

Willy Oggier, Dr.oec.HSG

Gesundheitsökonomische Beratungen AG
Weinhaldenstrasse 22
CH-8700 Küsnacht

Tel. 044/ 273 52 34

Fax 044/ 273 52 35

Überprüfung der Spitalstrukturen im Oberwallis
-
Gutachten
aus gesundheitsökonomischer Sicht

Im Auftrag des Departements Gesundheit, Soziales und Kultur des Kantons Wallis

Küsnacht, 2. Oktober 2013

EXECUTIVE SUMMARY

Im Rahmen dieses Gutachtens sollten mögliche Varianten für die zukünftigen Spitalstrukturen im Oberwallis analysiert werden. Zu diesem Zweck wurden einleitend einige Herausforderungen des schweizerischen Gesundheitswesens, Erfolgsfaktoren bei der Positionierung von Spitälern im Wettbewerb, die historische Entwicklung der Spitalplanung im Kanton Wallis seit dem Jahr 2004 und die volkswirtschaftliche Relevanz der heutigen Spitalstrukturen aufgearbeitet. Im Anschluss daran wurde der Bedarf anhand der aktuellsten verfügbaren Planungsdaten bis im Jahr 2020 analysiert.

Anhand von 11 verschiedenen, mit dem Auftraggeber und einer Delegation des Hôpital du Valais abgestimmten Kriterien wurden verschiedene Varianten vom Experten beurteilt. Dabei zeigte sich, dass zwei Varianten (der Status Quo und die noch radikalere Trennung von stationären und ambulanten Leistungen nach Standorten) keine zukunftssträchtigen Alternativen darstellen. Die drei anderen analysierten Szenarien (ein neues Zentralspital an einem neuen Standort bzw. an einem der beiden bisherigen Standorte, ein Spital mit den zwei Standorten Brig und Visp (Portfolio-bereinigt)) schneiden alle positiv ab und sind fast gleichwertig, sofern die 11 Kriterien alle gleich gewichtet werden.

Für die weiteren Arbeiten sind folgende Elemente aus Sicht des Gutachters besonders wichtig:

- Bevor im Mittel- oder/ und Oberwallis grössere Bauvorhaben begonnen werden, braucht es eine Gesamtschau über beide Regionen. Die dem Experten vorgelegten und zitierfähigen Daten und Informationen der Verantwortlichen des Hôpital du Valais reichen dafür bei weitem nicht aus, damit der Eigner der Spitäler, also der Kanton Wallis, qualifizierte Entscheidungen betriebswirtschaftlicher Natur im Sinne der neuen Spitalfinanzierung nach eidgenössischem Krankenversicherungsgesetz fällen könnte.
- Eine solche Gesamtschau ist auch nötig, um die Gefahr zu reduzieren, dass im Mittelwallis voreilig (zu) viel Geld ausgegeben würde, welches dann für das Oberwallis nicht mehr zur Verfügung steht. Dies wiederum ist mit dem Risiko vermehrter ausserkantonaler Hospitalisationen aus dem Oberwallis verbunden, welche gemäss der neuen Bundesregelung vom Walliser Steuer- und Prämienzahler zu finanzieren sind.
- Anders sähe die Sachlage aus, wenn die verantwortlichen politischen Instanzen im Kanton Wallis beschliessen würden, im Rahmen sogenannter gemeinwirtschaftlicher Leistungen die Spitalstrukturen im Oberwallis bedarfsgerecht an einem neuen Standort zu konzentrieren. Hier ginge es um einen (versorgungs-)politischen Grundsatzentscheid, indem die Politik dem Hôpital du Valais vorgeben würde, was zu tun ist. In diesem Fall müsste der Kanton (oder allfällige andere Dritte, aber nicht die Krankenversicherer) bereit sein, die entsprechenden gemeinwirtschaftlichen Leistungen zu finanzieren.

INHALTSVERZEICHNIS

1. Auftrag und Problemstellung	4
2. Methodik und Vorgehensweise	4
3. Herausforderungen des schweizerischen Gesundheitswesens	5
3.1. Herausforderung Alterung	5
3.2. Herausforderung medizinische Entwicklung	6
3.3. Herausforderung bauliche Entwicklung	6
3.4. Herausforderung neue Spitalfinanzierung	7
3.4.1. Einige finanzpolitisch wichtige Auswirkungen auf Kantonsebene	9
3.4.2. Herausforderungen durch die neue gesetzliche Grundlage für Spitäler	10
3.4.3. Mögliche Auswirkungen auf die Spitallandschaft im Kanton Wallis	10
4. Grundsätzliches zur Positionierung von Spitalern im Wettbewerb	13
4.1. Medizinische Erfolgsfaktoren	13
4.2. Ökonomische Erfolgsfaktoren	14
4.3. Marktbezogene Erfolgsfaktoren	14
4.4. Strukturelle Erfolgsfaktoren	15
5. Historische Entwicklung	16
6. Volkswirtschaftliche Aspekte	19
6.1. Wertschöpfung (Multiplikatoreffekte)	19
6.2. Standortattraktivität	21
6.3. Innovationsfunktion	21
6.4. Kompensationsfunktion	21
6.5. Beschäftigungsfunktion	21
7. Der Bedarf im Oberwallis	22
8. Mögliche Varianten für die zukünftige Spitalstruktur im Oberwallis	24
8.1. Status Quo (Szenario 0)	24
8.2. Ein neues Zentralspital an einem neuen Standort (Szenario 1)	24
8.3. Ein neues Zentralspital an einem der beiden bisherigen Standorte (Szenario 2)	25
8.4. Ein Spital mit den zwei Standorten Brig und Visp (Portfolio-bereinigt) (Szenario 3)	25
8.5. Ein Spital an einem der beiden Standorte, ein Gesundheitszentrum andernorts (Szenario 4)	26
9. Beurteilung der Varianten	27
9.1. Alterungs-Kompatibilität	27
9.2. Medizinische Entwicklung	28
9.3. Versorgungssicherheit	29
9.4. Bauliche Entwicklung	29
9.5. DRG-Tauglichkeit	31
9.6. Finanzierbarkeit	32
9.7. Strategische Positionierung	36
9.8. Prozessoptimierung	37
9.9. Historische Konformität	38
9.10. Volkswirtschaftliche Effekte	38
9.11. Public-Health-Aspekte – gemeinwirtschaftliche Leistungen	39
10. Fazit	41

1. Auftrag und Problemstellung

Vom Auftraggeber ist der Auftragnehmer angefragt worden, ob er bereit wäre, aus gesundheitsökonomischer Sicht eine Analyse der Spitalstrukturen im Oberwallis mit den beiden Standorten Brig und Visp vorzunehmen und mögliche Optimierungsvarianten aufzuzeigen.

2. Methodik und Vorgehensweise

Zur Aufgabenerfüllung werden in einem ersten Schritt die absehbaren möglichen Herausforderungen im schweizerischen Gesundheitswesen dargestellt. Denn an diesen Herausforderungen gilt es letztlich zu beurteilen, ob eine Neu-Organisation der Spital-Landschaft zielführend ist. Denn der Kanton ist für die Gesundheitsversorgung seiner Bevölkerung verantwortlich und hat sich somit – insbesondere wenn er auch noch eigene Spitäler besitzt – daran messen zu lassen. In einem zweiten Schritt wird die Positionierung von Spitälern im Wettbewerb anhand von wichtigen Erfolgsfaktoren erörtert. Danach werden die Geschichte der Spitalplanung im Kanton Wallis, sowie volkswirtschaftliche Effekte von Spitälern, insbesondere die Wertschöpfung, thematisiert. Ausgehend von diesen Analyseschritten werden verschiedene mögliche (neue) Spitalstruktur-Varianten für das Oberwallis kurz beschrieben und aus gesundheitsökonomischer Sicht beurteilt.

Die zu erörternden Szenarien und die dieser Arbeit zugrunde gelegten Bewertungskriterien sind am 11. Juni 2013 zusammen mit einer Delegation des Verwaltungsrates des Hôpital du Valais im Beisein von Frau Staatsrätin Esther Waeber-Kalbermatten erörtert und gemeinsam verabschiedet worden.

3. Herausforderungen des schweizerischen Gesundheitswesens

Wenn grundlegende strategische Weichenstellungen in einer kantonalen Spital-Landschaft angestrebt werden sollen, kann dies nicht im luftleeren Raum erfolgen. Es kommt aus gesundheitsökonomischer Sicht vielmehr darauf an soweit möglich sicherzustellen, dass die entsprechenden Weichenstellungen zukunftsgerichtet erfolgen, also einen Beitrag zur besseren Positionierung der Spitäler im Rahmen der sich abzeichnenden Herausforderungen leisten können. Aus diesem Grund sollen in einem ersten Schritt einige wichtige Herausforderungen der kommenden Jahre und Jahrzehnte dargestellt werden. Diese Ausführungen erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sollen aber doch einige wichtige Elemente darstellen.

3.1. Herausforderung Alterung

Eines der grössten Probleme der Gesundheitspolitik und -planung ist die Feststellung des Bedarfs, weil die Anbieter von Gesundheitsgütern gleichzeitig die Nachfrage nach ihren Leistungen selbst stark beeinflussen können. Ausser vom Angebot wird der Bedarf insbesondere von Veränderungen der Morbidität, des Krankheitsbegriffs, der Risikofaktoren, des Gesundheitsverhaltens, des Bildungsstands, der Bevölkerungsstruktur und –entwicklung sowie vom medizinischen und technischen Fortschritt und den vorherrschenden finanziellen Anreizen beeinflusst.

Hinzu kommt, dass im Rahmen von geplanten Nutzungskonzepten für neuere Spitalbauten unter DRG mindestens anhand deutscher Erfahrungen in der Regel von Zeiträumen von 20 – 25 Jahren ausgegangen werden muss, in denen die Entwicklung der Medizin kaum oder gar nicht annäherungsweise prognostiziert werden kann. Angesichts der demographischen Entwicklung in den (westeuropäischen) Industriestaaten dürfte davon auszugehen sein, dass das Gesundheitswesen mindestens in diesen Ländern in den kommenden Jahren zu den Wirtschaftsbranchen zählt, welche angesichts des zu erwartenden Bedarfs überdurchschnittlich wachsen dürften, weil wegen der Zukunftsaussichten besonders viele Unternehmen in diese Märkte einsteigen wollen. Die Ergebnisse dieser Investitionen und die damit verbundenen Auswirkungen auf den Bedarf der Bevölkerung an stationären und ambulanten Leistungen dürften dadurch mit zusätzlichen Unsicherheitsfaktoren verbunden sein.

Ausserdem dürfte auch künftig und insbesondere in einer älter werdenden Gesellschaft mit der damit zu erwartenden geringeren Mobilität der Individuen davon auszugehen sein, dass der Wunsch und auch der Bedarf nach einer wohnortsnahen Grund- und soweit möglich spezialisierten Versorgung tendenziell eher noch steigt. Insbesondere relativ gut dokumentiert scheint der Umstand, dass Menschen soweit möglich zu Hause, im Umfeld ihrer Angehörigen oder in deren Nähe sterben wollen. Aus diesen Gründen kann ein rein Fallkosten-basiertes oder an medizinisch kritischen Grössen orientiertes Konzept in einem Kanton der Regionen, wie ihn das Wallis darstellt, kaum zielführend sein. Das Recht auf eine gewisse, qualitativ vertretbare Grundversorgung stellt oft eine Art „Menschenrecht“ dar, analog zur Grundschulausbildung im eigenen Land oder der Bereitstellung von Verkehrsinfrastruktur.

Mit dem demographischen Alterungsprozess einhergehen dürfte zudem die erhöhte Wahrscheinlichkeit, dass Patientinnen und Patienten multimorbid sind, also an mehreren (oft chronischen) Krankheiten gleichzeitig leiden und je nach Episode ein anderes Krankheitsbild im Vordergrund stehen kann. Interaktionen zwischen den verschiedenen Behandlungen bzw. insbesondere zwischen verschiedenen Medikamenten gilt es dabei besonders Rechnung zu tragen.

3.2. Herausforderung medizinische Entwicklung

Im Rahmen der medizinischen Entwicklung dürfte es vermehrt darauf ankommen, die demographische Entwicklung und die damit einhergehenden altersbedingt häufig auftretenden Krankheitsbilder und Mehrfacherkrankungen integral abzudecken. Viele dieser Krankheiten weisen chronische Verläufe auf, weil sie mit den älter werdenden Menschen altern. Ältere Menschen sind vermehrt auf ein wohnortnahes Netz angewiesen, welches eine möglichst integrierte, d.h. vernetzte Versorgung abdeckt. Diese Versorgung sollte schwergewichtig wegen der in der Regel eingeschränkten Mobilität in der Region erfolgen.

3.3. Herausforderung bauliche Entwicklung

Angesichts der in der Regel für einen Zeitraum von 20 bis 25 Jahren (Deutschland) bzw. teilweise bis zu 40 Jahren (Schweiz) konzipierten Neubauten von Spitälern macht es wenig Sinn, zuerst eine verbindliche Planung zu fordern, bevor gebaut wird. Angesichts der wohl als Folge des medizinischen und technischen Fortschritts immer kürzer werdenden Halbwertszeit des Wissens macht es auch keinen Sinn, über solche Zeiträume fix planen zu wollen. Vielmehr ergibt sich daraus die Erfordernis anzuerkennen, dass heute nicht geplant werden kann, wie sich Medizin in Zeiträumen von zwei bis drei Jahrzehnten entwickelt und wie sie dann gemacht wird. Dies dürfte erst recht für kantonale Planungsbehörden zutreffen, von denen angesichts dieser Ausgangslage erhöhte und vor allem grosse Flexibilität im Sinne des zuzugestehenden Freiraums für die ausführenden Spitäler und anderen Leistungserbringer erwartet werden sollte.

Aus gesundheitsökonomischer Sicht lassen sich angesichts dieses Tatbestands anhand von diversen durch den Autor teilweise mehrmals besuchten deutschen Krankenhäusern mit Bauerfahrungen unter DRG-Bedingungen mindestens folgende Erkenntnisse festhalten:

- Alle Organisationen machten sich vor dem Bau intensive Gedanken über die Entwicklung der Medizin, des Bedarfs und über ihre strategische Positionierung in einem durch die DRG-Finanzierung geprägten Umfeld. Vernetzung und Interdisziplinarität erwiesen sich dabei für die baulichen Konzepte als zentral. Folge davon war die Ausrichtung auf modulare Baustrukturen, weil beim heutigen Wissensstand niemand weiss, wie sich die Medizin in den nächsten 20 Jahren entwickelt.
- Diese modulare Vorgehensweise lässt sich unabhängig von der Versorgungsstufe und der Grösse von Spitälern als grundsätzlicher Ansatz feststellen, der dann auf die konkreten Einzelfälle angewendet werden kann.
- Ebenso zentral war das Denken in Patientenprozessen. Das Eruiieren von Funktionsbeziehungen und Affinitäten zwischen den verschiedenen Disziplinen war dabei ein zentrales Element.
- Konsequente Standardisierungen der einzelnen Einheiten (und der bewusste damit einher gehende Verzicht auf Sonderwünsche von einzelnen Berufsgruppen oder Personen) sowie soweit möglich die Nutzung von Bau-Erfahrungen aus anderen Kliniken bilden weitere wichtige Merkmale. Im Rahmen vom Autor persönlich besichtigter Spitalbauten wurden beispielsweise der Neubau des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf oder das Helios-Klinikum Berlin-Buch danach realisiert.
- Es scheint insbesondere bei den Universitätskliniken eine Tendenz zu geben, die medizinischen Funktionen baulich von der Lehre und Forschung zu trennen.
- Zentralisierung von Einheiten ist eine weitere Folge dieser DRG-getriebenen Patientenorientierung. Die Schaffung einer Zentralen Notaufnahme (und damit verbunden die höhere Gewichtung der internistischen Disziplinen), die Entstehung

von zentralen OP-Bereichen und soweit möglich der Intensivpflegestation sind einige Beispiele dafür.

- Weitere geplante Bauvorhaben streben in erster Linie Prozessverbesserungen an. Damit sollen auch Produktivitäts-Verbesserungen durch Fallzahlsteigerungen möglich werden.
- Ein wesentliches Element zu dieser Zielerreichung stellt die Bildung von Bettenstationen mit optimaler Grösse dar. Diese Tendenz ist sowohl bei Renovationen von Bettenhochhäusern als auch – in der Regel radikaler – bei Neubauten festzustellen.
- Beim Bau selbst sind die klare Entwicklung einer Konzeption, die detaillierte vertragliche Vereinbarung mit dem Generalunternehmer (u.a. Termine, Bauvolumen, Qualitäts-Definitionen) sowie der klare Wille, beim definierten Raumprogramm zu bleiben (und dies dürfte künftig vermehrt heissen: modular und standardisiert zu bauen, um die Raumnutzung für die Zukunft möglichst flexibel zu gestalten), wichtige Erfolgsfaktoren gewesen.

3.4. Herausforderung neue Spitalfinanzierung

Im Rahmen der Teilrevision des eidgenössischen Krankenversicherungsgesetzes (KVG) hat das Parlament den Wechsel von einem kostenbasierten zu einem Preis-System beschlossen, das auf gesamtschweizerisch einheitlichen Tarifstrukturen basieren soll.

- Für die Vergütung der stationären Behandlung einschliesslich Aufenthalt in einem Spital (Art. 39 Abs. 1) oder einem Geburtshaus (Art. 29) vereinbaren die Vertragsparteien Pauschalen. In der Regel sind Fallpauschalen festzulegen; die Pauschalen sind leistungsbezogen und beruhen auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen. Die Vertragsparteien können vereinbaren, dass besondere diagnostische oder therapeutische Leistungen nicht in der Pauschale enthalten sind, sondern getrennt in Rechnung gestellt werden. Die Spitaltarife orientieren sich an der Entschädigung jener Spitäler, welche die tarifierte obligatorisch versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen. (Art. 49 Abs. 1 KVG)
- Die Tarifpartner setzen gemeinsam mit den Kantonen eine Organisation ein, die für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege der Strukturen zuständig ist. Zur Finanzierung der Tätigkeiten kann ein kostendeckender Beitrag pro abgerechneten Fall erhoben werden. Die Spitäler haben der Organisation die dazu notwendigen Kosten- und Leistungsdaten abzuliefern. Fehlt eine derartige Organisation, so wird sie vom Bundesrat für die Tarifpartner verpflichtend eingesetzt. Die von der Organisation erarbeiteten Strukturen wie deren Anpassungen werden von den Tarifpartnern dem Bundesrat zur Genehmigung vorgelegt. Können sich diese nicht einigen, so legt der Bundesrat die Strukturen fest. (Art. 49 Abs. 2 KVG)

Für somatische Akutspitäler kommen Diagnosis Related Groups (DRGs) zur Anwendung, welche ausgehend von den German DRGs entwickelt wurden (sogenannte SwissDRGs).

Unterschieden wird neu zwischen zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) zugelassenen Spitälern durch Spitalliste bzw. durch Vertrag. Setzt ein Kanton ein Spital auf die Spitalliste, so hat die öffentliche Hand die Leistungen im Rahmen des gewährten Leistungsauftrags mitzufinanzieren. Der Krankenversicherer untersteht in diesem Fall dem Vertragszwang und hat seinen Anteil zu bezahlen. Spitäler, welche nicht oder unvollständig auf die Spitalliste gesetzt werden, haben die Möglichkeit, im Rahmen der OKP mit einzelnen Versicherern Verträge abzuschliessen. In diesem Fall bezahlt der Versicherer den vereinbarten Preis, die öffentliche Hand leistet dazu keine Beiträge. Die Versicherer dürfen dabei nach Art. 49a Abs. 4 KVG zu Lasten der OKP höchstens ihren für die betreffenden Kantoneinwohner geltenden Vergütungsanteil übernehmen. Der Anteil, welcher in den

Listenspitälern auf die Kantone entfällt, muss demnach von den Versicherten bzw. einer Zusatzversicherung übernommen werden.

Der Anteil der Kantone bei Listenspitälern beträgt nach einer Übergangszeit ab dem Jahr 2017 mindestens 55 Prozent der Pauschale. In diesem Anteil sind neu auch die Investitionsamortisationen enthalten.

Gemeinwirtschaftliche Leistungen (insbesondere Forschung und universitäre Lehre sowie die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen) sind von der öffentlichen Hand zu finanzieren.

Die vom Bundesrat im Oktober 2008 verabschiedete Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) formuliert in Art. 58a den Grundsatz, dass die Planung für eine bedarfsgerechte Versorgung die Sicherstellung der stationären Behandlung im Spital oder in einem Geburtshaus sowie die Behandlung in einem Pflegeheim für die Einwohnerinnen und Einwohner der Kantone umfasst, die die Planung erstellen. Die Kantone haben ihre Planung periodisch zu überprüfen.

Art. 58b bestimmt, dass die Kantone den Bedarf in nachvollziehbaren Schritten ermitteln. Sie stützen sich namentlich auf statistisch ausgewiesene Daten und Vergleiche (Abs. 1). Sie ermitteln das Angebot, das in Einrichtungen beansprucht wird, die nicht auf der von ihnen erlassenen Liste aufgeführt sind (Abs. 2). Sie bestimmen das Angebot, das durch die Aufführung von inner- und ausserkantonalen Einrichtungen auf der Liste nach Art. 58e KVG zu sichern ist, damit die Versorgung gewährleistet ist. Dieses Angebot entspricht dem nach Absatz 1 ermittelten Versorgungsbedarf abzüglich des nach Absatz 2 ermittelten Angebots (Abs. 3).

Bei der Beurteilung und Auswahl des auf der Liste zu sichernden Angebotes berücksichtigen die Kantone gemäss Art. 58b Abs. 4 KVV insbesondere die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung, den Zugang der Patientinnen und Patienten zur Behandlung innert nützlicher Frist, die Bereitschaft und Fähigkeit der Einrichtung zur Erfüllung des Leistungsauftrags nach Art. 58e KVV. Bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität beachten die Kantone insbesondere die Effizienz der Leistungserbringung, den Nachweis der notwendigen Qualität, im Spitalbereich die Mindestfallzahlen und die Nutzung von Synergien.

Nach Art. 58c KVV erfolgt die Planung für die Versorgung der versicherten Personen in Spitälern zur Behandlung von akutsomatischen Krankheiten sowie in Geburtshäusern leistungsorientiert, für die Versorgung der versicherten Personen in Spitälern zur rehabilitativen und zur psychiatrischen Behandlung leistungsorientiert oder kapazitätsbezogen, für die Versorgung der versicherten Personen in Pflegeheimen kapazitätsbezogen.

Im Rahmen der Verpflichtung zur interkantonalen Koordination der Planungen nach Art. 39 Abs. 2 KVG müssen die Kantone gemäss Art. 58d KVV insbesondere die nötigen Informationen über die Patientenströme auswerten und diese mit den betroffenen Kantonen austauschen, sowie die Planungsmassnahmen mit den davon in ihrer Versorgungssituation betroffenen Kantonen koordinieren.

Die Kantone führen auf ihrer Liste nach Art. 39 Abs. 1 lit. e KVG die inner- und ausserkantonalen Einrichtungen auf, die notwendig sind, um das nach Art. 58b Abs. 3 KVV bestimmte Angebot sicherzustellen (Art. 58e Abs. 1 KVV). Auf den Listen wird für jedes Spital das dem Leistungsauftrag entsprechende Leistungsspektrum aufgeführt (Abs. 2).

Die Kantone erteilen jeder Einrichtung auf ihrer Liste einen Leistungsauftrag nach Art. 39 Abs. 1 lit. e KVG. Dieser kann insbesondere die Pflicht zum Notfalldienst beinhalten (Art. 58e Abs. 3 KVV).

3.4.1. Einige finanzpolitisch wichtige Auswirkungen auf Kantonebene

Die Realisierung der neuen Spitalfinanzierung dürfte u.a. folgende substantiellen Änderungen zur Folge haben:

- Die Neuregelung der Spitalfinanzierung will von der Kostenorientierung zur Preisfindung wechseln. Preise können ober- oder unterhalb der effektiv anfallenden Kosten zu stehen kommen oder gerade den anfallenden Kosten entsprechen.
- In den Preisen sind konsequenterweise auch die Investitionsamortisationsanteile enthalten. Insbesondere die öffentlichen Spitäler werden dadurch vor neue Herausforderungen gestellt, sind die bisher verselbständigten Spitäler oder Spitalgruppen doch teilweise immer noch ausschliesslich als Betriebsgesellschaften konzipiert.
- Die Kantone haben nicht mehr nur für Behandlungen in öffentlichen und öffentlich subventionierten, sondern auch in privaten Institutionen Beiträge zu entrichten, wo diese auf die Spitalliste gesetzt werden.
- Die Kantone haben nicht nur für ausschliesslich Grundversicherte, sondern auch für Zusatzversicherte den entsprechenden Sockelbeitrag auf Basis der Grundversicherungsleistungen zu entrichten. Dies gilt neu auch für Privatkliniken, die sich auf der Spitalliste befinden.
- Für Leistungen, welche in Institutionen erbracht werden, die auf der Spitalliste stehen und dafür einen Leistungsauftrag haben, ist der Kanton somit generell beitragspflichtig (und nicht wie früher nur bei den öffentlichen und öffentlich subventionierten Institutionen).

Im Bereich der Spitalplanung stellt sich nicht nur die Frage, wie der Bedarf ermittelt werden soll, sondern auch wie überhaupt noch geplant werden kann, wenn die Patientinnen und Patienten künftig mehr Wahlfreiheiten haben. Dabei ist unter sonst gleichbleibenden Rahmenbedingungen davon auszugehen, dass Kantone mit im gesamtschweizerischen Vergleich höheren Tarifen eher mit Abwanderungen, solche mit im gesamtschweizerischen Vergleich niedrigeren Tarifen für vergleichbare Leistungen eher mit Zuströmen rechnen dürften.

Gefordert sein werden auch die kantonalen Parlamente. Sie dürften im Bereich der Budgetgenehmigungen für öffentliche Spitäler lernen müssen loszulassen. Denn faktisch dürfte es sich bei den nach KVG vorgeschriebenen Schlüssel, nach denen Kantone ab 2017 mindestens 55 Prozent der leistungsorientierten Pauschalen bei Listenspitälern zu übernehmen haben, um gebundene Ausgaben handeln. Würde das Parlament die Ausgaben bei seinen öffentlichen Spitälern über ein Globalbudget deckeln, so dürfte dies nicht verhindern können, dass es für Behandlungen in ausserkantonalen Spitälern Leistungen in analoger Höhe wie in den eigenen Spitälern finanzieren muss. Eine Deckelung der eigenen Spitäler würde somit nur verhindern, dass bei wachsenden Märkten die kantonseigenen Bevölkerungsteile in den eigenen Kliniken behandelt werden können. Sie müssten auf andere Listenspitäler der entsprechenden Standortkantone in anderen Kantonen ausweichen.

3.4.2. Herausforderungen durch die neue gesetzliche Grundlage für Spitäler

Um sich in einem DRG-Umfeld erfolgreich positionieren zu können, dürften mindestens folgende Faktoren an Bedeutung gewinnen:

- Im Rahmen einer DRG-Abgeltung, welche wie in der Schweiz auch die Investitionsamortisation einschliessen will, spielt die Realisierung einer minimalen Anzahl Fälle zur rechtzeitigen Investitionserneuerung eine zentrale Rolle.
- DRGs ermöglichen vermehrte Transparenz und können für Spitäler die Gefahr eines Festpreissystems bedeuten. In einem Festpreissystem dürfte sich der Wettbewerb vermehrt um die Qualität abspielen. Qualität hat in der Regel u.a. mit Menge zu tun.
- Ertragssteigerungspotentiale ergeben sich in einem DRG-System in der Regel durch die Steigerung der Fallzahlen und bei vorausgesetztem effektivem Medizincontrolling bei möglichst gleichbleibenden Kosten durch die Steigerung des Schweregrades der behandelten stationären Fälle.
- Dem frühzeitigen Ansetzen bei der Rekrutierung potentieller Fälle – also eigentlich, bevor sie zu stationären Fällen werden – kommt besondere Bedeutung zu. Mögliche Ansatzpunkte sind dabei die Pflege der Zuweiser-Beziehungen, der Aufbau neuer Versorgungsprogramme mit innovativen Krankenversicherern und der Aufbau von Präventionsprogrammen vorab bei älteren Menschen (höhere Hospitalisierungswahrscheinlichkeiten) bis hin zu präventiven geriatrischen Hausbesuchen in einer älter werdenden Gesellschaft.
- Im Rahmen spezialisierter und hoch spezialisierter Versorgung von besonderer Bedeutung dürfte auch die Schnelligkeit sein, mit der Institutionen auf Innovationen bzw. neue Herausforderungen reagieren und sich damit einen Wettbewerbsvorteil verschaffen können. Besondere Bedeutung kommt dabei auch der möglichst konsequenten Unterscheidung zwischen echten Innovationen und Analog-Präparaten oder –Techniken mit bescheidenem Zusatznutzen zu, welche bei den Spitälern stationär vor allem kosten- aber kaum ertragsseitig zu Buche schlagen dürften.

Angesichts des Wechsels zu einem preisorientierten System und wegen der öffentlichen Trägerschaft und des damit verbundenen hohen Öffentlichkeitsprinzips dürfte in Zukunft für eine Vielzahl von Spitälern insbesondere die Kostenführerschafts-Strategie als prioritär zu bezeichnen sein.

In einem DRG-System wird es nicht in erster Linie darum gehen, Spitalgrössen zu betrachten, sondern Leistungsspektren. Der langjährige Ärztliche Direktor und Vorsitzende des Vorstands des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf, Prof. Dr. Jörg F. Debatin, vormals mehrere Jahre tätig am Universitätsspital Zürich und Absolvent eines Nachdiplomstudiengangs an der Universität St. Gallen, formulierte an einem Seminar mit schweizerischen Spitaldirektoren unter der Moderation des Experten im Frühjahr 2009 die Herausforderungen von DRGs u.a. mit den folgenden Worten: „Unter DRGs fressen nicht die Grossen die Kleinen, sondern die Schnellen die Langsamen.“

3.4.3. Mögliche Auswirkungen auf die Spitallandschaft im Kanton Wallis

Mit den oben dargestellten Entwicklungen dürften die Mehrfachrollen der Kantone weiter zunehmen. Denn sie sind nun auch Mit-Aktionär an der gemeinsam mit den Tarifpartnern gegründeten Organisation zur Ausarbeitung der gesamtschweizerisch einheitlichen Tarifstrukturen (SwissDRG AG). Dadurch dürfte der Druck zur Klärung der Mehrfachrollen eher zunehmen.

Mit der Einführung der leistungsorientierten Finanzierung stellen sich aus diesen Mehrfachrollen heraus auch einige Fragen. Davon dürften insbesondere die künftigen Rollen der Kantone als Spitalplaner und als Spitalbetreiber betroffen sein.

Im Bereich der Spitalplanung stellt sich - wie oben erwähnt - nicht nur die Frage, wie der Bedarf ermittelt werden soll, sondern auch wie überhaupt noch geplant werden kann, wenn die Patientinnen und Patienten künftig mehr Wahlfreiheiten haben. Dabei ist unter sonst gleichbleibenden Rahmenbedingungen davon auszugehen, dass Kantone mit im gesamtschweizerischen Vergleich höheren Tarifen eher mit Abwanderungen, solche mit im gesamtschweizerischen Vergleich niedrigeren Tarifen für vergleichbare Leistungen eher mit Zuströmen rechnen dürften.

Sollen öffentliche Spitäler auf solche Situationen flexibel reagieren können und damit auch über ähnliche Wettbewerbsbedingungen wie private Anbieter verfügen, sind die öffentlichen Spitäler konsequent zu verselbständigen. Dabei reichen Verselbständigungen in der Form von Betriebsgesellschaften nicht aus. Wenn die Abgeltung der stationären Spitalleistungen inkl. der Investitionsamortisation erfolgt, dürften öffentliche Spitäler in Form von Betriebsgesellschaften keine faire Wettbewerbschance gegenüber Privatkliniken haben, wenn sie nicht frei über die Investitionen verfügen können. Denn in diesem Fall könnte über das Parlament der Entscheidungs- und Anpassungsprozess bei den öffentlichen Spitälern blockiert werden, während bei Privatkliniken, welche auf die Spitalliste gesetzt werden, diese Eingriffsmöglichkeit durch das kantonale Parlament kaum oder gar nicht besteht. Das Ergebnis wären in diesem Fall zwar gleiche Finanzierungsspiele, aber ungleiche Rahmenbedingungen beim unternehmerischen Spielraum, was öffentliche Spitäler strukturell benachteiligen könnte.

Gefordert wären die Kantone auch in der Entwicklung intelligenter Konzepte zur Sicherstellung der Versorgungssicherheit, einer Ur-Aufgabe der Kantone. Diese Aufgabe dürfte insbesondere dem Gesundheitsdepartement und der Gesamt-Regierung zukommen.

Spitalschliessungen können nie losgelöst von der Frage beantwortet werden, wo die zu behandelnden Patientinnen und Patienten nach der Schliessung eines Spitals versorgt werden sollen. Im Rahmen der neuen bundesrechtlichen gesetzlichen Grundlagen verfügen die Patientinnen und Patienten in der Grundversicherung ebenfalls über Wahlfreiheit.

Angesichts der auch im Kanton Wallis und in den Nachbarregionen zu erwartenden demographischen Entwicklung dürfte die Anzahl der stationären (und ambulanten) Patienten mit Mehrfacherkrankungen – wie oben dargestellt - zunehmen. Bei einem solchen Patientenspektrum stellen sich vermehrt Fragen zum Management des internistischen Allgemeinzustands und/ oder der Überwachung von Medikamenten-Interaktionen.

Wenn als Folge davon vermehrt Patienten mit einem höheren Schweregrad behandelt werden können, so ist dies in der Regel im DRG-System ein Vorteil, weil dadurch der Case Mix Index gesteigert werden kann. Bei entsprechender Positionierung gegenüber Mitbewerbern kann es zudem dazu führen, dass mehr stationäre Patienten am entsprechenden Spital und unter sonst gleichbleibenden Rahmenbedingungen damit weniger in Nachbarkantonen oder bei der innerkantonalen Konkurrenz behandelt werden müssen.

Dabei dürften Kooperationen eine wichtige Rolle spielen. Denn Spitäler verspüren in der Regel unter DRG einen Anreiz, vor allem dies zu tun, was sie besser können als andere. Leistungen, welche andere besser können, werden dagegen eher abgebaut oder gar nicht mehr angeboten. Dafür will man in der Regel in solchen Bereichen mit jenen Spitälern kooperieren, die es besser können (oft auch um im Gegenzug dann das vom Kooperationspartner zu bekommen, was man selbst besser kann als die Konkurrenz). Beispiel für eine solche Kooperationsstrategie bildet die engere Zusammenarbeit zwischen

dem universitären Inselspital Bern und der zur privaten Hirslanden-Gruppe gehörenden Klinik Beau-Site in Bern. Die Kooperation bezieht sich allein auf die Herzchirurgie. Der Inselspital-Direktor lässt sich dabei wie folgt zitieren: „Im Übrigen bleiben wir weiterhin Konkurrenten.“¹ Dieses Beispiel weist darauf hin, dass Kooperationen insbesondere dann hohe Erfolgswahrscheinlichkeiten haben und grosse Innovationen erzeugen können, wenn diese Zusammenarbeit unter den Partnern freiwillig (d.h. nicht staatlich vorgegeben) erfolgen kann, womit auch eher ein strategie- und unternehmenskultur-kompatibler Partner ausgewählt werden kann.

¹ Der Bund, 13. September 2011.

4. Grundsätzliches zur Positionierung von Spitälern im Wettbewerb

In Anlehnung an deutsche Erfahrungen können folgende mögliche Erfolgsfaktoren als Anhaltspunkte für die Weiterentwicklung des Spitalzentrums Oberwallis herangezogen werden:

Graphik 1: Erfolgsfaktoren im Krankenhausmarkt unter DRG-Bedingungen



Quelle: Ilona Nowak, Die Einführung von DRGs in Deutschland und ihre Auswirkungen auf Privatkliniken, 4. November 2006 und die dort zitierte Literatur

Im Folgenden soll es darum gehen, die erwähnten vier Erfolgsfaktoren-Dimensionen kurz zu analysieren.

4.1. Medizinische Erfolgsfaktoren

Mögliche, näher zu prüfende Ansatzpunkte in diesem Bereich könnten bei freier unternehmerischer Spitalführung u.a. sein:

- Rekrutierung von Spitzen-Kräften im Bereich des ärztlichen Kaders, insbesondere auch bei (erweiterten) Grundversorgungsspitalern: Im Rahmen einer Langfristplanung sollte insbesondere bei absehbaren Vakanzen versucht werden, Chef- und Leitende Ärzte zu rekrutieren, welche gegenüber dem Ist-Zustand über ein CMI-Steigerungspotenzial verfügen.
- Steigerung der Attraktivität für qualitativ hochwertiges Personal in den Bereichen Ärzteschaft, Pflege, Therapien und Verwaltung durch den Aufbau von spitalinternen Ausbildungszentren: Erfahrungen insbesondere von deutschen Universitätskliniken in peripheren Lagen deuten darauf hin, dass durch gezielte möglichst exklusive Aus-, Weiter- und Fortbildungsangebote daran interessiertes Personal für das

Unternehmen Spital gewonnen werden kann. Ein solcher Ansatz ermöglichte beispielsweise der Universitätsklinik Greifswald, durch gezielte und frühe Ausbildungen in Gesundheitsökonomie und Betriebswirtschaftslehre während des Medizinstudiums für Medizinstudenten zu einer der attraktivsten Fakultäten Deutschlands zu werden.

4.2. Ökonomische Erfolgsfaktoren

Mögliche, näher zu prüfende Ansatzpunkte in diesem Bereich könnten bei freier unternehmerischer Spitalführung u.a. sein:

- Übergabe der Investitionskompetenzen oder mindestens langfristige Abgabe im Baurecht, sowie Abtretung der Bauherrenfunktion an die Spitäler und Gleichbehandlung beim öffentlichen Submissionsrecht mit den Privatkliniken: Um die Handlungsfähigkeit der öffentlichen Spitäler gegenüber der ausserkantonalen öffentlichen und der privaten Konkurrenz zu verbessern, sollten bei einer Preisabgeltung inkl. Investitionsamortisation, wie sie nach KVG vorgesehen ist, die öffentlichen Spitäler selbst über die Investitionen verfügen können.
- Abbau des Investitionsstaus in den öffentlichen somatischen Akutspitälern bzw. Mitgabe eines angemessenen Dotationskapitals für die hängigen Spitalbauten: Angesichts der neuen Spitalfinanzierung wird der Kanton Wallis für die Behandlung von Walliser Patienten in allen Listenspitälern höchstens zu den Walliser Preisen finanzierungspflichtig. Gelingt es demnach nicht, die öffentlichen Walliser Spitäler auch von ihrer Bausubstanz her attraktiv zu positionieren, dürfte davon auszugehen sein, dass mehr Gelder aus dem Kanton Wallis in benachbarte Kantone (im Oberwallis insbesondere in den Kanton Bern) abfliessen. Der Kanton Wallis wird in diesem Fall in Listen-Spitälern anderer Kantone zahlungspflichtig. Zur Reduktion der Abwanderungsströme beitragen dürfte u.a. die rasche Beseitigung des Investitionsstaus. Wenn dies politisch nicht möglich ist, sollte den öffentlichen Spitälern ein Dotationskapital übertragen werden, welches ihnen ermöglicht, nicht mit einem finanziellen Nachteil in den Wettbewerb steigen zu müssen. Dies hat beispielsweise der Kanton Basel-Stadt auf den 1. Januar 2012 zusammen mit der Verselbständigung der öffentlichen Spitäler eingeführt.

4.3. Marktbezogene Erfolgsfaktoren

Mögliche, näher zu prüfende Ansatzpunkte in diesem Bereich könnten bei freier unternehmerischer Spitalführung u.a. sein:

- Klare Differenzierung von Grund- und Zusatzversicherungs-Leistungen: In diesem Zusammenhang näher zu prüfen wäre etwa der Aufbau eigener neuer Privatabteilungen wie beispielsweise am Luzerner Kantonsspital am Standort Luzern.
- Ebenfalls prüfenswert wäre beispielsweise die Errichtung von ersten Anlaufstellen für Managed-Care-Versicherte wie beispielsweise Gesundheitszentren in den Spitälern. Damit könnte der Ansatz der Zusammenarbeit mit den Hausärzten, wie er am Kantonsspital Baden mit der Notfall-Praxis schon seit Jahren praktiziert wird, weiter entwickelt werden.

4.4. Strukturelle Erfolgsfaktoren

Mögliche, näher zu prüfende Ansatzpunkte in diesem Bereich könnten bei freier unternehmerischer Spitalführung u.a. sein:

- Aufbau von Rehabilitationsabteilungen auf dem Areal der somatischen Akutspitäler: Dadurch könnte die integrierte Versorgung, welche unter DRG an Bedeutung gewinnen dürfte, gefördert werden. Dies heisst noch nicht notwendigerweise, dass das Spital diese Leistungen selbst erbringt. Denkbar wäre beispielsweise, dass entsprechende Rehabilitationsabteilungen in den somatischen Akutspitälern von Rehabilitationskliniken betreut werden und Mediziner und Rehabilitator die Therapien gemeinsam bestimmen. Solche Angebote werden heute beispielsweise von der RehaClinic-Gruppe am Kantonsspital Baden (z. B. im Rahmen der stroke unit), am Kantonsspital Glarus, am Spital Zollikerberg und am Seespital betrieben. Ein ähnliches Konzept besteht auch zwischen der Clinica Hildebrand und den öffentlichen Spitälern des Kantons Tessin an den Spitalstandorten in Locarno und Lugano. Ein Konzept für ein Rehabilitationsprojekt für das Oberwallis scheint kurz vor der Fertigstellung zu sein. Aus Sicht des Gutachters wichtig sein dürfte in diesem Zusammenhang, ob das entsprechend zu realisierende Projekt am Schluss eher auf dem fachlich niederschweligen Ansatz der in der Westschweiz verbreiteten CTRs oder auf den von verschiedenen Kantonen in der Deutschschweiz inzwischen auch im Rahmen der Spitalisten-Erstellung verlangten Kriterien der Swiss Reha umgesetzt wird.
- Bereits heute in einem Akutspital integriert erbracht wird im Oberwallis die stationäre Psychiatrieversorgung in Brig. Ein solcher Ansatz kann auch einen Beitrag zur in der Psychiatrie immer noch wichtigen Entstigmatisierung leisten.
- Zur stärkeren Förderung der vertikalen Integration sollte auch die vermehrte gemeinsame Nutzung der Spitalinfrastruktur durch niedergelassene Ärzte geprüft werden. Geprüft werden könnten beispielsweise die Errichtung von Arztpraxen, Spitex-Stützpunkten, komplementärmedizinischen Angeboten in Verbindung mit der Schulmedizin oder ambulante Therapie-Angebote auf dem Spitalareal.
- Ebenfalls unter diesem Erfolgsfaktor prüfenswert wäre beispielsweise die oben erwähnte Errichtung von ersten Anlaufstellen für Managed-Care-Versicherte wie beispielsweise Gesundheitszentren in den Spitälern. Dies könnte Synergieeffekte beispielsweise bei der gemeinsamen Infrastruktur- und Gerätebenützung ergeben.

5. Historische Entwicklung

Spitäler entstehen und entstanden nicht im luftleeren Raum. Ihre Standorte, ihre Leistungsangebote, ihre Kooperationspartner und Konkurrenten sind nicht nur das Resultat der sich im Verlauf der Zeit ergebenden Patientenströme, sondern auch von historischen Entwicklungen, welche von verschiedenen politischen, kulturellen und sozialen Faktoren beeinflusst sein können. Dies gilt für einen zweisprachigen Kanton wie das Wallis wohl noch in erhöhtem Ausmass. Deshalb macht es Sinn, sich die historische Entwicklung der letzten Spitalplanungen kurz vor Augen zu halten.

Kurz zusammengefasst lassen sich dabei folgende Schwerpunkte beschreiben:

- Im „Spitalkonzept 2004“ des Kantons Wallis vom Januar 2004 wird unter den Beweggründen der neuen Spitalplanung „das vorrangige Interesse der Patienten“ als „wichtiger als jede andere Betrachtung“ eingestuft (Seite 4). Formuliert wird auch der Grundsatz, „die im Spitalbereich noch bestehenden Überkapazitäten (...) fortschreitend abzubauen“ (Seite 4). Ausgeführt wird dabei auch der Ansatz, wie dies geschehen soll bzw. wo die Grenzen gezogen werden sollen: „Wir erinnern daran, dass es in der gegenwärtigen Planung für den Staatsrat nicht darum geht, Spitäler zu schliessen oder bestehende Spitäler ausschliesslich in Akutspitäler oder Geriatriespitäler bzw. psychiatrische Anstalten umzuwandeln. In der Tat setzt sich der Staatsrat dafür ein, eine Tätigkeit an allen Standorten zu erhalten, damit in allen Regionen des Kantons Arbeitsplätze sichergestellt werden. Dabei ist sicherzustellen, dass es weder Gewinner noch Verlierer gibt.“ (Seite 5) Die Zuteilung von verschiedenen Leistungsaufträgen an die Spitäler des selben Spitalzentrums sollte gemäss dem Schema „Komplexe Fälle – Leichte Fälle“ erfolgen (Seite 11). Die Spitalplanung wurde als Prozess aufgefasst, der die folgenden Herausforderungen wahrzunehmen habe: Alterung der Bevölkerung, technologische Entwicklung, neue Erwartungen der Patienten, rascher Wandel der Gesundheitsinstitutionen, vermehrt in Erscheinung tretende Versicherer, Geldmittel der öffentlichen Gemeinwesen (Seite 23). Als Begründungen für die Aufteilung der medizinischen Tätigkeiten angeführt wurden die Erreichung der kritischen Patientenmasse in allen Fachgebieten, das Reagieren auf die kurzfristig von den Dachverbänden der Spezialisten gestellten Forderungen, die Gewährleistung einer raschen und effizienten Patientenaufnahme, die Gewährleistung der Attraktivität des Berufs für die spezialisierten Ärzte, das medizinisch-technische Personal und für das Pflegepersonal, die Garantie der Weiterbildung, die Rationalisierung der Arbeit des qualifizierten Personals, die Zusammenlegung und optimale Auslastung der sowohl in der Investition als auch im Betrieb kostspieligen technischen Mittel, die Anschaffung und Anpassung neuer Technologien unter Verhinderung von Doppelspurigkeiten, sowie die Notfallversorgung zu verbessern (Seiten 49/ 50).
- In der „Spitalplanung 2006 und Bilanz der Umsetzung der Planung 2004“ vom März 2006 wurde u.a. eine Zusammenfassung der Umsetzung des Spitalkonzepts 2004 nach Spitalzentren dargestellt. Für das Spitalzentrum Oberwallis wurden folgende Massnahmen aufgeführt (Seite 29):
 - Zusammenlegung der Geburtshilfe und der Pädiatrie am Standort Visp
 - Notfallaufnahme (lebensbedrohende oder schwere Notfälle in Visp, ambulante oder leichte Fälle in Brig)
 - Intensivpflege (Zusammenlegung am Standort Visp, Beibehaltung der Langzeitpflege in Brig)
 - Chirurgie (Schliessung der Operationstrakte von Brig in der Nacht und an den Wochenenden; komplexe Chirurgie in Visp, leichte Chirurgie in Brig)
 - Zusammenlegung der Traumatologie am Standort Visp
 - Zusammenlegung von Ophthalmologie und HNO (Erwachsene) am Standort Brig

- Zusammenlegung der Urologie, Gynäkologie und Orthopädie in Brig
- Schliessung der Psychogeriatric des alten Spitals und Integration in das Akutpflegespital Brig
- Schliessung des Tagesspitals in Visp, Eröffnung in Brig
- Einführung des SMUR in Visp

Die Datenauswertungen zeigen dabei, dass als Folge der veränderten Leistungsaufträge auch unterschiedliche Leistungskonzentrationen stattgefunden haben. So wurde etwa im Bereich der Chirurgie in Brig der Rückgang der stationären Tätigkeiten durch den Anstieg der teilstationären Tätigkeiten weitaus kompensiert (Seite 32). Betont wird, dass die Geriatrie-Planung auf den gleichen Prinzipien basiert wie die übrige Spitalplanung, trotzdem wird angemerkt, dass sich keine genauen Grenzen zwischen der geriatrischen Pflege und der Akutpflege der Inneren Medizin ziehen lassen (Seite 47). Im Rahmen der Synthese der Empfehlungen zuhanden des Staatsrates werden für das Spitalzentrum Oberwallis folgende Massnahmen dargestellt: Schliessung der stationären Gynäkologie von Brig und Integration in Visp, Schaffung einer neuen Palliativpflege-Abteilung in Brig, Beibehaltung der Geriatrie in Brig und Visp, schrittweise Schliessung der Wartebetten in Visp und Brig, Beibehaltung der Ophthalmologie in Brig, Entwicklung einer ambulanten Psychiatrie, Verlegung der Verwaltung und Finanzen von Visp nach Brig (Seiten 59 – 61).

- In der „Spitalplanung 2008“ vom Juni 2008 wurden eine Bilanz der Spitalplanungen 2004 und 2006, ein Ausblick und Anpassungsvorschläge vorgenommen. Aufgezeigt wird, dass im Spitalzentrum Oberwallis das Spital Brig in den Jahren 2004 und 2005 als Folge der Umstrukturierung im Bereich der somatischen Akutversorgung einen Rückgang der Anzahl stationärer Austritte und der Anzahl Krankentage zu verzeichnen hatte. Für das Spital Visp lässt sich als Folge der Konzentration der schweren und/ oder nicht programmierbaren Fälle an diesem Standort eine gegenteilige Entwicklung feststellen (Seite 15). Die ambulanten Tätigkeiten verzeichneten seit der Einführung der neuen Leistungsaufteilung in Brig einen Anstieg, in Visp gingen sie zurück (Seite 18). Thematisiert werden auch die Schwierigkeiten des neuen Ansatzes (Seite 26):
 - Die Ausübung gewisser Disziplinen an zwei oder drei Standorten bedingt Verlegungen zwischen den Spitälern.
 - Der Transfer zwischen Spitälern betrifft auch Ärzte, die ihre Patienten oft an zwei oder drei verschiedenen Standorten operieren und behandeln müssen, und in gewissen Fällen auch das Pflegepersonal.
 - Abteilungen, die ihre Tätigkeiten auf verschiedene Standorte verteilen müssen, sind in der medizinischen Organisation (insbesondere im Bereich der Kommunikation und in der Nachbetreuung von Patienten) mit Schwierigkeiten konfrontiert.
 - Die Beibehaltung oder Entwicklung gewisser Tätigkeiten an anderen Standorten (erwähnt wird aus dem Spitalzentrum Oberwallis der Standort Brig) gestaltet sich manchmal schwierig, weil nicht alle Disziplinen vertreten sind und damit deren interdisziplinärer Austausch vermindert wird.

Ohne namentliche Nennung referenziert der Bericht auf Spezialisten und beziffert die optimale Grösse einer Krankenanstalt auf zwischen 250 und 300 Betten für einen Einzugsbereich von 150'000 Einwohnern. Mit einer Bevölkerung von 298'900 Einwohnern (Stand: 31. Dezember 2007) gebe es folglich einen Einzugsbereich für zwei Anstalten zu je 250 bis 300 Betten, die Walliser Spitallandschaft setze sich aus drei Spitalzentren mit insgesamt 700 Betten für die Grundversorgung der Walliser Bevölkerung zusammen. (Seite 27). Angesichts der bundesrechtlich beschlossenen neuen Spitalfinanzierung und der damit verbundenen freien Spitalwahl unter allen Listen-Spitälern in der ganzen Schweiz wird postuliert, dass „ab sofort Anpassungen geplant werden, welche die Verbesserung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Leistungen zum Ziel haben“ (Seite 28). „Um dies zu erreichen, müssen neue Zusammenlegungen vorgenommen werden“ (Seite 29). Betont wird auf der gleichen Seite auch die Wichtigkeit der Attraktivität der Spitalstandorte als Arbeitgeber. Durch

die Zusammenlegung der verschiedenen medizinischen Disziplinen werden folgende Effekte ermöglicht (Seite 30): Bessere Übung der Fachpersonen für die Durchführung spezifischer und komplexer medizinischer Eingriffe, gesteigerte Spezialisierung des Personals in Anbetracht der raschen Entwicklung der medizinisch-technischen Fortschritte, Entwicklung von Kompetenzzentren, Organisationserleichterung für Operationsteams und damit höhere Verfügbarkeit für die Patienten, rationellere Benutzung der Operationssäle, höhere Verfügbarkeit von Fachpersonen für den medizinischen Bereitschaftsdienst. Vorgeschlagen werden für das Spitalzentrum Oberwallis, die gesamte Allgemeine Chirurgie inkl. Traumatologie nach Visp zu verlagern, in Brig einen zusätzlichen Orthopäden anzustellen (mit entsprechender Erhöhung der Bettenkapazitäten und Ausbau der minimal invasiven Wirbelsäulenchirurgie), die Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten-Betten und –Ausrüstung nach Visp zu verlagern, sämtliche Tätigkeiten im Bereich der Geriatrie in Brig zu konzentrieren, sowie die Wartebetten schrittweise abzubauen (Seiten 30 – 33).

- In den „Résumés des études HLP 2007 – 2011“ vom 30. Juni 2011 werden bezogen auf das Spitalzentrum Oberwallis folgende über die Spitalplanung hinausgehende Elemente erwähnt:
 - Wichtigste Massnahmen Spital Brig: Onkologische Tagesklinik; ANI, Umbau Anästhesie, IMC, Aufwachsaa; Renovation Operationssäle 1 und 2; Sanierung Bettenstationen; Sanierung und Erweiterung Physiotherapie.
 - Wichtigste Massnahmen Spital Visp: Umbau Untersuchung und Behandlung Medizin; Umbau Notfallstation inkl. neue Notfallpraxis; Sanierung Bettenstationen.
 - Zentralisierung OP-Tätigkeit Visp: Wichtigste Erkenntnisse: Zentralisierung ist flächenmässig möglich, aber nur knapp; massive Neuinvestitionen nötig, teure Baustellen; keine zukunftsgerichtete Lösung; hohe Kosten für Übergangslösung; Renovationsbedarf gefährdet die im Projekt getätigten Investitionen; laufende Projekte beheben grösste Mängel, daher Zeit für grundsätzliche Lösung: Prüfen: Nur noch ein Spitalstandort im Oberwallis?
 - Psychiatriezentrum Oberwallis, ambulante Dienste: Wichtigste Erkenntnisse: Verteilung der Betriebsstellen behindert rationelle Führung; qualitative Probleme bzgl. Räumen; fehlende Räume; Stiftung Saltina bietet im 3. Obergeschoss weitere Räume an, daher: Möglichkeit der Nutzung weiterer Räume im Gebäude ergreifen.

Für die Bedeutung der historischen Entwicklung beispielhaft sein dürfte, dass die Spitalplanung 2008 in den Schlussbemerkungen erwähnt, dass die gemachten Vorschläge für die Anpassung der Spitalplanung sich „in die Kontinuität der getroffenen Entscheide von 2004 bis 2006“ (Seite 38) einfügen.

6. Volkswirtschaftliche Aspekte

Das Spital ist eine wirtschaftliche Einheit, die einerseits Einnahmen erwirtschaftet, andererseits Ausgaben verursacht, Arbeitsplätze schafft und Dienstleistungen anbietet. Die Einnahmen des Spitals und allfällige (Defizit-)Deckungsbeiträge von Kanton und/ oder Gemeinden werden darüber hinaus auch für den Erwerb von Gütern und Dienstleistungen verwendet. Diese Käufe werden mindestens teilweise in der Standortregion bzw. im Standortkanton getätigt. Dies schafft zusätzliche Arbeitsplätze und damit in der Regel auch zusätzliche Steuereinnahmen für den Kanton und die Gemeinden. In der volkswirtschaftlichen Theorie wird vom sogenannten 'Multiplikator-Effekt' gesprochen.

6.1. Wertschöpfung (Multiplikatoreffekte)

Studien über Multiplikator-Effekte von Spitälern gibt es sowohl im In- wie im Ausland. In der Schweiz wurden verschiedene Studien über mögliche volkswirtschaftliche Auswirkungen bzw. den Multiplikatoreffekt durchgeführt. Dieser ist beispielsweise für die Spitäler Meiringen, St-Imier und Schwarzenburg unter der Leitung des Genfer Professors Antoine Bailly zu analysieren versucht worden². Der Multiplikatoreffekt für den Bezirk beträgt 1.26 bei Meiringen, 1.23 bei St-Imier und Schwarzenburg. Der Multiplikatoreffekt für den Kanton beträgt bei Meiringen 1.50, bei St-Imier 1.37 und bei Schwarzenburg 1.66. Diese Zahlen bedeuten, dass für einen vom Spital für den Kauf von Gütern und Dienstleistungen ausgegebenen Franken zwischen 1.23 und 1.66 Franken in die Wirtschaft des Bezirks bzw. des Kantons fliessen. In kleinen Regionen fallen die Multiplikatoreffekte geringer aus, da die Käufe oft ausserhalb der Region getätigt werden.

Eine Studie des gleichen Instituts über die Effekte des Bezirksspitals Pruntrut kam zu folgenden Werten:³ 'Ainsi, par l'effet multiplicateur, pour chaque franc dépensé pour l'hôpital, deux francs tombent dans l'escarcelle de l'économie locale. Et un emploi créé à l'hôpital engendre un demi-emploi supplémentaire dans la région (services, construction...).' Die Existenz eines Spitals dürfte auch einen nicht zu unterschätzenden Standortfaktor für die Anwerbung zusätzlicher Unternehmungen im zunehmend härter werdenden Standortwettbewerb darstellen.⁴

Analoge überschlagsmässige Berechnungen zu den oben dargestellten Untersuchungsergebnissen wurden vom Autor zur ökonomischen Bedeutung der beiden Oberwalliser Spitäler anhand der Jahresberichte für das Jahr 2012 vorgenommen.

Unterschieden werden dabei zwei Varianten, eine mit dem tiefsten Multiplikatoreffekt diverser Studien für den Bezirk (1.23 bei St-Imier) und dem höchsten lokalen (2.0 bei Pruntrut). Es lassen sich demnach folgende Werte ermitteln:

² Laboratoire d'économie appliqué, Der sozio-ökonomische Effekt der Krankenhäuser Meiringen, St-Imier, Schwarzenburg, Genf, September 1994, S. 2ff.

³ La Gruyère, 1. Mai 1990, zitiert nach: Gesundheitspolitische Informationen, Nr. 3, Oktober 1990, S. 41.

⁴ Vgl. dazu die oben erwähnte Studie des Laboratoire d'économie appliqué.

Tabelle 1: Multiplikatoreffekte für die beiden Oberwalliser Spitäler Brig und Visp, nach diversen Szenarien für das Jahr 2012

	Multiplikatoreffekt analog zu St-Imier (1.23)	Multiplikatoreffekt analog zu Pruntrut (2.0)
Betriebsaufwand 2012: Mio. SFr. 134'696'525.45	Mio. SFr. 165'676'726.30	Mio. SFr. 269'393'050.90

Quelle: Erfolgsrechnung Spitalzentrum Oberwallis, 2010 – 2012, gemäss Mail des Leiters des Service de la Santé Publique vom 11. April 2013

Angesichts der Grösse des Kantons dürfte mindestens a priori davon auszugehen sein, dass der Multiplikatoreffekt für das Oberwallis eher bei der Variante „St-Imier“ als bei „Pruntrut“ liegt. Selbst beim Multiplikatoreffekt von St-Imier bleibt darauf hinzuweisen, dass die jährlichen volkswirtschaftlichen Effekte auf dem heutigen Niveau bereits über 165 Millionen Franken ausmachen.

Auch wenn im Rahmen dieser Ausführungen nicht auf alle in der Schweiz erstellten und publizierten Studien zu den Multiplikatoreffekten eingegangen werden kann bzw. diese auch unterschiedliche Ergebnisse ausweisen, sollen die oben dargestellten Zahlen wenigstens einen gewissen Anhaltspunkt vermitteln, welche volkswirtschaftlichen Effekte eine Schliessung einzelner Abteilungen des einen oder anderen Spitals für die Region unter sonst gleichbleibenden Rahmenbedingungen haben könnte.

Gegen ein starkes Engagement wird teilweise eingewendet, dass dadurch auch der über Sozialversicherungen und Steuermittel finanzierte Anteil im Gesundheitswesen relativ hoch ist und dadurch negative Auswirkungen auf die Steuerbelastung und/ oder die Lohnnebenkosten ausgehen könnten.

Diesem Steuer- und/ oder Sozialversicherungs-Erhöhung-Argument entgegen gehalten werden kann, dass Ausgaben im Gesundheitswesen oft auch einen investiven Charakter haben, in dem sie das Anfallen von indirekten Kosten (beispielsweise in Form von Wertschöpfungsverlusten wegen längerer Morbidität oder früherer Mortalität) lindern oder gar ganz vermeiden können. Hinzu kommt, dass sich im Rahmen der neuen Spitalfinanzierung nach KVG die Frage gar nicht stellt, ob der Kanton für die stationäre Behandlung in Listen-Spitälern aufzukommen hat oder nicht. Aus volkswirtschaftlicher Sicht die entscheidende Frage ist, ob die Spitäler im eigenen Kanton so wettbewerbsfähig aufgestellt sind, dass sie möglichst wenig innerkantonale Patienten an ausserkantonale Mitbewerber verlieren bzw. möglichst viel ausserkantonale Patienten für einen stationären Aufenthalt im Kanton Wallis anziehen können. Denn mit der neuen Spitalfinanzierung wurde auch die freie Spitalwahl unter den zur sozialen Krankenversicherung zugelassenen Spitälern eingeführt. Der Kanton hat dabei nach einer Übergangsfrist ab dem Jahr 2017 auch bei zugelassenen ausserkantonalen Spitälern mindestens 55 Prozent der entsprechenden leistungsorientierten Pauschalen zu finanzieren – höchstens bis zum Wert für die Behandlung bei vergleichbaren innerkantonalen Spitälern. Es stellt sich volkswirtschaftlich betrachtet daher vor allem und in erster Linie die Frage, ob andere Kantone möglichst viel an die Behandlung von Patienten bezahlen müssen, welche sich im Kanton Wallis stationär behandeln lassen oder ob der Kanton Wallis für viele Patienten aus seinem Kanton Behandlungen in anderen Kantonen mitfinanzieren muss.

Dies dürfte mit ein Grund dafür sein, dass in verschiedenen Kantonen Spitalbauten Thema sind bzw. bereits beschlossen wurden. So hat sich beispielsweise das Spital Limmattal in Urdorf für einen Neubau entschieden und eine Zuschlagserteilung im Rahmen einer funktionalen Ausschreibung durchgeführt. Der Souverän des Kantons Solothurn hat dem Neubau des Bürgerspitals zugestimmt. Im Kanton Basel-Landschaft sind Bauvorhaben insbesondere am Kantonsspital Liestal bekannt, im Kanton Basel-Stadt weisen sowohl die

Privatspitäler (St. Claraspital, Merian Iselin und Bethesda) als auch das Universitätsspital Basel seit Jahren eine rege Bautätigkeit auf oder beschäftigen sich mit Neu- oder Ergänzungsbauten. Im Kanton Luzern wird über einen Neubau des Spitals Wolhusen debattiert. Im Kanton Aargau hat die Regierung die Zukunft der beiden Kantonsspitäler Aarau und Baden thematisiert und vor kurzem gegen den ursprünglichen Willen der zuständigen Gesundheitsdirektorin ein Zentralspital-Projekt ad acta gelegt. Im Kanton Bern hat das universitäre Inselspital einen Master Plan entwickelt und verschiedene regionale Spitalversorgungszentren planen Neu- oder Ergänzungsbauten.

6.2. Standortattraktivität

Neben dieser wichtigen Wertschöpfungsfunktion gilt es in Erinnerung zu rufen, dass nicht nur, aber gerade auch Spitäler andere volkswirtschaftlich wichtige Funktionen übernehmen. So kann beispielsweise angeführt werden, dass neben Bildung und Erziehung die Versorgung mit Gesundheitsgütern insbesondere für auswärtige Führungskräfte im Rahmen der Standortattraktivität sowohl im interregionalen als auch im internationalen Wettbewerb in der Regel eine wichtige Rolle spielt.

Im Zusammenhang mit der Positionierung eines Clusters Gesundheitswirtschaft ist der Konkurrenzkampf um die besten Talente in der Regel nicht nur interregional, sondern oft auch international ausgerichtet. Fachärzte suchen dabei oft optimal positionierte Spitäler. Gefragt sind dabei qualifizierte Pflegende, moderne medizintechnische Geräte, ein kompetentes Management und in der Grössenordnung der Oberwalliser Spitäler in der Regel auch eine offene Kooperations-Bereitschaft mit vor- und nachgelagerten Instanzen.

6.3. Innovationsfunktion

Ein Spital in der Region kann auch von Bedeutung sein, um in der Gesundheitsbranche Fuss zu fassen, weil beispielsweise in der Medizintechnik die Innovationsrolle von Spitälern in der Regel stärker zu gewichten ist als die Entwicklungen im ambulanten Bereich. Denn bestimmte Produkte können nur im Spitalbereich zur Anwendung kommen.

6.4. Kompensationsfunktion

Spitäler übernehmen auch eine Kompensationsfunktion. So kann etwa angeführt werden, dass negative Folgen unserer stressbedingten Arbeitswelt, ungesunder Ernährung, zu geringer Bewegung, schlechter sozialer Verhältnisse und künftig vermehrt wohl auch von genetischen Veranlagungen geheilt oder gelindert werden können.

6.5. Beschäftigungsfunktion

Das Gesundheitswesen hat eine Beschäftigungsfunktion. Spitäler sind personalintensiver als viele andere Branchen und bieten für Teilzeitarbeitende (oft Frauen) Arbeitsplätze. Aus gesundheitsökonomischer Sicht ist die Beschäftigungsfunktion nicht Selbstzweck, sondern das Resultat erfolgreicher strategischer Positionierung.

In Ländern wie der Schweiz mit wenig eigenen Rohstoffen ist zudem der Investition in Humankapital besonders hohen Stellenwert beizumessen.

7. Der Bedarf im Oberwallis

Bevor über eine Spitalstruktur befunden werden kann, gilt es, den sich abzeichnenden Bedarf der kommenden Jahre für das Einzugsgebiet des Oberwallis abzuschätzen. Gemäss KVG sind die Kantone zu dieser Aufgabe ohnehin verpflichtet.

Der Kanton Wallis lässt sich dabei – wie von der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektoren empfohlen – von der Methodik zur Bedarfsermittlung leiten, welche von der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich entwickelt worden ist und sich als federführender und wegweisender Ansatz erwiesen hat. Der Ansatz stösst insbesondere auch im ärztlichen Bereich auf hohe Akzeptanz, weil er in Zusammenarbeit mit Ärzten entwickelt wurde und dort, wo unterschiedliche Auffassungen bestanden, danach unter professionellen Moderationen Konsensfindungen erfolgten.

Der Kanton Wallis hat – wie andere Kantone auch – den Bedarf nach der Methodik und mit teilweiser Unterstützung der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich erhoben. Die folgenden Ausführungen in diesem Bericht basieren auf dem aktuellen Stand der Arbeiten (Stichtag: 1. Juli 2013) und einem gleichentags erfolgten Gespräch mit Herrn lic.oec.publ. Simon Stahel von der Abteilung Gesundheitsversorgung und Herrn Dr. Hansjörg Lehmann, Leiter der genannten Abteilung in der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich. Dabei wurden die im provisorischen Bericht zur Spitalplanung des Kantons Wallis unterstellten Annahmen noch einmal kritisch überprüft und die entsprechende Kalkulation zum Bettenbedarf noch einmal zusammen mit Herrn Stahel vorgenommen. In einzelnen Bereichen resultierten dabei leicht veränderte Annahmen zur durchschnittlichen Aufenthaltsdauer (vgl. unten).

Analysiert man die in die Vernehmlassung geschickten Daten für den Bedarf des Oberwallis im Jahr 2020 unter Berücksichtigung der teilweise anderen Ausgangslage bzgl. der Entwicklungen der Aufenthaltsdauern insbesondere in den Bereichen Rehabilitation und Psychiatrie lassen sich folgende Grob-Berechnungen bzgl. der Infrastruktur anstellen:

- Für den Bereich der somatischen Akutmedizin kann der Bedarf der geschätzten Pflagetage für die Oberwalliser Bevölkerung im Jahr 2020 herangezogen werden, um den Bettenbedarf zu berechnen. Auch wenn die Kalkulation von Betten unter der DRG-Finanzierung kaum mehr sinnvoll erscheint, bleibt angesichts der zur Verfügung stehenden Daten kaum eine bessere Zahl, um abklären zu können, ob ein Spital von der Grössenordnung her für das Oberwallis noch sinnvoll erscheint. Von den für das Jahr 2020 ermittelten Pflagetagen sind jene abzuziehen, welche auf ausserkantonale Hospitalisationen entfallen. Unterstellt wird dabei ein ungefähr gleicher Anteil wie bei den für den Ist-Zustand im Jahr 2010 erhobenen Daten. Unter Berücksichtigung der Notfall-Vorhalteleistungen und der erwarteten mittleren Aufenthaltsdauer für das Jahr 2020 lässt sich somit ein Näherungswert von rund 200 Betten für die somatische Akutmedizin im Oberwallis ermitteln. Diese Grössenordnung rechtfertigt aus gesundheitsökonomischer Sicht mindestens ein effizient betriebenes Spital in einer „Randregion“ wie dem Oberwallis.
- Es stellt sich nun die Frage, welcher Bedarf im Bereich der Rehabilitation und der Psychiatrie auszumachen ist, um abschliessend zu klären, ob ein oder zwei Spital-Standorte mittel- bis langfristig sinnvoll erscheinen.
- Für die Bedarfsermittlung in der Rehabilitation wird analog zur Akutsomatik vorgegangen. Angesichts der tieferen Aufenthaltsdauer als im Mittelwallis wurde von einer geringeren prozentualen Senkung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer als im Gesamt-Kanton für das Jahr 2020 und somit von 19.0 (statt 18.1) Tagen ausgegangen sowie eine mögliche durchschnittliche Auslastung von 95 Prozent unterstellt. Gemäss dieser Überschlagsrechnung ergibt sich ein Bedarf von leicht unter 40 Betten (36 Betten). Eine solche Bettenanzahl liegt weit unter der in der

Rehabilitation für ein eigenes Spital formulierten Grössenordnung von mindestens 100 Betten. Sie entspricht aber ziemlich genau der in der Regel in schweizerischen Rehabilitationskliniken unterstellten optimalen Grösse zur Führung einer Rehabilitationsabteilung in einem somatischen Akutspital (vgl. beispielsweise Spital Zollikerberg und Reha Clinic Zurzach oder das von der Rehabilitationsklinik Zihlschlacht im Zusammenarbeit mit der Herz-Klinik am Bodensee und dem Kantonsspital Münsterlingen geplante Projekt). Der definitiv zu ermittelnde Bedarf an eigenen Kapazitäten ist allerdings noch teilweise abhängig von der konkreten Umsetzung des kurz vor der Vollendung stehenden Rehabilitationskonzepts des Spitalzentrums Oberwallis. Letztlich dürfte es aber vom zu ermittelnden Bedarf im Bereich der Psychiatrie abhängen, ob im Wallis zwei Spital-Standorte als gerechtfertigt erscheinen können.

- Für die Ermittlung der Bettenkapazitäten im Bereich der Psychiatrie wurde ein analoges Vorgehen wie in der Rehabilitation gewählt. Im Gegensatz zur Rehabilitation wurde auf die Berücksichtigung der ausserkantonalen Hospitalisationen wegen der geringen Anzahl verzichtet. Die heutige stationäre Psychiatrieversorgung findet im Oberwallis im Akutspital Brig integriert statt. Unterstellt wurde eine mögliche Bettenbelegung von 100 Prozent und eine durchschnittliche Aufenthaltsdauer von 26 Tagen, was wiederum höher liegt als der ermittelte Durchschnittswert für das Oberwallis von 24.2 Tagen, weil auch diese Aufenthaltsdauer bereits heute tiefer liegt als im gesamten Kanton Wallis und die spitalplanerische Annahme des gleichen prozentualen Rückgangs wie im Gesamtkanton daher als eher gewagt erscheint. Auch für die Psychiatrie ergibt sich unter diesen Annahmen ein Bettenbedarf von leicht unter 40 Betten für das Jahr 2020. Auch diese Zahl rechtfertigt kein eigenes Psychiatrie-Spital, sehr wohl aber das Führen von entsprechenden Abteilungen.

Gesamthaff ergibt sich somit ein Bettenbedarf von rund 280 Betten für die Bereiche Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie zusammen. Es stellt sich somit die Frage, ob dieser Bedarf an einem oder an zwei Standorten sichergestellt werden soll. Dies soll im Rahmen unterschiedlicher Szenarien im Folgenden anhand ausgewählter Kriterien näher analysiert werden.

Der ermittelte Bettenbedarf entspricht dem Bedarf für alle nach KVG zu versorgenden Patienten, also nicht nur der ausschliesslich Grundversicherten, sondern auch von Personen mit einer oder mehreren Zusatzversicherungen oder solchen, die sich subsidiär gemäss KVG gegen Unfall versichern lassen müssen. Aus diesem Grund wird zum ermittelten Bettenbedarf für das Oberwallis für die stationären Behandlungen nach Unfallversicherungsgesetz und für Touristen mit einem pauschalen Zuschlag von 10 Prozent gerechnet. Dieser Zuschlag stellt nur einen Näherungswert für das ganze Leistungsspektrum von Somatik, Psychiatrie und Rehabilitation dar. Die Auswirkungen auf die einzelnen Disziplinen können dagegen sehr unterschiedlich ausfallen. Der gesamte ermittelte Bettenbedarf beläuft sich somit auf rund 310 Betten.

8. Mögliche Varianten für die zukünftige Spitalstruktur im Oberwallis

Grundsätzlich lassen sich angesichts der dargestellten Ausgangslage mindestens folgende Varianten für die zukünftige Spitalstruktur im Oberwallis vorstellen:

- Status Quo (keine Veränderungen gegenüber dem Ist-Zustand)
- Ein neues Zentralspital an einem neuen Standort
- Ein neues Zentralspital an einem der beiden bisherigen Standorte
- Ein Spital mit den zwei Standorten Brig und Visp mit entsprechender Portfolio-Bereinigung
- Ein Spital an einem der beiden Standorte, das alle stationären (also auch die psychiatrischen und rehabilitativen) Leistungen anbietet, und ein Gesundheitszentrum am anderen der bisherigen Standorte, das einzig ambulante und teilstationäre (Psychiatrie) Leistungen anbietet

Im Folgenden sollen diese Varianten ausführlicher beschrieben und im nächsten Kapitel anhand von ausgewählten Kriterien aus gesundheitsökonomischer Sicht beurteilt werden.

8.1. Status Quo (Szenario 0)

Die Entwicklung zum Status Quo ist anhand wichtiger Meilensteine seit der Spitalplanung aus dem Jahr 2004 für das Oberwallis dargestellt worden, sodass auf weitergehende Beschreibungen verzichtet werden kann.

Methodisch dient der Status Quo auch als Referenzpunkt, um Veränderungen durch andere Szenarien darzustellen.

8.2. Ein neues Zentralspital an einem neuen Standort (Szenario 1)

Angesichts des oben aufgezeigten Bau-Bedarfs an beiden Spital-Standorten hat das beauftragte Spitalplanungsbüro Limacher (Résumé des études HLP, Synthèse des études pour l'hôpital du Valais vom 30. Juni 2011, Folie 7) die Frage aufgeworfen, ob es inskünftig nur noch einen Spital-Standort im Oberwallis benötige. Diese Überlegung dürfte auch unter dem Aspekt der errechneten Bedarfszahlen Auftrieb erhalten. Ein solcher Ansatz kann grundsätzlich mindestens auf zwei verschiedene Arten umgesetzt werden:

- Das neue Zentralspital wird an einem neuen Standort (evt. sogar in einer neuen Ortschaft) errichtet.
- Das neue Zentralspital wird an einem der beiden bisherigen Standorte aufgebaut.

Im Rahmen des Szenarios 1 könnte ein solcher Standort – ähnlich wie beim seinerzeitigen Vorgehen im interkantonalen Projekt mit dem Kanton Waadt im Unterwallis – unter Berücksichtigung der Verkehrswege und Patientenströme modelltypisch ermittelt werden. Steht dieser Standort einmal fest, kann in der Nähe nach geeigneten Land-Parzellen Ausschau gehalten werden.

Nach dem Bau des neuen Zentralspitals werden die beiden bisherigen Spital-Standorte vollständig aufgehoben und die Mitarbeiter soweit möglich am neuen Standort eingesetzt. Das Zentralspital umfasst also nicht nur die stationären Leistungsspektren in der somatischen Medizin, sondern auch in der Psychiatrie und Rehabilitation.

Die bisherigen Räumlichkeiten können alternativen Verwendungszwecken zugeführt werden. Geprüft werden könnten beispielsweise die Errichtung einer Höheren Fachschule für Berufe im Gesundheitswesen oder der Abbruch der entsprechenden Gebäude mit dem Verkauf bzw. der Abgabe im Baurecht der entsprechenden Landparzellen, um für die wachsenden Bevölkerung in der Region zusätzlichen Wohnraum zur Verfügung zu stellen.

8.3. Ein neues Zentralspital an einem der beiden bisherigen Standorte (Szenario 2)

Im Unterschied zu Szenario 1 wird in Szenario 2 das neue Zentralspital an einem der bisherigen Standorte, also in Brig oder Visp, errichtet.

Angesichts der Vorgeschichte der Spitalplanungen dürfte dabei der Standort Visp eher zu favorisieren sein. Der Standort Brig würde den Spital-Status verlieren. Dies gilt auch für die Psychiatrie und Rehabilitation, die in einem solchen Konzept in Visp untergebracht wird.

Analog zum Szenario 1 können auch hier die frei werdenden Räumlichkeiten einer anderweitigen Nutzung zugeführt werden.

8.4. Ein Spital mit den zwei Standorten Brig und Visp (Portfolio-bereinigt) (Szenario 3)

Im Rahmen von Szenario 3 werden die beiden Spital-Standorte Brig und Visp beibehalten, die Leistungs-Portfolios aber im Rahmen der Kontinuität der bisher getroffenen Entscheidungen der letzten Spitalplanungen weiter optimiert.

Ausgangspunkt für diese Überlegungen bilden die im Rahmen der Spitalplanung 2008 aufgezeigten Schwierigkeiten des bisherigen Ansatzes. Beispielhaft soll daher von folgender Leistungs-Portfolio-Bereinigung ausgegangen werden:

- Die Trennung zwischen ambulanter und stationärer Leistungserbringung und zwischen „leichten“ und „schweren“ Fällen wird aufgehoben.
- Soweit aus Qualitäts- und Wirtschaftlichkeits-Gründen möglich werden ambulante Angebote an beiden Standorten zur Vor- und Nachbetreuung im Rahmen eines Gesundheitszentrums zur Verfügung gestellt. Beide Gesundheitszentren unterstehen medizinisch, pflegerisch-therapeutisch und organisatorisch der Führung des Hauptzentrums, das die stationären Leistungen erbringt. Dabei vorstellbar ist auch, dass angesichts des drohenden Grundversorger-Mangels in der Zukunft beide Gesundheitszentren mindestens teilweise mit vor Ort ansässigen Hausärzten zusammenarbeiten. Die Gesundheitszentren werden telemedizinisch mit den stationären Strukturen vernetzt.
- Medizin und Chirurgie werden am gleichen Standort zusammengelegt.
- Geburtshilfe und Gynäkologie werden am gleichen Standort zusammengelegt.
- Analoge Konzentrationen kommen auch für die Psychiatrie zur Anwendung.
- Zur Sicherstellung der vertikalen Integration wird eine Rehabilitationsabteilung aufgebaut. Aus den vom Spitalplaner im Jahr 2011 beschriebenen Kapazitätsgründen dürfte diese eher am Spital-Standort der Psychiatrie zu stehen kommen.
- Zusammen mit und parallel zum Rehabilitationsangebot werden am gleichen Standort stationäre Leistungen der Akut-Geriatrie, der geriatrischen Rehabilitation und der Übergangspflege erbracht.
- Aus der Vorgeschichte der Spitalplanung dürfte dabei der Standort Brig die stationären Psychiatrie-, Rehabilitations- und ergänzenden Geriatrie-Leistungen, der Standort Visp die Akutsomatik-Leistungen erbringen.

8.5. Ein Spital an einem der beiden Standorte, ein Gesundheitszentrum andernorts (Szenario 4)

Szenario 4 bleibt im Sinne des bisher beschrittenen Wegs bei der Trennung zwischen stationären und ambulanten Leistungen, wendet diese aber radikaler an.

Alle stationären Leistungen aus der Somatik, der Rehabilitation und der Psychiatrie werden an einem Spital-Standort erbracht.

Der bisherige zweite Spital-Standort verliert seinen Spitalstatus, konzentriert seine Tätigkeiten vollständig auf den ambulanten Bereich und übernimmt auch die bisher ambulant erbrachten Leistungen des Spital-Standorts in einem grossen Gesundheitszentrum.

Unter dem Begriff „ambulant“ werden auch die eigentlich als „teilstationär“ zu bezeichnenden insbesondere psychiatrischen Tagesklinik-Leistungen subsummiert.

Das Gesundheitszentrum muss nicht zwingend die ganzen bisher beanspruchten Spital-Räumlichkeiten umfassen und kann nach dem „Shop-in-the-Shop“-Konzept ausgestaltet werden. Als Vision vorstellbar sein könnte ein „Haus der Gesundheit“, in dem verschiedene Akteure und Organisationen aus Somatik, Rehabilitation, Psychiatrie, Medizintechnik und Pharmazie, aus Ärzteschaft, Pflege und Therapieberufen, aus den Gebieten Prävention, Heilung, Schmerzlinderung, Kuren bzw. aus den Bereichen Gesundheit und Soziales (zu letzteren könnten beispielsweise ein Mahlzeitendienst und/ oder Mütter-/ Väterberatungsstellen gehören) unter einem Dach vereint sind und die gemeinsame Infrastruktur nützen. Ergänzt werden könnte ein solches Konzept auch durch betreute Pflegewohngruppen und/ oder Wohnungen mit einem Spitex-Stützpunkt. Bei Bedarf wäre das entsprechende Gesundheitszentrum-Konzept noch weiter zu konkretisieren. Ein solches Gesundheitszentrum kann sowohl das Spital Wallis als einzigen Eigner aufweisen als auch im Rahmen einer Kooperation mit anderen Partnern in der Gesundheitsversorgung aufgebaut werden. Ein solches Zentrum könnte über Walk-in-Praxen ähnliche Strukturen verfügen und zur Patientenrekrutierung dienen, wie dies insbesondere in Deutschland nach der Einführung von DRGs feststellbar war und wie dies teilweise ansatzweise in der Zwischenzeit auch in der Schweiz festzustellen ist (z.B. Spital Thurgau AG im Kanton Schaffhausen, Universitätsspital Basel mit dem Medizinischen Versorgungszentrum in Süddeutschland).

Der Kurz-Beschrieb der verschiedenen Varianten erfolgte ganz bewusst rudimentär. Im Vordergrund steht die Beschreibung der Grundideen, welche im Folgenden anhand von Kriterien einer ersten Grob-Beurteilung unterzogen werden sollen. Diese wiederum soll der Prioritätensetzung im politischen Willensbildungsprozess dienen. Gestützt darauf können danach weitere detailliertere Überlegungen angestellt werden.

9. Beurteilung der Varianten

Ausgehend von den dargestellten Herausforderungen sollen die oben geschilderten Varianten für die künftige Spitalstruktur im Oberwallis anhand folgender, mit den Vertretern der Gesundheitsdirektion des Kantons Wallis und des Hôpital du Valais anlässlich der Sitzung vom 11. Juni 2013 vereinbarten Kriterien näher erörtert werden:

- Alterungs-Kompatibilität
- Medizinische Entwicklung
- Versorgungssicherheit
- Bauliche Entwicklung
- DRG-Tauglichkeit
- Finanzierbarkeit
- Strategische Positionierung
- Prozessoptimierung
- Historische Konformität
- Volkswirtschaftliche Effekte
- Public-Health-Aspekte/ gemeinwirtschaftliche Leistungen

Die Bewertung der einzelnen Kriterien erfolgt dabei anhand einer vierstufigen Skala (++, +, -, --). Auf eine neutrale (0) Bewertung wurde bewusst verzichtet. Der Status Quo wird dabei aus den oben geschilderten Gründen als Referenz-Szenario verwendet, das wegen der oben dargestellten Schwierigkeiten weiterentwickelt werden soll. Die Bewertungen werden jeweils einleitend tabellarisch dargestellt und anschliessend daran begründet.

9.1. Alterungs-Kompatibilität

Tabelle 2: Bewertung Alterungs-Kompatibilität

	Szenario 0	Szenario 1	Szenario 2	Szenario 3	Szenario 4
Alterungs-Kompatibilität	-	+	+	+	-

Das Szenario 0 ist bzgl. der Alterungs-Kompatibilität und dem dabei vermehrt geforderten Management von Multi-Morbiditäten als wenig zukunftsfruchtig zu beurteilen, weil es folgende Schwierigkeiten aufweist (Spitalplanung 2008, Seite 26):

- Die Ausübung gewisser Disziplinen an zwei oder drei Standorten bedingt Verlegungen zwischen den Spitälern.
- Der Transfer zwischen Spitälern betrifft auch Ärzte, die ihre Patienten oft an zwei oder drei verschiedenen Standorten operieren und behandeln müssen, und in gewissen Fällen auch das Pflegepersonal.
- Abteilungen, die ihre Tätigkeiten auf verschiedene Standorte verteilen müssen, sind in der medizinischen Organisation (insbesondere im Bereich der Kommunikation und in der Nachbetreuung von Patienten) mit Schwierigkeiten konfrontiert.
- Die Beibehaltung oder Entwicklung gewisser Tätigkeiten an anderen Standorten (erwähnt wird aus dem Spitalzentrum Oberwallis der Standort Brig) gestaltet sich manchmal schwierig, weil nicht alle Disziplinen vertreten sind und damit deren interdisziplinärer Austausch vermindert wird.

Die Beurteilung von Szenario 3 hängt in hohem Masse von der konkreten und konsequenten organisatorischen Aufteilung der Fachgebiete zwischen den beiden Standorten ab. Die beispielhaft vorgeschlagene Aufteilung dürfte sich angesichts der Multimorbiditäten als zielführend erweisen, weil die Kombination der verschiedenen somatischen Krankheitsbilder im Alter unterschiedliche Ausprägungen annehmen kann. Häufig vorkommende psychiatrische Begleiterkrankungen können grösstenteils über das Gesundheitszentrum ambulant abgedeckt werden. Damit erhöht sich auch die Wahrscheinlichkeit, dass Patienten nicht zwischen verschiedenen Standorten hin- und herlaufen müssen und daher vermehrt nach alternativen ausserkantonalen Mitbewerbern Ausschau halten, welche eine ganzheitliche Behandlung ermöglichen. Dass diese Gefahr sehr reell ist, zeigt das Beispiel der Walliser Spitäler, über welches berichtet wurde⁵.

Für die Szenarien 1 und 2 spricht die Zusammenlegung aller medizinischen Dienste an einem zentralen Ort. Eine gute über die Fachbereiche hinweg funktionierende Zusammenarbeit an einem Standort kann damit der Herausforderung Multimorbidität von allen Varianten wohl am besten begegnen. Andererseits wird durch eine Zusammenlegung an einem Standort der Weg ins Spital für einen Teil der Bevölkerung länger. Da die Distanzen im Oberwallis zwischen den bestehenden Spital-Standorten nicht so gross sind wie in einigen anderen Kantonen, welche ähnliche Varianten diskutieren, können diese beiden Szenarien gesamthaft als positiv bewertet werden. Kritisch zu beurteilen ist dagegen Szenario 4, weil es eine ganzheitliche Betreuung und Behandlung durch die Aufteilung der ambulanten und stationären Leistungen auf zwei Standorte erschwert.

9.2. Medizinische Entwicklung

Tabelle 3: Bewertung medizinische Entwicklung

	Szenario 0	Szenario 1	Szenario 2	Szenario 3	Szenario 4
Medizinische Entwicklung	-	++	++	++	-

Im Rahmen der medizinischen Entwicklung dürfte es – wie oben erwähnt - vermehrt darauf ankommen, die demographische Entwicklung und die damit einher gehenden altersbedingt häufig auftretenden Krankheitsbilder und Mehrfacherkrankungen integral abzudecken. Viele dieser Krankheiten weisen chronische Verläufe auf, weil sie mit den älter werdenden Menschen altern. Ältere Menschen sind vermehrt auf ein wohnortsnahes Netz angewiesen, welches eine möglichst integrierte, d.h. vernetzte Versorgung abdeckt. Diese Versorgung sollte schwergewichtig wegen der in der Regel eingeschränkten Mobilität in der Region erfolgen.

Das Szenario 0 ist aus den gleichen Schwierigkeiten wie bereits beim Kriterium Alterungs-Kompatibilität als wenig zukunftssträchtig zu bewerten.

Analoges gilt für Szenario 4, weil davon auszugehen sein dürfte, dass die medizinisch-technische Entwicklung in den nächsten 20 Jahren eine vermehrte Substitution bisher stationär erbrachter durch ambulante Leistungen ermöglicht. Aufwändige Verschiebungen zwischen den beiden Standorten wären die Folge und dürften die analogen Schwierigkeiten provozieren, welche im Status Quo bereits bei der Spitalplanung 2008 geschildert worden sind.

⁵ Walliser Bote, Nr. 79, 4. April 2012.

Für die Szenarien 1 und 2 spricht, dass sie an ihrem jeweiligen Standort integral sowohl die stationären als auch die ambulanten Leistungen bündeln können. Dadurch kann eine integrierte Versorgung aus einem Guss vor Ort erfolgen. Die Substitution von stationären durch ambulante Leistungen als Folge von medizinisch-technischen Entwicklungen führt dabei zu keinen Verschiebungen zwischen den Standorten.

Szenario 3 vermag die Vorteile aus den Szenarien 1 und 2 unter der Voraussetzung einer sinnvollen Leistungs-Portfolio-Bereinigung ebenfalls zu erreichen und in Ergänzung dazu eine stärkere regionale Abdeckung zu realisieren, weil ambulante Leistungen der Vor- und Nachbetreuung weiterhin dezentral angeboten werden.

9.3. Versorgungssicherheit

Tabelle 4: Bewertung Versorgungssicherheit

	Szenario 0	Szenario 1	Szenario 2	Szenario 3	Szenario 4
Versorgungssicherheit	+	++	++	+	-

Die Versorgungssicherheit darf heute bzgl. der Erreichbarkeit als gut bezeichnet werden (Szenario 0). Allerdings stellt sich die Frage, wie weit die Versorgungssicherheit mit der Erreichbarkeit gleichgesetzt werden darf. In verschiedenen Disziplinen scheint nämlich die Einsicht zu reifen, dass eine gewisse längere Distanz in Kauf genommen werden darf, wenn dadurch das behandelnde Zentrum über mehr Erfahrungen verfügt und daher mit höherer Wahrscheinlichkeit von Anfang an eine richtige Diagnose stellt, entsprechend triagiert und die richtige Therapie einleitet. In der Regel können solche Zentren wegen der breiteren Erfahrung nicht nur bessere Qualität liefern, sondern auch mit Komplikationen wegen ihres grösseren Erfahrungsspektrums besser umgehen. In einem solchen System wichtig ist, dass die entsprechenden Notfall- und Rettungsdienste gut geschult sind und über eine möglichst effektive und effiziente Infrastruktur (Ambulanzfahrzeuge, Helikopter etc.) verfügen.

Werden Erreichbarkeit und Erfahrung einigermaßen gleichgewichtig zu berücksichtigen versucht, schneiden die Szenarien 1, 2 und 3 besser ab als der Status Quo (Szenario 0), Szenario 4 dagegen schlechter, weil bei letzterem der Patient immer zuerst überlegen müsste, ob er sich in den ambulanten oder stationären Notfall begeben soll. Ausgehend von den bereits oben geschilderten demographischen und medizinischen Entwicklungen dürfte mit Szenario 1 eine klare Verbesserung der Versorgungssicherheit zu erreichen sein (alle Disziplinen unter einem und erst noch neuen Dach), Szenario 2 käme auf ein ähnliches Niveau, während in Szenario 3 kaum mit einer Veränderung gegenüber dem Status Quo zu rechnen sein dürfte.

9.4. Bauliche Entwicklung

Tabelle 5: Bewertung bauliche Entwicklung

	Szenario 0	Szenario 1	Szenario 2	Szenario 3	Szenario 4
Bauliche Entwicklung	--	+	+	+	--

Ganz generell kann davon ausgegangen werden, dass sich die Zeithorizonte bzgl. der Nutzung von Spitalbauten unter DRG-Aspekten und unter Kriterien der strategischen Positionierung verkürzen. Insbesondere deutsche Erfahrungen mit DRGs deuten – wie oben dargestellt – darauf hin, dass höchstens von einer Nutzungsdauer von 25, besser von 20 Jahren auszugehen sein dürfte.

Denn im Rahmen der erhöhten Transparenz durch die gesamtschweizerisch einheitliche Tarifstruktur und die zu erwartende vermehrte Konkurrenz über die Kantonsgrenzen hinaus dürfte davon auszugehen sein, dass neben gutem medizinischen und pflegerisch-therapeutischen Personal u. a. die medizinisch-technischen und baulichen Infrastrukturen zu vermehrten Wettbewerbsfaktoren werden. Hinzu kommt, dass Synergieeffekte durch bauliche Massnahmen unter DRGs eine erhöhte Aufmerksamkeit erlangen dürften.

Wenn an einem bisherigen Standort gebaut wird, dürfte die Flexibilität in der Angebotsstruktur eingeschränkt werden – insbesondere dann, wenn die angenommene Kapazitätsplanung wenig modular, unstandardisiert (und dadurch oft für zu knapp bemessen) und für zu lange Laufzeiten konzipiert ist. Unterschätzungen des Wachstumspotentials sind sowohl in Deutschland unter DRG als auch bei schweizerischen Spitalbauten regelmässig festzustellen gewesen. Hinzu kommt, dass die Synergieeffekte erst im Langzeitverlauf eintreffen dürften.

Der Status Quo weist nicht nur die oben geschilderten Schwierigkeiten durch die räumliche Trennung bestimmter Disziplinen auf zwei Standorte auf, sondern gemäss den Spitalplaner-Arbeiten des Büro Limacher (Résumé des études HLP, Synthèse des études pour l'hôpital du Valais vom 30. Juni 2011, insbesondere Folien 3 – 7) auch Erneuerungs- und teilweise Erweiterungsbedarf an beiden Standorten. Entsprechend wenig zukunftsfruchtig ist diese Variante.

Der Bau eines Zentralspitals an einem neuen oder an einem der beiden bisherigen Standorte wäre dann als optimal zu bezeichnen, wenn die oben beschriebenen Anforderungen für den Bau eines neuen Spitals (vgl. insbesondere Punkt 3.3) erfüllt werden können. Ebenso bedeutsam dürfte der Umstand sein, dass nicht nur die entstehenden Bau-Kosten gegenüber heutigen landläufigen Vorstellungen signifikant reduziert werden müssen (weil die Investitionsamortisations-Regelung gemäss DRG keine weitergehende Finanzierung erlaubt), sondern auch die Folgen für die Betriebskosten über eine Nutzungsdauer von 20 – 25 Jahren zu kalkulieren sind. Im Rahmen eines Neubaus drängt sich daher unter den geschilderten Bedingungen einer leistungsorientierten Finanzierung eine funktionale Betrachtungsweise aus. Es kann unter Umständen Sinn machen, mit Blick auf die Prozesskosten einen einmaligen Abschreiber zu machen, um dafür ein prozessoptimiertes Spital möglichst schnell realisieren zu können, das auch weniger Patienten an andere Spitäler anderer Kantone verliert.

Positive Beiträge zur Verkürzung der Bauzeiten und zur Einhaltung eines zu definierenden Budgets leisten können auch Public-Private-Partnership-Projekte, in denen der Bau der Infrastruktur durch einen Privaten erfolgt und im Anschluss daran das Gebäude durch den Spitalbetreiber gemietet wird. Für die schweizerischen Verhältnisse (bisher) weitgehend Neuland, für ausländische Verhältnisse (z. B. Deutschland) dagegen nicht selten anzutreffen und näher zu prüfen ist der Verzicht auf kostspielige Architekturwettbewerbe und –arbeiten, indem die fixfertigen Pläne eines vergleichbaren bereits gebauten Spitals aus der Schweiz oder aus dem benachbarten Ausland soweit möglich übernommen werden.

Wenn es zur Zeit im Rahmen der Walliser Gesetzgebung nach Auskunft des Service de la Santé Publique im Departement Gesundheit, Soziales und Kultur des Kantons Wallis nicht möglich ist, diesen Überlegungen Nachachtung zu verschaffen, sollte die bauliche Entwicklung nach dem Motto „So wenig wie möglich, so viel wie nötig“ erfolgen.

Aus der Optik einer funktionalen Ausschreibung schneidet Variante 4 neben dem Status Quo am schlechtesten ab. Da bei Szenario 1 im Vergleich zu den Szenarien 2 und 3 mehr Bautätigkeiten notwendig erscheinen, schneidet Szenario 1 nicht ganz so gut ab.

Gegen diese Bewertung könnte eingewendet werden, dass die Résumé des études HLP 2007 – 2011 ergeben hätten, dass die Zentralisierung der OP-Tätigkeiten in Visp flächenmässig möglich ist, aber nur knapp. Dem entgegengehalten werden kann, dass es unter DRG vermehrt darum geht, haushälterischer mit den Ressourcen umzugehen. Solange der Samstag und teilweise auch Abende – wie dies auch in öffentlichen Spitälern in Deutschland nach der DRG-Einführung Realität wurde - keine regulären Operationszeiten sind, kann jedenfalls nicht von entsprechenden OP-Engpässen gesprochen werden. Hinzu kommt, dass mit der Aufrechterhaltung eines ambulanten Behandlungszentrums in Brig auch die Substitutionsmöglichkeiten zwischen stationären und ambulanten Tätigkeiten in Szenario 3 gefördert werden können.

Andererseits eröffnet Szenario 1 bei geschickter Wahl des Geländes die meisten Möglichkeiten, um eine Entwicklung des Geländes über die reduzierte Laufzeit von 20 Jahren zu realisieren, indem es mehr Optionen möglich machen kann, welche an den beiden bisherigen Standorten kaum möglich sind. Aus diesen Gründen werden die Szenarien 1, 2 und 3 gleich gut bewertet.

9.5. DRG-Tauglichkeit

Tabelle 6: Bewertung DRG-Tauglichkeit

	Szenario 0	Szenario 1	Szenario 2	Szenario 3	Szenario 4
DRG-Tauglichkeit	-	++	++	+	-

Im Rahmen des DRG-Systems dürften Spitäler ihre Einnahmen zukünftig in erster Linie über die Anzahl Fälle und den Schweregrad dieser Fälle generieren. Dazu sollte vermehrt das Instrument der vertikalen Integration, im konkreten Fall der vermehrten Zusammenarbeit zwischen vor- und nachgelagerten Behandlern genutzt werden. Denn gerade im Zusammenhang mit der Entwicklung von DRG dürften Spitäler ein vermehrtes Interesse bekommen, nicht nur ihre Zuweiser besser zu pflegen, sondern vor allem auch die strukturierte und integrierte Versorgung zu fördern, weil andernfalls wegen Rückverlegungen aus dem gleichen Grund innert 18 Tagen nach Spitalaustritt die Erfüllung einer Garantieleistung droht.

Durch die unter DRG gesamtschweizerisch zu erwartende vermehrte Transparenz unter den Leistungserbringern dürfte – wie oben erwähnt – die Realisierung einer minimalen Anzahl Fälle vermehrte Bedeutung erlangen.

Gleichzeitig dürfte aber auch eine erhöhte unternehmerische Flexibilität an den einzelnen Standorten erforderlich sein, um beispielsweise die Substitutionsmöglichkeit von - je nach finanziellen Anreizen vorliegenden Deckungsbeitrags-Konstellationen – stationären durch ambulante Leistungen zu ermöglichen. Dies dürfte beispielsweise im Bereich der Kurzlieger bei ungenügend durch die Tarifstruktur abgebildeten, sinnvollen Medikamenten- und Implantate-Einsätzen die finanziellen Risiken minimieren helfen. Denn mit der neuen Spitalfinanzierung fiel die „automatische“ Defizit-Deckung der öffentlichen Spitäler weg.

Aus den Überlegungen zur kritischen Fallgrösse schneiden die Szenarien 1 – 4 alle besser als der Status Quo ab. Die einzelnen Szenarien weisen aber unterschiedliche Vor- und Nachteile bzgl. ihrer unternehmerischen Flexibilität am konkreten Standort und bzgl. der Vor- und Nachbehandlungen in den Regionen auf. Szenario 3 dürfte am schnellsten realisierbar sein, weil die Portfolio-Bereinigung mit den geringsten baulichen Veränderungen der hier betrachteten Alternativszenarien einhergehen dürfte. Zudem könnte es mit dem Gesundheitszentrum zur ambulanten Leistungserbringung am anderen Standort dazu beitragen, dass die (zusätzliche) Patienten-Rekrutierung – analog zu den Medizinischen Versorgungszentren in Deutschland – niederschwellig und damit zeitgerecht erfolgen kann. Sehr gut dürften Szenario 1 und 2 bzgl. der vertikalen Integration abschneiden, weil beide im Gegensatz zu Szenario 3 insbesondere auch die stationäre Nachversorgung beispielsweise im Bereich der Rehabilitation unter einem Dach vereinen. Szenario 4 trennt die ambulanten und stationären Leistungen so stark, dass die integrierte Versorgung zu kurz kommen dürfte und dadurch Vor- und Nachbehandlungen ineffizienter gestaltet werden.

9.6. Finanzierbarkeit

Tabelle 7: Bewertung Finanzierbarkeit

	Szenario 0	Szenario 1	Szenario 2	Szenario 3	Szenario 4
Finanzierbarkeit	-	+	+	++	--

Bzgl. der Finanzierbarkeit gilt es zwei Varianten zu unterscheiden:

- Das Hôpital du Valais hat für die Investitionsfinanzierung vollständig allein aufzukommen.
- In Ergänzung zur Investitionsfinanzierung durch das Hôpital du Valais ist der Kanton zur Sicherstellung der Versorgungssicherheit oder aus anderen gemeinwirtschaftlichen Gründen bereit, zusätzliche Mittel zur Verfügung zu stellen. Im Gegensatz zum erstgenannten Fall handelt es sich dabei nicht um aus bundesrechtlichen Gründen gebundene Ausgaben. Das Kantonsparlament hätte demnach diesen Grundsatz-Entscheid und den Entscheid über die Höhe der gewährten Mittel zu fällen.

Unter DRG und zukünftig auch für die geplanten leistungsorientierten Tarifsysteme für die Rehabilitation und Psychiatrie gilt es bei der Finanzierbarkeit nicht nur die Kosten möglichst tief zu halten, sondern auch die Ertragsseite zu beachten.

Die dem Autor dieser Arbeit zur Verfügung gestellten Daten des Hôpital du Valais dürfen nicht vollständig zitiert werden. Das mit dem Namen „Hôpital du Valais (RSV) – Direction générale“ gezeichnete Papier, welches dem Chef de Service des Departements Gesundheit, Soziales und Kultur des Kantons Wallis am 11. Juli 2013 vom Hôpital du Valais zugestellt und von ersterem gleichentags an den Autor weitergeleitet wurde, beantwortet die vom Experten gestellten Fragen unvollständig und beinhaltet folgende Passage (S. 3 von 18): „Die nachfolgenden Ausführungen sind somit im Moment noch ein internes Arbeitspapier, welches nicht für eine Veröffentlichung verwendet werden darf. Dieser Bericht ist weder vom Verwaltungsrat noch von der Generaldirektion des Spital Wallis definitiv validiert worden.“

Die vorhandenen und öffentlich zitierbaren Daten lassen vor allem einmal den Eindruck erwecken, dass die notwendige Gesamtschau über alle laufenden Projekte nicht ausreicht, um irgendein langfristiges Investitionsvorhaben schnell aufzugleisen. Genau dies wäre aber

in einem DRG-System gefordert, in dem in der Regel die Schnellen gegenüber den Langsamen im Vorteil sind.

Die wenigen verfügbaren Angaben lassen eher den Eindruck erwecken, dass die Finanzierbarkeit über DRGs auch für die öffentlich immer wieder genannte Investitionssumme von 50 Millionen Franken für das somatische Akutspital im Oberwallis (und wohl auch die höheren, geplanten Investitionen im Mittelwallis) als mindestens zweifelhaft erscheint und weiterer vertiefter Abklärungen bedarf. Diese Auffassung gründet auf folgenden Annahmen und Erkenntnissen:

- Eine klare Deckungsbeitragsrechnung pro Standort hat der Experte nicht erhalten. Offen bleiben muss daher die Frage, wie viele Quersubventionierungen von einem Standort zum anderen erfolgen. Dies soll nicht als grundsätzliche Ablehnung von solchen Quersubventionen interpretiert werden. Es geht vielmehr darum, Transparenz darüber zu schaffen und die entsprechenden Entscheidungen bewusst zu fällen. Die Ausschüttung bzw. Verteilung von Quersubventionen kann nicht alleinige Aufgabe des Verwaltungsrates sein, sondern wäre in einem so heiklen Dossier wie der Spitalstandort-Frage im Rahmen der Eigner-Strategie zu klären.
- Dem Autor dieser Arbeit wurde im zitierfähigen Teil der Antworten von der Generaldirektion des Hôpital du Valais mitgeteilt: „Nein, das Spital Wallis führt keine Prozesskostenrechnung“ (Seite 1 von 18). Dieser Mangel sollte schnellst möglichst beseitigt werden.
- Die unterstellte Laufzeit für Bau-Investitionen ist tendenziell eher zu lange. Angesichts der höheren Bedeutung des Wettbewerbsfaktors Infrastruktur und insbesondere baulicher Zustand sowie der geringeren Halbwertszeit bei medizinischen Entwicklungen dürfte ausgehend von ausländischen Erfahrungen unter DRG-Systemen eher von 20jährigen Laufzeiten auszugehen sein.
- Bzgl. des Investitionskostenzuschlags sollte im Rahmen der gesundheitspolitischen Willensbildungsprozesse ein Szenario unterstellt werden, in dem der Investitionskostenzuschlag mittel- bis langfristig auf 0 Prozent zu stehen kommt. Damit ergibt sich für Spitäler die Aufgabe, ihre Betriebsprozesse so zu optimieren, dass aus dem verbliebenen DRG-Ertrag die entsprechenden Investitionen amortisiert werden können. Es ist aus allen zur Verfügung gestellten Unterlagen nicht ersichtlich, dass ein solches worst-case-Szenario, das in Deutschland unter dem Regime der DRG in verschiedenen Bundesländern faktisch Realität geworden ist, kalkuliert worden wäre.
- Langfristig dürften die Spitäler in einem DRG-System ihr Geld weniger über die Erhöhung der Base Rate als über die Erhöhung des Case Mix Index und die Anzahl betreuter Patienten verdienen. Eine solche Entwicklung spricht einerseits für die Zentralisierung von Leistungen zur Erreichung qualitativ und ökonomisch kritischer Grössen, andererseits aber auch für die besondere Berücksichtigung der medizinischen Positionierung. Eine solche kann in einem neuen Zentralspital besser ermöglicht werden als in einem oder zwei Spitälern mit Ergänzungsinvestitionen.
- Der geplante späte Investitions-Zeitpunkt im Oberwallis riskiert, dass angesichts des vom Verwaltungsrat des Hôpital du Valais für das Hôpital du Sion angedachten Erneuerungsprojekts Oberwalliser Patienten wegen des relativ betrachtet schlechteren Bauzustands in Brig und Visp vermehrt in das universitäre Inselspital in Bern (Attraktivität des höher spezialisierten Zentrums) abwandern, und nicht nur nach Sion, wenn dort – wie angedacht – eine deutschsprachige Angebotslinie realisiert wird. In den zur Verfügung gestellten Unterlagen über die formulierten Annahmen ist nicht ersichtlich, dass solche Überlegungen in ein Szenario eingeflossen sind.

Es sei noch einmal betont, dass angesichts der unvollständig zur Verfügung gestellten und teilweise als nicht zitierfähig klassifizierten Informationen und Daten keine abschliessende Beurteilung zu diesem für den Eigner Kanton äusserst wichtigen Kriterium erfolgen kann. Mit Sicherheit kann aber ausgesagt werden, dass angesichts der vom Hôpital du Valais zur

Verfügung gestellten Daten aus Experten-Sicht überhaupt kein Grund besteht, mit den Bauarbeiten auf irgendeinem Spitalplatz im Mittel- und Oberwallis überhastet vorwärts zu machen. Vielmehr sind die Daten dem Eigner des Hôpital du Valais im Rahmen einer Gesamtschau offenzulegen. Was dem Experten vorgelegt wurde, reicht bei weitem nicht aus. Auf dieser Datengrundlage sollte kein Entscheid gefällt werden. Andernfalls könnte die Gefahr bestehen, dass das Oberwallis zu ungenügenden Investitionsmitteln kommt, weil im Mittelwallis zu eilig zu viel nicht amortisierbare Investitionen beschlossen wurden.

Ganz anders wäre die Situation zu beurteilen, wenn der politische Willensbildungsprozess ergeben würde, dass über die Gewährung von Mitteln für gemeinwirtschaftliche Leistungen im Oberwallis ein neues Spital gebaut werden soll. In diesem Fall könnte die Politik den Spital-Verantwortlichen klare Vorgaben machen. Auch in diesem Fall wäre aber darauf zu achten, dass das Oberwallis zeitlich mindestens gleich behandelt wird wie das Mittelwallis, weil in dieser Region die höchsten Anteile an Patienten in ausserkantonale Spitäler abwandern.

Im Fall zusätzlich verfügbarer Mittel stellt sich die Frage, wie viel der Kanton Wallis bereit ist, für die Gesundheitsversorgung im Oberwallis unter dem Stichwort „gemeinwirtschaftliche Leistungen“ zur Verfügung zu stellen.

Gemäss Art. 49 Abs. 3 KVG sind **gemeinwirtschaftliche Leistungen** (insbesondere Forschung und universitäre Lehre sowie die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen) von der öffentlichen Hand zu finanzieren.

Dabei sind die Kantone in der Definition des Begriffs „gemeinwirtschaftliche Leistungen“ in dem Sinne frei, als die genannten Elemente der Forschung und universitären Lehre sowie der Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen keine abschliessende Aufzählung darstellen. Vergleiche über die Kantonsgrenzen hinweg sind daher schwierig, weil sie auch unterschiedliche Wertvorstellungen der kantonalen Parlamente zu den gemeinwirtschaftlichen Leistungen zum Ausdruck bringen.

Grundsätzlich sollte eine gemeinwirtschaftliche Leistung sich aber vom Grundsatz leiten lassen, klar definierte ausserordentliche Leistungen bzw. Situationen zu finanzieren. In einem solchen Konzept wäre klar zu formulieren, welches die „normalen“ Betriebsinvestitionen vergleichbarer Spitäler für das „daily business“ sind und welche Elemente in Ergänzung dazu vom Kanton finanziert werden sollen.

Es sollte sichergestellt werden, dass die Finanzierungen von gemeinwirtschaftlichen Leistungen nicht einer versteckten Quersubventionierung von Defizitdeckungen alten Stils entsprechen, sondern nur das an gemeinwirtschaftlichen Leistungen finanziert wird, was von einem Auftraggeber auch bestellt worden ist. Auf kantonaler Ebene dürfte dies angesichts der zur Diskussion stehenden Budgetsummen in der Regel das Parlament oder das Volk sein, was von Seiten der Spitäler einer erhöhten besonderen Legitimation bedarf.

Die Gewährung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen sollte zudem nicht dazu dienen, Strukturen coûte que coûte zu erhalten, sondern wenn möglich Strukturanpassungen zu fördern, welche die Versorgungssicherheit und die medizinische Qualität zu verbessern vermögen.

Überlegungen zu gemeinwirtschaftlichen Leistungen nach KVG haben sich bereits verschiedene Kantone gemacht. Dabei waren die Motive teilweise sehr unterschiedlicher Natur. Mehrheitlich kamen dabei volkswirtschaftliche Argumente (z. B. Tourismusregion, Arbeitsplätze), Versorgungssicherheits-Aspekte in Randregionen und Aus- und Weiterbildungs-Überlegungen zum Ausdruck.

Im Rahmen von sogenannten „kleineren“ gemeinwirtschaftlichen Leistungen führt der Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt beispielsweise folgende Elemente auf:

Tabelle 8: Übersicht der „kleineren“ gemeinwirtschaftlichen Leistungen (GWL)

Übrige Gemeinwirtschaftliche Leistungen 2010					
Übrige Gemeinwirtschaftliche Leistungen (Erläuterungen)	Schätzung des Volumens in TCHF p.a.				
	USB	FPS	UPK	UKBB (nur BS)	Übrige Spitäler
Sozialdienstliche Leistungen (Wohnsituationsabklärung, Abklärung von Sozialversicherungsansprüchen und allgemeine Finanzberatung, Begleitung von Patienten auf Ämter und in Wohnheime u.a.)	675	826	3'000	300	-
Langzeitbehandlung von IV-Patienten mit Multimorbidität	-	1'100	-	-	-
Spitalseelsorge	392	237	165	-	-
Weitere Dienstleistungen in Psychosomatik, Neuropsychologie	700	-	-	-	-
Schulunterricht (für schulpflichtige Kinder und Jugendliche während stationärem Aufenthalt)	-	-	426	250	-
Leitendes Notarztssystem für Basel-Stadt (Aufbau und Vorhaltung von speziell ausgebildeten Notärzten, die bei ausserordentlichen Ereignissen die Führung/Koordination am Schadenplatz übernehmen können).	500	-	-	-	-
Unterstützungsleistungen an Rettungsdienste (Begleitung der Sanität durch Notärzte)	500	-	-	-	-
Besondere Teile der Präventivmedizin (Besondere Untersuchungen, Impfmassnahmen, Durchleuchtung, Aufklärungsmassnahmen etc.)	-	-	-	250	-
Führung des kantonalen Krebsregisters	205	-	-	-	-
Geschützte Spitalbereiche	110	-	-	-	50
Transplantationskoordinator (gemäss Transplantationsgesetz)	120	-	-	10	-
Medizinische Notrufzentrale (stufengerechte Triagierung)	80	-	-	-	-
Anonyme Sprechstunde Schwangerschaft	65	-	-	-	-
Lagerung von Medikamenten und Medizinprodukten (Pandemiemedikamente und -material)	5	-	-	31	-
Sonderleistungen im Rahmen des Kinder- und Jugendschutzes, Opferhilfegesetzes, Frauenschutzes u.a. (Bluttests, DNA-Tests etc.)	-	-	20	-	-
HIV-Sprechstunden mit anonymer Diagnostik	20	-	-	-	-
Total übrige gemeinwirtschaftliche Leistungen nach Spital	3'372	2'163	3'611	841	50
Gesamttotal übrige gemeinwirtschaftliche Leistungen					10'037

Quelle: Ratschlag des Regierungsrates des Kantons Basel-Stadt betreffend Rahmenausgabenbewilligung für die Finanzierung der gemeinwirtschaftlichen und ungedeckten Leistungen in baselstädtischen Spitälern für die Jahre 2012 und 2013 vom 30. September 2011, Seite 17.

Ein gemeinwirtschaftlicher Ansatz könnte im Oberwallis dazu genutzt werden, ein neues Zentralspital zu bauen. Eine Erhöhung der Erneuerungsinvestitionen an den beiden bisherigen Standorten Brig und Visp würde dagegen dem Kriterium der ausserordentlichen Situation widersprechen und auf eine Strukturhaltung hinauslaufen.

Gesamthaft betrachtet beeinträchtigt Szenario 4 die Finanzierbarkeit negativ, weil das Arbeiten im Gesamt-Prozess durch die Trennung von ambulanten und stationären Leistungen erschwert wird. Eine Synergienutzung durch die Benützung der gleichen Geräte für ambulante und stationäre Patienten entfällt, da die Angebote auf zwei Standorte verteilt sind, oder führt zu grösseren Transportkosten. Szenario 1 weist gegenüber Szenario 2 bzgl. der Refinanzierung mehr Potenzial auf (vgl. die Ausführungen zur Prozessoptimierung), andererseits dürfte der Bau eines neuen Zentralspitals an einem neuen Standort (vgl. die Ausführungen zur baulichen Entwicklung) mindestens kurzfristig aufwändiger zu stehen kommen als die entsprechenden Arbeiten in den Szenarien 2 und insbesondere 3. Und das Szenario 2 dürfte gegenüber Szenario 3 langfristig Vorteile aufweisen, weil nicht an zwei verschiedenen Standorten Spitalbauten instandgehalten werden müssen. Letztlich geht es hier aber auch um eine politische Dimension: Ist der Kanton bereit, im Rahmen der gemeinwirtschaftlichen Leistungen einen zu definierenden Zusatzbeitrag aus regionalpolitischen Überlegungen zu übernehmen, kann auch die Frage der Finanzierbarkeit für das Hôpital du Valais gelöst werden. Eine ausschliessliche Refinanzierung über DRG dürfte sich dagegen mindestens anhand der dem Experten bis dato zur Verfügung gestellten Informationen als Illusion erweisen. Die Politik muss sich allerdings bewusst sein, dass bei einer Bevorzugung des Szenarios 1 (ein neues Zentralspital für das Oberwallis an einem neuen Standort) der kantonale Finanz-Haushalt die entsprechenden Mittel über die gemeinwirtschaftlichen Leistungen zur Verfügung stellen sollte.

9.7. Strategische Positionierung

Tabelle 9: Bewertung strategische Positionierung

	Szenario 0	Szenario 1	Szenario 2	Szenario 3	Szenario 4
Strategische Positionierung	-	++	+	++	-

Ausgehend von den oben beschriebenen vier strategischen Erfolgsfaktoren können aus gesundheitsökonomischer Sicht folgende Elemente beispielhaft hervorgehoben werden, um die Bewertung der einzelnen Szenarien zu begründen:

- Medizinische Erfolgsfaktoren: Die Aussicht auf ein neues Zentralspital dürfte langfristig gewisse positive Anziehungskraft für Ärzte und Pflegende ausüben. Entscheidend ist dabei in der Regel weniger die Grösse des Zentralspitals als vielmehr die sinnvolle Bündelung der darin ausgeführten Leistungsspektren. Da somatische und psychiatrische bzw. rehabilitative Leistungen unterschiedliche Behandlungsvoraussetzungen benötigen, ist eine umfassende Bündelung in einem Zentralspital keine zwingende Voraussetzung. Die Szenarien 1, 2 und 3 können somit als gleichwertig und besser als der Status Quo und Szenario 4 beurteilt werden. Denn der Status Quo und das Szenario 4 dürften angesichts der zu erwartenden demographischen Entwicklung und der damit vermehrt wichtig werdenden Behandlung multimorbider Patienten an Attraktivität verlieren, weil die Zersplitterung der Disziplinen auf zwei Standorte entweder zu vermehrten Patientenwanderungen und –transporten oder zu vermehrten Arztwegen (wegen der vermehrt fällig werdenden Konsilien) führen dürfte. Damit droht Ärzten aber noch vermehrt das, was sie in der Regel als wenig attraktiv erleben: die Zunahme patientenfremder Tätigkeiten.
- Bei den ökonomischen Erfolgsfaktoren dürfte die Prozessorganisation insbesondere in Szenario 4 bei steigender Anzahl multimorbider Patienten neben dem Status Quo

am meisten in Mitleidenschaft gezogen werden. Szenario 1 weist hier bei konsequenter Umsetzung Vorteile auf.

- Bzgl. der marktbezogenen Erfolgsfaktoren kann auf die oben gemachten Ausführungen zur medizinischen Entwicklung und zum baulichen Zustand verwiesen werden. Auch hier dürfte unter sonst gleichbleibenden Rahmenbedingungen ein kompletter Neubau (Szenario 1) eine gewisse besondere Anziehungskraft ausüben.
- Strukturelle Erfolgsfaktoren: Durch eine schlechtere Positionierung am Markt dürfte auch der regionale Marktanteil zurückgehen, u. a. weil mehr Patienten und damit auch Finanzströme in ausserkantonale Kliniken abfliessen. Hinzu kommt, dass auch in anderen Bereichen wie beispielsweise in der Ausbildung Verbundeffekte verloren zu gehen drohen. In der heutigen Ausgangslage mit zwei Standorten können die beiden Spitäler einen hohen Anteil an Ausbildungsplätzen zur Verfügung stellen. Bei einer Reduktion der Leistungsspektren bzw. der Konzentration auf einen Standort ist von einer reduzierten Anzahl Ausbildungsplätze auszugehen.

9.8. Prozessoptimierung

Tabelle 10: Bewertung Prozessoptimierung

	Szenario 0	Szenario 1	Szenario 2	Szenario 3	Szenario 4
Prozessoptimierung	-	++	++	+	--

Bei Prozessoptimierungen geht es in der somatischen Akutmedizin insbesondere um jene Bereiche, in denen sowohl personell wie finanziell am meisten Ressourcen gebunden werden. Dies sind in der Regel der Notfall, der Operationssaal und die Intensivpflegestation. Im Rahmen von Überlegungen zur integrierten Versorgung und zur medizin-technologischen Entwicklung, welche eine vermehrte Substitution von stationären durch ambulante Leistungen erwarten lassen, gilt es aber auch darauf zu achten, dass ambulante und stationäre Prozesse möglichst konsequent getrennt werden, wenn möglich aber trotzdem unter dem gleichen Dach angeboten werden können, um die Wege für Patienten und behandelndes Personal kurz zu halten und die vorhandene Infrastruktur effizient zu nutzen. So achtete beispielsweise das Kantonale Spital Sursee (heute Teil des Luzerner Kantonsspitals) beim seinerzeitigen Neubau darauf, dass die vorhandenen medizin-technischen Geräte sowohl von ambulanten als auch stationären Patienten genutzt werden können, die Prozesse aber so konzipiert sind, dass ambulante und stationäre Patienten sich nicht zu sehen bekommen. Ähnlich konzipiert ist auch das Zuger Kantonsspital.

Ein neues Zentralspital an einem neuen Standort (Szenario 1) hat a priori die grössten Chancen, vollkommen prozessorientiert gebaut zu werden. Allerdings weisen die meisten schweizerischen Spitalbau-Erfahrungen darauf hin, dass diese Prozessoptimierung in der Realität nicht konsequent genug umgesetzt wird, sei es weil von Spitalseite die entsprechenden Aspekte zu wenig bzw. zu spät eingebracht werden, sei es weil die mit dem Bau beauftragten Architekten wenig Erfahrungen mit Spitalbauten haben, sich selbst architektonisch verwirklichen wollen und/ oder von den finanziellen Anreizen her an einem prozessorientierten, funktionalen und kosteneffizient erstellten Bau nicht interessiert sind. Aus diesen Gründen wurde dem Szenario 2 ebenfalls eine Bewertung von ++ zuteil, weil nicht selten aufgrund der bisher gemachten Erfahrungen in solchen Szenarien pragmatische Verbesserungen erzielt werden können, welche in Realität jenen des an sich überlegenen Szenarios 1 nahekommen.

Szenario 3 erlaubt zwar auch noch eine Prozessoptimierung. Es ist aber weder bzgl. vertikaler Integration so ausgeprägt wie das Szenario 1 noch vermag es – wie auch das Szenario 2 – psychische Ko-Morbiditäten oder rehabilitative Massnahmen integral am gleichen Standort nachhaltig zu behandeln. Szenario 4 schneidet eindeutig am schlechtesten ab, weil es ambulante und stationäre Prozesse konsequent standortmässig trennt. Der Status Quo ist dazu im Vergleich weniger, aber immer noch negativ zu beurteilen.

9.9. Historische Konformität

Tabelle 11: Bewertung historische Konformität

	Szenario 0	Szenario 1	Szenario 2	Szenario 3	Szenario 4
Historische Konformität	+	-	-	+	-

Alle skizzierten Szenarien weisen mindestens ein Element der historischen Konformität mit der Entwicklung der Spitalplanungen seit dem Jahr 2004 auf.

Im Vergleich zum Status Quo am meisten Kontinuität dürfte Variante 3 aufweisen. Am radikalsten vom Status Quo entfernt dürfte das Szenario 1 sein, das nicht nur alle Leistungen zusammen zentral bündelt wie Szenario 2, sondern auch noch an einem neuen Standort. Szenario 4 ist ebenfalls mit dem Verlust eines Spital-Standorts verbunden. Andererseits weist Szenario 1 gegenüber den Szenarien 2, 3 und 4 den Vorteil auf, dass sich keine der beiden bisherigen Spital-Standort-Gemeinden gegenüber der anderen als Verlierer vorkommen muss, weil an einem neuen Ort gebaut werden kann.

Szenario 0 ist zwar historisch konform mit der bisherigen Entwicklung, berücksichtigt aber den weiteren Entwicklungsbedarf anhand der aufgezeigten Schwierigkeiten nicht.

9.10. Volkswirtschaftliche Effekte

Tabelle 12: Bewertung volkswirtschaftliche Effekte

	Szenario 0	Szenario 1	Szenario 2	Szenario 3	Szenario 4
Volkswirtschaftliche Effekte	-	+	+	+	-

Aus kantonaler volkswirtschaftlicher Optik sind Patientenströme zu anderen öffentlichen und privaten Spitälern im Kanton Wallis a priori neutral zu bewerten, sofern die vom KVG verlangten Kriterien Qualität und Wirtschaftlichkeit mindestens gleichwertig eingehalten werden wie bei den beiden Standorten des Spitalzentrums Oberwallis.

Anders ist die Situation bei der Abwanderung in ausserkantonale öffentliche und private Spitälern zu beurteilen. Einerseits fliessen damit Gelder von im Kanton Wallis bezahlten Krankenversicherungs-Prämien und Steuergeldern vermehrt in andere Kantone. Andererseits drohen damit verschiedene der oben beschriebenen anderen volkswirtschaftlich wichtigen Funktionen wie beispielsweise die Ausbildungs- oder die Beschäftigungsfunktion reduziert zu

werden. Es wird also in diesem Fall sozusagen Wirtschaftsförderung für andere Kantone durch die Zerstörung der eigenen Spital-Strukturen betrieben.

Insbesondere die Szenarien 0 und 4 sind mit der Gefahr von vermehrten Abwanderungen von Patienten aus den beiden Spitälern im Oberwallis zu ausserkantonalen Spitälern verbunden.

Unter Berücksichtigung der Standortattraktivität, der Innovations- und der Beschäftigungsfunktionen dürften die Szenarien 1, 2 und 3 als gleichwertig zu bezeichnen sein. Auf eine sehr gute Bewertung wird nicht aus qualitativen, sondern aus quantitativen Gründen verzichtet. Denn in allen drei Szenarien dürfte davon auszugehen sein, dass die Standortattraktivität und die Arbeitsplatzsicherheit zunehmen, dass aber angesichts der zu erwartenden vermehrten Verbundeffekte von Zusammenlegungen anzahlmässig mit einem gewissen Abbau von Arbeits- und Ausbildungsplätzen zu rechnen ist, wenn auch dem Wirtschaftlichkeits-Ziel angemessen Rechnung getragen wird.

9.11. Public-Health-Aspekte – gemeinwirtschaftliche Leistungen

Tabelle 13: Bewertung Public-Health-Aspekte – gemeinwirtschaftliche Leistungen

	Szenario 0	Szenario 1	Szenario 2	Szenario 3	Szenario 4
Public-Health-Aspekte/ gemeinwirtschaftliche Leistungen	-	++	++	++	--

Aus einer **Public-Health**-Perspektive geht es in der Regel um folgende Grundfragen: ⁶

- Wie wird mit kostenintensiven Fällen umgegangen?
- Wie wird mit älteren Menschen umgegangen?
- Wie wird mit Patientinnen und Patienten aus sozial schwächeren Schichten umgegangen?

Werden diese Bevölkerungsgruppen nämlich gut versorgt, besteht eine hohe Wahrscheinlichkeit, dass auch die Gesamt-Versorgung gut ausfällt.

In Analogie zur Argumentation bei den Kriterien Alterungs-Kompatibilität und medizinische Entwicklung erscheinen der Status Quo und das Szenario 4 wenig zukunftsträchtig.

Die Szenarien 1 und 2 konzentrieren die ambulanten und stationären Leistungen an einem Standort. Dadurch erschweren sich für einen Teil der Bevölkerung die Erreichbarkeiten des Spital-Standorts. Dies dürfte insbesondere für ältere Menschen eine Verschlechterung bilden. Dies gilt nicht nur für die stationären Leistungen, sondern auch für die im Gesundheitszentrum zu erbringenden ambulanten Vor- und Nachbehandlungen. Ob medizinisch gerechtfertigt oder nicht, subjektiv dürfte bei älteren Menschen oft der Grundsatz gelten: Je weiter entfernt vom Spital sich die Patienten befinden, desto unsicherer fühlen sie sich wegen mangelnder Erreichbarkeit im Notfall.

In diesem Punkt schneidet Szenario 3 am besten ab. Es kombiniert die aus der Konzentration der stationären Behandlungsfälle entstehenden Qualitäts- und

⁶ Kühn Hagen, „Wettbewerb bringt Qualität“ – aber welche?, in: Der Artikulator, Nr. 52, 1995, S. 8ff.

Wirtschaftlichkeits-Vorteile mit einer dezentraleren und damit zugänglicheren ambulanten Vor- und Nachversorgung. Für die Szenarien 1 und 2 spricht andererseits, dass bei entsprechender Prozessoptimierung und unter sonst gleichbleibenden Rahmenbedingungen mehr Ressourcen übrig bleiben können, um kostenintensive Patienten zu behandeln. Ausserdem sind die zur Diskussion stehenden Reduktionen der Erreichbarkeiten im Oberwallis – wie oben erwähnt – im Vergleich zur heutigen Situation und zu diversen anderen Kantonen als relativ gering zu bezeichnen.

Die grössten Defizite bzgl. statistischer Daten weisen die Kantone generell (nicht nur das Wallis) im Bereich der Behandlung sozial schwächerer Schichten auf, fehlen hier doch weitgehend verlässliche Zahlen, weshalb die Bewertung dieser Public-Health-Dimension unterlassen werden muss.

Wie oben ausgeführt, könnte der Ansatz „**gemeinwirtschaftliche Leistungen**“ im Oberwallis dazu genutzt werden, ein neues Zentralspital zu bauen. Eine Erhöhung der Erneuerungsinvestitionen an den beiden bisherigen Standorten Brig und Visp über diesen Ansatz würde dagegen dem Kriterium der ausserordentlichen Situation widersprechen und auf eine Strukturerhaltung hinauslaufen.

10. Fazit

Gesamthaft lassen sich die einzelnen Szenarien gemäss den definierten Kriterien wie folgt bewertend zusammenfassen, wobei in Klammern zu jedem Kriterium die Hauptargumente stichwortartig noch einmal angegeben werden:

Tabelle 14: Bewertung alle Kriterien (Übersicht)

Kriterien	Szenario 0	Szenario 1	Szenario 2	Szenario 3	Szenario 4
Alterungs-Kompatibilität (alle Disziplinen unter einem Dach, wohnortnahe Versorgung)	-	+	+	+	-
Medizinische Entwicklung (integriertes Management chronischer Krankheiten, wohnortnahe Versorgung)	-	++	++	++	-
Versorgungssicherheit (erhöhte Qualität wegen höherer Fallzahlen zählt mehr als eine gewisse Erreichbarkeit im Notfall)	+	++	++	+	-
Bauliche Entwicklung (flexible Bauten, kürzere Laufzeiten, schnelles Bauen)	--	+	+	+	--
DRG-Tauglichkeit (Cost-Weight-Erhöpfungspotential, höhere Fallzahlen)	-	++	++	+	-
Finanzierbarkeit (höhere Attraktivität für Patienten, Kostenfolgen)	-	+	+	++	--
Strategische Positionierung (Attraktivität bzgl. der	-	++	+	++	-

Erfolgsfaktoren Medizin, Ökonomie, Markt, Struktur)					
Prozessoptimierung (effizientere betriebliche Abläufe insbesondere in OPS, IPS, Notfall und Benützung gleicher Infrastruktur für ambulante und stationäre Prozesse)	-	++	++	+	--
Historische Konformität (Kongruenz mit bisherigen Entscheidungen der kantonalen Spitalplanungen)	+	-	-	+	-
Volkswirtschaftliche Effekte (Auswirkungen auf Arbeits- und Ausbildungsplätze, sowie andere Wohlfahrtsfunktionen des Gesundheits- wesens)	-	+	+	+	-
Public-Health- Aspekte – gemeinwirtschaftliche Leistungen (Versorgung kostenintensiver, älterer und sozial schwacher Patienten)	-	++	++	++	--
Fazit	2 + 10 -	16 + 1 -	15 + 1 -	15 + 0 -	0 + 15 -

Die Übersicht zeigt, dass unter der Annahme gleich gewichteter Kriterien die Szenarien 1 und 3 am besten abschneiden und Szenario 4 am schlechtesten. Die Szenarien 1, 2 und 3 werden fast gleich beurteilt. Der Status Quo bildet gemäss den definierten Kriterien dagegen keine Alternative für die Zukunft, wie die Bewertung des Szenarios 0 zeigt.

Es bleibt im politischen Prozess zu klären, welche der Kriterien welche Gewichtung erhalten sollen. Je nach Ergebnis dieser Beurteilungen kann die Reihenfolge unter den Szenarien 1, 2 und 3 ändern. Sensibel sind diesbezüglich die Kriterien historische Konformität, strategische Positionierung, DRG-Tauglichkeit und Prozessoptimierung. Dies zeigt, dass drei

Szenarien relativ nahe beieinander sind. Gegenüber dem Status Quo bzw. dem Szenario 4 ist das Resultat dagegen robust.

Abschliessend sei noch einmal betont, dass die vorhandenen und öffentlich zitierbaren Daten vor allem einmal den Eindruck erwecken lassen, dass die notwendige Gesamtschau über alle laufenden Projekte nicht fundiert genug ist, um irgendein langfristiges Investitionsvorhaben im Hôpital du Valais schnell aufzugleisen. Genau dies wäre aber in einem DRG-System gefordert, in dem in der Regel die Schnellen gegenüber den Langsamen im Vorteil sind. Die wenigen verfügbaren Angaben lassen eher den Eindruck erwecken, dass die Finanzierbarkeit über DRGs auch für die öffentlich immer wieder genannte Investitionssumme von 50 Millionen Franken für das somatische Akutspital im Oberwallis (und wohl auch die höheren, geplanten Investitionen im Mittelwallis) als mindestens zweifelhaft erscheint und weiterer vertiefter Abklärungen bedarf.

Ganz anders wäre die Situation zu beurteilen, wenn der politische Willensbildungsprozess ergeben würde, dass über die Gewährung von Mitteln für gemeinwirtschaftliche Leistungen im Oberwallis ein neues Spital gebaut werden soll. In diesem Fall könnte die Politik den Spital-Verantwortlichen klare Vorgaben machen.

Unter Berücksichtigung der gemachten Ausführungen und ausgehend von den unterschiedlichen Varianten der Finanzierbarkeit lassen sich aus Sicht des Experten folgende prioritäre Alternativen formulieren:

- Wenn für das Oberwallis – wie immer wieder in der Öffentlichkeit kolportiert – für den Bereich des somatischen Akutspitals ein Investitionsbeitrag von rund 50 Millionen Franken zur Verfügung steht, dürfte die Variante „Ein Spital mit zwei Standorten in Brig und Visp“ im Vordergrund stehen. In diesem Fall wäre die somatische Akutmedizin in Visp auf dem bisherigen Gelände mit entsprechenden Ergänzungsinvestitionen zu konzentrieren, die Psychiatrie und die Rehabilitation in Brig zu belassen. Mit den Ergänzungsarbeiten sollte möglichst bald begonnen werden, um die Abwanderung von Patienten in den Kanton Bern (und damit auch den Steuer- und Versicherungsmittelabfluss aus dem Kanton Wallis) soweit möglich frühzeitig zu minimieren. Ebenfalls sollten die Arbeiten schnell erfolgen, um allerspätestens bei der Erneuerung des Spitals Sion abgeschlossen zu sein. Andernfalls riskieren der Kanton Wallis und die Krankenversicherer in ihrer Funktion als Finanzierer Mehrkosten, weil durch eine Verlagerung medizinisch nicht notwendiger Patientenströme nach Sion auch die Gefahr höherer Rechnungsbeträge als Folge der Verfügbarkeitseffekte in der Medizin (unter DRG ergänzt durch Up-Coding-Phänomene) Realität werden könnte.
- Wenn der Kanton im Rahmen der gemeinwirtschaftlichen Leistungen zur Sicherstellung der Versorgungssicherheit bereit ist, rund 100 bis 150 Millionen Franken zusätzlich im Rahmen eines Leistungsauftrags mit klaren Verpflichtungen zur Verfügung zu stellen, um die Versorgungssicherheit im Oberwallis zu optimieren, sollte ein Neubau der somatischen Akutmedizin an einem neuen, zentralen, gut erschlossenen Standort für einen Gesamtbetrag von 250 Millionen Franken für rund 310 Betten (inkl. je rund 40 Betten für Rehabilitation und Psychiatrie) möglich sein. Voraussetzung dafür sind eine schnelle Realisierung mit grösstmöglichem Verzicht auf Architekturwettbewerbe, Submissionsverfahren, architektonische Schönheits-Debatten (wie sie aktuell gerade im Kanton Basel-Stadt geführt werden) und eine möglichst konsequente Realisierung des Prozessoptimierungs-Gedankens. Dazu vertieft geprüft werden sollte die Übernahme von Bauplänen vergleichbarer Spital-Neubauten sowie die Durchführung mit einem Generalunternehmer mit „knallhartem“ Vertrag auch bzgl. des Budgets und der Garantien, wie es beispielsweise am Zuger Kantonsspital umgesetzt wurde. Besondere Bedeutung für einen kosteneffizienten Bau kommt dabei auch der weitgehenden Standardisierung der Operationssäle, Besprechungszimmer und weiterer Infrastruktur zu, um nicht nur die Baukosten tief

zu halten, sondern auch die Flexibilität für eine zukünftige andere Nutzung sicherzustellen. Unter Berücksichtigung der zur Zeit laufenden Bedarfsabschätzungsarbeiten im Rahmen der Walliser Spitalplanung könnte ein solches somatisches Akutspital für das Oberwallis rund 200 Betten umfassen. Idealerweise werden in Ergänzung dazu auch die Bereiche Psychiatrie und Rehabilitation (mit je rund 40 Betten) auf dem gleichen Areal integriert. Gesamthaft könnte ein solches Spital bei konsequenter Durchführung erhebliche Vorteile bzgl. der Prozessoptimierung und der medizinischen Behandlungsqualität generieren.

Küsnacht, 2. Oktober 2013


Dr. W. Oggier