen Finanzierungssystem werden die Spitalaufenthalte im Grundversicherungsbereich bekanntlich maximal zu 50 Prozent (der anrechenbaren Kosten) von den Krankenversicherern bezahlt. Die übrigen mindestens 50 Prozent fliessen von Kantonen und Gemeinden als Defizitgarantie oder als Globalbudget an das Spital. Die Einnahmen des Spitals sind somit nur zu maximal 50 Prozent direkt leistungsabhängig, die Restfinanzierung erfolgt meist ohne Bezug zu den an die Patienten „verkauften“ Leistungen. Mit der monistischen Finanzierung soll einzig der Geldfluss an die Spitäler geändert werden und zwar so, dass die ganzen Einnahmen der Spitäler im Grundversicherungsbereich aus einer Quelle stammen und vollumgänglich vom Verkauf von Leistungen abhängen. Geplant ist, dass die heutigen Beiträge der öffentlichen Hand anstatt an die Spitäler an die Krankenversicherungen, an eine Rückversicherung oder an eine Clearingstelle fliessen und die Krankenversicherungen (allein oder mit Clearingstelle oder Pool) anstatt maximal 50 Prozent inskünftig 100 Prozent der Kosten einer Behandlung decken. Da es sich bei diesem Systemwechsel nur um eine Umleitung der heutigen Direktzahlungen an die Spitäler auf eine Beitragszahlung der öffentlichen Hand an die Spitalleistungen via Krankenversicherung handelt, bleiben die Krankenversicherungsprämien davon (theoretisch) unberührt. Der Staat wechselt vom Defizitgaranten zum Leistungssubventionierer. Der Vorteil der monistischen Finanzierung besteht nach Meinung der Befürworter darin, dass die Konkurrenz zwischen den Spitälern zunimmt, weil sie im neuen System nicht mehr Defizitempfänger, sondern zu 100 Prozent erfolgsabhängige Verkäufer von Leistungen sind. Weil die öffentliche Hand nicht mehr Institutionen, sondern die Behandlung von Patienten subventioniert, können die Patienten unter den Listenspitälern kantonsübergreifend ihren Behandlungsort frei wählen. Die Patienten entscheiden mit ihrer neu gewonnenen Wahlfreiheit, wo sie sich behandeln lassen und wohin die Versicherungsleistungen fliessen.

: Neue Managed-Care-Modelle

Gegenwärtig sind die Krankenversicherungen verpflichtet, die Leistungen aller ambulant tätigen Ärzte und Spitäler zu vergüten, die über eine kantonale Zulassung verfügen. Die Versicherungen können die Arztwahl ihrer Mitglieder bisher nur mit speziellen Versicherungsmodellen (Hausarzt-Modell, HMO) einschränken. Die Hausarzt-Modelle sind noch nicht ausgereift und führen bisher kaum zu einem Rückgang der Arztkosten. Die HMO-Modelle sind wenig beliebt, weil ihnen das Image der Billig-Medizin anhaftet. Für die meisten Arztpraxen besteht damit faktisch noch ein Kontrahierungszwang.

Politisch besteht in der Schweiz unterdessen weitgehend Konsens, dass der Kontrahierungszwang aufgehoben werden muss, wenn die Krankenversicherungen eine ernsthafte Rolle bei der Kostensteuerung im ambulanten Bereich spielen sollen. Die Abschaffung wird voraussichtlich mit der laufenden Revision des Krankenversicherungsgesetzes erfolgen, auch wenn sich die Ärzte weiterhin dagegen wehren. Damit öffnen sich die Möglichkeiten für echte, auf den Schweizer Markt angepasste Managed-Care Lösungen.

Unter dem Druck der Prämienkonkurrenz werden die Krankenversicherer mit etwas zeitlicher Verzögerung ihre neuen Vertragsmöglichkeiten ausnutzen und Versorgungsnetze bilden. Mit den Mitgliedern der Versorgungsnetze können sie deren Aufgaben und Preise inklusive Gewinnbeteiligungen im Sinne von Capitation-Prämien (jährliche Globalbezahlung an ein Versorgungsnetz verbunden mit einer Behandlungsgarantie oder Rückerstattungen an die Leistungserbringer bei Unterschreitung von im Voraus definierten Ausgabenlimiten) vereinbaren. Die Netzbildung bringt eine Verunsicherung seitens der Versicherten bezüglich der lückenlosen Versorgung und möglichst raschem Zugang zu den benötigten Leistungen mit sich. Um diese begründeten Unsicherheiten abzufangen, sind die Versicherungen auf gut verankerte Leistungserbringer mit einem möglichst breiten Angebot angewiesen. Die in der Schweiz vorherrschende Versorgungsstruktur mit Einzelpraxen erschwert die Übersicht und die Netzbildung. Die kleineren Spitäler sind mit ihrer guten Verankerung in der Öffentlichkeit und ihren bestehenden Beziehungen zu den niedergelassenen Ärzten prädestiniert als zentrale Stützpunkte in einem Managed-Care Versorgungsnetz. Sie können sich mit der Erweiterung des ambulanten Angebotes und der vertraglichen Einbindung niedergelassener Ärzte zum Zentrum der regionalen Versorgung entwickeln.

9 Zentrale oder dezentrale Spitalversorgung

Der im März 2002 von H Focus vorgelegte Bericht über Einsparungsmöglichkeiten durch Änderung der Leistungsaufträge der Spitäler Solothurn und Grenchen kam zum Schluss, dass mit der Schliessung des Spitals Grenchen die grössten Einsparungsmöglichkeiten erzielt werden. Die Rechnung basiert auf einer Betriebskostenschätzung, in der die Eintritte insgesamt um 6,8 Prozent, die Betriebskosten um 11,1 Prozent zurückgehen. Geht man wie im Rechnungsmodell von H Focus davon aus, dass die überwiegende Mehrzahl der Patienten nach der Schliessung im Bürgerspital Solothurn behandelt werden, kann das Ergebnis als Skalenertrag von 2,6 Prozent (Fr. 255) pro Fall durch Konzentration der Produktion an einem Standort interpretiert werden. Im Hinblick auf die weiter unten diskutierten Varianten des künftigen Leistungsauftrags für das Spital Grenchen werden hier ein paar kritische Bemerkungen zur Idee der Skalenerträge und Verbesserung des Betriebsergebnisses mittels Erhöhung der Fallzahlen angebracht.

- Die Leistungserstellung im Spital ist mit wenigen Ausnahmen nicht als Massen- sondern als Massfertigung mit individueller Konfektionierung organisiert. Ein Spital gleicht in der Art seiner Leistungserstellung viel eher einem Architektur- oder Ingenieurbüro als einem automatisierten Produktionsbetrieb mit Massenfertigung. Maschinen werden im Spital bisher vor allem zur Erhöhung der Effektivität und nicht zur Steigerung der Effizienz eingesetzt. Das heisst, dass durch den Einsatz von Maschinen in der Regel das Leistungsvolumen erhöht und nicht der Arbeitsprozess vereinfacht wird.
- Die zunehmende Betriebsgrösse bedeutet bei individueller Leistungserstellung in der Regel mehr Leistungen pro Leistungseinheit bei gleichzeitiger Aufteilung des Prozesses auf mehr Personen sprich Spezialisten und damit eine Erhöhung der Leistungseinheiten. Das Spezialisentum hat den Vorteil der Kompetenzsteigerung und den Nachteil des zunehmenden Koordinationsaufwandes sowie der zunehmenden Koordinationsfehler. Spezialisentum bedeutet auch erhöhte Beanspruchung von Spezialwissen, erhöhte Information und erhöhtes Leistungsvolumen pro Behandlung.

„Skalenvorteile“ werden eindeutig dort erzielt, wo Vorhalteleistungen und Infrastrukturen mit hohen Fixkosten intensiver genutzt werden können. Dies trifft im Spital beispielsweise für den Nacht-, Wochenend- und Notfalldienst, für die Apotheke, die Küche, das Personalrestaurant/die Cafeteria, das Labor bei Serienanalysen, das Röntgen zu. Im Labor, Röntgen, Ultraschall etc. zieht die erhöhte Spezialisierung und das grössere Angebot eine vermehrte Nutzung und zu negative Kostenfolgen nach sich. Die Skalenerträge, welche im administrativen Bereich erzielt werden, sind beschränkt. Die Systeme (bspw. im Rechnungswesen, in der Leistungserfassung, in der Informatik) werden mit steigender Betriebsgrösse komplexer und lassen den Aufwand zumindest proportional zur Grösse ansteigen. In der Pflege, die den grössten Kostenblock im Spital ausmacht, steigen die Kosten in Sprüngen mit der Anzahl der Einheiten an. Im Durchschnitt bleibt der Pflegeaufwand pro Patient bei gleichem Pflegebedarf unabhängig von der Patientenzahl konstant. Der Koordinationsaufwand steigt mit zunehmender Betriebsgrösse

- Die Empirie spricht, soweit die Zahlen vergleichbar sind, gegen die These der Skalenerträge im Spital. Allgemein ist festzustellen, dass die Fallkosten mit der Grösse eines Spitals (Bettenzahl, Eintritte) steigen.
- Die steigenden Fallkosten korrelieren aber nicht nur mit der Grösse des Spitals, sondern auch mit der Komplexität der Fälle (zunehmende Anzahl von Diagnosen pro Fall und dem Allgemeinzustand des Patienten). Und die Komplexität der Fälle steigt eindeutig mit der Grösse des Spitals. Welches der Netto-Effekt von Fall-Komplexität und zunehmender Arbeitsteilung ist, kann nicht beziffert werden.

Fazit dieser Überlegungen ist, dass die ökonomischen Skalenerträge im Spitalwesen sehr schwer nachweisbar sind und möglicherweise mit negativem Vorzeichen mit dem Leistungsvolumen korrelieren. Für eine umfassende Betrachtung, sind aber nicht nur die ökonomischen, sondern auch die medizinischen Skalenerträge zu berücksichtigen. Anders ausgedrückt: In der Medizin interessieren traditionell weniger die Effizienzgewinne, als die Effektivitätsgewinne, sprich die Erhöhung der Heilungschancen.

- Die Spezialisierung in der medizinischen Aus- und Weiterbildung, aber auch in der Praxis, erfordert grössere Patientenzahlen um die Spezialisten auszulasten. Der Anteil der Spezialisten steigt deshalb mit der Grösse eines Spitals.
- Der erhöhte Beizug und die Verfügbarkeit von Spezialisten verbessert grundsätzlich die Behandlung bei entsprechend komplexem Krankheitsbild.
- Geht man von einer Normalverteilung der Krankheitsbilder aus, sind bei der überwiegenden Mehrzahl der Patienten regelmässig Einfach- oder Mehrfachdiagnosen zu erwarten, die nicht die Behandlung des Spezialisten benötigen. Je grösser die Spezialisierung, desto kleiner ist statistisch die Fallzahl der entsprechenden Diagnosen.
- Aus der Normalverteilung folgt, dass die Mehrzahl der Patienten von weniger spezialisierten Ärzten betreut werden kann. Massgeblich für die Behandlungsqualität ist die Fähigkeit des Allgemeinversorgers, die Komplexität der Diagnose und den Bedarf an Spezialisten-Behandlung einschätzen zu können.
- Bei funktionierender Arbeitsteilung zwischen Allgemein-Versorgern und Spezialisten ist die wenig spezialisierte Einrichtung für die Mehrzahl der Patienten absolut adäquat.

Nach unserem Dafürhalten ist das Kleinspital nicht durch eine schlechtere Kostensituation sondern durch die kleinere Anzahl Personen benachteiligt, die sich eine Aufgabe teilen. Die kleinere Anzahl von Personen pro Aufgabe erfordert mehr Flexibilität um Nacht-, Wochenenddienste, Ferien und Krankheitsabsenzen abzudecken. Für die Patienten hat das kleine Spital den Vorteil der besseren Übersichtbarkeit und des oft grösseren Engagements des Personals. Beides drückt sich in der Regel in einer erhöhten Patientenzufriedenheit aus.

10 Perspektive der Kunden

Letztendlich entscheidet die Akzeptanz des Patienten bzw. des Zuweisers und das Image des Spitals bei der Bevölkerung über dessen Zukunft. Um dieses Wissen zu erhalten, führen die Spitäler verschiedene Befragungen durch.

: Patientenbefragung

Die Spitäler Grenchen und Solothurn führen regelmässig Patientenbefragungen durch. Die wertvollen Aussagen über die Zufriedenheit der Patienten können in diesem Bericht nicht dargestellt werden, da es der nationale Qualitätsvertrag den Spitalern verbietet, mit den Resultaten an die Öffentlichkeit zu gelangen. Kernaussagen, insbesondere wenn sie auch in anderen Zusammenhängen erwähnt werden, fliessen deshalb ohne Quellenangaben in diesen Bericht ein.

: Zuweiserbefragung

Das Spital Grenchen hat 34 zuweisende Ärzte über ein mögliches Angebot am Spital befragt. 82 % der Befragten haben geantwortet. Den Antworten zufolge halten 73 % einen 24h Notfalldienst und die innere Medizin für unverzichtbar. Zwei Drittel wollen nicht auf die Visceralchirurgie, die Traumatologie und die Radiologie verzichten. Dagegen sieht die Hälfte keinen Bedarf für eine Orthopädie bzw. Urologie am Spital Grenchen.

Leistung ▶ Angebot ▼	unverzichtbar	wünschbar	nicht nötig (oder leer)
24h Notfalldienst	25	2	1
Geburtshilfe	14	9	5
Gynäkologie	14	10	4
Innere Medizin	25	3	-
Viszeralchirurgie	22	6	-
Traumatologie	20	7	1
Orthopädie (Prothetik)	2	12	14
Urologie	2	13	13
Radiologie	20	7	1

Auswertung der Zuweiserbefragung des Spitals Grenchen [November 2001]

: Image-Befragung

Das Bürgerspital Solothurn führte vor einigen Jahren eine Image-Befragung mit wissenschaftlicher Begleitung durch. Befragt wurden EinwohnerInnen im Einzugsgebiet des Bürgerspital Solothurn. 2/3 der 768 Personen die geantwortet haben, waren mindestens einmal im Bürgerspital Solothurn hospitalisiert. Gefragt wurde nach wichtigen Kriterien für die Spitalwahl und nach den Wünschen an das Spital.

Erfahrungen vergleichbarer Spitäler und Aussagen des Spitalpersonals bestätigen die folgenden Resultate:

Wichtige Kriterien für die Spitalwahl	Patientenwünsche an das Spital
<ul style="list-style-type: none">. Der Hausarzt. Der Chefarzt der Klinik. Die Nähe des Spitals zum Wohnort	<ul style="list-style-type: none">. Ausreichendes Parkplatzangebot und günstige Parkgebühren. Familiäre Atmosphäre. Gute Patienteninformation. Qualifizierte Dienstleistungen und geringe Wartezeiten in den Ambulatorien. Gut funktionierende Notfallaufnahme

Ist die Konkurrenz stark und der Zugang dazu einfach, so gewinnen diese Aussagen an Bedeutung.

Teil III: Beschreibung der Varianten

11 Gesamtüberblick zu den Varianten I-V

Nachstehend sind die im vorliegenden Bericht diskutierten Gestaltungsvarianten für das Spital Grenchen tabellarisch zusammengefasst.

Gestaltungsgrundsatz ▼	Variante ▼	Beschreibung des Auftrags für das Spital Grenchen ▼
Vom Chefarzt- zum Belegarztsystem	Variante I	Weiterführung der Gynäkologie (inkl. Geburtshilfe) auf Belegarzt-Basis
	Variante II	Weiterführung des gesamten Spitals Grenchen auf Belegarztbasis
	Variante IIa	Gemischtes System mit angestellten Ärzten und Belegärzten
Tagesklinik in Ergänzung mit zusätzlichen medizinisch-, therapeutischen und pflegerischen Angeboten	Variante III	Tagesklinik für ambulante und teilstationäre Eingriffe in Kombination mit <ul style="list-style-type: none">. Ambulatorium/Gemeinschaftspraxis. und/oder Langzeit-/Übergangs-/rehabilitative Aufbaupflege. und/oder private Angebote wie Praxislabor und Praxisröntgen, Physio-/ Ergotherapie, Ernährungsberatung / Schwangerschaftsberatung. und/oder Publikumsapotheke, Orthopädie-Praxis und –Geschäft, Wellness-Angebote

Gestaltungsgrundsatz ▼	Variante ▼	Beschreibung des Auftrags für das Spital Grenchen ▼
Privatisierung/Teilprivatisierung	Variante IV	<p>Privatisierung des Spitals mit der Auflage, Leistungen anzubieten, die in der Spitalregion, im benachbarten Kanton BE und im Kanton SO bisher nicht angeboten werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> . Spezialklinik mit umfassendem Angebot für die Behandlung eines körperlichen Symptoms . oder Klinik mit medizinischem Spezialgebiet (FMH-Titel) oder Spezialklinik für „Zivilisationskrankheiten“ . oder „Life-Style-Medizin“ . oder Spezialangebot als Geburtshaus, Sterbeklinik, Schmerzklinik, Gesundheitszentrum etc.
Zusammenarbeit der Spitäler Solothurn und Grenchen	Variante V	Angebotsmöglichkeiten in Zusammenarbeit oder Konkurrenz mit dem Spital Solothurn: Chancen und Risiken der bestehenden Konkurrenz respektive einer Fusion der Spitäler mit gemeinsamem Auftrag
	Modell A	Grenchen als Grundversorger und eigenständiger Betrieb
	Modell B	Grenchen als Grundversorger in einem fusionierten Spital Solothurn/Grenchen
	Modell C	Grenchen als eigenständiger Betrieb ohne Grundversorgung
	Modell D	Grenchen im fusionierten Betrieb mit Solothurn ohne Grundversorgung

12 Grundlegende Gedanken zum Betrieb eines Akutspitals mit Bezug von Belegärzten (Varianten I und II)

- : Das Anstellungsverhältnis der Ärzte entscheidet nicht über den Subventionsbedarf des Spitals

Die Umwandlung eines Chefarzt-Spitals in ein Belegarzt-Spital wird regelmässig diskutiert, wenn es um die Zukunft eines Kleinspitals geht. Die Umwandlungsidee wird dann mit der Hoffnung verbunden, analog den privaten Belegarzt-Spitälern die Defizit- oder Globalbeiträge der öffentlichen Hand vermindern oder eliminieren zu können. Tatsächlich kommt die Mehrzahl der Belegarzt-Spitäler in der Schweiz ohne Staatsbeiträge aus. Dies aber nur deshalb, weil sie die Anzahl der Eintritte von Allgemein-Versicherten beschränken und aus den Erträgen von Halbprivat- und Privatversicherten, die ausschliesslich grundversicherten Patienten quersubventionieren. Der Notwendigkeit nach Quersubventionierung entsprechend ist das Verhältnis von Grund- und Zusatzversicherten zwischen nicht subventioniertem Belegarztspital und subventioniertem Chefarztspital gerade spiegelbildlich. Hat ein Chefarztspital in einem Kanton einen Anteil von ca. 80 % Grundversicherten und 20 % Zusatzversicherten, so nimmt das Belegarztspital ca. 20 % Grundversicherte und 80 % Zusatzversicherte auf. Ein Belegarzt-Spital mit öffentlichem Auftrag und der Auflage, alle Patienten ohne Rücksicht auf ihren Versicherungsstatus aufzunehmen, kommt nicht ohne Staatsbeiträge im Umfang des vergleichbaren Chefarzt-Spitals aus.

- : Angestellte Ärzte und Belegärzte nehmen unterschiedliche Versorgungsaufträge wahr

Die Wahl zwischen dem Chefarzt- oder dem Belegarzt-System sollte nicht mit finanziellen, sondern mit organisatorischen Absichten und aufgrund des medizinischen Versorgungsauftrags gefällt werden. Spitäler, die eine umfassende Grundversorgung für zunehmend ältere Patienten mit mehreren Diagnosen unabhängig ihres Versicherungsstatus sicherstellen, tun dies traditionell mit angestellten Ärzten (Chefarzt-System). Spitäler, die ein breites Spezialisten-Angebot für gesündere Patienten mit eindeutigerer Diagnose bereitstellen wollen, tun dies traditionell mit Belegärzten. Der unterschiedliche Auftrag lässt sich in der Aufenthaltsdauer der verschiedenen Abteilungen ablesen: In der inneren Medizin weist Grenchen im Jahr 2002 eine Aufenthaltsdauer von 9,8 Tagen, in der Chirurgie von 7,2 Tagen, in der Gynäkologie/Geburtshilfe von 4,8 aus. Die zwei öffentlichen Aargauer Belegarzt-Spitäler Menziken/Leuggern weisen über alle Disziplinen eine durchschnittliche Aufenthaltsdauer von 6,6 Tagen aus, die Kliniken der Hirslanden Gruppe liegen bei ca. 5,5 Tagen.

Dementsprechend erbringen fast alle öffentlichen Spitäler ihren (sozialen) Auftrag mit angestellten Ärzten, während sich die privaten Spitäler mit Belegärzten flexibler an den Ansprüchen der besser versicherten, meist gesünderen Patienten, orientieren. Die Ausnahmen bestätigen die Regel: Das St. Claraspital in Basel leistet einen wesentlichen Beitrag an die Grundversorgung der Stadt Basel im obge-

nannten Sinn. Obschon es ein Privatspital ist, erbringt es seine Leistungen ausschliesslich mit angestellten Ärzten und nimmt rund 50 Prozent Grundversicherte mit einem breiten Diagnosespektrum auf. Die Aargauer Spitäler Menziken und Leuggern versorgen ihr Einzugsgebiet als öffentliche Spitäler mit Belegärzten. Im Bereich der allgemeinen Grundversorgung stossen sie aber an die Grenzen des Machbaren. Menziken hat Anfangs 2003 im Bereich der inneren Medizin auf das Chefarzt-System umgestellt, Leuggern gibt komplexere Patienten an die nahegelegenen Chefarzt-Spitäler Brugg und Baden weiter.

Ihrem sozialen Auftrag und nicht ihrer Organisation entsprechend sind die genannten Spitäler auf Staatsbeiträge angewiesen: Menziken und Leuggern mit rund 80 Prozent Grundversicherten erhalten 10,5 respektive 7,2 Millionen Franken vom Staat, was den Beiträgen vergleichbarer Chefarzt-Spitäler entspricht. Genauso empfängt das Basler Claraspital als Privatspital für seinen sozialen Auftrag pro grundversichertem Pflegtage Subventionen des Staates.

Die Umwandlung des Chefarzt-Spitals in ein Belegarzt-Spital sollte demnach nicht mit dem Ziel verknüpft sein, die Beiträge der öffentlichen Hand zu reduzieren, sondern seinen Leistungsauftrag respektive seine Marktorientierung zu ändern. Wie bereits erwähnt, verfolgt der Betreiber eines Belegarzt-Spitals eine andere Marktstrategie betreffend Breite und Tiefe des Angebotes als derjenige eines Chefarzt-Spitals.

: Der medizinische Auftrag des Chefarzt-Spitals

Im Chefarzt-Spital decken die Chefarzte, die leitenden Ärzte und die Oberärzte das ganze medizinische Spektrum gemäss ihrem Leistungsauftrag ab. Sie nehmen zusammen mit den Assistenzärzten die laufende medizinische Betreuung der Patienten wahr und verstehen sich als erste Ansprechpartner der Patienten.

Im Kleinspital mit weniger als 100 Betten muss eine kleine Zahl von fertig ausgebildeten Ärzten das ganze Spektrum der medizinischen Grundversorgung für sein Einzugsgebiet abdecken. Die Assistenzärzte üben eine unterstützende Funktion aus und helfen vor allem, die Dienste (Nacht- und Wochenende) abzudecken. Die fest angestellten Ärzte mit Abschlüssen in allgemeiner innerer Medizin, allgemeiner Chirurgie, Orthopädie, Gynäkologie, Anästhesie (und persönlichen Vertiefungsgebieten) und entsprechender beruflicher Erfahrung sind Spezialisten für hospitalisierte Patienten mit weniger komplexen, einfachen und mehrfachen Diagnosen. Ihr persönlicher Anspruch auf den hospitalisierten Patienten drückt sich in der Aufteilung der Bettenstationen nach medizinischen Fachdisziplinen (Chirurgie, Medizin, Gynäkologie, etc.) aus. Zur Erweiterung des Dienstleistungsangebotes auf gewisse klar abgegrenzte Spezialitäten (bspw. HNO) ziehen die kleinen und mittleren Spitäler (bis 200 Betten) vereinzelt Belegärzte bei. Diese verfügen nicht über „eigenen Betten“, sondern arbeiten für und mit den chirurgischen oder medizinischen Disziplinen zusammen.

: Der Auftrag des Belegarzt-Spitals

Im Belegarzt-Spital bringen die Belegärzte die Patienten aus ihrer Praxis mit, um sie dort mehrheitlich operativ/interventionell weiter zu behandeln. Sie benützen gemeinsam die teure Spitalinfrastruktur und überlassen die laufende Betreuung der Patienten vermehrt der Pflege. Sie haben Anspruch auf die Versorgung der von ihnen behandelten Patienten, nicht aber auf die Patienten einer Abteilung oder Station. Die meisten Belegarzt-Spitäler führen dementsprechend auch gemischte Abteilungen. Die Patienten geniessen im Belegarzt-Spital den grossen Vorteil, dass sie während der ganzen Behandlung vom Arzt ihrer Wahl behandelt werden. Der Belegarzt ist in den meisten Fällen Spezialist für die ambulante Versorgung der Patienten und für die Erbringung wenig komplexer Eingriffe mit eindeutiger Diagnose im Spital. Die sehr rasche Wissensvermehrung in der Medizin führt dazu, dass ambulante und stationäre Versorgung der Patienten eigene Spezialgebiete werden, in denen die Überschneidungsmenge immer kleiner wird. Weil die Belegärzte jeweils ein Spezialgebiet abdecken und die Zahl ihrer hospitalisierungsbedürftigen Patienten beschränkt sind, ist das Spital für die Auslastung seiner Betten auf eine grössere Zahl Belegärzte angewiesen, mit denen es insgesamt ein breites Behandlungsspektrum sicherstellen kann.

Die Möglichkeit, die gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung im Spital Grenchen erfolgreich mit Belegärzten zu betreiben (Variante I des Mandates) wird in Kapitel 13 untersucht. Die Möglichkeit, das ganze Spital in ein Belegarzt-Spital mit öffentlichem Auftrag umzuwandeln, wird im darauffolgenden Kapitel 14 unter der Variante II „Weiterführung des gesamten Spitals Grenchen auf Belegarzt-Basis“ diskutiert.

13 Variante I: Weiterführung der Frauenklinik Grenchen (inkl. Geburtshilfe auf Belegarztbasis)

13.1 Ausgangslage

Bis Ende 2002 wurde die gynäkologisch-geburtshilfliche Klinik in Grenchen mit drei Vollzeit-Stellen betrieben (ein Chefarzt-, eine Oberarzt-, eine Assistenzarztstelle). Das Team deckte ein breites operatives Spektrum ab und leistete einen wesentlichen Beitrag zur Auslastung von Operationssälen, Labor, Röntgen und Bettenstationen. Der Anteil zusatzversicherter Patienten lag in der Gynäkologie/Geburtshilfe deutlich über dem Durchschnitt des Gesamtspitals.

: Leistungszahlen der Gynäkologie/Geburtshilfe 2001/2002

	Jahr 2001	Jahr 2002
Pflegetage ganzes Spital:		
. absolut	22484	23170
. Anteile Allg., HP, P	73,1 % Allg., 26,9 % HP u. P	72,1 % Allg., 27,9 % HP u. P
Pflegetage Gynäkologie/Geburtshilfe:		
. absolut	3482	3462
. Anteile Allg., HP, P	67,5 % Allg., 32,5 % HP u. P	64,3 % Allg., 35,7 % HP u. P
. Anteil Gynäkologie	1548	1536
. Anteil Geburtshilfe (Wöchnerinnen)	1934	1926
Pädiatrie:		
. Anz. behandelter Kinder	258	251
. Anzahl Geburten	259	243
Eingriffe:		
. Brust	62	62
. Uterus	79	75
. Vaginale	142	138
. Laparoskopische	92	98
. Vulva	19	22
. Operationen in der Frühschwangerschaft	78	63
. Mammographien	838	796

Die Chefärztin hat das Spital Grenchen in Folge andauernder Unsicherheit über die Zukunft Anfangs 2003 verlassen und ist zusammen mit dem grössten Teil ihrer Mitarbeitenden an das Bürgerspital Solothurn übersiedelt. Nach dem Weggang der Chefärztin und ihres ganzen Teams wurde eine Teilzeit-

Belegärztin engagiert, die im Spital eine private für die Betreuung der gynäkologischen Patientinnen Praxis führt. Die geburtshilflich-gynäkologische Abteilung wurde geschlossen. Die stationären Patientinnen werden auf der Chirurgie gepflegt.

Mit dieser Lösung treffen zwei verschiedene Betriebskulturen aufeinander, die aber wegen der günstigen personellen Voraussetzungen der Betroffenen und dem kleinen Pensum der Belegärztin nicht virulent sind. Für das Spital Grenchen ist die neugeschaffene Struktur allerdings nicht wirtschaftlich, weil mit einer Belegärztin im Teilpensum die geschlossene Station nicht betrieben werden kann. Die finanziellen Konsequenzen zeichnen sich schon in den Belegungszahlen per Ende August 2003 ab. Das Spital leidet nicht nur am direkten Rückgang der Eintritte in der Gynäkologie/Geburtshilfe, sondern auch am Image eines auseinanderbrechenden Spitals und damit einem allgemeinen Rückgang an Eintritten und Aufträgen. Um die Einbusse an Aktivitäten wett zu machen, und die geschlossene Station wieder vollumfänglich zu betreiben, müssten rund 10 weitere Belegärzte angeworben werden können. Diese Option entspricht aber nicht den Vorgaben der vorliegenden Varianten. Sie wird im nachfolgenden Kapitel untersucht.

13.2 Beurteilung nach medizinischen, betriebs- und volkswirtschaftlichen Kriterien

: Angebotstiefe und –breite

Das medizinische Wissen verdoppelt sich rund alle zehn Jahre. Die Spezialisierung nimmt laufend zu. In gewissen Gebieten, insbesondere der inneren Medizin, setzt die Behandlung ambulanter Praxispatienten zunehmend ein anderes Wissen voraus als die Behandlung stationärer Spitalpatienten. Der medizinische Praxisarzt ist den Ansprüchen der stationären Medizin nur noch teilweise gewachsen. Aus Spezialisierungsgründen erbringen die Belegärzte nicht das breite Spektrum des angestellten Spitalarztes. Daraus folgt, dass die Belegärzte auch deutlich risikoscheuer sind als die angestellten und mehr Patienten an das grössere Spital überweisen.

Gleichzeitig bringt der einzelne Belegarzt deutlich weniger Patienten (Eintritte und Pflage tage) in das Spital als der angestellte Spezialist. Umgekehrt formuliert: um die Aktivität einer Klinik konstant zu halten, muss ein angestellter Arzt durch mehr als einen Belegarzt ersetzt werden.

: Patientenbetreuung

In der gegenwärtigen Situation haben die Patienten im Unterschied zum echten Belegarztspital nicht die freie Arztwahl. Wenn sie im Spital Grenchen stationär versorgt werden wollen, müssen sie sich für einen der zwei Belegärzte des Spitals entscheiden. Sie profitieren aber von einer nahtlosen Betreuung von der ambulanten Versorgung in der Praxis bis hin zur stationären Versorgung im Spital.

Die Belegärzte sind in der Regel weniger gut verfügbar als die angestellten. Ausserhalb der offiziellen Visitezeiten arbeiten die Belegärzte in ihren Praxen. Im Notfall müssen sie aus ihrer Praxis hergerufen werden, wo sie andere Kunden warten lassen müssen. Die gynäkologische Belegärztin am Spital Grenchen hat ihre Praxis im Spital, womit ihre Situation mit derjenigen der angestellten Ärzte vergleichbar ist. Die Erreichbarkeit ist ungünstiger gelöst, wenn sie beruflich oder infolge ihres Teilzeitpensums spitalabwesend ist.

Die Belegärzte sind finanziell an der Betreuung der Patienten interessiert: Sie kommen täglich auf Visite (1-2 mal). Im Sinne der Patienten müssen sie ihre Abwesenheiten gut organisieren und die Patienten informieren. Jeder Belegarzt braucht mindestens einen Kollegen, mit dem er reibungslos zusammenarbeitet. Die laufende Betreuung auf der Station wird wie im Chefarztspital von Assistenzärzten übernommen. Die Assistenzärzte müssen fachlich betreut und ausgebildet werden. Dafür ist der Belegarzt nicht bezahlt. Es fehlt ihm die Zeit.

Die Einbindung in die Dienste (Nacht- und Wochenend- Feiertagsdienste) ist schwierig, wenn die Belegärzte nur für einzelne Fachdisziplinen eingespannt werden, während der Routinebetrieb des Spitals in der Verantwortung der Chefärzte liegt.

Nach dem Weggang der Chefärztin ist das Spital Grenchen nicht mehr in der Lage, die Grundversorgung im Bereich Geburtshilfe durchzuführen. Es fehlen für den 24h Dienst ausreichend Belegärzte, Hebammen und Kinderkrankenschwestern.

⋮ Kulturelle und organisatorische Schwierigkeiten der unterschiedlich geführten Kliniken

Zwischen Belegarzt und Chefarzt ergibt sich eine „natürliche“ Arbeitsteilung im Sinne der Patienten- und Risikoselektion. Der Chefarzt ist in der Regel stolz darauf, alle Patienten unabhängig von ihrem Versicherungsstatus in seiner Klinik möglichst umfassend zu versorgen. Der Belegarzt zieht aus finanziellen Gründen die zusatzversicherten Patienten vor, greift aber (ohne dies öffentlich zuzugeben) bei medizinisch kritischen Fällen ohne weiteres auf das Chefarzt-Spital zu. Die Beziehung zwischen Belegärzten und Chefärzten wird in der Regel durch fachlichen/sozialen Stolz und Einkommensneid auf der einen Seite und Unabhängigkeit und Einkommen auf der andern Seite ausbalanciert. Die natürlichen Abhängigkeiten werden in dieser Balance stillschweigend akzeptiert.

Zwischen Belegärzten und leitenden, angestellten Ärzten, die im selben Haus arbeiten, führt diese Beziehung oft zu Konflikten, unter denen das Betriebsklima leidet. Die Überwindung der Konflikte stellt spezielle Anforderungen an alle beteiligten Ärzte. Belegärzte, die im Chefarztspital tätig sind, arbeiten sozusagen auf feindlichem Territorium. Sie können keine Identität mit dem Unternehmen aufbauen, in dem sie tätig sind und sind einerseits Konkurrenten von ihren angestellten Kollegen im Zentrumsspital, gleichzeitig aber von ihnen abhängig. In dieser Struktur sind Konflikte zwischen Belegärzten und Angestellten programmiert.

: Führung und Zielorientierung

Ein Belegarzt ist in erster Linie freischaffender Unternehmer und fühlt sich für sich und seine Praxis verantwortlich. Er ist schwer in die Führungsstruktur eines Unternehmens zu integrieren und wird deshalb mehrheitlich nur in beratende Gremien eingebunden, deren Teilnahme wenig verbindlich ist.

Die Zusammenarbeit zwischen Belegarzt und Pflegenden ist weniger geprägt von Machtbeziehungen als zwischen angestellten Ärzten und Pflegenden. Die Pflege kann mehr Verantwortung für die Patienten übernehmen. Ihre Ansprüche an den Belegarzt betreffen vor allem seine Verfügbarkeit. In einer Belegarzt-Klinik innerhalb des Chefarzt-Spitals haben die Pflegenden Identitätsprobleme, weil Ihnen der (angestellte) Image-Träger fehlt.

Die Interessen von Spital und Belegärzten sind transparent: das Spital will seine Leistungen beim Arzt möglichst günstig einkaufen, der Arzt will seine Leistungen möglichst teuer verkaufen. Über den Ausgleich der Interessen entscheidet die Marktmacht der zwei Parteien. Die Belegärzte haben wenig, über ihren finanziellen Erfolg hinaus gehende Interessen an der Entwicklung des Spitals.

13.3 Finanzielle Konsequenzen

Eine Schätzung der Kostenfolgen kann für diese Variante unter Konstanthaltung verschiedener Parameter angestellt werden. Dabei werden nur Mehr- oder Minderaufwendungen gegenüber dem Betrieb der gynäkologisch-geburtshilflichen Klinik mit angestellten Ärzten (existierende Lösung bis Ende 2002) gerechnet. Die Kosten der übrigen Abteilungen werden als konstant angenommen.

: Effektive Beiträge der öffentlichen Hand

Effektive Beiträge der öffentlichen Hand an die gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung gemäss Koreg 2002. Die Rechnung lautet wie folgt:

Total Ausgaben für ärztliche Dienste Gynäkologie/Geburtshilfe ohne Assistenzärzte 2002	Fr.	1'480'000
<hr/>		
Total Einnahmen aus ärztlichen Diensten Gynäkologie/Geburtshilfe 2002	Fr.	360'000
<hr/>		
= Deckungslücke (pro Patient Fr. 2800.-)	Fr.	1'120'000
<hr/>		
(Kosten für die Versorgung von 400 grundversicherten Patienten)		

: Hypothetische Beiträge der öffentlichen Hand

Die Beiträge der öffentlichen Hand an eine gynäkologisch-geburtshilfliche Belegarzt-Abteilung mit konstanten Patientenzahlen kann hypothetisch wie folgt gerechnet werden:

Honorareinnahmen von halbprivat versicherten Patienten Gyn/Geb. (Anteil HP am Total der Eintritte 34,3 %)	Fr.	313'000
=		
<hr/>		
Hypothetische Honorarausgaben für die Betreuung eines (konstanten) Volumens von 65,7 Prozent an grundversicherten Patienten bei deren Betreuung durch Belegärzte bei einer Vergütung gemäss Spitalleistungskatalog und einem Ansatz von 60 % des vollen Taxpunktwertes = Honorareinnahmen von halbprivat versicherten Patienten: $38,9 \times 59,9 \times 60 \% =$	Fr.	913'000
<hr/>		

: Ergebnis der Kostenschätzung

Die Versorgung der allgemeinen Patienten durch Belegärzte kostet unter konstanter Annahme aller übrigen Parameter rund Fr. 207'000 Fr. weniger als im Chefarzt-System.

13.4 Fazit

Wie in den allgemeinen Bemerkungen zum Belegarzt-System erläutert, ist der Belegarzt im allgemeinen zunehmend spezialisiert auf die Versorgung ambulanter Patienten. Im stationären Bereich deckt er hauptsächlich die wenig komplexen Einfachdiagnosen mit geringerer Aufenthaltsdauer ab. Im Unterschied dazu deckt der Spitalarzt das grosse Volumen einfacherer Fälle mit Einfach- und Mehrfachdiagnosen ab. Um im Spital Grenchen mit Belegärzten dieselben Patientenzahlen zu leisten, wie sie bis Ende 2002 von der Chefärztin erbracht wurden, müssten mehrere Belegärzte ihre stationären Patienten nach Grenchen bringen. Die Klinik Obach erreicht mit 6 Belegärzten ein leicht geringeres Volumen als Grenchen im Jahr 2002. Anders herum: Die gynäkologisch/geburtshilfliche Klinik kann im realen Umfeld von Grenchen mit Belegärzten nicht konkurrenzfähig betrieben werden. Obwohl das rein rechnerische Ergebnis im Falle der Gynäkologie für das Belegarzt-System spricht, ist sie nicht realisierbar, weil die geschlossene Station nicht ausgelastet werden kann.

13.5 Kurzfassung

Variante ► Weiterführung der Frauenklinik Grenchen (inkl. Geburtshilfe) mit dem Belegarzt-System

. Ausgangslage	Die Variante entspricht dem Status Quo mit der nicht betriebenen, geburtshilflich-gynäkologischen Abteilung (17 Betten) und der Betreuung der stationären gynäkologischen Patientinnen auf der chirurgischen Station.
. Leistungsangebot	Nebst der Grundversorgung deckt das Spital Grenchen mit zwei Teilzeit-Belegärzten die gynäkologische Versorgung für einfachere Fälle ab. Das Leistungsangebot reicht nicht aus, um die vorhandenen Infrastrukturen auszulasten und muss deshalb erweitert werden (vgl. Variante II a).
. Beurteilung nach medizinischen, betriebs- und volkswirtschaftlichen Kriterien	<p>Das Spital erbringt für wenig komplexe Fälle mit Einfach- und Mehrfachdiagnosen eine umfassende Grundversorgung. In der Gynäkologie können nur einfache Fälle mit einfachen Diagnosen behandelt werden, die komplexeren Fälle werden in Solothurn behandelt. Der gynäkologische Notfall kann nicht aufrecht erhalten werden, weil es an Assistenzärzten mit entsprechendem Fachwissen mangelt und die Belegärztin die Dienste nicht umfänglich abdecken kann.</p> <p>Betrieblich treffen mit dem Belegarzt- und dem Chefarzt-System zwei Spital-Kulturen aufeinander, die nur unter günstigen personellen Voraussetzungen respektive klaren Unterordnungsverhältnissen reibungsfrei zusammen funktionieren. Die Auslastung der ehemals gynäkologisch/geburtshilflichen Abteilung ist auf der Basis von Belegärzten nicht möglich, weil dafür eine bedeutend grössere Anzahl Belegärzte engagiert werden müsste.</p>
. Finanzielle Konsequenzen	Die Leistungserbringung mit Belegärzten ist unter hypothetisch gleichbleibenden Bedingungen und konstantem Leistungsspektrum und Volumen 14% oder Fr. 207'000 günstiger als mit den vormals angestellten Ärzten. Die schlechte Auslastung der Infrastruktur führt aber zu überhöhten Fallkosten und zwingt zu einer Erweiterung des Angebotes mit angestellten Ärzten oder Belegärzten.
. Spitalinfrastruktur	Kein Bedarf.
. Investitionsbedarf	Kein Bedarf.
. Handlungsbedarf	Notwendigkeit, das Leistungsspektrum zu erweitern, um die Infrastrukturen auszulasten. Damit begeben wir uns in die Varianten II oder V.
. Fazit	Die Variante ist aus betriebswirtschaftlichen Überlegungen nicht interessant. Zur Auslastung der stillgelegten Betten sind Ergänzungen im Leistungsangebot erforderlich. Damit ist eine andere Variante angesprochen.

14 Variante II: Weiterführung des gesamten Spitals Grenchen auf Belegarzt-Basis

14.1 Ausgangslage

- : Die Umwandlung ist keine Sparvariante

Wie bereits bei den grundsätzlichen Bemerkungen zum Belegarzt-Spital erwähnt, sollte die Umwandlung eines Chefarzt-Spitals in ein Belegarzt-Spital bei weiter bestehendem sozialen Auftrag nicht mit der Hoffnung verknüpft werden, Defizit- oder Globalbeiträge der öffentlichen Hand vermindern oder gänzlich abbauen zu können. Die deutlich günstigeren Ertragssituationen der meisten Belegarzt-Spitäler sind auf das völlig andere Verhältnis von Grund- und Zusatzversicherten und nicht auf günstigere Kostenstrukturen zurückzuführen. Wie die sehr wirtschaftlich geführten öffentlichen Belegarzt-Spitäler im Kanton Aargau (Leuggern und Menziken) zeigen, ist auch das Belegarzt-Spital im Umfang seiner Aufnahmepflicht auf Staatsbeiträge im Umfang des vergleichbaren Chefarzt-Spitals angewiesen.

Die Umwandlung des Chefarzt-Spitals in ein Belegarzt-Spital mit voller Aufnahmepflicht verfolgt damit primär das Ziel, die medizinische Mission des Spitals zu ändern, das heisst ein breiteres Angebot für „gesündere“ Patienten anzubieten und die Marktorientierung zu fördern. (Die Umwandlung in ein privates, gewinnorientiertes Belegarzt-Spital wird in der Variante IV diskutiert).

- : Die Umstellung erfordert tiefgreifende betriebliche Änderungen

Eine Umwandlung vom Chefarzt-Spital in ein reines Belegarzt-Spital bedeutet eine komplette Umorientierung betreffend Unterstellungen, Betreuung der Assistenzärzte, interner Zusammenarbeit, Organisation, Verantwortungen und Kompetenzen, Leistungsspektrum und –tiefe, Kundenorientierung etc. Um das Spital Grenchen mit rund 70 Betten mit Belegärzten auslasten zu können, müssen mindestens 40 Ärzte regelmässig in Grenchen ihre Patienten behandeln und betreuen. (Die rein formale Änderung der Anstellungsverträge der heute angestellten Ärzte in Aufträge mit gleichbleibendem Arbeitsinhalt wird gesetzlich nicht akzeptiert. Die ausschliessliche Betreuung von Spitalpatienten an einem Spital wird von der AHV nicht als selbständige Tätigkeit anerkannt und zwingt zum Anstellungsverhältnis. Die Waadtländer Regionalspitäler, die traditionell nach dem Belegarztsystem funktionierten, wurden per 2003 gezwungen, die ausschliesslich am Spital tätigen Ärzte fest anzustellen.)

Die Aktivität der Belegärzte muss im Hinblick auf die Nutzung der Infrastruktur koordiniert werden und das Bettenangebot muss so flexibel gestaltet werden, dass der Bedarf regelmässig abgedeckt werden kann. Der Personaleinsatz muss kurzfristig auf dem Bedarf angepasst werden. Gelingt dies nicht, weichen die Belegärzte auf andere Häuser aus. Für den Umbau des Chefarzt-Spitals in ein reines Belegarzt-Spital ist mit mindestens 2 Jahren zu rechnen, bis zum Erreichen der Leistungszahlen der Jahre 2001/2002 mit einer noch deutlich längeren Zeitspanne.

14.2 Beurteilung nach medizinischen, betriebs- und volkswirtschaftlichen Kriterien

: Patientenbetreuung

Der grösste Vorteil des Belegarzt-Systems für die Patienten ist die freie Arztwahl. Die Patienten wählen sich unabhängig von ihrem Versicherungsstatus ihren Belegarzt wie im Privatspital selbst aus und werden von diesem versorgt. Die Fachkompetenz entspricht den Kundenerwartungen. In der Regel kennen die Patienten den Belegarzt bereits aus seiner Praxistätigkeit und haben zu ihm Vertrauen.

Die Mehrzahl der Belegärzte haben ihre Praxis nicht im Haus. Die laufende Betreuung auf der Station wird deshalb von Assistenzärzten wahrgenommen. Die Assistenzärzte müssen fachlich betreut und ausgebildet werden. Dafür ist der Belegarzt nicht bezahlt. Es fehlt ihm die Zeit. Für Notfälle und Komplikationen müssen die Belegärzte aus ihrer Praxis hergerufen werden, wo sie andere Kunden warten lassen müssen. Zudem machen Belegärzte in der Regel mehr frei (Ferien, Wochenende, Feiertage). Die Abwesenheiten müssen durch nahtlose Stellvertretungen geregelt werden: jeder Arzt braucht mindestens einen Kollegen derselben Spezialität, mit dem er reibungslos zusammenarbeitet. Notfälle und Komplikationen am Wochenende müssen durch den betreuenden Arzt und seine Stellvertretung gelöst werden. Trotz diesen systemimmanenten Erschwernissen werden die Wartezeiten von den Patienten in der Regel als unkritisch bezeichnet. (Gemäss Patienten-Befragungen in den Belegarztspitälern des Kanton Aargau wurden diesbezüglich keine negativen Meldungen registriert.)

: Markauftritt

Die Belegärzte sind in der Regel keine Image-Träger für das Belegarztspital. Sie sind primär Image-Träger für sich selbst. Die Belegärzte können an verschiedenen Häusern tätig sein und stehen in hierarchisch ebenbürtiger Konkurrenz zu ihren Kollegen. Sie bringen zwar Patienten ins Haus, aber das Spital wird mit wenigen Ausnahmen nicht mit seinen Belegärzten identifiziert. Typischerweise führt das Belegarztspital keine Stationen gemäss medizinischen Fachrichtungen und –verantwortungen, sondern gemischte Abteilungen.

Das Belegarztspital bezieht sein Renommee primär aus der wahrnehmbaren Service-Qualität. Das Spital muss auch mit seinen Service- und Betreuungsqualitäten Werbung machen. Bei der wahrnehmbaren Servicequalität stehen die Nebenleistungen im Vordergrund, wie der individuelle Fernseher für jeden Patienten, die Freundlichkeit des Personals, das subjektiv sichere Gefühl, der Eindruck gut aufgehoben zu sein, die Kontinuität in der Behandlung/Betreuung. Der Zustand des Gebäudes, der Apparate etc. gehört dazu und wird von den Patienten sehr wohl wahrgenommen.

: Angebotstiefe und –breite

Das Belegarztspital kann wegen der Vielzahl der zugelassenen Ärzte ein breites Spektrum an Spezialleistungen anbieten. Zur Erfüllung von „Dignitäten“ (Ausbildung im jeweiligen Spezialgebiet) nach

TARMED engagiert das Spital die entsprechenden Spezialisten, es ist nicht von den erworbenen Dignitäten einer festen Anzahl angestellter Ärzte abhängig.

Weil die Ärzte im Mandat und nicht im Angestelltenverhältnis arbeiten, kann das Leistungsspektrum bei Verfügbarkeit der entsprechenden Ärzte kurzfristig an ändernde Tarife angepasst werden. Unrentable Bereiche können reduziert, rentable aufgebaut oder ausgeweitet werden. Das Spital ist nicht darauf angewiesen, ganze Arztstellen oder zumindest fixe Teilzeitstellen zu rentabilisieren.

In gewissen medizinischen Gebieten, insbesondere in der stationären Grundversorgung, kann allerdings wegen der zunehmenden Spezialisierung und Differenzierung stationärer und ambulanter Patienten innerhalb eines Spezialgebietes nur noch eine beschränkte „Tiefe“ angeboten werden: Das Wissen des Spitalarztes unterscheidet sich je länger je mehr vom Wissen eines Praxisarztes derselben Disziplin.

Das öffentliche Belegarzt-Spital Menziken, Kt Aargau, das seit Jahrzehnten komplett als Belegarzt-Spital arbeitete, hat auf Wunsch der intern medizinischen Ärzte per 1.1.2003 im Bereich der inneren Medizin auf das Chefarzt-System umgestellt. Dieser Systemwechsel wird damit begründet, dass

- infolge des raschen Wissensfortschritts sich die Ärzte auf ambulante oder auf stationäre innere Medizin spezialisieren müssen. Die Gebiete sind zu unterschiedlich, als dass sie von derselben Person noch abgedeckt werden können.
- die Belegärzte in ihren Praxen voll beschäftigt sind und die Zeit für umfassende Abklärungen im Spital nicht haben. Dies führt zunehmend zu Überweisungen ans grössere Spital.
- die Präsenzdienste von Assistenzärzten geleistet werden, die Zeit für deren Ausbildung bei den Belegärzten aber fehlt.
- Die umfassende Betreuung im Spital professionalisiert werden muss.

Das Belegarzt-Spital stösst, wenn es um die umfassende Grundversorgung eines gegebenen Einzugsgebietes geht, in den Bereichen der spezialisierten Spitalversorgung an seine Grenzen. Versteht es sich als Spital mit möglichst weitreichender Versorgung der Bevölkerung, bleibt ihm die Gratwanderung des Misch-Systems: es kann die innere Medizin und die allgemeine Chirurgie, eventuell auch die Orthopädie mit angestellten Ärzten betreiben und Spezialgebiete mit Belegärzten abdecken. Diese Möglichkeit wird in der Variante II a diskutiert.

: Führung und Zielorientierung

Ein Belegarzt ist in erster Linie freischaffender Unternehmer und fühlt sich für sich und seine Praxis verantwortlich. Er ist schwer in die Führungsstruktur eines Unternehmens zu integrieren und wird deshalb mehrheitlich nur in beratende Gremien eingebunden.

Die Interessen von Spital und Belegärzten sind transparent: Das Spital will seine Leistungen beim Arzt möglichst günstig einkaufen, der Arzt will seine Leistungen möglichst teuer verkaufen. Über den Ausgleich der Interessen entscheidet die Marktmacht der zwei Parteien. Die Belegärzte haben wenig, über ihren finanziellen Erfolg hinausgehenden Interessen an der Entwicklung des Spitals. In den meisten Fällen sind sie auch an mehreren Spitälern tätig. Diese Abseits-Position der Ärzte hat zur Folge, dass sich das Spitalmanagement seinen Leistungsauftrag nach rein betriebswirtschaftlichen Kriterien erfüllen kann.

Die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegenden ist im Belegarztspital weniger geprägt von Machtbeziehungen als im Chefarztsystem. Die Ansprüche der Pflege an den Arzt richten sich vor allem auf dessen Verfügbarkeit. Das Belegarzt-Spital zieht Pflegenden an, die sich nicht am Nimbus des Chefarztes orientieren, sondern möglichst selbständig ihrer Pflegeaufgabe nachkommen wollen. Wegen der meist gemischt-geführten Abteilungen wird dem Personal mehr Flexibilität abverlangt, was zu einer gewissen Personalselektion führt. Dennoch oder gerade deswegen ist die Arbeitsplatz-Zufriedenheit der Pflegenden im Belegarzt-Spital in der Regel grösser als im Chefarzt-Spital.

14.3 Finanzielle Konsequenzen

Die Klärung der genauen finanziellen Konsequenzen ist sehr schwer prognostizierbar, weil sich mit der Umstellung vom Chefarzt- zum Belegarzt-Spital die wichtigsten Aufwands- und Ertragsfaktoren ändern:

Aufwandsseitig	Ertragsseitig
<ul style="list-style-type: none">. Wesentlich geringere Arztbesoldungen. Wesentlich höhere Honorarauszahlungen. Veränderter Pflegeaufwand wegen verkürzter Aufenthaltsdauer einerseits, geringerer Pflegeintensität (gesündere Patienten) andererseits. Höherer Materialaufwand wegen höherer Eintrittszahlen. Geringerer Medikamentenaufwand wegen geringerer Morbidität (gesündere Patienten)	<ul style="list-style-type: none">. Verkürzung der Aufenthaltsdauer. Erhöhung der Eintrittszahlen. Verringerung der ambulanten Aktivität. Zunahme der zusatzversicherten Patienten. Zunahme der medizinischen Nebenleistungen

Ein grobes Urteil über die Aufwands-/Erlössituation kann anhand der Entwicklung der wichtigsten Kostenfaktoren gefällt werden.

14.3.1 Vergleichsweise Rentabilitätsrechnung für Arztaufwendungen

Die Besoldungen für angestellte Ärzte nimmt in dem Umfang ab, wie die angestellten Ärzte durch Belegärzte ersetzt werden. Im Extremfall sind nur noch etwa 2 Spitalärzte (Anästhesie, Radiologie) und etwa 6 Assistenzärzte angestellt. Die Lohnkosten reduzieren sich auf 30 – 40 Prozent des heutigen Betrages. Umgekehrt nehmen die Aufwendungen für Arzthonorare massiv zu:

- Zwar entstehen bei zusatzversicherten Patienten keine zusätzlichen Kosten. Die Versicherung vergütet die Leistungen des Arztes vollumfänglich. Kommt der neue Arzt- und Spitaltarif TARMED für die Abrechnung zum Einsatz, ist definiert, welcher Anteil einer medizinischen Leistung für den Arzt gedacht ist. Wird der Spitalleistungskatalog weitergeführt oder ein Fallpauschalen-System angewendet, muss der Anspruch der Belegärzte pro Leistung zwischen Spital und Arzt vereinbart werden. Wesentlich ist, dass unabhängig vom Tarif für das Spital keine Arztkosten entstehen. Im Gegenteil, in vielen Fällen wird auf den Arzthonoraren eine Abgabe für die Infrastrukturbenützung erhoben.
- Dagegen zahlt die Versicherung bei den grundversicherten Patienten die ärztliche Leistung nicht gesondert. Die Leistungen der Ärzte müssen vom Spital eingekauft werden und mit den Versicherungserträgen (Tagespauschalen plus Operationspauschale) und den Beiträgen der öffentlichen Hand (Defizitgarantie oder Globalbeitrag), bezahlt werden. Von der Einnahmesituation her betrachtet, ändert das Belegarztssystem gegenüber dem Chefarztssystem nichts. Die Leistungen der Belegärzte werden heute in der Regel zu einem Prozentsatz des Spitalleistungskatalogs (üblich sind 60 – 80 %) entschädigt.

Die Rentabilitätsrechnung für die Arztaufwendungen kann aus zwei Blickwinkeln betrachtet werden: aus der Sicht des Chefarztssystems und aus der Sicht des Belegarzt-Systems.

: Rentabilitätsrechnung aus Sicht des Chefarztssystems

Dabei stellt sich die Frage, welchen Deckungsbeitrag die angestellten Ärzte durch ihre Honorareinnahmen an die ärztlichen Leistungen insgesamt leisten, respektive welche Netto-Aufwendungen dem Spital für die Behandlung der grundversicherten Patienten entstehen.

Die Rechnung lautet wie folgt:

Total Ausgaben für ärztliche Dienste 2002	Fr. 4'213'000
<hr/>	
Total Einnahmen aus ärztlichen Diensten 2002	Fr. 2'460'000
<hr/>	
= Deckungslücke	Fr. 1'753'000
<hr/>	

Im Einzelnen:

Ärztliche Dienste im Jahr 2002	Ausgaben (Fr.)
Besoldungen Chefärzte, leitende Ärzte und Oberärzte	1'862'000
<hr/>	
Sozialleistungen (24,2%) auf Löhne + Honorare	618'000
<hr/>	
Arzthonorare stationär	696'000
<hr/>	
Honorare Praxen	367'000
<hr/>	
Konsilien externe Ärzte + Belegärzte	314'000
<hr/>	
Arztsekretariate	356'000
<hr/>	
Übriges	
<hr/>	
Total Ausgaben	4'213'000

Ärztliche Dienste im Jahr 2002	Erträge (Fr.)
Arzthonorare 1./2. Klasse stationär	347'000
<hr/>	
Assistenz- + Infrastrukturbeitrag (50 % davon)	594'000
<hr/>	
Konsilien externe Ärzte	125'000
<hr/>	
Arzthonorar Privatpraxen	727'000
<hr/>	
Zeugnisse/Berichte/Gutachten ambulant	inkl.
<hr/>	
Honorare Belegärzte	61'000
<hr/>	
Ärztliche Konsultationen stationär	siehe Externe
<hr/>	

Ärztliche Konsultationen ambulant	dito
Ärztliche Konsultationen Privatpraxis	dito
Medizinische Extraleistungen (50 % davon)	606'000
Total Einnahmen	2'460'000
Saldo der Aufwendungen für ärztliche Leistungen (= Deckungslücke)	1'753'000

So betrachtet waren im Jahr 2002 von den gesamten Kosten für die angestellten Ärzte Fr. 1'753'000 nicht durch Leistungen der Ärzte gedeckt, die gesondert in Rechnung gestellt werden konnten. Das heisst, dass das Spital diesen Betrag aufbringen musste, um die ärztlichen Leistungen für die grundversicherten Patienten zu erbringen.

: Rentabilitätsrechnung aus Sicht des Belegarzt-Systems

Nimmt man die Arzthonorare aus der Behandlung von stationären 2. Klassepatienten (Fr 1'266'000 für 28,3 % aller Patienten) als Grundlage für die Hochrechnung der Kosten für die Allgemeinversicherten (71,7 % aller Patienten), ergibt sich bei einem Honoraranspruch der Belegärzte von 60 Prozent des Spitalleistungskatalogs ein Honoraraufwand von Fr. 1'924'000 für Allgemeinversicherte, für alle Patienten ein solcher von Fr. 3'190'000.

: Fazit

Die heutige ärztliche Leistungserstellung käme, allein durch Belegärzte erbracht, rund Fr. 1'437'000 teurer (Errechneter Totalaufwand im Belegarzt-System von Fr. 3'190'000 minus Saldo der Aufwendungen im Chefarztsystem von Fr. 1'753'000) zu stehen, als durch angestellte Ärzte. Die Aufwands- und Ertragssituation kann aber nicht isoliert am Status Quo gemessen werden, sondern muss dynamisch beurteilt werden, weil sich andere Aufwands- und Ertragsposten mit der Systemumstellung wie oben erwähnt auch verändern. Der Einfluss der dynamischen Faktoren ist allerdings noch schwerer zu beurteilen, weil dieser vom Erfolg des „Belegarzt-Spital-Grenchen“ im Allgemeinen und nach Fachgebieten abhängt. Ziehen die Belegärzte mehr leichte und günstige Fälle an, verbessert sich die finanzielle Situation des Spitals, lassen sich mehr teure Fälle (beispielsweise mit Zytostatika- oder Antibiotikatherapie) in Grenchen behandeln, verschlechtert sich die Situation.

14.4 Kurzfassung

Variante ► Weiterführung des gesamten Spitals Grenchen auf Belegarzt-Basis

- . Ausgangslage Die Umstellung vom Chefarzt- zum Belegarzt-System wird mit Blick auf den geringeren Subventionsbedarf der privaten Belegarzt-Spitäler meist mit der Idee verbunden, den Staat von Subventionszahlungen zu entlasten. Der Subventionsbedarf hängt aber nicht vom Arzt-System, sondern vom Anteil an Zusatzversicherten Patienten ab. Spitäler mit vergleichbarem sozialem Leistungsauftrag (Aufnahmezwang) haben, wie die Realität zeigt, unabhängig vom gewählten Arztsystem einen vergleichbaren Subventionsbedarf.
- Der Entscheid für das eine oder andere Arztsystem sollte deshalb nicht aus finanziellen, sondern aus organisatorischen Gründen und der Absicht, das Angebot zu ändern, erfolgen. Spitäler, die eine umfassende Grundversorgung für zunehmend ältere Patienten mit mehreren Diagnosen unabhängig ihres Versicherungsstatus sicherstellen, tun dies traditionell mit angestellten Ärzten (Chefarzt-System). Spitäler, die ein breites Spezialisten-Angebot für gesündere Patienten mit eindeutigerer Diagnose bereitstellen wollen, tun dies traditionell mit Belegärzten.
-
- . Leistungsangebot Das Belegarztspital kann wegen der Vielzahl der zugelassenen Ärzte ein breites Spektrum an Spezialleistungen anbieten. Weil die Ärzte im Mandat und nicht im Angestelltenverhältnis arbeiten, kann das Leistungsspektrum bei Verfügbarkeit der entsprechenden Ärzte kurzfristig an ändernde Tarife angepasst werden. Das Spital ist nicht darauf angewiesen, ganze Arztstellen oder zumindest fixe Teilzeitstellen zu rentabilisieren.
- In gewissen medizinischen Gebieten, insbesondere in der stationären Grundversorgung, kann allerdings wegen der zunehmenden Spezialisierung und Differenzierung stationärer und ambulanter Patienten innerhalb eines Spezialgebietes nur noch eine beschränkte „Tiefe“ angeboten werden: Das Wissen des Spitalarztes unterscheidet sich je länger je mehr vom Wissen eines Praxisarztes derselben Disziplin.
-
- . Beurteilung nach medizinischen, betriebs- und volkswirtschaftlichen Kriterien Der grösste Vorteil des Belegarzt-Systems für die Patienten ist die freie Arztwahl. Die Patienten wählen sich unabhängig von ihrem Versicherungsstatus ihren Belegarzt wie im Privatspital selbst aus und werden von diesem versorgt. Für Zwischenfälle oder Notfälle sind die Belegärzte weniger gut verfügbar als die angestellten Ärzte. Die laufende Betreuung auf der Station erfolgt deshalb wie im Chefarztspital durch Assistenzärzte.

Der Belegarzt ist in den meisten Fällen Spezialist für die ambulante Versorgung der Patienten und für die Erbringung einfacher Eingriffe mit eindeutiger Diagnose im Spital. Die sehr rasche Wissensvermehrung in der Medizin führt dazu, dass ambulante und stationäre Versorgung der Patienten eigene Spezialgebiete werden, in denen die Überschneidungsmenge immer kleiner wird. In einzelnen Gebieten (vor allem der inneren Medizin) stösst das Belegarzt-System deshalb an seine Grenzen.

Die Belegärzte sind in der Regel keine Image-Träger für das Belegarztspital. Sie sind primär Image-Träger für sich selbst. Das Belegarztspital bezieht sein Renommee primär aus der wahrnehmbaren Service-Qualität. Dabei stehen Nebenleistungen wie der individuelle Fernseher für jeden Patienten, die Freundlichkeit des Personals, das subjektiv sichere Gefühl, der Eindruck gut aufgehoben zu sein, die Kontinuität in der Behandlung/Betreuung im Vordergrund. Der Zustand des Gebäudes, der Apparate etc. gehört genauso dazu.

Im Vergleich zu einem angestellten Arzt, der vollzeitig an einem Spital tätig ist, bringt ein Belegarzt viel weniger Patienten in ein Spital. Um das Spital Grenchen mit rund 70 Betten im reinen Belegarzt-System auslasten zu können, müssten mindestens 40 Ärzte regelmässig in Grenchen ihre Patienten behandeln und betreuen. Diese Anzahl Belegärzte ist in der Region gegenwärtig nicht zu gewinnen, sie wird aber in Anbetracht des kleinen Einzugsgebietes auch inskünftig nicht zu finden sein.

. Finanzielle Konsequenzen	Unter der fiktiven Annahme, dass in der vorgegebenen Variante das gleiche Leistungsvolumen und Spektrum erbracht wird, wie es vom Spital Grenchen 2002 mit angestellten Ärzten erbracht wurden, ergibt sich mit Belegärzten eine Kostenzunahme von Fr. 1'437'000.
<hr/>	
. Handlungsbedarf	Kein Handlungsbedarf: vgl. Fazit
<hr/>	
. Fazit	Die Variante bringt finanzielle keine Vorteile für den Staat und scheitert an der Anzahl verfügbarer Belegärzte im Einzugsgebiet. Sollte der Systemwechsel im Anstellungsverhältnis der Ärzte aus andern als finanziellen Gründen erwogen werden, kommt das Misch-System Belegärzte/angestellte Ärzte in frage. Diese wird in Variante II a diskutiert.

15 Variante IIa; Gemischtes System: Angestellte Ärzte – Belegärzte

15.1 Ausgangslage

- : Medizinisch attraktiv – betriebswirtschaftlich eine Gratwanderung

Wie in der Variante II diskutiert, ist das Belegarzt-Spital mit der Erfüllung seines Grundversorgungsauftrags für eine alternde Bevölkerung und vielen multimorbiden Patienten zunehmend überfordert. Umgekehrt kann das Kleinspital wegen seines beschränkten Patientenvolumens Spezialgebiete nicht mit angestellten Ärzten abdecken. Die Mischvariante, d.h. Anstellung von Ärzten zur Versorgung der Patienten im Bereich der Grundversorgung (innere Medizin, allgemeinen Chirurgie, eventuell Orthopädie) und Beizug von Belegärzten für Spezialgebiete wie Gynäkologie, Urologie, Kardiologie, Onkologie, HNO, plastische Chirurgie, Handchirurgie, etc., bietet aus medizinischer Sicht eine interessante Alternative.

15.2 Beurteilung nach medizinischen, betriebs- und volkswirtschaftlichen Kriterien

Wie schon in den einleitenden Überlegungen zum System des Chefarzt- respektive Belegarzt-Spitals festgestellt wurde, ist die Mischvariante mit grundsätzlichen Problemen behaftet, die bei der Umsetzung spezielle Beachtung erfordern:

- . Zwischen angestellten Ärzten und Belegärzten treffen zwei Kulturen aufeinander, die nur durch ein starkes Management reibungsfrei nebeneinander funktionieren können.
- . Die Belegärzte müssen die Betreuung ihrer Patienten jederzeit selber wahrnehmen können und sie müssen für Notfall-Einsätze auf ihrem Gebiet verfügbar sein.
- . Die Versorgung der grundversicherten Patienten mit Belegärzten ist im Allgemeinen teurer als mit angestellten Ärzten. Die Belegärzte müssen dazu gebracht werden, einen erheblichen Anteil zusatzversicherter Patienten in das Spital zu bringen, um die Mehrkosten der grundversicherten Patienten abzudecken.
- . Um eine Abteilung, die in der Vergangenheit mit angestellten Ärzten betrieben wurde, in Zukunft mit Belegärzten auszulasten, muss eine beachtliche Anzahl von Belegärzten für die regelmässige Tätigkeit am Spital verpflichtet werden. Zur Auslastung der ehemals gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung braucht Grenchen 10 – 15 Belegärzte verschiedener Spezialisierungen. Diese Zahl zu erreichen wird nicht einfach sein, besteht doch für die Belegärzte aus der Region heute schon die Möglichkeit, in der Privatklinik Obach Patienten zu betreuen.

Im übrigen gelten die in der Variante II angestellten Überlegungen betreffend medizinischer Betreuung und Wirtschaftlichkeit.

15.3 Finanzielle Konsequenzen

Eine Schätzung der finanziellen Konsequenzen ist nicht möglich, weil die effektiven Ergebnisse von

- . der Zusammensetzung der Spezialgebiete und deren Anteil,
- . den Patientenzahlen und
- . dem Anteil zusatzversicherter Patienten

abhängen.

Für eine aussagekräftige Plan-Erfolgsrechnung sind zu viele Parameter variabel. Bezug nehmend auf die Varianten I und II müssen wir uns mit der Feststellung begnügen, dass die Variante II mit einem breiten Leistungsspektrum sicher auf Beiträge der öffentlichen Hand im Umfang des Jahres 2002 angewiesen ist.

15.4 Fazit

Wie zwei funktionierende Beispiele im Kanton Aargau zeigen, kann ein Spital die Grundversorgung auf der Basis eines Mischsystems erbringen. Medizinisch hat das Mischsystem den Vorteil, dass die Grundversorgung auch für komplexere Fälle mit einfach- und Mehrfachdiagnosen abgedeckt werden kann und gleichzeitig ein breiteres Spektrum an Spezialgebieten für einfache Diagnosen angeboten werden kann. Betriebswirtschaftlich erfordert das Zusammenspiel von angestellten Ärzten und Belegärzten ein starkes Management, das die zwei Kulturen gewinnbringend nebeneinander führt. Finanziell darf vom Mischsystem für den Defizitgaranten kein Vorteil gegenüber dem Chefarzt-System erwartet werden: Die Leistungserbringung mit Belegärzten kostet je nach Schwergewichten im Angebot etwas weniger, tendenziell aber eher mehr als mit angestellten Ärzten. In der Realität hat das Modell wenig Erfolgschancen, weil es auf eine stattliche Anzahl Belegärzte angewiesen ist, die in der Region Grenchen nicht verfügbar sind oder schon an der Privatklinik Obach engagiert sind.

15.5 Kurzfassung

Variante ► Gemischtes System: Angestellte Ärzte – Belegärzte

. Ausgangslage	Wie in Variante II gezeigt, ist es in Grenchen nicht möglich, genügend Belegärzte gewinnen zu können, um das Spital auf reiner Belegarzt-Basis zu führen. Hinzu kommt, dass die Erfüllung des Grundversorgungsauftrags wegen der zunehmenden Spezialisierung insbesondere in der inneren Medizin mit Belegärzten zunehmend schwieriger wird. Als Zwischenlösung bietet sich die Grundversorgung mit angestellten Ärzten und der Beizug von Belegärzten zur Erweiterung des Leistungsspektrums in Spezialgebieten an.
. Leistungsangebot	Das Leistungsangebot entspricht dem Status Quo, ergänzt um Spezialgebiete wie Gynäkologie, Urologie, Kardiologie, Onkologie, HNO, plastische Chirurgie, Handchirurgie, etc., ergänzt werden.
. Beurteilung nach medizinischen, betriebs- und volkswirtschaftlichen Kriterien	<p>Mit Belegärzten kann auch das kleine Spital ein breites Leistungsspektrum abdecken. Weil die Belegärzte die komplexeren Patienten mit Mehrfachdiagnosen nicht behandeln, ist es aber auf die reibungslose Zusammenarbeit mit dem grösseren Spital in der Region angewiesen.</p> <p>Die Patienten profitieren in den Spezialgebieten von der ärztlichen Wahlfreiheit, nehmen aber in Kauf, dass die Betreuung nicht jederzeit durch den Spezialisten möglich ist. Die Notfall-Versorgung in den Spezialgebieten ist von der Verfügbarkeit der Belegärzte abhängig.</p> <p>Organisatorisch treffen im Mischsystem zwei unterschiedliche Kulturen aufeinander, die nur durch ein starkes Management reibungsfrei nebeneinander funktionieren können.</p> <p>Die Versorgung der grundversicherten Patienten mit Belegärzten ist in der Regel teurer als mit angestellten Ärzten und um die derzeit stillgelegten Betten wieder voll auszulasten, muss es gelingen 10 – 15 Belegärzte in Grenchen zu verpflichten. Diese Zahl zu erreichen wird nicht einfach sein, besteht doch für die Belegärzte aus der Region heute schon die Möglichkeit, in der Privatklinik Obach Patienten zu betreuen.</p>
. Finanzielle Konsequenzen	Je nach Spezialität verteuert sich die Leistungserbringung im Umfang von 0 bis einige hunderttausend Franken. Für das Ergebnis ist entscheidend, ob es gelingt den Anteil zusatzversicherter Patienten zu erhöhen.
. Spitalinfrastruktur	Bedarf je nach Spezialitäten schätzungsweise bis Fr. 1 Mio. für Geräte und Instrumente.

. Investitionsbedarf	Kein Bedarf
. Handlungsbedarf	Akquisition von 10 bis 15 Belegärzten mit regelmässiger Tätigkeit im Spital Grenchen. Stufenweise Wiedereröffnung der geschlossenen Abteilung.
. Fazit	Theoretisch kann das Spital mit dem Mischsystem sein Leistungsangebot erweitern und die vorhandenen Infrastrukturen wieder auslasten. Praktisch dürfte die Variante an der Verfügbarkeit von Belegärzten und am (voraussichtlich erhöhten) Finanzbedarf für die Honorierung der Ärzte scheitern.

16 Variante III: Umwandlung des Spitals in eine Tagesklinik, evtl. zusätzlich mit Übergangspflege sowie Langzeitpflege

16.1 Ausgangslage

Unter dem Begriff „Tagesklinik“ wird im folgenden die teilstationäre Behandlung von Patienten gemäss Verordnung über die Kostenrechnung und Leistungsstatistik (VKL) verstanden. Die Tagesklinik nimmt nebst den eigentlich ambulanten Patienten auch Patienten mit geplantem Eintritt zur Untersuchung, Behandlung und Pflege auf, die anschliessend einer Überwachung und eines Bettes bedürfen aber in der Regel nicht im Spital übernachten (vor 24.00 Uhr austreten). In der Tagesklinik können sowohl chirurgische Eingriffe als auch aufwändige medizinische Therapien (bspw. Chemotherapien) durchgeführt werden.

Die Idee der Tagesklinik zielt darauf ab, einerseits die vorhandenen Infrastrukturen, insbesondere die zwei Operationssäle sinnvoll weiter zu nutzen, andererseits einen Notfall-Betrieb zumindest tagsüber aufrecht zu erhalten. Wie die Realität zeigt, lassen sich aber beide Ziele nur sehr beschränkt realisieren. Die Tagesklinik bringt zwar eine gewisse Nutzung der Operationssäle und die Auslastung einer kleinen Anzahl Betten/Liegen (6 bis 10 Plätze) für die Überwachung mit sich. Eine Auslastung der vorhandenen Stationen bedingt aber ein vielfach höheres ambulantes/teilstationäres Patientenvolumen als es heute in Grenchen gegeben ist. Der Notfall erfordert im Hintergrund einen akut-stationären Betrieb, andernfalls kann er höchstens als Praxis-Notfall mit Verlegungsmöglichkeit ins nächstgelegene Spital realisiert werden (vergleiche dazu Variante V, Modelle A und B).

Die wirtschaftliche Auslastung der Infrastrukturen (nebst den Operationssälen auch Röntgen, Labor, Patientenzimmer, Technik/Informatik) erfordert eine weitere Auslastung des Spitals mit andern Dienstleistungen, weshalb wir die Variante besser als „Medizinisches Zentrum mit Tagesklinik“ bezeichnen.

16.2 Medizinisches Zentrum

Als medizinisches Zentrum wird hier die Kombination einer Tagesklinik für ambulante und kurzstationäre Eingriffe in Kombination mit einem oder mehreren der folgenden Angebote verstanden:

- . Ambulatorium und/oder Gemeinschaftspraxis
- . Offizin (Publikumsapotheke)
- . Übergangspflege für Patienten ohne Bedarf an täglicher ärztlicher Versorgung
- . Physio-, Ergotherapie, Schwangerschaftsberatung etc.
- . Langzeitpflege mit geriatrischer Rehabilitation
- . Orthopädie-Praxis und -Geschäft
- . Praxislabor und Praxisröntgen
- . Wellness-Angebote

Im folgenden werden die verschiedenen medizinischen und paramedizinischen Angebote unabhängig von einander definiert und diskutiert. Die Kombinationsmöglichkeiten in der gegebenen Infrastruktur und an der geografischen Lage des Spitals Grenchen werden am Schluss des Kapitels beurteilt.

16.2.1 Tagesklinik für ambulante und kurzstationäre Eingriffe

Das Operationsvolumen und mithin die Auslastung der Infrastruktur ergibt sich aus dem Patientenpotential und der Zuweisungspraxis des nahegelegenen Spitals und der niedergelassenen Ärzte.

: Theoretisches Potential an ambulanten/tagesstationären Eingriffen

Gemäss H.-T. Panknin, K. Schwemmler, R. Larson (Medizindialog 4/99) können zwei Drittel des heutigen Operationsvolumens grundsätzlich tagesstationär (die Autoren sprechen von ambulantem Operieren) durchgeführt werden. Auch bei den TARMED-Diskussionen ist man davon ausgegangen, dass unter idealen Umständen rund zwei Drittel der tarifierten Eingriffe ambulant durchgeführt werden können. Bezogen auf die effektiven körperlichen Voraussetzungen und die tatsächliche Betreuungssituation halbiert sich das Volumen auf ca. 30 Prozent aller Eingriffe. Gemäss (noch sehr lückenhafter Bundesstatistik) wurden in der Schweiz im Jahr 2001 rund 1'150'000 Eingriffe 23 % teilstationär durchgeführt.

Die Durchführung ambulanter/tagesstationärer Eingriffe stellt verschiedene Ansprüche an Operateur, Spital, Patient und Logistik:

Operateur / Spital

- Bewährte operative Standardmethoden mit geringer Komplikationsgefahr
- Ausreichende Erfahrung und Routine des Operateurs in dem Bereich, in dem er ambulante Eingriffe durchführt
- Fachliche Befähigung des Operateurs, jegliche intraoperative Komplikation oder notwendige Erweiterung infolge einer Befundänderung zu beherrschen um den Eingriff regelrecht abzuschliessen
- Ausreichende Aufklärung der Patienten, ggf. auch unter Miteinbezug des Hausarztes in den Entscheidungsprozess
- Sorgfältige Voruntersuchung zur Operations- und Narkosefähigkeit des Patienten, Ausschluss von Risikopatienten
- Entsprechende hygienische Verhältnisse der Operationsräumlichkeiten, apparative Ausrüstung, Vorhandensein von Fachpersonal mit ausreichendem Ausbildungsstandard
- Statistische Erfassung von Wundheilungsstörungen, Nachblutungen und Hämatombildungen im Rahmen der Qualitätssicherung; mikrobiologische Abklärung von Infektionen

Patient

- Allgemeiner Gesundheitszustand: normaler, gesunder Patient, oder leichte Allgemeinerkrankung ohne Leistungseinschränkung (ASA Klassen I und II)
- Anästhesiologische Kriterien: OP-Dauer max. 60 – 90 Min., minimales Blutungsrisiko, keine Laparotomie, keine intrathorakalen und intrakraniellen Eingriffe, keine Eingriffe mit voraussehbarer Beeinträchtigung der Vitalfunktionen, Beschränkung auf etablierte OP-Techniken
- Soziale Umgebung: Patient muss von einem Familienangehörigen oder einer anderen verantwortungsbewussten erwachsenen Person nach Hause begleitet werden, die erforderlichenfalls auch über Nacht bei ihm bleibt

Logistik

- Zusammenarbeit mit einem Krankenhaus für den Fall, dass eine stationäre Einweisung notwendig ist
- Kinder werden durch Eltern oder eine andere erwachsene Bezugsperson begleitet
- Erwachsene werden in der Regel ebenfalls begleitet. Sie dürfen innerhalb von 24 Stunden nach der Narkose nicht Auto fahren
- Erreichbarkeit des Operateurs oder einer qualifizierten Vertretung in der postoperativen Phase durch den Patienten sowie Bereitschaft des Operateurs zu Hausbesuchen

Kriterien für die Entlassung nach ambulanten Eingriffen

- Stabile Vitalfunktionen für mind. 30 Minuten, keine neu auftretenden Symptome nach der Operation, keine Blutungen, nur geringe Übelkeit für mindestens 30 Minuten, keine Schwellungen oder Beeinträchtigung der operierten Extremität, klarer Urin nach Zystoskopie, Orientierung zu Zeit/Ort/Person, nur geringe Benommenheit beim Anziehen, postoperative Schmerzen durch orale Analgetika beherrschbar
-

Nach Fachgebieten können die Möglichkeiten der ambulanten oder tageschirurgischen Tätigkeit wie folgt eingegrenzt werden:

- HNO
- Knochen- und Gelenkchirurgie
- Traumatologie
- Handchirurgie
- Gynäkologie
- Urologie
- Ophthalmologie

: Das Patientenpotential in der Region Solothurn-West

In Grenchen wurden im Jahr 2002 1471 Operationen unter Anästhesie (allgemeine, lokale oder lumbale Anästhesie) durchgeführt. Bei rund 30 Prozent tagesstationär oder ambulant durchführbaren Eingriffen ergeben sich für Grenchen rund 490 Operationen. Berücksichtigt man, dass die tagesstationär oder ambulant durchführbaren Operationen in der Regel die zeitlich kürzeren sind, sinkt das Operationsvolumen gegenüber 2002 auf 20 bis 25 %. D.h. die zwei ausgerüsteten Operationssäle könnten an 1 bis maximal 2 Operationstagen pro Woche betrieben werden.

Um beide Operationssäle weiterhin regelmässig auszulasten, müsste die ambulante/tagesstationäre Patientenzahl massiv gesteigert werden, was nur unter idealen Bedingungen erreichbar ist:

- Die Patienten aus dem ganzen Einzugsgebiet Solothurn-West sind bereit, zur Behandlung ins Spital Grenchen zu fahren und eine Begleitperson zu organisieren, die sie am Eingriffs-/Behandlungstag dort abholt
- Das Spital Grenchen wird als Kompetenzzentrum akzeptiert
- Die entsprechende Konkurrenz in Solothurn fehlt
- Das Bürgerspital Solothurn behandelt alle potentiellen Fälle in Grenchen

- Die Verteilung der Fälle zwischen Solothurn und Grenchen wird von den Ärzten in beiden Spitälern akzeptiert und es gibt klare Vorgaben über den Anteil teilstationärer Eingriffe/Behandlungen seitens Spital/Kanton
- Die teilstationär behandelten Patienten sind gegenüber den stationär behandelten finanziell nicht benachteiligt (Selbstbehalt)
- Das Spital ist durch den ambulanten/teilstationären Tarif nicht benachteiligt

Unter den genannten Bedingungen kann eine Auslastung der zwei Operationssäle an drei bis vier Tagen erreicht werden:

Anzahl Patientenbehandlungen/-eingriffe mit Anästhesie Spital Grenchen (2002)	ca. 1500/a
Anzahl Patientenbehandlungen/-eingriffe mit Anästhesie Bürgerspital Solothurn (2002)	ca. 5500/a
Total	ca. 7000/a
Davon teilstationär/ambulant durchführbar (20 %)	ca. 1400/a

Eine regelmässige Auslastung der Operationssäle in Grenchen mit ambulanter/tagesstationärer Operationstätigkeit bedingt zwingend eine formelle Zusammenarbeit mit dem Bürgerspital Solothurn. Die diesbezüglichen Möglichkeiten werden in Variante V diskutiert. Eine Anstellung von Ärzten für die ambulanten Operationen durch das Spital Grenchen ist nicht möglich, weil das erforderliche Leistungsspektrum zu breit ist..

In der vorliegenden, vom Bürgerspital Solothurn unabhängige Variante „Medizinisches Zentrum Grenchen“ bleibt der sporadische Betrieb der Operationssäle auf privater Basis übrig.

- Volumen anderer (nicht operativer) ambulanter/teilstationärer Spitalbehandlungen

Die ambulanten/teilstationären medizinischen Spitalbehandlungen wie Endoskopien, Chemotherapien, Zytostatika-Behandlungen können auf privater Basis von Ärzten angeboten werden, die Ihre Praxis im medizinischen Zentrum ansiedeln.

16.2.2 Ambulatorium und/oder Gemeinschaftspraxis

Grundsätzlich kann die öffentliche Hand im „Medizinischen Zentrum Grenchen“ selbst ein Ambulatorium mit Allgemeinpraktikern betreiben oder geeignete Praxisräume an niedergelassene Ärzte vermieten und

ihnen die Organisation eines 24-Stunden Notfalls übertragen. Ohne akut-stationären Betrieb im Hintergrund gibt es aber für die öffentliche Hand keinen Grund, ein Ambulatorium mit angestellten Ärzten selbst zu betreiben. In der vorliegenden Variante gehen wir deshalb davon aus, dass die Träger des „Medizinischen Zentrums Grenchen“ geeignete Praxisräume an private Ärzte vermietet, die aus eigenem Interesse eine Praxisgemeinschaft mit Notfallbetrieb einrichten. Die Vermietung von geeigneten Praxisräumen an selbständig erwerbende Ärzte kann erfolgreich sein, weil damit teure Infrastrukturen im Sinne einer Praxisgemeinschaft gemeinsam genutzt und finanziert werden können.

Wichtigste Voraussetzungen für den Erfolg einer Praxisgemeinschaft im „Medizinischen Zentrum Grenchen“ sind die Konkurrenzfähigkeit der Praxismieten, die Attraktivität des weiteren Angebotes im „Medizinischen Zentrum Grenchen“, und der Wechsel von Praxisinhabern resp. die Aufgabe bestehender Praxen in Grenchen.

Die geografische Lage der Praxen spielt, wie zahlreiche Beispiele im Ausland (etwa die Ärztehäuser oder Praxisgemeinschaften in Stuttgart, Gütersloh, Weilrod Deutschland) zeigen, eine untergeordnete Rolle. Die Attraktivität der Praxisgemeinschaft für die Patienten hängt eher von der Anbindung an ein Spital ab, das nötigenfalls die teilstationäre oder stationäre Versorgung garantiert. Auch die Krankenkassen sind zunehmend an vernetzten Strukturen interessiert, die insgesamt ein umfassendes Angebot bereitstellen. Sie werden in näherer Zukunft mit umfassenden Netzwerken Sonderverträge (im Sinne der Preferred-Provider) abschließen.

Der erklärte Vorteil der Praxisgemeinschaften beruht in der gemeinsamen Nutzung teurer Infrastrukturen (Tages-OPS, Röntgen, Labor, EKG, Informatik, Sekretariat, Anmeldung). Ein oft erwähnter Vorteil ist die Erweiterung des medizinischen Sachverständnisses in der Gemeinschaft.

• Mieter der Praxen im „Medizinischen Zentrum Grenchen“

Als Mieter der Praxen im „Medizinischen Zentrum Grenchen“ kommen grundsätzlich Allgemeinpraktiker genauso in Frage wie Spezialisten jeder Fachrichtung. Regelmässig in Praxisgemeinschaften anzutreffen sind Vertreter der allgemeinen inneren Medizin, der Gynäkologie, Onkologie, Kardiologie, Urologie. Als attraktivitätssteigernde Ergänzung kommen zu den ärztlichen Praxen in Frage:

- . Zahnarztpraxis
- . Orthopädie-Fachgeschäft
- . Apotheke als Anziehungspunkt und Servicedienstleistung
- . Wellness-Center

Der Raumbedarf für eine Praxis bewegt sich in den existierenden Beispielen zwischen 130 und 250 m², aufgeteilt in 4-6 Räume inkl. Nasszelle.

16.2.3 Langzeitpflege, Übergangspflege und rehabilitative Aufbaupflege

: Begriff Langzeitpflege

Die stationäre Langzeitpflege wird in der Regel für alte Menschen, seltener für jüngere bspw. Multiple Sklerose-Patienten eingerichtet, die bis zu ihrem Tod auf pflegerische Hilfe angewiesen sind. Der Pflegeaufwand wird in der ganzen Schweiz durch die Einstufung jedes einzelnen Patienten (vornehmlich anhand des RAI/RUG Systems) gemessen und vergütet.

: Begriff Übergangs-, respektive Überleitungspflege

Der Begriff „Übergangspflege“ stammt ursprünglich aus der Psychogeriatric und bedeutet ein psychogeriatrisches rehabilitatives Konzept, das den betroffenen Menschen möglichst rasch vom Krankenhaus in seine gewohnte Umgebung bringen will. Behandelt werden Patienten über dem 60. Lebensjahr mit psychiatrischen Krankheiten oder psychischen Begleiterscheinungen somatischer Krankheiten.

Der Begriff Übergangspflege wird vor allem in der Schweiz oft synonym mit dem Begriff „Überleitungspflege“ verwendet. Im Rahmen der Variante „Medizinisches Zentrum Grenchen“ ist das Konzept der Überleitungspflege sicher passender als die Übergangspflege im eigentlichen Sinne des Wortes. „Die Überleitungspflege soll, eine Verbindung zwischen Krankenhaus, sozialen Einrichtungen und dem Zuhause schaffen, den Patienten optimal in seine gewohnte Lebensform begleiten und die pflegenden Vertrauenspersonen unterstützen“ (Dr. Silvia Stöger, Gesundheitslandesrätin Linz). Realisiert wird dies durch die unmittelbare Betreuung des Patienten durch ein und dieselbe Betreuungsperson bereits im Krankenhaus, sowie die Begleitung vom Krankenhaus in eine andere Betreuungsform und die Übernahme der Versorgung in der anderen Betreuungsform in begrenztem Zeitraum.

Die Überleitungspflege umfasst:

- . Festlegen der Hilfsbedürftigkeit
- . Sicherung der Informationsfreigabe
- . Pflegerische Versorgung des Patienten im Krankenhaus
- . Koordination der Entlassung
- . Beschaffung von Hilfsmitteln
- . Pflegerische Versorgung der Patienten im häuslichen Bereich in einem begrenzten Zeitraum
- . Sicherstellung der Wochenendversorgung bei kurzfristiger Entlassung
- . Einweisung und Abgabe an den ambulanten Pflegedienst der Region

: Rehabilitative Aufbaupflege / geriatrische Rehabilitation

Im Unterschied zur Überleitungspflege, welche an eine Akutbehandlung im Spital anschliesst, zielt die rehabilitative Aufbaupflege darauf ab, hilfs- und pflegebedürftige Personen aus dem Spital oder von Zuhause pflegerisch und therapeutisch aufzubauen, so dass das Ausmass ihrer Abhängigkeit von Dritten stabilisiert oder verbessert werden kann. Durch die rehabilitative Aufbaupflege sollen die Betroffenen befähigt werden, die Anforderungen des täglichen Lebens möglichst selbständig zu bewältigen und eventuell erlittene Behinderungen in den Alltag zu integrieren und zu akzeptieren. Der Erfolg der Pflege kann anhand des FIM-Indexes (Functional Independence Measure) gemessen werden. Er lässt sich vor allem in den Bereichen der selbständigen Fortbewegung, der Kontinenz und der selbständigen Körperpflege nachweisen. Fortschritte wurden auch in der Kommunikationsfähigkeit und den kognitiven Fähigkeiten gemessen.

: Kurzzeitpflege

Die Kurzzeitpflege ist ein Angebot zur Entlastung und Stützung von pflegenden Angehörigen und der ambulanten Dienste. Die Aufnahme ist für Personen die der Betreuung und Pflege bedürfen reserviert. Die Betreuungszeit ist befristet (bspw. auf 4 Wochen maximal). Die Patienten müssen in der Lage sein, in ihre gewohnte Pflegeumgebung zurück zu kehren. Der Tarif richtet sich nach der tatsächlichen Pflegebedürftigkeit des Patienten.

: Angebotskonzept für Grenchen

Im Falle der Schliessung der akut-stationären Abteilung in Grenchen könnte ein umfassendes, bedarfsorientiertes Angebot an Überleitungspflege, rehabilitativer Aufbaupflege, Kurzzeit- und Langzeitpflege aufgebaut werden. Aus Sicht der Wirtschaftlichkeit müsste eine solche Station mindestens 40 Betten umfassen.

Eine auf Überleitungspflege spezialisierte Station könnte sowohl die Patienten übernehmen, die heute auf einen geeigneten Langzeit-Pflegeplatz in den 24 „Pufferbetten“ des Bürgerspitals Solothurn warten, ausserdem auch Patienten aus der Region, die für ihre Rückkehr in ein Heim oder nach Hause vorbereitet werden müssen.

Eine Langzeitpflege-Station könnte sowohl „eigene“ Langzeitpatienten betreuen als auch privat oder ambulant versorgte Langzeitpatienten kurzzeitig (d.h. für 1 – 8 Wochen) pflegen. In der Langzeitpflege ist auch die Erbringung von speziellen pflegerischen Angeboten (bspw. bei Demenz- und Alzheimer-Patienten) angezeigt, wenn der entsprechende Bedarf in der Region vorhanden ist. Das Spital Region Oberaargau SRO bietet im Langzeitbereich beispielsweise folgende Leistungen an:

- Langzeitpflege mit erhöhten Anforderungen
Betreuung und Begleitung in komplexen Pflegesituationen, Sterbebegleitung

- **Langzeit-Psychogeriatric**
Chronische psychogeriatric Erkrankungen mit instabilem Verlauf, fortgeschrittene psychogeriatric Erkrankungen (Alzheimer), die permanente Betreuung und Überwachung erfordern
 - **Langzeitrehabilitation**
Notwendige Rehabilitationsmassnahmen zur Förderung der Selbstständigkeit sowie zur Erhaltung und Verbesserung der Lebensqualität
 - **Kurzzeitaufenthalte (Ferienbetten) bis zu acht Wochen pro Jahr**
- **Bedarf gemäss Heimplanung im Kanton**

Die kantonale Heimplanung hält explizit als Ziel fest, dass der Heimeintritt so spät wie möglich erfolgen soll. Mit präventiven Massnahmen und Instrumenten zur Erhaltung der Eigenständigkeit der alternden Bevölkerung soll die Pflege im Heim so lange als möglich und wirtschaftlich tragbar hinausgeschoben oder vermieden werden. Ausdrücklich erwähnt wird in der Heimplanung der Stellenwert, welcher der Prävention und der ambulanten Pflege (Spitex) zukommt. Die einleitend erwähnten Instrumente (Überleitungspflege, geriatric Rehabilitation und Kurzzeitpflege) gehören aus Sicht der stationären Versorgung zu diesem Angebot und unterstützen das Ziel der Erhaltung der Eigenständigkeit. Sie tragen zur Verwischung der heute noch relativ klaren Grenze zwischen ambulanten und stationären Angeboten bei, wie dies auch in der Konzeption der Heime gefordert wird (Heimplanung 2005 des Kantons Solothurn, S. 33). Im Falle der Kurzzeitpflege wird anerkanntermassen eine Unterstützung für die Pflege durch Angehörige geleistet.

Der Bedarf an Langzeit-Pflegebetten ist gemäss Heimplanung 2005 bei konservativer Schätzung im „Kreis Grenchen“ gedeckt; mit der aktuellen Bettenzahl besteht weder Bedarf noch Überschuss. Das bestehende Angebot von 160 Betten (= 2% der über 80 Jährigen Einwohner) wird von zwei öffentlichen Institutionen der Stadt Grenchen erbracht. Die Institutionen sind gemäss Auskunft des zuständigen Amtes kapazitätsmässig und baulich geeignet, neuere Pflegekonzepte zur Förderung der Eigenständigkeit externer Patienten aufzubauen und anzubieten. Die neuen Pflegekonzepte schränken mittelfristig den Bedarf an Pflegebetten auch bei steigender Überalterung ein. Kurz- bis mittelfristig ist der Bedarf an Pflegebetten direkt von der allgemeinen Konjunkturlage abhängig und unterliegt grossen Schwankungen: Im Falle einer Rezession kann bei einer Verzögerung von 1 bis 2 Jahren mit einem ausgeprägten Rückgang der Nachfrage nach Pflegebetten gerechnet werden. Vor allem ältere Personen im erwerbsfähigen Alter, die ihre Stelle verlieren und Mühe haben, wieder eine Stelle zu bekommen, sind bereit ihre Angehörigen selbst zu pflegen. Anfangs der Neunziger Jahre stand gesamtschweizerisch ein grosser Teil der verfügbaren Pflegebetten leer. Man machte sich ernsthafte Gedanken über Heim-schliessungen. Die verbesserte Konjunkturlage in der Mitte der neunziger Jahre führte zu einem neuen

Bettenbedarf, der zur Neueröffnung und Erweiterung zahlreicher Heime führte. Gegenwärtig droht das Angebot wieder in einen Überhang umzukippen.

16.2.4 Private Angebote zur Ergänzung der Tagesklinik

Weitere, private Angebote ergeben sich teilweise direkt aus dem gegenwärtigen Spitalbetrieb. Sie tragen wesentlich zur Auslastung der bestehenden Infrastruktur bei und könnten das Image des „Medizinischen Zentrums Grenchen“ fördern indem sie eine grosse Bevölkerungszahl ansprechen.

- Praxislabor und Praxisröntgen
- Physio-, Ergotherapie, Schwangerschaftsberatung etc.
- Offizinapotheke (Publikumsapotheke)
- Orthopädie-Praxis und –Geschäft
- Wellness-Angebote

Die Angebote sollen von privaten Praxisbetreibern, evtl. einem Teil des bestehenden Personals aufgebaut werden. Die Trägerschaft des „Medizinischen Zentrums Grenchen“ sorgt für eine sinnvolle konzeptionelle Integration der Angebote.

16.3 Beurteilung des Medizinischen Zentrums Grenchen nach medizinischen, betriebs- und volkswirtschaftlichen Kriterien

Die Tagesklinik gibt der Variante zwar den Namen, ihre Realisierung ist aber für das „Medizinische Zentrum Grenchen“ keine Bedingung. Im Gegenteil: erst die breite Nutzung mit stationären pflegerischen Angeboten durch die öffentliche Hand und der Betrieb verschiedener Praxen und Geschäfte sichert eine wirtschaftliche Umnutzung des Spitals.

- Anlaufschwierigkeiten

Während der Aufbau einer stationären Pflegeinstitution weitgehend vom politischen Willen der Berggemeinde(n) abhängt, ist die Ansiedlung von neuen Praxen im Spital Grenchen trotz medizinischen und betrieblichen Vorteilen nicht selbstverständlich. Die seit 2003 existierende Bedürfnisklausel für Neueröffnungen von Arztpraxen schränkt die Neuzulassung ein. Der Transfer von bestehenden Praxen in eine grössere Praxisgemeinschaft braucht aber, wie vergleichbare Projekte zeigen, Zeit.

: Zukünftige Chancen

Die zentralisierte und vernetzte Struktur entspricht den „Konsumgewohnheiten“ der modernen Patienten. Diese wünschen sich eine Anlaufstelle, wo sie jederzeit kompetent bedient und nach Bedarf an den entsprechenden Spezialisten weitergeleitet werden.

Die Versicherungen haben diesen Bedarf erkannt und begegnen ihm mit den eigenen „Gesundheitszentren“. Ihr Angebot leidet aber sowohl bei der Mehrzahl der Versicherten als auch beim angestellten Medizinalpersonal unter dem Nimbus der Sparmedizin. Die Gesundheitszentren der Krankenkassen sind keine echte Alternative zum Hausarzt und den Spezialisten. Ein im Spital eingerichtetes, privates Gesundheitszentrum könnte dem modernen Kundenwunsch nach breiter Abdeckung der medizinischen Bedürfnisse und dem Wunsch nach praxisnaher, erstklassiger Medizin gerecht werden.

: Privat betriebene Tagesklinik

Weil in der Variante „Medizinisches Zentrum Grenchen“ von einer privaten Nutzung der bestehenden OPS-Kapazitäten ausgegangen wird, kann auf die Bewertung der Betriebskosten verzichtet werden. Interessant für diese Variante sind die Investitionskosten für die Realisierung des medizinischen Zentrums. Die Bewertung der Betriebskosten wird in der Variante V „Zusammenarbeit der Spitäler Grenchen und Solothurn“ erheblich.

: Umfassendes Pflegeangebot

Gemäss Bedarfsplanung des Kantons, Einschätzung des zuständigen Amtes der Stadt Grenchen und allgemeinen konjunkturellen Aussichten ist nebst den zwei existierenden Heimen mit je 80 Betten in Grenchen und einem Heim in Bettlach mit 60 Betten mittelfristig (3-5 Jahre) kein Bedarf an zusätzlichen Pflegebetten auszumachen. Neue Pflegeangebote werden wirtschaftlicher von den bestehenden Institutionen aufgebaut und angeboten.

: Praxisgemeinschaft

Die Neueröffnung einer Praxis ist sehr teuer. Der neue ambulante Arzt- und Spitaltarif TARMED ist so konstruiert, dass der individuelle Aufbau der Infrastrukturen (Röntgen, Labor, Empfang, Sekretariat, Informatik etc.) finanziell weitgehend uninteressant wird. Dementsprechend schwierig wird es, Fremdgeld für den Aufbau einer Praxis zu erhalten.

Die gemeinsame Nutzung der Infrastrukturen lässt einerseits Teilzeittätigkeiten zu, andererseits bietet sie einen finanziellen Vorsprung auf künftige allgemeine Teuerungen und zu erwartende Tarifiereduktionen (Taxpunktwert-Senkungen) infolge unaufhaltbarer Mengenentwicklung in der ambulanten Versorgung.

Der gemeinsame private Betrieb eines Praxisnotfalls ist auf der Basis von TARMED finanziell interessant und in der Gemeinschaft und einem erweiterten Netzwerk gut organisierbar.

Die Praxisgemeinschaft ist durch ihre Vernetzung mit der Tagesklinik und der Langzeit-Pflege gut gerüstet für die Einschränkung der Vertragsabschluss-Freiheit der Krankenversicherer. Sie kann mit anderen niedergelassenen Ärzten ein umfassendes Netzwerk mit kompletter ambulanter und teilstationärer Versorgung anbieten.

16.4 Finanzielle Konsequenzen des „Medizinischen Zentrums Grenchen“

Die Variante bedeutet eine komplette Zweckänderung des Spitals Grenchen. Das medizinische Zentrum geht ganz in die finanzielle Verantwortung der Trägergemeinde(n) über. Damit entfallen die jährlichen Betriebsbeiträge des Kantons an das Spital Grenchen. Dem Kanton bleiben die Ausbaurkosten für das „Medizinische Zentrum Grenchen“ und erhöhte Betriebskosten im Bürgerspital Solothurn. H Focus hat für den Fall der Schliessung des Spitals Grenchen eine jährliche Ersparnis für den Kanton von ca. Fr. 5 Mio errechnet. Unseres Erachtens ist diese Schätzung zu optimistisch (vgl. Kapitel 9 „zentrale oder dezentrale Versorgung“). Einerseits wird das Ausmass der Skalenerträge optimistisch eingeschätzt, andererseits müssen im Falle der Umsetzung der 2. KVG-Revision die Sockelbeiträge auch an Privatpatienten bezahlt werden, die sich in privaten Listenspitälern behandeln lassen. Nach unserem Dafürhalten reduziert sich bei konstanter Patientenzahl der Aufwand für die Versorgung der Patienten durch die Umnutzung des Spitals Grenchen längerfristig nicht. Die Investitionskosten für die Realisierung des medizinischen Zentrums und die Anschubfinanzierung (Ausfall von Mieterträgen und mangelnde Erträge aus den Infrastrukturen) können ohne Konkretisierung des Angebots und ohne Baukostenstudie nicht geschätzt werden. Die Grössenordnung der Kosten für die Umnutzung des Spitals kann anhand der Studie zur Umnutzung des Spitals Breitenbach auf Fr. 10 - 20 Mio. geschätzt werden.

16.5 Fazit

So bestechend auf den ersten Blick der Aufbau eines medizinischen Zentrums um eine Tagesklinik herum sein mag, so schwierig ist es, wie die zahlreichen gescheiterten Beispiele in der Schweiz zeigen, diese Variante zu realisieren. Die Schwierigkeiten ergeben sich für

- die Tagesklinik durch fehlende tarifliche Anreize, Mangel an fachlichem Können und Interesse an ambulanter Operationstätigkeit, bestehende Konkurrenz in der nahegelegenen Privatklinik, Mangel an Interesse und schlechte Voraussetzungen bei den älteren Patienten,
- Labor und Röntgen durch den Wegfall des Auftragsvolumens durch den stationären Akutbetrieb und den Bedarf an einem entsprechend grösseren Auftragsvolumen seitens der niedergelassenen Ärzte,

- das neue, stationäre Pflegeangebot durch den zweifelhaften Bedarf an zusätzlichen Kapazitäten angesichts des existierenden Angebots,
- die Praxisgemeinschaft aus dem hohen Zeitbedarf um neue Praxen/medizinische Fachgeschäfte an zu siedeln.

Die Realisierungschancen sind für den stationären und den ambulanten Bereich unterschiedlich gut. Die konjunkturelle Entwicklung spricht gegen eine rasche Bedarfszunahme an neuen stationären Pflegeplätzen. Der gegenwärtige Bedarf kann auch bei ändernden Ansprüchen durch die bestehenden Institutionen gedeckt werden. Im ambulanten Bereich weisen die unaufhaltsam steigenden Kosten den Weg zur Gemeinschaftspraxis. Alternative Versicherungsmodelle mit einer Einschränkung des Angebotes und einer Vernetzung der Leistungserbringer werden sich allmählich auf breiter Front durchsetzen. Weil das System „Gesundheitswesen“ insgesamt aber sehr träge auf monetäre Änderungen reagiert, braucht es eine längere Anlaufzeit, bis derlei Netzwerke mit grossen Versicherten-Zahlen entstehen. Das medizinische Zentrum braucht Zeit, bis es ausgelastet und selbsttragend betrieben werden kann. Je früher die Trägerschaft auf dieses Variante einschwenkt, desto länger muss sie eine Anschubfinanzierung bereitstellen, respektive mit brach liegenden Infrastrukturen rechnen.

16.6 Kurzfassung

Variante ▶ Umwandlung des Spitals in eine Tagesklinik, evtl. zusätzlich mit Übergangspflege sowie Langzeitpflege (=“Medizinisches Zentrum Grenchen“ mit Tagesklinik)

. Ausgangslage	Bei der Diskussion der Variante haben sich die Experten nicht auf die Tagesklinik und Übergangs/Langzeitpflege beschränkt, sondern verschiedene Möglichkeiten geprüft, um das Spital Grenchen in ein medizinisches Zentrum ohne akut-stationäre Versorgung umzuwandeln. Der Umfang der vorhandenen Infrastrukturen erfordert für eine angemessene Auslastung auf jeden Fall ein stationäres Angebot mit mindestens 50 Betten. Zusätzlich muss es gelingen, verschiedene Praxen am Spital anzusiedeln. Wird eine Auslastung der vorhandenen medizin-technischen Infrastrukturen angestrebt, ist dies nur in verbindlicher Zusammenarbeit mit dem Bürgerspital Solothurn möglich. Diese Möglichkeit wird in Variante V diskutiert.
. Leistungsangebot	Tagesklinik für ambulante und kurzstationäre Eingriffe in Kombination mit einem oder mehreren der folgenden Angebote: Gemeinschaftspraxis, Übergangspflege für Patienten ohne Bedarf an täglicher ärztlicher Versorgung, Langzeitpflege mit geriatrischer Rehabilitation, Praxislabor und Praxisröntgen, Publikumsapotheke, Physio-, Ergotherapie, Orthopädiepraxis und –geschäft, Wellnessangebote.

. Beurteilung nach medizinischen, betriebs- und volkswirtschaftlichen Kriterien

Tagesklinik: Eine regelmässige Auslastung der Operationssäle in Grenchen mit ausschliesslich ambulanten/tagesstationären Eingriffen bedingt zwingend eine formelle Zusammenarbeit mit dem Bürgerspital Solothurn. Die diesbezüglichen Möglichkeiten werden in Variante V diskutiert. Alternativ kommt im „Medizinischen Zentrum Grenchen“ nur der sporadische Betrieb eines Operationssaals auf privater Basis durch Ärzte mit Praxis im Spital Grenchen oder in der Nähe in Frage.

Praxisgemeinschaft und ähnliche Angebote: Die Vermietung von geeigneten Praxisräumen an selbständig erwerbende Ärzte kann erfolgreich sein, weil damit teure Infrastrukturen im Sinne einer Praxisgemeinschaft gemeinsam genutzt und finanziert werden können. Voraussetzungen für den Erfolg einer Praxisgemeinschaft im „Medizinischen Zentrum Grenchen“ sind die Konkurrenzfähigkeit der Praxismieten, die Attraktivität des weiteren Angebotes im „Medizinischen Zentrum Grenchen“ und die bevorstehenden Wechsel von Praxisinhabern in Grenchen. Die geografische Lage der Praxen spielt eine untergeordnete Rolle. Die Attraktivität der Praxisgemeinschaft hängt für Patienten und zunehmend auch für Krankenversicherer von der Anbindung an ein Spital ab, mit dem die teilstationäre oder stationäre Versorgung koordiniert wird.

Pflegeangebote: Der Bedarf an Langzeit-Pflegebetten ist im „Kreis Grenchen“ gemäss Heimplanung 2005 bei konservativer Schätzung angemessen gedeckt. Das bestehende Angebot von 160 Betten (= 2% der über 80 Jährigen Einwohner) wird von zwei öffentlichen Institutionen der Stadt Grenchen erbracht. Dazu kommt ein weiteres Pflegeheim in Bettlach. Die Institutionen sind gemäss Auskunft des zuständigen Amtes kapazitätsmässig und baulich geeignet, neuere Pflegekonzepte zur Förderung der Eigenständigkeit externer Patienten aufzubauen und anzubieten. Die neuen Pflegekonzepte schränken mittelfristig den Bedarf an Pflegebetten auch bei steigender Überalterung ein. Kurz- bis mittelfristig ist der Bedarf an Pflegebetten mit einer zeitlichen Verzögerung von 1 bis 2 Jahren direkt von der allgemeinen Konjunkturlage abhängig und unterliegt grossen Schwankungen. In der gegenwärtigen konjunkturellen Lage dürfte die Nachfrage eher rückläufig sein.

. Finanzielle Konsequenzen

Die Variante bedeutet eine komplette Zweckänderung des Spitals Grenchen. Das medizinische Zentrum geht ganz in die finanzielle Verantwortung der Trägergemeinde(n) über. Für den Kanton fallen die Ausbaurkosten und erhöhte Betriebskosten im Bürgerspital Solothurn an. Die jährlichen Subventionen für den Betrieb des Spitals Grenchen entfallen mit der Umnutzung. Über die Ersparnis für den Kanton in der stationären Akutversorgung gehen die Einschätzungen von H Focus (Einsparungen von Fr 5 Mio/a) und den Autoren der vorliegenden Studie (längerfristig kaum Einsparungen realisierbar) auseinander.

Die Umbaukosten und Kosten für die Anschubfinanzierung (Ausfall von Mieterträgen und mangelnde Erträge aus den Infrastrukturen) können in Analogie zur Umnutzungsstudie Breitenbach auf Fr. 10 – 20 Mio. geschätzt werden.

. Spitalinfrastruktur	Finanzierung durch die neuen, privaten Nutzer.
-----------------------	--

. Investitionsbedarf	Einbau von Praxen mit gemeinsamer Infrastruktur-Nutzung, neue Pflegestationen mit Therapie- und Aufenthaltsmöglichkeiten.
----------------------	---

. Handlungsbedarf	Sorgfältige Prüfung des Bedarfs an Pflegebetten und Ermittlung der Nachfrage nach Arztpraxen mit gemeinsamer Infrastruktur-Nutzung im umgenutzten Spital Grenchen. Sorgfältige Prüfung der Folgekosten im Bürgerspital für die Aufnahme der auf 20 % geschätzten, zusätzlichen stationären und ambulanten Patienten.
-------------------	--

. Fazit	<p>Die Idee des medizinischen Zentrums mit Tagesklinik wirkt bestechend, ist aber mit zahlreichen Schwierigkeiten behaftet, die eine Umsetzung risikoreich machen:</p> <p>Für die Tagesklinik sind die tariflichen Anreize falsch gesetzt. Das Interesse an ambulanter Operationstätigkeit und das fachliche Können ist dementsprechend gering, zudem besteht bereits private Konkurrenz in der nahegelegenen Privatklinik Obach.</p> <p>Für Labor und Röntgen wird das Auftragsvolumen beim Wegfall des stationären Akutbetriebs zu klein. Die Infrastrukturen müssen, um kostendeckend arbeiten zu können, verkleinert werden.</p> <p>Für das zusätzliche stationäre Pflegeangebot fehlt in den kommenden Jahren in Grenchen voraussichtlich der Bedarf, neue Angebote können auch von bestehenden Institutionen angeboten werden.</p> <p>Für das Ansiedeln neuer Praxen/medizinischer Fachgeschäfte im medizinischen Zentrum braucht es möglicherweise Jahre.</p>
---------	--

17 Variante IV: Teilprivatisierung oder Privatisierung des Spitals mit der Möglichkeit Leistungen anzubieten, die in der Spitalregion, im benachbarten Kanton BE und im Kanton SO bisher nicht angeboten werden

17.1 Ausgangslage

Als „Teilprivatisierung“ definieren wir im folgenden die Umwandlung der Rechtsform des Spitals von der Stiftung in eine andere privatrechtliche Form – am ehesten in eine Aktiengesellschaft – mit bleibendem sozialen Leistungsauftrag, d.h. insbesondere Aufnahmepflicht für alle Patienten. Als „Privatisierung“ definieren wir den Verkauf des Spitals an einen privaten Investor und gänzlichem Verzicht auf staatliche Aufträge.

Erteilt der Staat einer teilprivatisierten Institution einen sozialen Leistungsauftrag, so muss er diesen auch bezahlen. Die finanzielle Last des Staates ändert dadurch a priori nicht. Als Beispiel hierfür kann nochmals das Claraspital in Basel erwähnt werden, ein Diakonissenhaus, das in der Form einer Aktiengesellschaft gegen staatliche Beiträge einen öffentlichen Auftrag erfüllt. Da die vorliegende Variante darauf abzielt, den Staat von seinen finanziellen Verpflichtungen gegenüber dem Spital Grenchen zu befreien, behandeln wir im Folgenden nur noch die „echte“ Privatisierung mit dem Ziel, aus dem Spital ein gewinnbringendes, vom Staat unabhängiges Unternehmen zu machen.

Mit der Variante der „echten“ Privatisierung will der Staat die Arbeitsplätze erhalten, gleichzeitig aber das bestehende Angebot nicht konkurrenzieren und keine Subventionen mehr leisten.

17.2 Beurteilung nach medizinischen, betriebs- und volkswirtschaftlichen Kriterien

: Geografische Voraussetzungen für den Aufbau einer Privatklinik

Eine Privatklinik, die gemäss Vorgaben zur vorliegenden Variante nicht in Konkurrenz mit Angeboten im Kanton Solothurn und dem angrenzenden Kanton Bern treten darf, ist auf Patienten aus der ganzen Schweiz und dem Ausland angewiesen. Der Aufbau eines nationalen Renommées erweist sich als schwieriges und vor allem langfristiges Vorhaben. Die Bevölkerungsdichte und -zahl des „natürlichen“ Einzugsgebietes begünstigt den Aufbau einer Spezialklinik wesentlich, weil der Informations- und Werbeaufwand auf die Region konzentriert werden kann und die Mund-zu-Mund-Propaganda rascher eine grosse Anzahl potentieller Patienten erreicht. So profitiert beispielsweise die Klinik Pyramide eindeutig von ihrem exponierten Standort am Rand der Stadt Zürich (Einzugsgebiet > 1 Million Einwohner), während die Klinik Mammern an geografischer Randlage am Bodensee einen zusätzlichen Werbeaufwand betreiben muss. Der Standort Grenchen ist in diesem Sinne eindeutig auf der benachteiligten Seite.

Das Anwerben von Ärzten mit nationalem Renommee hängt hauptsächlich vom erzielbaren Einkommen und von der Attraktivität alternativer Arbeitsplätze ab. Einkommensnachteile können in Städten durch andere Standort-Attraktivitäten kompensiert werden. Auf dem Land wird es äusserst schwierig, bei tieferem Lohn renommierte Ärzte zu finden. Untersuchungen im Bereich der Ophthalmologie im Kanton Bern haben dies gezeigt.

: Mögliche medizinische Angebote im Rahmen der Vorgaben

Im Rahmen der einschränkenden Vorgaben zur „Privatisierungsvariante“ kommen verschiedene national und international existierende Angebote infrage. Diese sind nachstehend nach den wichtigsten Kriterien gruppiert:

- Spezialklinik mit umfassendem Angebot für die Behandlung eines körperlichen Symptoms:
Tinnitus; Parkinson; Retina und Vitreous; Rückenverletzungen; Schlafstörungen; Thrombosen; Probleme im Beckenboden-/ Scheidenbereich; Wundbehandlung; Kopfschmerzen; Krampfadern/Hämorrhoiden; Parkinson; Knieproblemen; Allergien; Asthma; Verbrennungen; u.a.
- Evtl. Klinik mit medizinischem Spezialgebiet (FMH-Titel):
Allergologie; Onkologie/Tumorbehandlung; Rheumatologie; Psychiatrie/Psychotherapie;
Hals/Nasen/Ohren; Ophthalmologie; Pädiatrie; Endokrinologie; Zahnärztliche Implantologie; Cardiologie; Frauenheilkunde; u.a.
- Spezialklinik für „Zivilisationskrankheiten“ oder „Life-Style-Medizin“:
Neue Süchte (Glückspiel, Internet); Ernährungsstörungen; Medikamenten-, Alkohol- und Nikotinmissbrauch; Stress- und Umweltleiden; Elektrosmog-Leiden; Schönheitschirurgie; Beauty and Wellness; u.a.
- Spezialangebot:
Geburtshaus; Sterbeklinik; Schmerzklinik; Gesundheitszentrum; Haus für das Alter; Haus für Spiel- und Beschäftigungstherapie; Tierklinik; u.a.

Bereits im Vorfeld dieser Studie hat das Spital Grenchen eine Untersuchung vorgenommen, mit welchen Angeboten die leerstehende Abteilung E gefüllt und der OPS wieder ausgelastet werden kann. Als machbar haben sich verschiedene Angebote aus der Kategorie „Klinik mit medizinischem Spezialgebiet“ erwiesen (bspw. HNO- und Augenabteilung, Urologie, Kinderchirurgie, Neurologie und Rheumatologie). Unabhängig von der Auslastung der freien Kapazitäten kommt auch ein Adipositas- oder Venen-Kompetenzzentrum, eine Abteilung für Plastische und Wiederherstellungschirurgie, eine Akut-Rehabilitationsabteilung, eine Abteilung für Spezialpflege (Übergangs-, Langzeitpflege, Alters-Tagesstation) in Betracht. Bei allen Varianten müsste jedoch der Aufwand und Nutzen zunächst ermittelt werden.

Gleichzeitig wurde berücksichtigt, welche Angebote im Kanton so noch nicht angeboten werden. Invasive Kardiologie, Abteilung für Alternative Medizin (Anthroposophie, Homöopathie, Chinesische Medizin), Schmerzklinik, Neurologie, Rheumatologie. Bei den meisten dieser Angebote müsste zunächst der Bedarf und der Nutzen ermittelt werden. Wenig Erfolg wurde dem umkämpften Markt der ästhetischen Chirurgie zugesagt. Der Bedarf eines Geburtshauses entfällt wegen der Konkurrenz zu den bestehenden Angeboten.

Aussagen über mögliche Wachstumsfelder und zunehmende Nachfrage nach Spezialkliniken sind mangels landesweit fehlenden epidemiologischen Untersuchungen nicht zu machen.

: Arbeitsplätze

Die Privatisierung des Spitals Grenchen würde langfristig eine mit heute vergleichbare Anzahl Stellen im Gesundheitsgebiet sichern. Mit zahlreichen Entlassungen wäre dennoch zu rechnen, weil ein privater Anleger mit einer andern Lohnstruktur arbeitet und die Fähigkeiten des höher ausgebildeten Personals nicht unbedingt den Bedürfnissen des umgewandelten Betriebes entsprechen.

: Privatkundschaft

Eine Privatklinik mit einem Spezialangebot, das nicht in Konkurrenz zu den bestehenden Spitälern in der Region tritt, ist auf Halbprivat- und Privatversicherte sowie auf eigentliche Selbstzahler aus der ganzen Schweiz und dem Ausland angewiesen. 1998 hatten rund 63% der gesamten Schweizer Bevölkerung eine Zusatzversicherung. Im Jahr 2001 stieg diese Zahl auf rund 68%. Der Anteil der Privat- und Halbprivatversicherten sank jedoch im gleichen Zeitraum von 46 auf 42 % (Quelle: BfS).

Prozentualer Vergleich der Krankenversicherten der Schweiz auf die Kategorien „Privat“, Halbprivat“ und „Allgemeine Abteilung ganze Schweiz“ mit Vergleich der Entwicklung im Jahr 1998 und 2001.

Jahr ▼	Grundversicherte CH	davon mit Zusatz versichert	Allgemein* ganze Schweiz	Halbprivat*	Privat*
1998	7,248 Mio.	4,556 Mio.	54 %	35 %	11 %
2001	7,321 Mio.	4,965 Mio.	58 %	32 %	10 %

* Prozentualer Anteil aller Versicherten mit Zusatz (gerundet)

Die Privatkundschaft, die für ein ganz spezielles medizinisches Bedürfnis gesamtschweizerisch oder grenzüberschreitend eine Klinik sucht, hat ganz konkrete Vorstellungen, was die medizinischen, pflegerischen Leistungen, den Hotelservice und die baulichen und apparativen Gegebenheiten betrifft. Gesucht sind renommierte Ärzte, eine luxuriöse Unterbringung in modern ausgestatteten Ein- oder Zweibettzimmern mit dem Service eines Mehrsternhotels. Für den Verkauf des Spitals Grenchen bedeutet dies einen beachtlichen Investitionsbedarf sowohl in die Infrastruktur, als auch in fachliche Kapazitäten.

Schliesslich bedarf der Aufbau einer Privatklinik eines professionellen Managements mit langfristiger Zusicherung von unternehmerischem Freiraum durch den Kanton.

: Interessenten für den Kauf des Spitals Grenchen

Die zentrale Frage zu dieser Variante lautet: findet man kurzfristig einen Investor, der das Spital Grenchen auf rein privater Basis in Rahmen der erwähnten Vorgaben betreiben will?

Die privaten Spitäler sind in den meisten Fällen aus religiösen Gemeinschaften oder andern ideellen Gründen entstanden und erfüllten gemeinsam mit den staatlichen Häusern mehrheitlich einen sozialen Auftrag. Erst seit rund 25 Jahren entdeckten private Investoren das Geschäft mit dem Spitalwesen und gründeten gewinnorientierte Privatspitäler. Für den Verkauf des Spitals Grenchen kommen gegenwärtig nur noch gewinnorientierte Anleger als Trägerschaft in Frage. Im Vordergrund stehen die bekannten Spitalgruppen wie die Hirslanden-Gruppe oder die Paracelsuskliniken. Institutionen mit religiösem oder anderem ideellen Hintergrund, wie beispielsweise die anthroposophischen Einrichtungen treten seit Jahren nicht mehr als Käufer auf. Als weitere Interessengruppe kommen Ärzte mit einem sehr profitablen Leistungsspektrum infrage (Plastische Chirurgie, Ophthalmologie).

Im aktuellen spitalpolitischen Umfeld ist es sehr schwierig, private Interessenten für den Erwerb und Betrieb eines Spitals zu finden: Die zunehmende Regelungsdichte staatlicher Auflagen und die abnehmenden Zahlen von Halbprivat- und Privatversicherten, die Ungewissheit über den Ausgang der KVG-Revision, die Unsicherheit über den neuen ambulanten Tarif TARMED und das geplante neue Spitalgesetz des Kantons Solothurn halten potentielle Investoren von einer Übernahme ab. Das Spital Grenchen hat mit externer Unterstützung im Sommer 2003 selbst nach Möglichkeiten der Privatisierung gesucht. Konkret angefragt wurde die Hirslanden-Gruppe, die im Jahr 1999 konkretes Kaufinteresse bekundete. Das Ergebnis der Anfrage war aus vorgenannten Gründen eindeutig negativ.

Spezialärzte als Einzelinvestoren kommen wegen der Grösse des Spitals für eine Übernahme nicht infrage. Im momentanen Umfeld ist es für sie attraktiver, sich mit ihrer Praxis in eine bestehende Infrastruktur mit OPS, Labor, Röntgen etc. einzumieten (vgl. Szenario III dieses Berichtes).

17.3 Fazit

Zusammenfassend lässt sich das Szenario einer Teil- bzw. Privatisierung des Spitals Grenchen wie folgt darstellen:

Der Verzicht auf Angebote, die im Kanton eine neue Konkurrenz zu bestehenden Institutionen bilden und die periphere Lage von Grenchen schränken das Spektrum eines möglichen Spezialangebots massiv ein. Die notwendigen Bauänderungen und Renovationen sowie der erforderliche Image-Aufbau sind

mit grossen finanziellen Investitionen und während dem Aufbau mit einer längeren finanziellen Durststrecke verbunden.

Hinzu kommen die Unsicherheiten betreffend Rückgang von zusatzversicherten Patienten, künftiger Spitalfinanzierung infolge neuer Managed-Care-Modelle, finanziellen Änderungen als Folge einer KVG-Revision und immer neue, administrative Auflagen im Gesundheitswesen.

Interessierte Investoren bzw. Betreiber eines Privatspitals sind aufgrund dieser Unsicherheitsfaktoren gegenwärtig nicht auszumachen. Das Spital Grenchen bestätigt diese Aussage aufgrund der jüngsten Erfahrungen bei der Suche nach einem Kaufinteressenten.

Das Szenario der Privatisierung ist offensichtlich zum heutigen Zeitpunkt nicht realisierbar und wird deshalb in diesem Bericht hiermit abgeschlossen.

17.4 Kurzfassung

Variante ► Teilprivatisierung oder Privatisierung des Spitals mit der Möglichkeit Leistungen anzubieten, die in der Spitalregion, im benachbarten Kanton BE und im Kanton SO bisher nicht angeboten werden

. Ausgangslage	Die Variante zielt darauf ab, den Staat von Subventionsverpflichtungen zu befreien, indem er das Spital Grenchen an eine private, gewinnorientierte Institution verkauft. Privatisierungsmöglichkeiten mit staatlicher Verpflichtung für einen sozialen Auftrag werden nicht betrachtet, weil diese automatisch mit Subventionsansprüchen verbunden sind.
. Leistungsangebot	Als Angebote kommen für einen privaten Investor infrage: <ul style="list-style-type: none">. Spezialklinik mit umfassendem Angebot für die Behandlung eines körperlichen Symptoms. Evtl. Klinik mit medizinischem Spezialgebiet (FMH-Titel):. Spezialklinik für „Zivilisationskrankheiten“ oder „Life-Style-Medizin“. Spezialangebot (Geburtshaus; Sterbeklinik; Schmerzlinik etc.)
. Beurteilung nach medizinischen, betriebs- und volkswirtschaftlichen Kriterien	Für den Verkauf des Spitals Grenchen kommen gegenwärtig nur gewinnorientierte Anleger als Trägerschaft in Frage. Im Vordergrund stehen die bekannten Spitalgruppen wie die Hirslanden-Gruppe oder die Paracelsuskliniken. Als weitere Interessengruppe kommen Ärzte mit einem sehr profitablen Leistungsspektrum infrage (Plastische Chirurgie, Ophthalmologie).

Die religiösen Einrichtungen, welche am Ursprung der meisten gemeinnützigen Spitäler in der Schweiz stehen, haben mangels Nachwuchs die meisten Spitäler bereits verselbständigt. Institutionen mit ideellem, nicht religiösem Hintergrund, wie beispielsweise die anthroposophischen Einrichtungen bilden eine Ausnahme und kommen gegenwärtig kaum in Frage.

Im aktuellen spitalpolitischen Umfeld (zunehmende Regelungsdichte staatlicher Auflagen und die abnehmenden Zahlen von Halbprivat- und Privatversicherten, die Ungewissheit über den Ausgang der KVG-Revision etc.) ist es praktisch unmöglich private Interessenten für den Erwerb des Spitals Grenchen zu finden.

. Fazit

Die Tatsache, dass das Spital Grenchen im gegenwärtigen politischen Umfeld und unter den gegebenen Rahmenbedingungen nicht verkauft werden kann, hat dazu Anlass gegeben, die Variante nicht weiter auszuleuchten.

18 Variante V: Zusammenarbeit der Spitäler Grenchen und Solothurn

18.1 Ausgangslage

Seit der Schliessung der Frauenklinik im März dieses Jahres, steht im Spital Grenchen eine voll funktionsfähige stationäre Abteilung mit ca. 20 Betten leer. Gleichzeitig leiden im Bürgerspital Solothurn verschiedene Stationen unter einer überhöhten Auslastung. Dasselbe gilt für die Operationssäle. Während in Grenchen die Operationssäle und die Anästhesie seit der Schliessung der Gynäkologie schlecht ausgelastet sind, hat sich die Situation im Bürgerspital Solothurn nochmals verschärft.

Das Spital Grenchen ist allgemein in einem guten Zustand, die drei Operationssäle, von denen zwei genutzt werden, sind modernisiert und sehr gut ausgerüstet. Ein grösserer Investitionsbedarf steht mittelfristig nicht an. Der OPS im Bürgerspital Solothurn wurde vor 30 Jahren gebaut und muss dringend saniert werden. Der Investitionsbedarf wird auf 40 Mio. Franken geschätzt. Die angespannte Finanzlage des Kantons sieht eine kurzfristige Renovation nicht vor. Ein OPS-Neubau ist für 2010-2013 geplant.

Die zwei Spitäler haben über Jahrzehnte in teilweise heftiger Konkurrenz und gegenseitiger Abhängigkeit ein Versorgungsnetz mit gut funktionierenden, autonomen Betrieben an zwei nahegelegenen Standorten entwickelt. Die Störung dieses Gleichgewichts durch die Schliessung der Gynäkologie in Grenchen hat schwerwiegende Folgen, wenn es nicht gelingt kurzfristig die Arbeit neu zu verteilen und

die Zusammenarbeit der Betriebe zu klären. Die gegenwärtig sehr schlechte Auslastung in Grenchen zieht eine Erhöhung des Defizits von mehreren Millionen Franken nach sich. Die Selbstaflösung des Spitals zeichnet sich ab. Kommt es 2004 soweit, fährt das Spital bis zur Schliessung nochmals ein Defizit in der Höhe des jährlichen Staatsbeitrages ein. Ein Teil des Verlustes wird durch einen Mehrertrag im Bürgerspital Solothurn aufgefangen, wo sich voraussichtlich die Mehrheit der grundversicherten Grenchener Patienten hinwenden wird.

Die Meinungen, ob das Bürgerspital Solothurn im Stande ist, das zusätzliche Patientenvolumen von Grenchen aufzufangen, gehen zwischen den Vertretern der zwei Spitäler und dem Vertreter des Spitalamtes auseinander. Fakt ist, dass im Bürgerspital Solothurn zur Absorbierung des zusätzlichen Patientenzulaufs rund 45 Betten zusätzlich betrieben werden müssen (vgl. Bericht von H Focus). Die Bettenkapazitäten können mindestens teilweise durch Rückumwandlung von Büroräumen in Patientenzimmer und den Transfer der Büroräume in andere Gebäude (Zumietung von privaten Räumen) geschaffen werden. Die Erhöhung der Patientenkapazitäten in den bereits als veraltet und eng empfundenen Räumen, die forcierte Verschiebung von administrativen Arbeitsplätzen und die erhöhte Auslastung aller Infrastrukturen beeinträchtigen allerdings Arbeitsklima und letztlich die Patientenzufriedenheit nachhaltig. Zieht die Schliessung von Grenchen eine grössere Abwanderung von Patienten nach sich kommen zusätzliche Kosten auf den Kanton zu. Eine Maximierung der Auslastung im Bürgerspital bringt zudem mit sich, dass für die laufenden Unterhaltsarbeiten und die anstehenden grösseren Renovationen am Gebäude zusätzliche Kapazitäten (Provisorien) geschaffen werden müssen.

In dieser Situation wird eine Zusammenarbeit beider Spitäler von den operativ verantwortlichen Personen auf beiden Seiten befürwortet. Wegen der entgegengesetzten Zukunftsperspektiven und Abhängigkeiten der zwei Spitäler – Existenzbedrohung auf der einen Seite, Wachstumspotential auf der andern - kommt aber eine konstruktive Zusammenarbeit nur unter klaren obrigkeitlichen Vorgaben zustande. Die Folgen von Zusammenarbeit respektive Konkurrenz der zwei Spitäler werden in diesem Kapitel in Verbindung mit den wichtigsten Entscheiden zu den Leistungsaufträgen durchleuchtet.

18.2 Dringlichkeit eines politischen Entscheides

Die anhaltende Unsicherheit über die Zukunft des Spitals Grenchen zerstört das Arbeitsklima im Spital. Das ganze Personal macht sich Gedanken über seine Zukunft. Teilweise sucht man schon aktiv nach einem neuen Arbeitsplatz. In einem Betrieb ohne Zukunft wird es sehr schwierig, verwaiste Stellen mit qualifiziertem Personal wieder zu besetzen. Der Weggang einzelner Personen in Schlüsselstellung (beispielsweise in der Anästhesie, der Chirurgie, der Medizin) führt zum Zusammenbruch des Akutbetriebs. Kommt es soweit, ist der Wiederaufbau langwierig und teuer, zumal der Lohnvergleich beim qualifizierten Personal nicht für den Arbeitsplatz Grenchen/Solothurn spricht.

: Klare strategische Entscheide

Geht man davon aus, dass man in der Region Solothurn West für eine qualitativ gute Akutversorgung auf die Kapazitäten beider Betriebe angewiesen ist, müssen sofort klare strategische Entscheide über die zukünftige Zusammenarbeit der Spitäler Grenchen und Solothurn gefällt werden. Dazu gehören Vorgaben der politischen Entscheidungsträger über den zukünftigen Leistungsauftrag der Spitäler genauso wie über die Zielsetzung betreffend deren Rechtsform und Organisation. Der Interpretationsspielraum muss für die Spitäler dabei möglichst klein sein. Kontroverse Entscheide dürfen nicht nach unten delegiert werden. Nur so kann sichergestellt werden, dass die Führungen beider Häuser auf allen Ebenen den Entscheid akzeptieren und die neue Zusammenarbeit respektive Arbeitsteilung aktiv unterstützen. Der Wille, die vorhandene Ressourcen an beiden Standorten bestmöglich auszulasten muss auf allen Führungsebenen mitgetragen werden.

Die Umsetzung jeder der folgenden Varianten erfordert Klarheit über die strategischen Ziele (beispielsweise betreffend Auslastung der Bettenstationen und des OPS) und Klarheit über den Finanzbedarf (Subvention für den laufenden Betrieb, Überbrückungsbeiträge bis zum Wiedererreichen der Vollauslastung, strategische Planungsarbeit und Umsetzungsaufwand).

: Kommunikationsstrategie

Wie vergleichbare Projekte gezeigt haben, ist für die erfolgreiche Umsetzung auf operativer Ebene die kurzfristige Bereitstellung und Umsetzung einer Kommunikationsstrategie entscheidend. Die Strategie muss sowohl den internen Kommunikationsbedarf als auch die Öffentlichkeit einschliessen, um destruktiven Gerüchten vorzubeugen. Der Aufwand hierfür darf ebenso wenig unterschätzt werden, wie die Tatsache, dass die Geschäfts- und Bereichsleitungen in den meisten Fällen keine Kommunikationsexperten sind und vom Veränderungsprozess voll absorbiert werden.

: Zusammenarbeit auf operativer Ebene

Die Zusammenarbeit auf operativer Ebene wird vereinfacht, wenn konkurrenzierende medizinische Angebote möglichst ausgeschlossen und parallele Leistungen (bspw. Labor, Physiotherapie, evt. innere Medizin, allgemeine Chirurgie) unter eine einheitliche operative Leitung gestellt werden. Belegärzte sollten aus demselben Grund nur dort beigezogen werden, wo die Leistungen infolge mangelnder Fallzahlen nicht von angestellten Ärzten erbracht werden können (vgl. Variante II).

: Verschiedene Kulturen treffen aufeinander

Bezüglich „Kulturvermischung“ des Personals, Kommunikationsverhalten von Entscheidungsträgern und Verhalten von Privatpatienten müssen Lehren aus dem Prozess „Frauenklinik“ für die Aufbauarbeit gezogen werden. Einem Austausch von Personal zwischen den zwei Standorten stehen mindestens anfänglich verschiedene Hindernisse im Weg: zwischen kleinem Spital und grösserem bestehen schwer überwindbare Vorurteile der Art, dass das kleinere Haus nur zweitklassige Medizin betreibe und umge-

kehrt, dass das grössere Spital sich nicht für die Anliegen der Patienten interessiere. Zudem bringt nach wie vor wenig Personal die Bereitschaft mit, an mehreren Standorten zu arbeiten, man orientiert sich an einem „Nest“.

: Patientenzulauf

Der Zulauf von Patienten hängt in erster Linie vom Renommee des Spitals ab. Als selbstverständlich erwartet der (gut) informierte, relativ gesunde und mobile junge Patient heute beste medizinische Versorgung in familiärer Atmosphäre des Kleinspitals, im Krankheitsfall stets ein freies Bett im 2er (oder 1er) Zimmer und einen erstklassigen Hotelkomfort. Der ältere, weniger mobile Patient schätzt die möglichst lokale Akutversorgung und nimmt dafür auch in Kauf, in einer weniger modernen Umgebung mit weniger Spezialangeboten versorgt zu werden. Auch für privat versicherte Patienten hat hier das ortsansässige Spital einen natürlichen Vorteil. Ausschlaggebend für die Spitalwahl ist letztlich in beiden Fällen das Renommee des Spitals, das sich aus eigenen Erfahrungen oder Gerüchten ergibt. Erfahrungsgemäss braucht es wenig, um ein gutes Renommee zu zerstören und Jahre, um ein gutes Renommee aufzubauen.

18.3 Die wichtigsten Entscheidungsparameter und ihre Folgen

Bevor der Leistungsauftrag für die Spitäler Grenchen und Solothurn konkretisiert werden kann, müssen zwei politische Grundsatzfragen betreffend Auftrag und Organisationsform beantwortet werden:

- Bietet das Spital Grenchen weiterhin eine akute Grundversorgung mit innerer Medizin, allgemeiner Chirurgie und einem 24-Stunden Notfall an oder wird inskünftig auf die akute Grundversorgung verzichtet?
- Werden die zwei Spitäler weiterhin getrennt geführt oder sollen sie (auf vertraglicher Basis oder per Gesetz) kurzfristig unter eine Führung gestellt werden? Anders formuliert: bleiben die Spitäler in ihrem Einzugsgebiet Konkurrenten oder werden sie in einem Unternehmen zusammengeführt, das alle medizinischen und ökonomischen Synergien ausschöpft?

Die Kombination der Antworten auf diese Grundsatzfragen ergeben folgende Betriebsmöglichkeiten für Grenchen (und Solothurn):

Leistungsauftrag ► Marktstellung ▼	Mit Grundversorgungsauftrag des Spitals Grenchen	Ohne Grundversorgungsauftrag des Spitals Grenchen
Konkurrenz (getrennte Betriebe)	Spital Grenchen als Grundversorger und eigenständiger Betrieb	Spital Grenchen als eigenständiger Betrieb ohne Grundversorgung
Zusammenarbeit (Vertrag/Fusion)	Spital Grenchen als Grundversorger in einem fusionierten Spital Solo- thurn/Grenchen	Spital Grenchen im fusionierten Betrieb mit Spital Solothurn ohne Grundversorgung

18.3.1 Die Bedeutung des Grundversorgungsauftrags für das Spital Grenchen

Der Grundversorgung wird hier definiert als akute Grundversorgung mit innerer Medizin, allgemeiner Chirurgie und einem 24-Stunden Notfall.

: Mit Grundversorgung

Die Beibehaltung der Grundversorgung im akut-stationären Betrieb bedeutet zwingend, dass das Spital auch einen 24-Stunden Notfall während des ganzen Jahres betreibt. Erfahrungsgemäss schicken Hausärzte ihre Patienten nur in ein Spital, in dem rund um die Uhr eine Notfallversorgung möglich ist. Umgekehrt ist das Spital auf die Notfall-Eintritte angewiesen. Rund 80 Prozent der medizinischen Patienten gelangen in einem kleineren Spital über den Notfall in das Spital. Die Erfahrung vergleichbarer Spitäler hat gezeigt, dass ein Akutspital (das bereits ohne ein starkes gynäkologisches/geburtshilfliches Bein ist) ohne durchgehenden Notfallbetrieb in kürzester Zeit keine Patienten mehr hat. Auch die regionale Bevölkerung setzt sich primär für „ihr“ Spital ein, um den Notfall und die Grundversorgung lokal zu sichern.

: Ohne Grundversorgung

Die Aufhebung des Grundversorgungsauftrages bedeutet automatisch eine völlige Veränderung des Leistungsauftrages, wobei je nach Zusammenarbeit mit Solothurn noch verschiedene Aufträge denkbar sind: Akutspital, Spezialklinik und/oder Langzeitklinik. Der Entscheid kann allerdings nicht ohne Beruckichtigung der Rückwirkungen auf das Bürgerspital Solothurn gefällt werden (zusätzlicher Notfall Zulauf, Bettenknappheit, Patientenabwanderung) und hat Konsequenzen auf die Auslastung vorhandener Infrastrukturen (OPS-Kapazitäten, Bettenstationen, Labor, Röntgen etc) und das vorhandene Personal (anderes Wissen/Können, anderes Selbstverständnis).

: Argumente

Die Meinung betreffend Grundversorgungsbedarf (inklusive Notfallversorgung) in Grenchen gehen je nach Standpunkt auseinander. Die Gegner argumentieren mit zu hohen Kosten, zu wenig Ärzten für die Aufrechterhaltung des 24-Stunden-Betriebs und zu wenig eigentlichen Notfällen. Die Befürworter führen

den laufenden Grundversorgungsauftrag, die angespannte Situation des Notfalls im Bürgerspital Solothurn, das gute Patientenfeedback für das Spital Grenchen an. Fakten über diese Aussagen liegen nicht oder in widersprüchlicher Form vor. Das Qualitätsvertrag zwischen Spitälern und Krankenversicherern verbietet leider bis auf weiteres eine Offenlegung der Ergebnisse.

18.3.2 Selbständige Spitäler oder Fusion - Konkurrenz oder Zusammenarbeit

Organisatorisch stellt sich die Frage, ob die zwei Spitäler auf strategischer und operativer Ebene unter eine Leitung gestellt werden und damit ihre Interessen auf dem Markt gemeinsam optimieren oder ob sie als getrennte Einheiten geführt werden und auf dem Markt als Konkurrenten um die Zuweiser und Patienten werben. Die getrennte Betriebsführung entspricht der heutigen Situation. Die Zusammenführung der Betriebe kann kurzfristig auf vertraglicher Basis (weiterhin 2 getrennte Betriebe) erfolgen. Ziel einer Zusammenführung muss die eigentliche Fusion sein.

: Selbständige Spitäler in Konkurrenz um Zuweiser und Patienten

In dieser Variante bleiben beide Spitäler organisatorisch selbständig. Eine Zusammenarbeit ist auf konsensueller Basis möglich, wo sich beide Parteien einen Nutzen erhoffen und die persönlichen Voraussetzungen für eine Zusammenarbeit gegeben sind. Realisiert wurde die Zusammenarbeit bisher nur in einigen nicht medizinischen Bereichen.

Um das Spital Grenchen als selbständiges Unternehmen wirtschaftlich betreiben zu können, muss der Kanton dem Spital einen entsprechenden Auftrag erteilen und beide Spitäler verpflichten, den Auftrag umzusetzen. Die aktuelle Unternutzung der Infrastrukturen in Grenchen und die Engpässe in Solothurn verlangen eine Verschiebung von Kliniken und Angeboten und eventuell das Anbieten von neuen Leistungen in der Region. Voraussetzung für ein konstruktives Nebeneinander der zwei Spitäler ist die möglichst weitgehende Ausschliesslichkeit der Aufträge. Bei konkurrenzierenden Aufträgen sind, wie die Situation der Frauenklinik/Gynäkologie zeigt, möglicherweise beide Spitäler Verlierer.

Die Umsetzung braucht, obwohl sie der heutigen Situation entspricht, viel Zeit und Geld: Die Verschiebung von Kliniken erfordert betriebliche, organisatorische und personelle Anpassungen. Das Personal muss vom neuen Auftrag überzeugt werden, weil bei fehlendem Vertrauen in die Zukunft mit gehäuften Kündigungen zu rechnen ist. Die Verschiebung einer Abteilung ist mit Personal- und Know-how-Verlust verbunden. Neues Personal muss rekrutiert werden. Das Vertrauen der Zuweiser und der Patienten muss neu aufgebaut werden, um die betriebswirtschaftlich notwendige Auslastung wieder zu erreichen.

- : Zusammenarbeit auf vertraglicher Ebene mit dem Ziel der Fusion

Auf politischer Ebene ist mit dem neuen Spitalgesetz eine Organisation geplant, in der alle kantonalen Spitäler unter dem Dach einer Ein-AG zusammengefasst werden. Das Gesetz soll zum 1.1.2005 rechtskräftig werden. Parallel dazu existiert ein Konzept zur Regionenbildung der kantonalen Spitäler, wobei das Spital Grenchen und das Bürgerspital Solothurn zusammen zum Kantonsspital Solothurn West werden sollen. Bis zur Realisierung der politisch portierten Lösung muss für das Spital Grenchen kurzfristig ein Weg gefunden werden, um die aktuelle betriebliche und finanzielle Krise zu lösen. Um weitere Unsicherheiten zu vermeiden, muss die Lösung möglichst viel von der politischen Zielsetzung vorwegnehmen. Im Hinblick auf eine enge Zusammenarbeit wird von beiden Spitalern der Ansatz „Ein Spital an zwei Standorten“ begrüsst.

Am schnellsten umsetzbar ist die politische Verpflichtung der Stiftungsräte beider Spitäler zur vertraglichen vereinbarten Zusammenarbeit/Arbeitsteilung mit dem Ziel, die Spitäler schrittweise zu fusionieren. Die Verwaltungen könnten grundsätzlich bis zur Umsetzung der Ein-AG nach neuem Spitalgesetz getrennt weitergeführt werden. Beide Spitäler treten bis dahin unter bestehendem Namen auf. Die Rechnungslegung erfolgt weiterhin getrennt. Die Zusammenarbeit erfolgt überall dort, wo sich betriebswirtschaftlich (auch in einer später fusionierten Ein-AG) Vorteile ergeben.

Die vertragliche Lösung hat gegenüber der sofortigen, echten Fusion den Vorteil, dass die Zusammenlegung Schritt für Schritt erfolgen und eine gemeinsame Kultur sorgsam aufgebaut werden kann. Oberstes Gebot für die Geschäftsführung muss die Patientenzufriedenheit und dabei insbesondere der Zulauf der Privatpatienten sein.

Die politischen Instanzen müssen den Prozess der Zusammenarbeit durch möglichst konkrete Leistungsaufträge vorantreiben. Vertraglich können auf operativer Ebene Zusammenarbeitsvereinbarungen getroffen werden. Dabei sollten bestehende Stärken möglichst ausgebaut und behandlungsspezifische Schwergewichte gefördert werden. Wegweisend für die neue Zusammenarbeit sind die Bedürfnisse der Patienten/Bevölkerung, die Auslastung des OPS, das Bettenangebot, die vorhandene Fachkompetenz, die Kosten einer Leistung und Kosten für den Neuaufbau von Leistungen.

18.4 Erfolgskriterien einer Zusammenarbeit

Die Zusammenführung zweier bis dahin unabhängiger Betriebe erfolgt im Allgemeinen mit den geringsten Reibungsverlusten, wenn die Betriebe am Markt vergleichbar erfolgreich waren, vergleichbare Grössen aufweisen und sich gegenseitig als potente Konkurrenten respektieren. Die verschiedenen Betriebsgrössen, die weiter oben beschriebenen Vorurteile zwischen den Spitalern Solothurn und Grenchen und die erfolglosen Zusammenarbeitsversuche auf ärztlicher Seite weisen auf nicht optima-

le Voraussetzungen hin. Um die Zusammenführung möglichst reibungslos abzuwickeln sind deshalb die wichtigsten Fusionsregeln speziell zu beachten. Diese lauten:

- Der politische Entscheid über den Zwang zur Zusammenarbeit muss rasch gefällt werden und Klarheit schaffen über Leistungsauftrag und (kurzfristige) Umsetzung.
- Die strategische Führungsebene tritt gegenüber Patienten, Zuweisern und Öffentlichkeit geschlossen und entschlossen auf.
- Strategische und operative Führung verhindern einen regionalen Machtkampf und glätten Emotionen auf verschiedenen Ebenen.
- Der Prozess wird professionell begleitet um interne Vorurteile und Verstrickungen zu neutralisieren.
- Die Keyplayers werden im Veränderungsprozess gecoacht.
- Beide Seiten legen Stärken und Schwächen in der Leistungserbringung/Infrastruktur offen.
- Die Angebotsplanung muss zur Sicherung des Engagements der Beteiligten und vor allem zur Stabilisierung der Personalsituation in Grenchen auf längere Sicht hin erfolgen.
- Betroffene Abteilungen müssen frühzeitig in den Umsetzungsprozess eingebunden werden.
- Die Führungsstrukturen von parallel geführten Abteilungen sind frühzeitig zu klären.
- Das Kader muss bei der Kommunikation während dem Veränderungsprozess professionell unterstützt werden.
- Ängste des Personals (bspw. betreffend Arbeitsplatzgefährdung) im Veränderungsprozess sind ernst zu nehmen.

18.5 Vier Modelle der Zusammenarbeit/Konkurrenz

Aus den zwei Grundsatzentscheiden betreffend Grundversorgung in Grenchen und Zusammenarbeit bzw. Konkurrenz zwischen den Spitälern Grenchen und Solothurn ergeben sich die vier folgenden Modelle:

- Modell A: Spital Grenchen als Grundversorger und eigenständiger Betrieb
- Modell B: Spital Grenchen als Grundversorger in einem fusionierten Spital Solothurn/Grenchen

- Modell C: Spital Grenchen als eigenständiger Betrieb ohne Grundversorgung
- Modell D: Spital Grenchen im fusionierten Betrieb mit Spital Solothurn ohne Grundversorgung

Die Vorschläge haben sich aus der Diskussion mit den Vertretern beider Spitäler ergeben. Sie zeigen mögliche Wege auf, haben aber noch keinen verbindlichen Charakter. Die Umsetzung erfordert eine Detailplanung.

Modell A ► Spital Grenchen als Grundversorger und eigenständiger Betrieb

. Ausgangslage	<p>Das Spital Grenchen erfüllt einen Grundversorgungsauftrag (innere Medizin, Chirurgie) und betreibt parallel zum Bürgerspital Solothurn einen Notfall.</p> <p>Organisatorisch ist das Spital Grenchen ein vom Bürgerspital Solothurn unabhängiger Betrieb. Die Zusammenarbeit ist auf operativer Ebene möglich, wo sie beiden Betrieben einen Vorteil verschafft und die persönlichen Beziehungen günstig sind (entspricht der heutigen Situation).</p>
. Leistungsangebot	<p>Der Grundversorgungsauftrag wird zur Auslastung der Bettenstationen und der Infrastrukturen ergänzt um die chirurgischen Spezialabteilungen HNO, Ophthalmologie, plastische Chirurgie. Diese Abteilungen werden aus dem Bürgerspital nach Grenchen transferiert und dort für die Region Solothurn-West ausschliesslich angeboten.</p> <p>Neu aufgebaut werden könnte in Grenchen eine urologische Abteilung, eventuell auch eine Grundversorgung in der Kinderchirurgie (Tonsillektomie, Leistenhernien, Appendektomie, Phimosen, Frakturbehandlung, etc.).</p> <p>Das Spital betreibt ca. 50 Betten für die Erbringung des Grundversorgungsauftrags, ca. 20 Betten für die Spezialdisziplinen.</p>
. Beurteilung nach medizinischen, betriebs- und volkswirtschaftlichen Kriterien	<p>Die Grundversorgung in Grenchen bleibt erhalten. Das Spektrum medizinischer Fälle bleibt breit und ist für allgemein orientierte Ärzte und für Assistenzärzte interessant.</p> <p>Im Bereich der Ophthalmologie besteht eine grosse Nachfrage. Ein entsprechendes Angebot kann neu aufgebaut werden. Hier bestehen allerdings parallele Bestrebungen in der Klinik Obach. Gegen den Aufbau der Urologie in Grenchen spricht das „Gesundheitspolitische Konzept“, welches eine zentrale Urologie für den Kanton SO in Olten festschreibt.</p> <p>Die vorhandenen OP-Kapazitäten inkl. Anästhesie-Team und die leerstehenden Bettenabteilung können in Grenchen ausgelastet werden (das Bürgerspital Solothurn hat mit Belegärzten für HNO, Augen, plastische Chirurgie 19 Betten betrieben).</p>

Die Abdeckung von administrativen und logistischen Spezialaufgaben und die Abdeckung von Diensten, Ferien- und Krankheitsabsenzen bleibt schwierig. Betriebliche Doppelspurigkeiten können nicht eliminiert werden. Der Subventionsbedarf entwickelt sich im Rahmen des Betriebsjahres 2002.

Die Verlegung der Spezialabteilungen aus dem Bürgerspital Solothurn nach Grenchen ist mit beschränkten finanziellen Mitteln möglich. Die Variante kann rasch (ca. 1 Jahr) realisiert werden. Dennoch ist eine gewisse Aufbauarbeit erforderlich. Die Verlegung der Spezialabteilungen als Kompensation der Gynäkologie und Gebärabteilung wird von beiden Spitälern als sinnvoll und machbar beurteilt. In Solothurn können bestehende Kapazitätsengpässe entschärft werden.

Ein Teil der Patienten, die bisher zur Behandlung nach Olten fahren mussten, können in Grenchen behandelt werden. Ein stationäres Pädiatrie-Angebot fehlt im ganzen Kanton. Die ausserkantonalen Hospitalisationen können reduziert werden.

. Finanzielle Konsequenzen

Sobald der reguläre Betrieb mit einer Auslastung der Bettenstationen von über 80 Prozent erreicht ist (Ziel 2005), benötigt das Spital Grenchen je nach Spezialitäten, die transferiert werden, wieder jährliche Betriebsbeiträge im Umfang des Jahres 2002 plus Teuerung, d.h. ca. Fr. 9 bis 10 Millionen.

In der Phase der Reorganisation (ca. ein Jahr) entsteht in Grenchen infolge der verminderten Bettenauslastung ein zusätzlicher Finanzierungsbedarf von Fr. 3 – 4 Millionen jährlich. Dieser wird in Solothurn teilweise durch die erhöhte Auslastung kompensiert. Dazu kommen einmalige Kosten für Umzug, Reorganisation, Neueinstellung von Personal etc. im Umfang von Fr. 0,5 bis 1 Million.

. Handlungsbedarf

Die Variante ist nur mit einem politischen Entscheid betreffend Verlegung der genannten Spezialabteilungen und dem Verzicht auf den Neuaufbau der transferierten Kliniken in Solothurn realisierbar. Die betroffenen Personen werden über die Unumkehrbarkeit des Entscheides informiert.

Die Spitäler Solothurn und Grenchen erstellen unter externer Leitung einen strategischen Umsetzungsplan für die Verschiebung der Kliniken, den Umgang mit dem betroffenen Personal und die Kosten. Patienten, zuweisende Ärzte und Bevölkerung werden informiert. Die Zusammenarbeit wird sicher gestellt.

. Fazit

Der Transfer und teilweise der Neuaufbau von Spezialkliniken in Grenchen lastet die vorhandenen Kapazitäten in Grenchen aus und bringt für Solothurn eine Entlastung. Die notwendige Koordination der Spezialkliniken mit dem Bürgerspital Solothurn ist aber in einem von Solothurn betrieblich unabhängigen Spital erschwert und führt zu Doppelspurigkeiten.

Modell B ► Spital Grenchen als Grundversorger in einem fusionierten Spital Solothurn/Grenchen

- . Ausgangslage
- Das Spital Grenchen hat einen Grundversorgungsauftrag (innere Medizin und Chirurgie) und betreibt parallel zum Bürgerspital Solothurn einen Notfall. Die Spitäler Grenchen und Solothurn arbeiten unter gemeinsamer strategischer Zielvorgabe eng zusammen. Die Zusammenarbeit ist zunächst vertraglich vereinbart. Ziel ist die Fusionierung von strategischen und operativen Ebenen in einem einheitlichen Unternehmen (Ein-AG als Kantonsspital Solothurn West oder als kantonale Ein-AG). Verwaltungen, Kliniken, medizintechnische-Abteilungen etc. werden bis zur eigentlichen Fusion parallel geführt.
-
- . Leistungsangebot
- Nebst der Grundversorgung bietet das Spital Grenchen:
- Eine gemeinsame ubergangsstation (Pufferbetten) zur Verkürzung des Aufenthalts in den Akut- und Reha-Abteilungen.
- Kliniken für HNO/Ophthalmologie/plastische Chirurgie oder ähnliche.
- Die gesamte ambulante und Tageschirurgie für beide Standorte.
- Einzelne Fachbereiche werden nach bestehenden Schwerpunkten auf die zwei Standorte aufgeteilt (bspw. Traumatologie in Grenchen; Orthopädie im Bürgerspital Solothurn).
- Das Spital betreibt 48 Betten für die Erbringung des Grundversorgungsauftrags, 15 Betten für die Spezialdisziplinen und 7 Betten für die Tageschirurgie.
-
- . Beurteilung nach medizinischen, betriebs- und volkswirtschaftlichen Kriterien
- Die regionale Grundversorgung bleibt an beiden Standorten erhalten. Die Ophthalmologie kann in Grenchen neu aufgebaut werden. Hier bestehen allerdings parallele Absichten in der Klinik Obach.
- Das Spital Grenchen kann kurzfristig seine Kapazitäten, insbesondere im Bereich der teuren Infrastrukturen besser auslasten als im Alleingang. Grenchen hat genügend Assistenzärzte, die auch in den Nachtdienst eingebunden werden können.
- Im Bürgerspital Solothurn wird der OPS insbesondere von den ambulanten / teilstationären Fällen entlastet. Für alle ambulanten/teilstationären Eingriffe müssen sich die Solothurner Ärzte und Patienten nach Grenchen begeben.
- Durch die Zusammenlegung von administrativen, logistischen und Führungsaufgaben kann der Personalaufwand in Grenchen gesenkt werden, in Solothurn muss er erhöhet werden: Konzentration von Administration (Rechnungswesen, Fakturierung, Personalwesen), Logistik (Küche, teilweise technischer Dienst, Apotheke, Zentrallager), Zusammenlegung der Führung in den medizinischen, medizintechnischen und therapeutischen Bereichen (Chirurgie, innere Medizin, Labor, Radiologie, Physio-, Ergo-, Logotherapie) an einem Standort

und gemeinsame Planung von Ferienablösungen und Diensten.

. Finanzielle Konsequenzen

Bis das Modell realisiert ist (ca. ein Jahr) ist, entsteht in Grenchen infolge der verminderten Bettenauslastung ein zusätzlicher Finanzierungsbedarf von Fr. 3 – 4 Millionen jährlich. Dieser wird in Solothurn teilweise durch die erhöhte Auslastung kompensiert.

Wenn der reguläre Betrieb mit einer Auslastung der Bettenstationen von über 80 Prozent wieder erreicht und der Operationssaal mit den eigenen stationären und sämtlichen ambulanten/teilstationären Eingriffe beider Spitäler ausgelastet wird, erhöht sich der Betriebsaufwand im medizin-technischen Bereich (Anästhesie- und Operationspersonal um 4-5 Stellen = Fr. 400'000-500'000) gegenüber dem Referenzjahr 2002. Weil das Bürgerspital im Umfang der Verlegung ambulanter/teilstationärer Eingriffe entlastet wird, sinkt der Aufwand in Solothurn im gleichen Rahmen. Insgesamt wird der Personalaufwand durch Zusammenlegung von Aufgaben im administrativen, logistischen Bereich und in den Führungsaufgaben um rund Fr. 1 Mio. entlastet.

. Handlungsbedarf

Es braucht einen kurzfristig und langfristig verbindlichen, politischen Entscheid betreffend Zusammenarbeitsmodell (Vertrag, Fusion) und medizinisches Angebot beider Spitäler. Die strategische Planung für die Umsetzung der Vorgaben, insbesondere der Aufbau- und Ablauforganisation ist zu erstellen. Die Zusammenarbeitsverträge müssen ausformuliert werden (Vertragspartner, Kompetenzen).

. Fazit

Das Modell B ist gegenüber dem Modell A eindeutig vorteilhafter, weil damit alle möglichen Synergieeffekte einer Zusammenlegung der Spitäler ausgeschöpft werden können. Auch wenn die Sparmöglichkeiten im Verhältnis zu den gesamten Betriebskosten der zwei Spitäler gering sind, hat das Modell für die kommenden Jahre (bis zur erfolgten Gesamtrenovation des Bürgerspitals) eine wichtige Funktion zum Bereitstellen zusätzlicher Kapazitäten und damit zur Erhöhung der Flexibilität beider Betriebe. Die Flexibilität wiederum ist erforderlich, um Reorganisationsprojekte durchführen zu können.

Modell C ► Spital Grenchen als eigenständiger Betrieb ohne Grundversorgung

. Ausgangslage Dem Spital Grenchen wird der Auftrag für die Grundversorgung (inkl. Notfall) entzogen. Organisatorisch ist das Spital Grenchen ein selbständiger, vom Bürgerspital Solothurn unabhängiger Betrieb. Die Zusammenarbeit wird auf freiwilliger Basis dort wahrgenommen, wo sie beiden Betrieben einen Nutzen bringt und es die persönlichen Beziehungen zulassen.

Als mögliche Betriebsvarianten kommen für das Spital Grenchen infrage: Belegarztambulanz, medizinisches Zentrum mit Langzeitpflege/Tageschirurgie/Arztpraxen/Therapien etc. oder eine Spezialambulanz. Die Umsetzung dieser Aufträge ist in den Varianten II, III und IV im vorliegenden Bericht analysiert und wird hier nicht weiter dargestellt.

. Fazit Vgl. Varianten II, III, IV.

Modell D ► Spital Grenchen im fusionierten Betrieb mit Solothurn ohne Grundversorgung

. Ausgangslage Das Spital Grenchen bietet keine Grundversorgung (innere Medizin, Chirurgie) mehr an, der Notfall wird geschlossen. Das Leistungsspektrum von Grenchen ändert sich nachhaltig.

Das öffentliche, medizinische Angebot der Region Solothurn West wird auf zwei Standorte verteilt, so dass an beiden Standorten die Kapazitäten optimal genutzt werden können. Die Spitäler Grenchen und Solothurn arbeiten unter gemeinsamer strategischer Zielvorgabe eng zusammen. Die Zusammenarbeit ist zunächst vertraglich vereinbart. Verwaltungen, Kliniken, medizintechnische-Abteilungen etc., werden einer gemeinsamen Leitung unterstellt. Ziel ist die Fusionierung von strategischen und operativen Ebenen in einem einheitlichen Unternehmen (Ein-AG als Kantonsspital Solothurn West oder als kantonale Ein-AG).

. Leistungsangebot HNO und Ophthalmologie

Gesamte ambulante und Tageschirurgie

Spitalinterne Langzeitpflege (Pufferbetten) ohne Rehabilitation

Neu aufgebaut werden können in Grenchen die Urologie, die plastische Chirurgie, evtl. die einfache Pädiatrie

Einzelne Fachbereiche werden nach bestehenden Schwerpunkten auf die zwei Standorte aufgeteilt (bspw. Traumatologie in Grenchen; Orthopädie im Bürgerspital Solothurn)

. Beurteilung nach medizinischen, betriebs- und volkswirtschaftlichen Kriterien

Die Fallzahlen können in jeder (zusammengelegten) Disziplin erhöht werden. Grenchen kann sich im Bereich der ambulanten/tageschirurgischen Tätigkeit zu einem Kompetenzzentrum entwickeln. Die Ophthalmologie kann in Grenchen neu aufgebaut werden. Hier bestehen allerdings parallele Absichten in der Klinik Obach. Das exklusive Angebot der Spezialdisziplinen bringt ausreichende Fallzahlen mit sich, um Expertenmedizin zu betreiben.

Die Notfälle der in Grenchen angesiedelten Spezialitäten müssen, wenn sie in Solothurn eintreten, nach Grenchen transferiert werden. Die Patienten und Ärzte müssen für ambulante und teilstationäre Eingriffe nach Grenchen fahren.

Das Spital Grenchen kann seine Kapazitäten, insbesondere im Bereich der teuren Infrastrukturen auslasten. Weil in Grenchen fast ausschliesslich geplante Eingriffe durchgeführt werden, kann der OPS-Betrieb an diesem Standort optimiert werden. Der Personaleinsatz im OPS (OPS-Teams) kann auf das notwendige Minimum ausgerichtet werden, was dem Konzept des neuen Arzt- und Spitaltarifs TARMED entspricht. Grenchen hat genügend Assistenzärzte, die auch in den Nachtdienst eingebunden werden können. Die Betriebskosten können durch Zentralisierung von administrativen und logistischen Aufgaben gesenkt werden

Im Bürgerspital Solothurn wird der OPS entlastet.

. Finanzielle Konsequenzen

Die Gesamtkapazitäten der zwei Standorte Solothurn und Grenchen bleiben erhalten. Die erforderlichen Reorganisationen bieten Gelegenheit, zusätzlich zur Zusammenlegung von Diensten brachliegende Rationalisierungspotentiale und Sparpotentiale auszunutzen. Der Netto-Effekt ist schwierig zu schätzen, dürfte aber in der Grössenordnung von Fr. 1 bis 2 Millionen liegen.

Bis das Modell realisiert ist (ca. 2 Jahre) entsteht in Grenchen infolge der verminderten Bettenauslastung ein zusätzlicher Finanzierungsbedarf von Fr. 3 – 4 Millionen jährlich. Dieser wird in Solothurn teilweise durch die erhöhte Auslastung kompensiert.

. Handlungsbedarf

Es braucht einen eindeutigen politischen Entscheid über das kurzfristige und langfristige Zusammenarbeitsmodell der zwei Spitäler und einen Leistungsauftrag, der die Verteilung der Angebote auf die zwei Standorte beinhaltet. Wie politisch vergleichbare Situationen (Verteilung von Fachgebieten zwischen dem Kantonsspital Basel und dem Bruderholzspital Baselland) gezeigt haben, lässt sich in der Diskussion mit den Betroffenen kein Konsens finden.

Es gibt gegen jede regionale Aufteilung von medizinischen Leistungen plausible Argumente. In der Praxis ist eine Ausgliederung aber möglich und funktionsfähig.

Es braucht eine strategische Planung für die Umsetzung der Vorgaben, insbesondere der Aufbau- und Ablauforganisation und der Prozesse. Die Auflösung der Chirurgie, Medizin und des Notfallbetriebs muss, mit Berücksichtigung der Konsequenzen für das Personal und die Bevölkerung sorgfältig geplant werden.

. Fazit

Das Modell D ist strategisch vergleichbar mit dem Modell B. Es erlaubt Synergien zwischen den zwei Standorten auszunutzen und erhöht die Kapazitäten und damit die Flexibilität des Gesamspitals Grenchen-Solothurn. Dies ist für nachhaltige Reorganisationsprojekte und laufende Unterhaltsarbeiten zwingend erforderlich.

Die Realisierung des Modells D braucht mehr Zeit als das Modell B, kann aber allenfalls in zwei Schritten, zunächst Modell B, dann Modell D erreicht werden. Die finanziellen Vorteile können erst dann genauer beziffert werden, wenn das Leistungsspektrum definiert wird.
