



«Patienten halten sich längst nicht mehr an Kantonsgrenzen»

Sind sechs Spitalregionen genug? An der nächsten Tagung der SGGP diskutieren Experten die Frage der regionalen Spitalplanung. Einer der Referenten, Thomas J. Grichting, Generalsekretär und Mitglied der Generaldirektion der Groupe Mutuel, macht für die GPI eine erste Auslegeordnung.

Thomas J. Grichting, welches sind Ihrer Meinung nach die grössten Probleme der aktuellen Spitalplanung?

Die Spitalplanung ist in der Schweiz die Aufgabe der Kantone. Das Problem dabei sind vor allem die Mehrfachrollen ebendieser. Neben der Versorgungsplanung haben die Kantone verschiedene weitere Rollen und damit auch Eigeninteressen. Sie sind meistens Eigentümer von Spitälern, Mitfinanzierer von stationären Leistungen, Genehmigungs- und Festsetzungsbehörde in Tariffragen und zuständig für die gesundheitspolizeiliche Prüfung und die Zulassung der Leistungserbringer. Und schliesslich sind sie auch Wirtschaftsförderer und möchten dafür sorgen, dass Patientenströme und Arbeitsplätze im eigenen Kanton bleiben. Aufgrund dieser Mehrfachrolle und Interessenskonflikte geschieht es immer wieder, dass kantonale Verantwortliche nicht in erster Linie nach qualitativen Kriterien, sondern oft nach lokalpolitischen Motiven entscheiden. Dies natürlich auch immer im Wissen darum, dass es politisch einfacher ist eine Über- oder Fehlversorgung zu rechtfertigen, als eine Spitalreorganisation durchzusetzen.

Welche Entwicklungen in der stationären Versorgung sind mittelfristig absehbar?

Der medizinisch-technische Fortschritt wird weiterhin dazu führen, dass immer mehr Leistungen ambulant durchgeführt werden können. Damit wird einerseits die Überversorgung im stationären Bereich immer ausgeprägter und die bestehenden Strukturen müssten angepasst werden. Andererseits ziehen sich die Kantone, welche ja nur im stationären Bereich mitfinanzieren, damit auch immer stärker aus der finanziellen Verantwortung. Dies macht die einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen zwingend nötig.

Um die Qualität der Behandlungen zu gewährleisten, sollten verbindliche Mindestfallzahlen eingeführt werden. Heute

erreichen 40 Prozent der Spitäler in einem oder mehreren Bereichen die vom Kanton Zürich erlassenen und von der Konferenz der Gesundheitsdirektoren (GDK) empfohlenen Mindestfallzahlen nicht. Dabei besteht ein wissenschaftlich erwiesener Kausalzusammenhang zwischen der Anzahl Fälle und der Outcome-Qualität (Komplikationen, Sterblichkeitsrate usw.).

Eine weitere Entwicklung geht in Richtung Value Based Health Care. Dabei steht der konkrete Patientennutzen im Zentrum der Gesundheitsversorgung. Insbesondere das Universitätsspital Basel ist in diesem Bereich bereits sehr aktiv.

Wie stehen die Versicherer zu der Kostendämpfungs-massnahme einer regionalen Spitalversorgungsplanung?

Die Versicherer unterstützen diese Massnahme. Wie vorhin ausgeführt, verhindert die Mehrfachfachrolle der Kantone öfters eine effiziente und versorgungsbasierte Spitalplanung. Die Zahlen zeigen, dass sich die Patienten längst nicht mehr an die Kantonsgrenzen halten. Eine gute Versorgungsplanung sollte sich somit auch nicht an den Kantonsgrenzen orientieren, sondern mittels regionaler Koordination die bestehenden Ressourcen benachbarter Kantone miteinbeziehen.

Aufforderungen zur interkantonalen Spitalplanung mit dem Ziel, Kosten einzusparen, stehen seit längerem im Raum. Dennoch gibt es nur wenige interkantonale Spitäler. Die GDK plädiert dafür, dass die Zuständigkeit der Kantone auch weiterhin respektiert werden soll. Sollte der Bund die Kantone zum Handeln zwingen?

Die Kantone sind gemäss Verfassung für die Versorgungsplanung zuständig, daher verstehe ich den Einwand der GDK. Sie müssen jedoch auch dafür sorgen, dass die Regeln der neuen Spitalplanung konsequent angewandt werden. Elemente, die den Wettbewerb verzerren, wie zum Beispiel zu tiefe Referenztarife für ausserkantonale Behandlungen oder Quersubventionen über die gemeinwirtschaftlichen Leistungen müssen korrigiert werden. Gemäss KVG sind die Kantone verpflichtet, ihre Planungen zu koordinieren. Wenn sie diesen Auftrag nicht umsetzen, ist es nachvollziehbar, wenn der Bund in diesem Bereich stärker eingreift. So nun erstmals vorgesehen in der vom Bundesrat vor kurzem vernehmlasssten Verordnungsänderung zur Spitalplanung.

Die Bevölkerung reagiert erfahrungsgemäss sehr sensibel auf Spitalschliessungen oder Leistungskürzungen an einzelnen Standorten. Wie kann man die Bevölkerung – nicht nur in Randregionen – ins Boot holen?

Man muss aufzeigen, dass es in erster Linie um die Qualität der medizinischen Leistungen geht. Man stellt bereits heute fest, dass sich die meisten Leute für planbare Eingriffe lieber in die Hände von Spezialisten begeben. Verschiedene Studien zeigen klar, dass man für komplexe Eingriffe bereit

Gesundheitspolitische Informationen, 28.9.2020/2

ist, grössere Distanzen zu überwinden. Diese Realität muss man der Bevölkerung aufzeigen und sie direkt fragen, ob sie lieber von einem routinierten Arzt behandelt werden oder von einem Arzt in der Nähe, welcher diesen Eingriff jedoch nur zwei bis drei Mal pro Jahr durchführt. Viele Politiker und Bürger denken, ein Patient sei in Sicherheit, wenn er das Spital erreicht hat. Doch das ist falsch. Ist das Spital schlecht ausgerüstet, wird eine Verlegung nötig und wertvolle Zeit geht verloren.

Welche Chancen räumen sie dem aktuellen Grossprojekt einer gemeinsamen Spitalregion in der Ostschweiz ein?

Es handelt sich dabei um einen sehr interessanten Ansatz. Die Bewährungsprobe liegt jedoch in der politischen Durchsetzung. Wie gesagt, muss man hier der Bevölkerung aufzeigen, dass es nicht nur um Kosten geht, sondern vor allem auch die eine qualitativ gute medizinische Versorgung. Die Kritiker sollten mit an Bord geholt und die Ängste der Bevölkerung ernst genommen werden.

Warum ist die Fusion der Spitäler in Basel/Basellandschaft gescheitert?

Die hart umkämpfte Spitalfusion wurde im Stadtkanton abgelehnt, während das Baselbiet klar zustimmte. Anscheinend konnte der Baselstädter Stimmbewölkerung der Mehrwert einer solchen Spitalkooperation nicht genügend aufgezeigt werden. Doch das ist kein spezifisches Nordwestschweizer Phänomen. Die Partikularinteressen der unzähligen Akteure verhindern wirkungsvolle Reformen in der Gesundheitspolitik schon seit Jahren.

Welche Faktoren müssen gegeben sein, damit ein interkantonales Spitalprojekt erfolgreich ist?

Der Mehrwert für jeden Einzelnen muss der Bevölkerung klar aufgezeigt werden. Man ist nicht bereit für ein Prestigeprojekt eines Gesundheitsdirektors sein lokales Spital zu redimensionieren oder zu verlieren. Aber ich denke, man ist bereit, für eine bessere Qualität zu einem guten Preis eine weitsichtige Gesundheitsversorgung zu unterstützen. Dafür sollten die Kritiker aus allen Parteien von Anfang an abgeholt und bestenfalls mit ins Boot geholt werden. Der Bevölkerung muss von Anfang an transparent dargelegt werden, warum man was macht und wohin die Reise geht.

Was halten Sie von der Idee, eine nationale Spitalistenregion einführen? Wobei die Kantone nach wie vor für die Versorgungssicherung zuständig wären.

Wie gesagt, sind die Kantone gemäss Verfassung für die Versorgungssicherheit zuständig, dazu gehört auch die Spitalplanung. Spitalisten sind das Instrument dazu. Würde man diese Kompetenz auf Bundesstufe heben, so müsste man

konsequenterweise auch die Verantwortung für die Gesundheitsversorgung zentralisieren. Ob dies eine gute Idee ist, wage ich zu bezweifeln, da wir in der Schweiz ja doch grosse regionale Unterschiede haben, die es zu berücksichtigen gilt. Ausserdem müsste mit der Planungsverantwortung auch die Mitfinanzierung der Leistungen auf Bundesstufe gehoben werden.

Gibt es Erfahrungen aus anderen Ländern mit grossen Spitalversorgungsregionen, die wir auf die Schweiz übertragen könnten?

Dänemark ist einen interessanten, aber etwas radikalen Weg gegangen. 2007 wurde das «Superspital»-Programm lanciert. Es verändert nicht nur die Gesundheitsversorgung, sondern den ganzen Staat. Für umgerechnet über 7 Milliarden Franken wurden insgesamt 16 Super-Hospitals neu- oder umgebaut. Dies sind Akutspitäler mit je ca. 1000 Betten, ausschliesslich für stationäre Behandlungen und mit moderner Technik für die Spitzenmedizin ausgestattet. Das Konzept: Wenige grosse Zentren zur Maximalversorgung mit vielen kleineren, dezentralen medizinischen Versorgungszentren. Dieser Trend wird in ganz Skandinavien zurzeit verfolgt. Selbstverständlich stünde eine Vorgehensweise wie in Dänemark im Widerspruch zum historisch gewachsenen Schweizer Föderalismus und zu unserer direkten Demokratie. Dennoch ist der Ansatz einer guten lokalen Grund- und Notfallversorgung mit spezialisierten Kliniken für komplizierte Eingriffe sicherlich auch für die Schweiz ein prüfenswerter Weg.



Thomas J. Grichting

Dr. Thomas J. Grichting (*1964) ist seit