

# Regierungsratsbeschluss

vom 27. September 2011

Nr. 2011/2085  
KR.Nr. I 120/2011 (DDI)

## Interpellation Andreas Schibli (FDP), Olten: Aufbau Kardiologie in der soH (23.08.2011); Stellungnahme des Regierungsrates

---

### 1. Vorstosstext

Der Aufbau einer Kardiologie in der soH stösst vielerorts auf Unverständnis. Spezial Eingriffe werden auf Zentrumsspitäler konzentriert. Die Zusammenarbeit der zuweisenden Ärzte und den im Kanton Solothurn niedergelassenen Herzspezialisten und dem Inselspital Bern steht auf einem äusserst soliden Fundament. Mit dem Aufbau einer Kardiologie stösst die soH in den Bereich der Spitzenmedizin vor, ein Leistungsfeld, das eigentlich nicht eine Aufgabe der kantonalen Spitalversorgung ist. Es ist zu befürchten, dass dies zu einer unnötigen Kostensteigerung führt. Die Qualität eines Angebots hängt stark mit der jeweiligen Fallzahl in einem medizinischen Gebiet zusammen.

Darum wird der Regierungsrat ersucht, folgende Fragen zu beantworten:

1. Ist der Aufbau einer Kardiologie in der soH abgestützt auf die Spitalplanung?
2. Basiert dieses neue Angebot auf der Versorgungsstrategie des Regierungsrats?
3. Welchem Bereich rechnet der Regierungsrat dieses Leistungsfeld Kardiologie zu: Grundversorgung, erweiterte Grundversorgung oder Zusatzleistungen? Falls es Zusatzleistungen sind: Besteht ein Businessplan, mit welchem nachgewiesen wurde, dass dieser neue Bereich einen positiven Beitrag zum wirtschaftlichen Ergebnis der soH beträgt?
4. Wurde eine fundierte Chancen-Risiko-Analyse durchgeführt, um auch mögliche Kollateralschäden bei den bestehenden Kooperationen (z.B. Inselspital) zu quantifizieren? Sind entsprechende Risiken im Businessplan mitberücksichtigt?
5. Welche Auswirkungen hat dieses Angebot auf das Globalbudget der soH?
6. Ist es richtig, dass Versicherte ohne Zusatzversicherung bei ausserkantonalem vorgenommenen Wahleingriffen (keine Notfälle), die durch das neue kardiologische Angebot in Solothurn abgedeckt werden, die Differenz zwischen dem kantonalen Sockelbeitrag und den effektiven Kosten der ausserkantonalen kardiologischen Spitalbehandlung aus der eigenen Tasche bezahlen müssen?
7. Wie viele Fälle pro Jahr müssen behandelt werden, damit die neu aufgebaute Infrastruktur nicht nur kostendeckend, sondern rentabel eingesetzt werden kann?
8. Welche Fallzahlen sind nötig, um eine hohe Qualität sicherzustellen und damit wettbewerbsfähig zu sein? Wie gross ist der Bedarf der Solothurner Bevölkerung an Behandlungen im Bereich dieses neuen Angebots?
9. Aus welchen Gründen sind die zuweisenden Hausärzte in diesen Entscheid nicht miteinbezogen worden?

### 2. Begründung

Im Vorstosstext enthalten.

### 3. **Stellungnahme des Regierungsrates**

#### 3.1 Allgemeines

Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems sind in der Schweiz die Todesursache Nummer eins. Rund die Hälfte aller Todesfälle geht auf eine Erkrankung des Herzens oder des Gefässsystems zurück. Zwar sind vor allem ältere Menschen betroffen, doch in den letzten Jahren ist auch die Zahl der Erkrankungen bei Personen unter 50 Jahren gestiegen. Die Störungen des Gefässsystems sind vielfältig und verlaufen in der Regel schleichend. Zum Tode führt letztlich meistens ein Herzinfarkt oder ein Hirnschlag. Die Koronare Herzkrankheit, insbesondere der Herzinfarkt, wird heute möglichst schnell im Herzkatheterlabor behandelt. Aufgrund der demographischen Entwicklung ist davon auszugehen, dass die Zahl der Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems in den nächsten Jahren steigen wird. Wichtig für die Patienten und Patientinnen ist eine wohnortnahe, rasche Behandlung mit entsprechender Qualität. Die zeitverzugslose Behandlung akuter lebensbedrohender Erkrankungen durch qualifizierte Ärzte und Ärztinnen vor Ort ist gerade beim Herzinfarkt, wo jede Minute zählt, entscheidend.

Die Behandlung von Herzkreislauferkrankungen hat in den letzten 20 Jahren enorme Fortschritte gemacht. Insbesondere hat die invasive Behandlung mit dem Herzkatheter zu einer neuen Situation geführt. Die Herzkatheteruntersuchung mit anschliessender Behandlung war früher auf wenige Zentren fokussiert und galt als Spitzenmedizin. Heute ist diese Methode derart etabliert und standardisiert, dass sie als Angebot der erweiterten Grundversorgung anzusehen ist. Eine Verlagerung in die Peripherie hat u.a. den Vorteil, dass bei einem akuten Herzinfarkt Zeit gewonnen werden kann, was bei dieser Erkrankung von grösster Bedeutung ist.

Gemäss der neusten verfügbaren Krankenhausstatistik des Bundes haben sich 2009 stationär insgesamt 1'051 Solothurner und Solothurnerinnen einer Untersuchung in einem Herzkatheterlabor unterziehen müssen. Bis anhin wurden diese invasiven kardiologischen Untersuchungen hauptsächlich im Inselspital Bern durchgeführt (2009 waren es 638 bzw. 61%). Die Behandlung in Bern ist mit gewissen Nachteilen verbunden. So müssen die Patienten und Patientinnen nach Bern transportiert werden, was medizinisch wertvolle Zeit beansprucht. Zudem entstehen nicht unerhebliche zusätzliche Transportkosten, insbesondere wenn stationäre Patienten und Patientinnen der soH für eine Herzkatheteruntersuchung in das Inselspital Bern und wieder zurück fahren müssen.

Das heutige Patientenaufkommen in der soH verlangt einen adäquaten spitalinternen kardiologischen Service. Mit dem neuen Angebot, das teilweise bereits ab 1. Januar 2012 funktionstüchtig sein soll, reagiert die soH auch auf den ab 2012 zu erwartenden zunehmenden Wettbewerb. Die soH schafft eine standortübergreifende Kardiologie mit einem Herzkatheterlabor am Standort Solothurn. Mit wenigen Ausnahmen (z.B. Kinderkardiologie) werden alle kardiologischen Dienstleistungen angeboten. Ein entsprechend qualifizierter Chefarzt konnte in der Person von Prof. Dr. med. Rolf Vogel rekrutiert werden. Er ist bisher am Inselspital als invasiver Kardiologe und an der Universität Bern tätig gewesen. Seine Arbeit in der soH wird er am 1. Oktober 2011 aufnehmen. Weiteres entsprechend qualifiziertes Personal wird rekrutiert, um den 24h-Dienst und die Versorgung der Notfälle an 365 Tagen zu gewährleisten. Vier erfahrene interventionelle Kardiologen werden die Eingriffe (d.h. vor allem Herzkatheteruntersuchungen und -behandlungen) vornehmen und sich gegenseitig vertreten. Dieses Modell hat sich anderswo bereits bewährt, z.B. in Freiburg, Biel, Chur, Sion, Liestal und Frauenfeld. Die Verantwortlichen auf den Notfallstationen dieser Spitäler betrachten den Service des Herzkatheterlabors als wichtig. Der Betrieb eines Herzkatheterlabors ohne Herzchirurgie vor Ort ist heute Standard. Auch in Zukunft wird die soH alle möglichen Synergien mit den bisherigen und mit weiteren Partnern aus der Region pflegen. Dazu gehören insbesondere auch die Konsiliarärzte für die Kardiologie in Olten. Zudem wird die erfolgreiche Zusammenarbeit mit dem Inselspital Bern im

Bereich der hochspezialisierten Medizin (Herzchirurgie, Transplantationen und spezielle Rhythmologie) fortgesetzt. Durch die universitäre Anbindung können die Patienten und Patientinnen von den neusten Behandlungsmethoden in der Kardiologie profitieren.

Dank des neuen medizinischen Angebots der soH wird die Solothurner Bevölkerung in Zukunft vor Ort vom Wissen eines ausgewiesenen Kardiologie-Spezialisten als Chefarzt und von den Erfahrungen der invasiven Kardiologen profitieren. Herzkrankheiten können neu integral diagnostiziert und behandelt werden. Für Notfallpatienten (z.B. mit einem Herzinfarkt) werden die Untersuchungen und Behandlungen dank des kürzeren Weges viel rascher als bisher erfolgen, was für den medizinischen Erfolg von Bedeutung ist. Die kürzeren Wege sind auch im Zusammenhang mit den Krankenbesuchen von Angehörigen von Vorteil.

Mit dem Ausbau der Kardiologie verbessert die soH ihre Wettbewerbsfähigkeit. Für ein wichtiges und grosses Patientenkollektiv kann die soH einen kompletten Service hinsichtlich Diagnostik und Therapie anbieten. Die standortübergreifende Kardiologie ermöglicht eine gute und rasche Versorgung der Patienten und Patientinnen im Notfall vor Ort.

### 3.2 Zu Fragen 1 bis 3

Gemäss gültiger Spitalliste hat die soH innerhalb der Inneren Medizin einen expliziten Leistungsauftrag für die Kardiologie (vgl. RRB Nr. 2005/2131 vom 24. Oktober 2005). Mit dem Aufbau eines Herzkatheterlabors wird nun die Subdisziplin Kardiologie um den Zweig der invasiven Kardiologie ausgebaut, was der Spitalversorgungsstrategie des Kantons Solothurn entspricht. Heute ist eine Herzkatheteruntersuchung nicht mehr eine Leistung, die der „Spitzenmedizin“ zugerechnet wird und somit universitären Zentren vorbehalten bleiben soll. Vielmehr wird die Kardiologie (inkl. Herzkatheterlabor) heute der erweiterten modernen Grundversorgung zugerechnet und kann in gleicher Qualität an einer Einrichtung von der Grösse eines soH-Standes betrieben werden.

Der Regierungsrat hat am 24. Januar 2011 vom im Rahmen der Nordwestschweizer Spitalversorgungsplanung erstellten Bericht „Spitalplanung 2012 - Versorgungsbericht Kanton Solothurn“ Kenntnis genommen und das Departement des Innern beauftragt, u.a. auf der Basis dieses Berichtes die Spitalliste des Kantons Solothurn zu erarbeiten (vgl. RRB Nr. 2011/167). Gemäss diesem Versorgungsbericht ist bis 2020 für den Leistungsbereich Kardiologie & Angiologie unter Berücksichtigung der zunehmenden Verlagerung in den ambulanten Bereich mit einer Zunahme der stationären Fälle um 10% zu rechnen, allein aufgrund der demographischen Entwicklung wären es 21%.

Mit Beschluss vom 27. Januar 2011 hat der Vorstand der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) den Kantonen die Anwendung des von der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich entwickelten Leistungsgruppenkonzepts im Rahmen der leistungsorientierten Spitalplanung empfohlen. Auch der Kanton Solothurn wird sich bei der Einteilung der von den Listenspitälern zu erbringenden Leistungen an den Empfehlungen der GDK orientieren. Mit dem Leistungsgruppenkonzept wird die hergebrachte Aufteilung in Grundversorgung, erweiterte Grundversorgung und universitäre Medizin insofern aufgebrochen, als dass jeder Leistungsanbieter unter bestimmten Bedingungen diejenigen Leistungsgruppen anbieten kann, die er in guter Qualität und kostengünstig erbringt. Das Leistungsgruppenkonzept sieht vor, dass für Untersuchungen im Herzkatheterlabor alle Leistungen im Bereich der Kardiologie angeboten werden müssen, welche zur Patientensicherheit notwendig sind. Mit dem grossen und wachsenden Bedarf stellt somit die Erteilung eines Leistungsauftrags an die soH einen sinnvollen Schritt innerhalb der von der GDK empfohlenen Spitalplanung dar.

Von der soH wurde ein Businessplan erstellt, der zeigt, dass dieser neue Bereich einen positiven Beitrag zum wirtschaftlichen Ergebnis der soH leisten wird.

Der Ausbau der Kardiologie der soH hat zur Folge, dass insbesondere das Inselspital weniger Eingriffe vornehmen wird, die zur Routine im Herzkatheterlabor gehören; hingegen wird es weiterhin die fachlich anspruchsvollen und von der medizinischen Seite her komplexen Fälle übernehmen, was einer stufengerechten Zuweisung von Patienten und Patientinnen entspricht. Letztlich muss das Inselspital seine der Spitzenmedizin zurechenbare Infrastruktur weniger für das „Alltagsgeschäft“ verwenden.

### 3.3 Zu Frage 4

Wie im Vorfeld aller Kooperationen, ist von der soH auch hier eine sorgfältige Analyse erstellt worden. Das Inselspital hat für den Aufbau und den Betrieb des Herzkatheterlabors Hand geboten. Die Zusammenarbeit mit dem Inselspital wird gestärkt, Kollateralschäden sind nicht zu erwarten. Prof. Vogel wird weiterhin mit einem reduzierten Pensum am Inselspital arbeiten, bis das Herzkatheterlabor in Solothurn bereit ist. Er wird nach Möglichkeit die Patienten und Patientinnen aus dem Kanton Solothurn behandeln. Nach Inbetriebnahme des Herzkatheterlabors in Solothurn wird Prof. Vogel weiterhin soH-Patienten mit komplexen kardiologischen Problemen in Bern behandeln können und die Zusammenarbeit mit der Herzchirurgie des Inselspitals (Prof. Carel) wird weitergeführt. Zudem wird Prof. Vogel eine interdisziplinäre Forschungsgruppe aus Kardiologen des Inselspitals und Ingenieuren der Universität Bern mitleiten.

### 3.4 Zu Frage 5

Das Globalbudget der soH ist nicht betroffen, weil es ab 2012 nur noch die Abgeltung gemeinschaftlicher Leistungen und von besonderen Leistungsaufträgen an die soH beinhaltet (vgl. RRB Nr. 2011/1931 vom 13. September 2011). Der Grund liegt in der neuen Spitalfinanzierung. Ab 1. Januar 2012 werden für die akuten stationären Spitalbehandlungen nicht mehr die ausgewiesenen Kosten vergütet, sondern im Voraus vereinbarte, diagnosebezogene Fallpauschalen (SwissDRG). Neu gelten zudem für die Finanzierung der stationären Leistungen in allen Spitälern feste Prozentsätze, wobei sich die Kantone und die Krankenversicherer anteilmässig zu beteiligen haben (2012 Anteil Kanton Solothurn und Krankenversicherer je 50%). Als Folge der neuen Spitalfinanzierung werden die stationären Spitalbehandlungen aller Spitäler über die Finanzgrösse „Spitalbehandlungen gemäss KVG“ abgerechnet.

Gemäss ihrem Businessplan geht die soH davon aus, dass bereits nach zwei Jahren seit Inbetriebnahme des Herzkatheterlabors die jährlichen Einnahmen die Betriebskosten decken. Nach drei Jahren wird mit einer erhöhten Liquidität und einer Verbesserung des Betriebsergebnisses gerechnet. Wichtige Erfolgsfaktoren sind eine gute Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Zuweisern sowie die kantonsweite Akzeptanz bzw. dass es gelingt, auch kritische Stimmen mit fachlichen Argumenten zu überzeugen und zu integrieren.

### 3.5 Zu Frage 6

Ab 2012 dürfen die Grundversicherten unter allen Spitälern, die auf einer kantonalen Spitalliste aufgeführt sind, frei wählen. Jedoch müssen sie die Mehrkosten übernehmen, wenn ein Spital, das nicht mit den entsprechenden Leistungen auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt ist, höhere Tarife als im Wohnkanton verrechnet und es sich nicht um einen Notfall (im Sinne der Rechtssprechung) handelt. Ein Grundversicherter ohne entsprechende Zusatzversicherung, der trotzdem unbedingt in einem Spital Leistungen nutzen will, für welches dieses Spital nicht auf der Solothurner Spitalliste aufgeführt ist, muss eine allfällige Tariffdifferenz selbst übernehmen. Bezogen auf die Kardiologie entsteht eine Tariffdifferenz dann, wenn die beanspruchten medizinischen Leistungen teurer sind als in der soH.

### 3.6 Zu Fragen 7 und 8

Europaweit wird pro 100'000 Einwohner/innen mit 500 Interventionen gerechnet. Entsprechend sind für den Kanton Solothurn rund 1'250 Untersuchungen im Herzkatheterlabor zu erwarten (2009 1'051). Für die soH wird das Angebot ab 400 Patienten bzw. Patientinnen kostendeckend. Gemäss Leistungsgruppenkonzept bestehen heute keine Mindestfallzahlen. 400 Fälle reichen aber aus, damit vier interventionelle Kardiologen ein sehr gutes Qualitätsniveau halten können. Im Übrigen liegen die erwarteten Fallzahlen der soH im Bereich anderer nicht-universitärer Spitäler.

### 3.7 Zu Frage 9

Insbesondere zum Schutz des interessierten Kardiologen erfolgte bis zum definitiven Umsetzungsentscheid des dafür zuständigen soH-Verwaltungsrates eine Geheimhaltung des Projektes. Dies ändert aber nichts daran, dass die soH auch weiterhin grosses Gewicht auf eine gute Zusammenarbeit mit den zuweisenden Ärzten und Ärztinnen legt. Am 13. Juli 2011 hat der Vorstand der Gesellschaft der Ärztinnen und Ärzte des Kantons Solothurn im Rahmen einer öffentlichen Stellungnahme Verständnis für den Ausbau der soH-Kardiologie gezeigt und gleichzeitig den fehlenden Einbezug bedauert.



Andreas Eng  
Staatsschreiber

### Verteiler

Departement des Innern, Gesundheitsamt (3); HS, PB, CL  
Solothurner Spitäler AG (soH), Schöngrünstrasse 36a, 4500 Solothurn  
Gesellschaft der Ärztinnen und Ärzte des Kantons Solothurn (GAeSO), Ferchtweg 1, 4622 Egerkingen  
Inselspital, 3010 Bern  
Aktuariat Sozial- und Gesundheitskommission  
Parlamentsdienste  
Traktandenliste Kantonsrat