

***Analyse zusätzlicher Varianten der Spitalversorgung in
der Spitalregion Solothurn–West; Variantenentscheid***

Botschaft und Entwurf des Regierungsrates
an den Kantonsrat von Solothurn
vom 26. Januar 2004, RRB Nr. 2004/230

Zuständiges Departement

Departement des Innern

Vorberatende Kommission(en)

Sozial- und Gesundheitskommission
Finanzkommission

Inhaltsverzeichnis

Kurzfassung	4
1. Ausgangslage.....	6
1.1 Vorgeschichte.....	6
1.2 Auftrag zur Abklärung zusätzlicher Varianten der Spitalversorgung	6
2. Schlussbericht geiger.haudenschild	8
2.1 Auftrag und Abwicklung der Variantenanalyse	8
2.2 Analyisierte Spitalversorgungsvarianten und Ergebnis)	8
2.2.1 Erweiterung des Projektauftrags	8
2.2.2 Methodisches Vorgehen.....	10
2.3 Ergebnisse nach Varianten	10
2.3.1 Varianten I, II und II a: Teilweise oder umfassende Umwandlung des Chefarzt-Spitals in ein Belegarzt-Spital	10
2.3.2 Variante III: Umwandlung des Spitals in eine Tagesklinik, evtl. zusätzlich mit Übergangspflege sowie Langzeitpflege	11
2.3.3 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	13
2.3.4 Variante V: Zusammenarbeit der Spitäler Grenchen und Solothurn.....	14
2.3.4.1 Modell A: Spital Grenchen als Grundversorger und eigenständiger Betrieb	16
2.3.4.2 Modell B: Spital Grenchen als Grundversorger in einem fusionierten Spital Solothurn/Grenchen.....	16
2.3.4.3 Modell C: Spital Grenchen als eigenständiger Betrieb ohne Grundversorgung.....	17
2.3.4.4 Modell D: Spital Grenchen im fusionierten Betrieb mit Solothurn ohne Grundversorgung ...	17
2.4 Entscheidungs- und Handlungsbedarf.....	18
2.5 Umsetzungsstrategie	19
2.6 Empfehlung des Beraterteams geiger.haudenschild	19
3. Erwägungen.....	19
3.1 Grundsätzliche Überlegungen	20
3.2 Variante V, Modell B, Grenchen mit fusioniertem Betrieb und heutigem Leistungsangebot, ohne Frauenklinik und ohne Erweiterung des Leistungsauftrages	21
3.3 Variante V, Modell D, fusionierter Betrieb ohne Notfallversorgung, aber mit Tageschirurgie, jedoch ohne Erweiterung des Leistungsauftrages	22
3.4 Schliessung des Spitals Grenchen.....	22
3.5 Variantenentscheid.....	22
4. Weiteres Vorgehen und Zeitplan	23
5. Rechtmässigkeit und Zuständigkeit	23
6. Antrag.....	23
7. Beschlussesentwurf.....	26

Anhang/Beilagen

Schlussbericht geiger.haudenschild, managementberatung, 4059 Basel, vom 28. November 2003

Kurzfassung

In seiner Session vom Januar 2003 hat der Kantonsrat die Schliessung der Frauenklinik im Spital Grenchen zurückgewiesen und uns mit der Analyse verschiedener Varianten der Zusammenarbeit zwischen dem Spital Grenchen und dem Bürgerspital Solothurn beauftragt. Im März 03 haben wir in einer Übergangsregelung beschlossen, dass bis zum definitiven Kantonsratsbeschluss das Spital Grenchen die Chefarztstelle der Frauenklinik nicht wiederbesetzen kann und die Geburten in Solothurn durchzuführen sind.

Am 1.4.2003 ist die Cheförztn der Frauenklinik des Spitals Grenchen mit ihrem Team ans Bürgerspital Solothurn gezogen, seither arbeitet die zentralisierte Frauenklinik mit Erfolg. Im Sommer 2003 haben wir auf Antrag der von uns eingesetzten Steuerungsgruppe das Beraterteam gei-ger.haudenschild unter der Projektleitung von Dr. oec. HSG Christof Haudenschild mit der Analyse der Spitalversorgungsvarianten beauftragt. Die Arbeiten wurden von der Steuerungsgruppe begleitet, der Schlussbericht wurde dem Departement des Innern am 28. November 2003 übergeben.

Aufgrund des Schussberichtes und im Hinblick auf die Umsetzung des neuen Spitalgesetzes beantragen wir, bis auf weiteres das Spital Grenchen mit operationell fusioniertem Betrieb, ohne Frauenklinik, aber ansonst unverändertem Leistungsauftrag weiter zu führen. In Abweichung zum Expertenvorschlag beantragen wir, den Leistungsauftrag nicht zu erweitern. Die Umsetzung dieser Variante geht weiter als die seinerzeit beantragte Schliessung der Frauenklinik Grenchen, indem im Hinblick auf die im neuen Spitalgesetz vorgesehene 'Ein-AG' die operationell-betriebliche Fusion der beiden Spitalbetriebe der Region West bereits auf vertraglicher Basis vollzogen wird. Diese Variante ermöglicht Einsparungen von 0,5 bis 1,5 Mio Franken jährlich.

Beide Spitäler sind gebeten worden, zu unserem Antrag Stellung zu nehmen. Die beiden Spitäler können sich mit dieser Lösung grundsätzlich einverstanden. Beide Spitäler begrüssen insbesondere den „fusionierten Betrieb“ und die Beibehaltung der Belegärzte für Gynäkologie und Geburtshilfe in Grenchen.

Sehr geehrte Frau Präsidentin

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir unterbreiten Ihnen nachfolgend Botschaft und Entwurf über die Analyse zusätzlicher Varianten der Spitalversorgung in der Spitalregion Solothurn-West; Variantenentscheid.

1. Ausgangslage

1.1 Vorgeschichte

Im Herbst 2000 hat der Kantonsrat als SO+Massnahmen die Regionalisierung der Spitalversorgung (Massnahme Nr. 42) und die Verselbständigung der Spitäler (Massnahme Nr. 43) beschlossen. Mit der Umsetzung der beiden Massnahmen sollen Einsparungen von je 4.163 Mio., total rund 8.3 Mio. Franken zur Verbesserung des Staatshaushaltes erzielt werden. Die für die geplanten Einsparungen im Rahmen der Regionalisierung vorgesehene Auflösung der Spitalstiftungen konnte aufgrund rechtlicher und spitalpolitischer Hindernisse bis heute nicht vollzogen werden. Das Projekt zur Verselbständigung der Spitäler aufgrund des neuen Spitalgesetzes schreitet dagegen gut voran.

Im Rahmen der Regionalisierung der Spitalversorgung sind zwischen den beiden Spitälern der Region West bereits Zusammenarbeitsprojekte umgesetzt worden, so im Labor, im Einkauf, in der Wäscherei usw.. Eine einvernehmliche Zusammenarbeit im ärztlichen und pflegerischen Bereich liess sich jedoch nicht finden. Schliesslich wurde im Jahre 2002 die H FOCUS AG beauftragt, eine Expertise über mögliche Zusammenarbeitsvarianten zwischen dem Spital Grenchen und dem Bürgerspital Solothurn auszuarbeiten. Im Schlussbericht stellten die Experten die folgenden vier Varianten vor:

- Variante 1 „status quo“, Beibehaltung des heutigen Leistungsangebotes in beiden Spitälern, kein Investitionsbedarf und keine Einsparungen
- Variante 2 „Grenchen plus“, Grenchen inkl. zentralisierte Gynäkologie und Geburtshilfe, Investitionsbedarf 0 Franken, jährliche Einsparungen 1 Mio. Franken
- Variante 3, Akutmedizin in Solothurn, Rehabilitation und Langzeitpflege in Grenchen, Investitionsbedarf 12 Mio. Franken, jährliche Einsparungen 6 Mio. Franken
- Variante 4, Schliessung Akutspital Grenchen, Investitions- bzw. Restrukturierungsbedarf 3 Mio. Franken, jährliche Einsparungen 9 Mio. Franken.

Obwohl die Schliessung des Spitals Grenchen aus betriebswirtschaftlicher Sicht die grössten Einsparungen zur Folge hätte, beschlossen wir am 2. Juli 2002, das Spital Grenchen nach Variante 1 unverändert weiterzuführen. Auch nach der geplanten Regionalisierung bzw. nach der Verselbständigung der Spitäler gemäss neuem Spitalgesetz soll Grenchen als Betriebsstandort der künftigen Spital-AG weitergeführt werden.

Mit dem Wechsel der Chefärztin der Frauenklinik des Spitals Grenchen ans Bürgerspital Solothurn konnte erstmals im ärztlich-medizinischen Bereich eine Zusammenarbeit der beiden Spitäler in Betracht gezogen werden. Deshalb unterbreiteten wir mit Beschluss Nr. 2164 vom 5. November 2002 Bericht und Antrag zur Schliessung der Frauenklinik am Spital Grenchen.

1.2 Auftrag zur Abklärung zusätzlicher Varianten der Spitalversorgung

Der Kantonsrat hat unsern Antrag auf Schliessung der Frauenklinik Grenchen Ende Januar 2003 zurückgewiesen (vgl. KRB SGB 186/2002). Gleichzeitig hat er eine Volksmotion zum Erhalt des Spitals Grenchen als Akutspital mit unverändertem bisherigen Leistungsangebot abgelehnt. Hingegen erklärte er drei dringliche Aufträge (AD 006/2003 SP-Fraktion: Weiterführung der gynäkologisch-geburthilflichen Klinik auf Belegarztbasis, AD 007/2003 überparteilich: Führung der frauenärztlichen Abteilung mit Belegärzten, sowie AD 016/2003 FdP-JL-Fraktion: Abklärung von weiteren Szenarien) für erheblich.

Mit RRB Nr. 2003/479 vom 18. März 2003 haben wir das weitere Vorgehen betreffend der Umsetzung der dringlichen Aufträge sowie die Übergangslösung für die Frauenklinik für die Zeit vom April 2003 bis zur definitiven Kantonsratsentscheid beschlossen. Als Übergangsregelung wurde damals festgelegt, dass

- die Chefarztstelle der Frauenklinik im Spital Grenchen nicht besetzt wird
- für die gynäkologischen Eingriffe im Spital Grenchen das Belegarztsystem eingeführt werden kann
- die Geburten im Bürgerspital Solothurn durchzuführen sind
- das Spital Grenchen dem Bürgerspital für die Führung einer Sprechstunde die benötigten Räume der ehemaligen Praxis Dr. Maurer vermietet.

Dank der Bereitschaft von Frau med. pract. J. Brenneisen, nicht nur am Spital Grenchen die Sprechstunde zu führen und kleine Eingriffe durchzuführen, sondern sich am Bürgerspital als Belegärztin zu verpflichten, konnte die Übergangsregelung einvernehmlich und zur Zufriedenheit beider Spitäler umgesetzt werden. In der Folge wurde die Zentralisierung der Frauenkliniken der Spitalregion West am Standort Solothurn erfolgreich vollzogen. Im Vergleich zur Anzahl der im Jahr 2002 im Spital Grenchen behandelten stationären gynäkologischen Fälle (inkl. Geburten) liessen sich im Jahr 2003 (auf das ganze Jahr gerechnet) 64% aller Grenchner stationären Fälle im Bürgerspital Solothurn behandeln. Gemäss Vorlage zur Schliessung der Frauenklinik Grenchen hatte das Spitalamt damit gerechnet, dass nur die Hälfte der Grenchner Patientinnen ins Bürgerspital wechseln würde.

Mit den oben erwähnten drei Aufträgen hat uns der Kantonsrat angewiesen, basierend auf den bisherigen Abklärungen durch die H FOCUS AG, die folgenden Spitalversorgungsvarianten zu analysieren:

- Weiterführung der Frauenklinik Grenchen (inkl. Geburtshilfe) auf Belegarztbasis
- Weiterführung des gesamten Spitals Grenchen auf Belegarztbasis
- Umwandlung des Spitals Grenchen in eine Tagesklinik, eventuell in Kombination mit neuem Leistungsauftrag „Übergangspflege“ sowie Langzeitpflege
- 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.

2. Schlussbericht geiger.haudenschild

2.1 Auftrag und Abwicklung der Variantenanalyse

Das Spitalamt hat 4 Experten bzw. Expertenbüros zur Offerteingabe eingeladen. Die H FOCUS AG hat aufgrund der fehlenden Akzeptanz seitens der Vertreter des Spitals Grenchen auf die Eingabe einer Offerte verzichtet. Die drei eingegangenen Offerten sind anschliessend durch den von uns eingesetzten Steuerungsausschuss, bestehend aus den zwei Stiftungsratspräsidenten, den zwei Spitaldirektoren, dem vom Spital Grenchen beigezogenen Berater und dem Chef des Spitalamtes, evaluiert worden. Auf Antrag dieses Steuerungsausschusses haben wir mit Beschluss vom 24. Juni 2003 das Beraterteam geiger.haudenschild, managementberatung, Basel, unter der Projektleitung von Dr. oec. HSG Christof Haudenschild mit der Analyse beauftragt.

Der Steuerungsausschuss hat im Sommer und Herbst 2003 das Beraterteam geiger.haudenschild bei dessen Arbeiten begleitet. Es wurden das Vorgehen sowie die vom Kantonsrat geforderten Analysen bzw. Analysenresultate besprochen. Nach Vorliegen des Berichtsentwurfes wurde dieser dem Steuerungsausschuss präsentiert und mit ihm ausführlich diskutiert.

2.2 Analyisierte Spitalversorgungsvarianten und Ergebnis¹⁾

„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.

Variante 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, haben wir den Auftrag an das Beraterteam g.h, managementberatung vergeben mit der Auflage, per 30. November 2003 einen Bericht gemäss unserem Auftrag abzuliefern.

2.2.1 Erweiterung des Projektauftrags

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

¹⁾ ab hier bis und mit Ziffer 2.5 wird das Management-Summary des Originalberichtes zitiert. Nur die Originalfassung gewährleistet die korrekte Wiedergabe der Meinung des Beraterteams geiger.haudenschild

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 Be-
trieb ohne Grundversorgung

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

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.

2.2.2 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.

2.3 Ergebnisse nach Varianten

2.3.1 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 Aufnahmewang 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.

2.3.2 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 ambulantesteilstationres Patientenvolumen als es heute in Grenchen vorhanden ist. Der Notfall benötigt im Hintergrund einen akutstationären 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 | . Offizin (Publikumsapotheke) |
| . Übergangspflege für Patienten ohne Bedarf an täglicher ärztlicher Versorgung | . Physio-, Ergotherapie, Ernährungsberatung, Schwangerschaftsberatung etc. |
| . Langzeitpflege mit geriatrischer Rehabilitation | . Orthopädie-Praxis und -Geschäft |
| . Praxislabor und Praxisröntgen | . 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 dieses Variante einschwenkt, desto länger muss sie eine Anschubfinanzierung bereitstellen, respektive mit brach liegenden Infrastrukturen rechnen.

2.3.3 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; Cardiology; 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.

2.3.4 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. Entfielen 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 Grundsatzfragen 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 Solothurn/ Grenchen	Modell D: Spital Grenchen im fusionierten Betrieb mit Spital Solothurn ohne Grundversorgung

2.3.4.1 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.

2.3.4.2 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 Operationspersonal 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.

2.3.4.3 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: Belegarztklinik, medizinisches Zentrum mit Langzeitpflege/Tageschirurgie/Arztpraxen/Therapien etc. oder eine Spezialklinik. Die Umsetzung dieser Aufträge ist in den Varianten II, III und IV im vorliegenden Bericht analysiert.

2.3.4.4 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 beste-

henden 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 Reorganisationsmassnahmen 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 Gesamtsitals 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.

2.4 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 verfallen. 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 die 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.

2.5 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.“ (*Ende Management-Summary Bericht Beraterteam*).

2.6 Empfehlung des Beraterteams geiger.haudenschild

Das Beraterteam favorisiert Variante V (Modell B: Spital Grenchen als Grundversorger inkl. Notfall mit fusioniertem Betrieb, ohne Frauenklinik, aber mit erweitertem Leistungsauftrag). Allenfalls könnte in einem späteren zweiten Schritt zum Modell D: Spital Grenchen mit fusioniertem Betrieb ohne Grundversorgung (= Tagesklinik) übergegangen werden. Das Beraterteam erachtet ein Weiterbetreiben des Spitals Grenchen als eigenständigen Betrieb in Konkurrenz um Zuweiser und Patientinnen und Patienten als nicht wirtschaftlich. Bei konkurrenzierenden Leistungsaufträgen seien möglicherweise beide Spitäler Verlierer. Sollte das Spital Grenchen auf eigenständiger Basis weitergeführt werden, müssten deshalb beiden Spitälern Leistungsaufträge erteilt werden, die sich möglichst weitgehend ausschliessen.

Ferner schlagen geiger.haudenschild vor, mit dem Umzug der HNO-Klinik und der Augenklinik vom Bürgerspital und der Neuansiedlung einer Klinik für plastische Chirurgie sowie der gesamten Tageschirurgie die Infrastruktur des Spitals Grenchen besser auszulasten. Zudem sollen einzelne Fachbereiche nach bestehenden Schwerpunkten aufgeteilt werden (beispielsweise Traumatologie auf Grenchen, Orthopädie auf Solothurn).

3. Erwägungen

Auf folgende vom Beraterteam als nicht realisierbar bezeichneten Versorgungsvarianten wird nicht weiter eingetreten:

Variante I: Weiterführung der Frauenklinik Grenchen (inkl. Geburtshilfe), status quo für die übrigen Kliniken

Varianten II, II a: Weiterführung des gesamten Spitals Grenchen auf Belegarztbasis bzw. als gemischtes Chefarzt-Belegarzt-Spital

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

Variante III (Umwandlung des Spitals in eine Tagesklinik, eventuell zusätzlich mit Langzeitpflege sowie Übergangspflege) wird mit Variante V mit dem Modell des fusionierten Betriebes ohne Notfallversorgung weiterverfolgt. Variante V, Modelle B und D bilden die Grundlage für den von uns vorgeschlagenen Weg, allerdings ohne Erweiterung des Leistungsauftrages für das Spital Grenchen, wie er vom Beraterteam vorgeschlagen wird.

3.1 Grundsätzliche Überlegungen

Für die Evaluation der künftigen Zusammenarbeit in der Spitalregion West gehen wir von folgenden Zielen aus:

- Patientensicherheit
- Versorgungssicherheit
- günstiges Kosten/Nutzenverhältnis
- Übereinstimmung mit der Regionalisierung der Spitalversorgung, der Verselbständigung der Spitäler bzw. der Umsetzung des neuen Spitalgesetzes.

Die künftige Zusammenarbeitsvariante muss also an erster Stelle die Patientensicherheit und die Versorgungssicherheit gewährleisten können. Hinsichtlich des Kosten/Nutzenverhältnisses erachtet der Regierungsrat ein Verschieben der HNO- und Augenklinik vom Bürgerspital Solothurn nach Grenchen aus gesamtheitlicher Sicht eher als kostensteigernd. Die Kapazitäten des Bürgerspitals sind gut ausgelastet, aber nicht überlastet. Ein Umzug würde nur zusätzliche Kosten auslösen. Zudem besteht das Risiko, nicht nur Patienten, sondern auch noch die betreffenden zuweisenden Ärzte zu verlieren, da diese ihre Praxis in der Stadt Solothurn führen. Ein Umzug von Kliniken aus dem Bürgerspital Solothurn nach Grenchen bringt keine finanziellen Vorteile, solange nicht gleichzeitig der Umfang des Leistungsangebotes der betreffenden Kliniken (Anzahl Stellen oder Leistungsspektrum) reduziert wird. Falls dereinst der gemeinsame „Stiftungsrat West“ zu einem anderen Schluss kommen sollte, steht es ihm frei, beim Departement des Innern einen Antrag auf eine entsprechende Änderung des Leistungsauftrages einzureichen.

Zusammenfassend gehen wir davon aus, dass die noch zu bildenden gemeinsamen Führungsgremien sämtliche Massnahmen ergreifen, welche die Patientensicherheit, die Versorgungssicherheit und die

Kosten/Nutzenoptimierung für die Übergangszeit der Spitalregion sicherstellen und die Spitalregion gleichzeitig bestmöglich auf die Überführung in die Spital AG vorbereiten. Aufgrund dieser Überlegungen kommen für den Regierungsrat nur folgende drei Varianten der Spitalversorgung in der Spitalregion Solothurn-West in Frage.

3.2 Variante V, Modell B, Grenchen mit fusioniertem Betrieb und heutigem Leistungsangebot, ohne Frauenklinik und ohne Erweiterung des Leistungsauftrages

Diese Variante stellt hinsichtlich des Leistungsauftrages den eigentlichen status quo dar: die Frauenklinik bleibt geschlossen, die Frauenklinik des Bürgerspitals Solothurn führt für die Patientinnen und Patienten der Region Grenchen am Standort Grenchen eine Sprechstunde. Auf Wunsch der Patientinnen und im Einvernehmen mit den betreffenden Frauenärztinnen und -ärzten können kleinere gynäkologische Eingriffe direkt vor Ort in Grenchen oder in der zentralisierten Frauenklinik im Bürgerspital Solothurn durchgeführt werden. In diesem Sinne wird das Spital Grenchen in seiner Statistik weiterhin in beschränktem Ausmasse gynäkologische Fälle ausweisen. Aufgrund der seit dem 1. April 2003 erfolgreich funktionierenden Zentralisierung der Frauenkliniken am Bürgerspital Solothurn wird die Schliessung der Frauenklinik am Spital Grenchen nicht rückgängig gemacht.

Hinsichtlich Organisation sind die beiden Betriebe auf vertraglicher Basis *durchgängig* zu fusionieren. Dabei ist mit „Fusion“ nicht die rechtliche Fusion gemeint, sondern die *operationelle Zusammenlegung der beiden Betriebe auf allen Bereichen*. Im Gegensatz zum Beraterteam geiger.haudenschild erachtet der Regierungsrat nur die sofortige durchgängige Fusion als erfolgversprechend. Das Beraterteam schlägt, in der Annahme, dass das Spitalgesetz per 1.1.2005 realisiert wird und eine sofortige Fusion von Rechnungswesen, Patientenverwaltung etc. innerhalb eines laufenden Geschäftsjahres nicht möglich ist, kurzfristig nur eine „Fusion“ auf der strategischen Ebene (Stiftungsrat inkl. Direktion) vor. Die Verwaltungen, Kliniken, medizintechnischen Abteilungen könnten bis zur definitiven Umsetzung der Ein-AG bzw. des Spitalbetriebes West parallel an beiden Standorten geführt werden. Diesen Vorschlag beurteilen wir als nicht praktikabel. Nicht nur auf strategischer Ebene, sondern auch auf allen operativen Ebenen muss fusioniert werden. Nur so können die Aufrechterhaltung des Spitalbetriebes im Falle von Kündigungen von Schlüsselstelleneinhaberinnen und -inhabern (beispielsweise im Bereiche Anästhesie und OPS) sichergestellt und noch vorhandene Doppelspurigkeiten eliminiert werden. In der Zeit bis zur Bildung der Ein-AG ist gerade in der Region West die „Führung aus einer Hand“ von entscheidender Bedeutung.

Beide Stiftungsräte delegieren ihre Führungsfunktion für die Zeit bis zur Umsetzung des neuen Spitalgesetzes an ein gemeinsam aus beiden Räten zu bildendes Gremium (=Stiftungsrat West). Dieses Gremium übernimmt die Führungsaufgaben beider Räte. Als rechtlich zuständige Gremien delegieren beide Stiftungsräte ihre Führungsfunktion vertraglich an den gemeinsam gebildeten „Stiftungsrat West“. In diesem Vertrag ist die „durchgängige Fusion“ (= eine Spitalleitung, ein Spitaldirektor, eine medizinische Klinik, eine Anästhesie usw.) mit der entsprechenden Aufbauorganisation festzuhalten. Die Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten der einzelnen Schlüsselstellen sind transparent aufzuzeigen.

Die Weiterführung des status quo mit fusioniertem Betrieb ergibt Einsparungen von 0.5 bis 1 Mio. Franken. Im Resultat übertrifft diese Variante sogar das Ergebnis der von uns vor rund einem Jahr beantragten Schliessung der Frauenklinik, indem auf vertraglicher Basis die betrieblich-operationelle

„Fusion“ bereits vor der Gründung der Ein-AG bzw. der Umsetzung des Spitalgesetzes erreicht wird.

3.3 Variante V, Modell D, fusionierter Betrieb ohne Notfallversorgung, aber mit Tageschirurgie, jedoch ohne Erweiterung des Leistungsauftrages

Wir gehen mit dem Beraterteam geiger.haudenschild einig, dass eine Einschränkung der Notfallversorgung am Standort Grenchen automatisch eine völlige Veränderung des Leistungsauftrages bedeutet. Die Zuweisung der Hausärzte erfolgt nicht mehr an den Standort Grenchen, sondern direkt ans Bürgerspital Solothurn, das neu auch für die Region Grenchen die Notfallversorgung über 24 Stunden sicherstellt. Da gemäss geiger.haudenschild in einem kleineren Spital wie Grenchen rund 80% der medizinischen Patienten über den Notfall ins Spital eintreten, hat ein Akutspital ohne durchgehenden Notfallbetrieb in kürzester Zeit keine Patienten mehr. Nachdem ein Bedarf für zusätzliche Langzeitpflegebetten in der Spitalregion West vorderhand nicht nachzuweisen ist, würden praktisch nur die tageschirurgischen Planeingriffe für den Standort Grenchen bleiben.

Das Beraterteam schätzt das Einsparungspotenzial dieser Zusammenarbeitsvariante auf 1 – 2 Mio. Franken, das Spitalamt aufgrund der Konzentration des Leistungsangebotes und der durchgängigen Fusion auf 2 – 4 Mio. Franken. Wir teilen die Meinung der Vertreter des Spitals Grenchen, dass die Variante D zum heutigen Zeitpunkt einer Schliessung gleichkommt. Anders könnte es aussehen, wenn das „Spitalzentrum West“ erst mal in den Köpfen der Klienten und der Zuweiser voll etabliert ist und die Zuweisung auf die beiden Häuser allenfalls über einen zentralen Notfall geschieht.

3.4 Schliessung des Spitals Grenchen

Die Schliessung des Spitals Grenchen wurde vom Beraterteam geiger.haudenschild nicht als Variante untersucht. Aufgrund der geführten Interviews kommen geiger.haudenschild allerdings zum Schluss, dass der Kanton Solothurn für die Sicherstellung der Spitalversorgung auf die Kapazitäten beider Standorte angewiesen sei. Demgegenüber sind H FOCUS und das Spitalamt überzeugt, dass nach einer gewissen Vorbereitungsfrist das Bürgerspital Solothurn aufgrund der vorhandenen räumlichen Kapazitäten in der Lage ist, sämtliche nach einer Schliessung des Spitals Grenchen am Standort Solothurn anfallenden Spitalleistungen zu erbringen. Dabei gilt es zu berücksichtigen, dass im Falle einer Spitalschliessung nicht alle Patientinnen und Patienten des Spitals Grenchen im Krankheitsfall ins Bürgerspital Solothurn eintreten würden. So gehen beispielsweise die Vertreter der Spitalregion Grenchen davon aus, dass rund ein Drittel der Patientinnen und Patienten in die Privatklinik Obach oder in ein Spital oder eine Klinik im benachbarten Kanton Bern abwandern würden.

Durch die Schliessung des Spitals Grenchen könnten nach Aufbringung der Schliessungskosten (Umwandlung Bezirksspital Thierstein: 19,1 Mio. Franken) Einsparungen von 4 – 8 Mio. Franken jährlich realisiert werden.

3.5 Variantenentscheid

Die Entwicklung im schweizerischen Spitalwesen ist ungewiss. Auch gemäss Beraterteam geiger.haudenschild sind differenzierte und aussagefähige Szenarien über die künftige Bedarfsentwicklung kaum zu finden. Allgemein wird davon ausgegangen, dass einerseits die Verlagerung vom stationären Bereich in den ambulanten Bereich fortschreiten wird. Andererseits wird der Interventionsbedarf, d.h. die Durchführung von operativen Eingriffen, aufgrund des medizinischen Fortschritts sowie insbesonde-

re auch aufgrund der Überalterung der Bevölkerung zunehmen. Die geplanten und diskutierten leistungsorientierten Spitalfinanzierungsmodelle (dual fixe, monistische Spitalfinanzierung), neue Managed Care-Modelle sowie der weiter steigende Kosten- und Premiendruck werden den gegenwärtigen Konzentrationsprozess im Spitalwesen eher verstärken als abwenden. Mit Sicherheit wird aber die bauliche Sanierung des Bürgerspitals auf mittlere Frist (nach der Fertigstellung der baulichen Sanierungen des Kantonsspitals Olten und der Psychiatrischen Klinik) nicht weiter hinausgeschoben werden können.

Aufgrund der vorstehenden Erwägungen sowie im Hinblick auf das neue Spitalgesetz beantragen wir, das Spital Grenchen mit fusioniertem Betrieb und unverändertem Leistungsauftrag, ohne Frauenklinik, jedoch inkl. Notfallversorgung weiterzuführen (= Variante V, Modell B, status quo, aber ohne Erweiterung des Leistungsauftrages). Die Umsetzung dieser Variante geht weiter als die seinerzeit beantragte Schliessung der Frauenklinik, indem im Hinblick auf die Umsetzung des neuen Spitalgesetzes bzw. auf die Verselbständigung der Spitäler die Fusion der Betriebe der Spitalregion West bereits vertraglich vorgezogen wird. In ihrer Stellungnahme zu unserem Antrag können sich beide Spitäler mit dieser Lösung grundsätzlich einverstanden erklären. Beide Spitäler begrüßen insbesondere den „fusionierten Betrieb“ und die Beibehaltung der Belegärzte für Gynäkologie und Geburtshilfe in Grenchen.

4. Weiteres Vorgehen und Zeitplan

Das Departement des Innern wird mit der Umsetzung der betrieblich-operationellen „Fusion“ auf vertraglicher Basis beauftragt. Raschmöglichst ist der gemeinsame „Stiftungsrat West“ zu „gründen“ und an diesen die strategische Führung der beiden Spitalbetriebe zu delegieren. Für den Fall, dass der neue Stiftungsrat West für die Umsetzung und/oder deren Begleitung den Beizug eines externen Beraters als notwendig erachtet, stehen entsprechende finanzielle Mittel aus dem Kredit der SO+Massnahme Nr. 43 „Verselbständigung der Spitäler“ zur Verfügung. Sollte der Stiftungsrat West zur Auffassung gelangen, dass sich eine zusätzliche Änderung im Leistungsauftrag der beiden Spitäler aufdrängt, wäre diese auf dem ordentlichen Weg durch den Stiftungsrat des betreffenden Spitals der Region West dem Departement des Innern zu beantragen. Die Umsetzung der betrieblich-operationellen „Fusion“ der Spitalbetriebe West ist bis spätestens 30. September 2004 zu vollziehen.

5. Rechtmässigkeit und Zuständigkeit

Mit dieser Vorlage wird die Frauenklinik des Spitals Grenchen definitiv geschlossen. Nach § 46 Abs. 3 des Gesundheitsgesetzes ist der Kantonsrat für die Schliessung von Kliniken zuständig; der Beschluss unterliegt dem fakultativen Referendum.

6. Antrag

Wir bitten Sie, auf die Vorlage einzutreten und dem nachfolgenden Beschlussesentwurf zuzustimmen.

Im Namen des Regierungsrates

Ruth Gisi
Frau Landammann

Yolanda Studer
Staatsschreiber-Stellvertreterin

7. Beschlussesentwurf

Analyse zusätzlicher Varianten der Spitalversorgung in der Spitalregion Solothurn–West; Variantenentscheid

Der Kantonsrat von Solothurn, gestützt auf Art. 101 der Kantonsverfassung vom 8. Juni 1986¹⁾ und auf § 46 Abs. 3 des Gesundheitsgesetzes vom 27. Januar 1999²⁾, nach Kenntnisnahme von Botschaft und Entwurf des Regierungsrates vom 26. Januar 2004 (RRB Nr. 2004/230), beschliesst:

1. Das Spital Grenchen wird auf vertraglicher Basis bis zur Umsetzung des Spitalgesetzes mit dem Bürgerspital Solothurn operationell–betrieblich auf allen Bereichen „fusioniert“.
2. Der Leistungsauftrag des Spitals Grenchen wird um die Frauenklinik reduziert und bleibt ansonst unverändert. Auf Wunsch der Patientinnen und im Einvernehmen mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten können im Spital Grenchen nach wie vor kleinere gynäkologische Eingriffe vorgenommen werden.
3. Die drei dringlichen Aufträge (AD 006/2003, AD 007/2003 und AD 016/2003) des Jahres 2003 werden als erledigt abgeschrieben.
4. Der Regierungsrat wird mit dem Vollzug beauftragt.

Im Namen des Kantonsrates

Präsidentin

Ratssekretär

Ziffer 2 unterliegt dem fakultativen Referendum.

¹⁾ BGS 111.1
²⁾ BGS 811.11

Verteiler KRB

Departement des Innern

Spitalamt (3); FM,MW,Ablage

Finanzdepartement

Bau- und Justizdepartement, Hochbauamt

Roland Möri, Eschenstr. 3, 2540 Grenchen, Präsident des Stiftungsrates des Spitals Grenchen

Dr. Kurt Altermatt, Spalenring 140, 4056 Basel, Präsident des Stiftungsrates des Bürgerspitals Solothurn

Direktion Spital Grenchen, Wissbächlistr. 48, 2540 Grenchen

Direktion Bürgerspital Solothurn, Schöngrünstrasse 42, 4500 Solothurn

geiger.haudenschild, managementberatung, Amselstrasse 37, 4059 Basel