

Überprüfung der Spitalstrukturen im Mittelwallis
-
Gutachten
aus gesundheitsökonomischer Sicht

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

Küsnacht, 21. November 2013

EXECUTIVE SUMMARY

Die dem Autor dieser Arbeit zur Verfügung gestellten Daten deuten darauf hin, dass die Überlegungen zur Weiterentwicklung der Spital-Standorte im Mittelwallis deutlich weiter fortgeschritten sind als im Oberwallis. Unter Berücksichtigung dieser Ausgangslage und der im Rahmen des Berichts zu den Spitalstrukturen im Oberwallis vom 2. Oktober 2013 gemachten Erwägungen empfiehlt der hier vorliegende Bericht folgende Vorgehensweise:

- Der Bau der geplanten OPS-Kapazitäten am Spital Sion ist höchst prioritär und sollte daher möglichst schnell realisiert werden. Parallel dazu sind die OPS-Kapazitäten in Sierre und in Martinach zu schliessen und die OPS-Infrastruktur vollständig abzubauen.
- Parallel dazu sind auch die Analysearbeiten im Oberwallis anhand der im Bericht zu den Spitalstrukturen im Oberwallis skizzierten Szenarien (Konzentration am Standort Visp bzw. Brig, Neubau an einem neuen Standort) voranzutreiben. Dies betrifft vor allem die baulichen Abklärungen und die Finanzierungsvarianten.
- Der Regierungsrat (und gegebenenfalls das Kantonsparlament) haben zu klären, wie weit sie aus gemeinwirtschaftlichen Gründen bereit sind, Investitionen in eine neue Spitalstruktur zu tätigen. Dies betrifft nicht nur einen allfälligen neuen Spital-Standort im Oberwallis, sondern gegebenenfalls auch alternative Versorgungskonzepte für die Standorte Brig bzw. Visp sowie Martinach und Sierre.
- Im darauf folgenden Schritt sollte sowohl am Spital in Sion (Renovation der Pflegestationen und damit insbesondere auch Befreiung von wegen der fehlenden Anzahl Nebenräume bis zu zwei Dritteln mit Fremdnutzung belegten Räumlichkeiten) als auch in der Psychiatrischen Klinik Malévoz und parallel dazu am Standort im Oberwallis vorwärts gemacht werden. Parallel zu diesen Schritten ist die Verzichtplanung an den anderen Standorten anzugehen und soweit möglich und sinnvoll nach alternativen Verwendungszwecken der frei gewordenen persönlichen und baulichen Ressourcen zu suchen.
- Neben der vollständigen Konzentration der OP-Tätigkeiten des Spitalzentrums Mittelwallis am Standort Sitten können für die weiteren Standorte folgende Schwerpunkte definiert werden:
 - Die stationäre Psychiatrie wird weiterhin in Malévoz erbracht, da sie angesichts der errechneten Bedarfswerte über der kritischen Grösse zu stehen kommen dürfte. Zu berücksichtigen gilt es dabei auch, dass die stationäre Psychiatrie in Malévoz auch den Bereich der Region Chablais abzudecken hat.
 - Am Standort Martinach werden Leistungen der Inneren Medizin, Anschlussbehandlungen nach operativen und interventionellen Eingriffen an anderen Standorten mit entsprechendem Leistungsauftrag gemäss KVG und Rehabilitationsleistungen stationär erbracht. Ausserdem wird ein Notfalldienst für die Innere Medizin betrieben.
 - Am Standort Siders werden Leistungen der Inneren Medizin, Anschlussbehandlungen nach operativen und interventionellen Eingriffen an anderen Standorten mit entsprechendem Leistungsauftrag gemäss KVG und Rehabilitationsleistungen stationär erbracht. Angesichts der Nähe zum Standort Sitten wird kein Notfalldienst Innere Medizin betrieben.
 - Die Klinik St-Amé erhält keinen Leistungsauftrag als Akutspital mehr. Ihre Umwandlung in ein Pflegeheim bzw. eine andere Verwendungsart ist näher zu prüfen.
 - Das Walliser Zentrum für Pneumologie in Montana wird annahmegemäss weitergeführt. Dessen zukünftiges Tätigkeitsfeld ist nach der Schliessung der Klinik St-Amé näher zu prüfen.

- Mittel- bis langfristig sollten mit dieser Vorgehensweise wichtige Schritte in Richtung einer Vision „2 Somatik-Standorte im Wallis, je einer im Ober- und im Mittelwallis, und ein interkantonaler Somatik-Standort Waadt/ Wallis“ geleistet werden. Szenarien, welche nicht Schritte in diese Richtung ermöglichen, dürften sowohl aus medizinischen als auch aus ökonomischen kritische-Grösse-Überlegungen bei der heutigen Ausgangslage der dezentralen Zersplitterung keinen Sinn machen.

INHALTSVERZEICHNIS

1. Auftrag und Problemstellung	5
2. Methodik und Vorgehensweise	5
3. Herausforderungen des schweizerischen Gesundheitswesens	6
3.1. Herausforderung Alterung	6
3.2. Herausforderung medizinische Entwicklung	7
3.3. Herausforderung bauliche Entwicklung	7
3.4. Herausforderung neue Spitalfinanzierung	8
3.4.1. Einige finanzpolitisch wichtige Auswirkungen auf Kantonsebene	10
3.4.2. Herausforderungen durch die neue gesetzliche Grundlage für Spitäler	11
3.4.3. Mögliche Auswirkungen auf die Spitallandschaft im Kanton Wallis	11
4. Grundsätzliches zur Positionierung von Spitalern im Wettbewerb	14
4.1. Medizinische Erfolgsfaktoren	14
4.2. Ökonomische Erfolgsfaktoren	15
4.3. Marktbezogene Erfolgsfaktoren	15
4.4. Strukturelle Erfolgsfaktoren	16
5. Historische Entwicklung	17
6. Volkswirtschaftliche Aspekte	20
6.1. Wertschöpfung (Multiplikatoreffekte)	20
6.2. Standortattraktivität	22
6.3. Innovationsfunktion	22
6.4. Kompensationsfunktion	22
6.5. Beschäftigungsfunktion	22
7. Der Bedarf im Mittelwallis	26
8. Mögliche Varianten für die zukünftige Spitalstruktur im Mittelwallis	28
8.1. Status Quo (Szenario 0)	28
8.2. Ein neues Zentralspital „Somatik und Rehabilitation“ (Szenario 1)	28
8.3. Ein neues Zentralspital „Somatik, Rehabilitation und Psychiatrie“ (Szenario 2)	29
8.4. Ein Spital mit den Standorten Sitten, Siders, Martinach und Malévoz (Monthey) (Portfolio-bereinigt) (Szenario 3)	29
8.5. Je ein Spital für Somatik, Psychiatrie und Rehabilitation, je ein Gesundheitszentrum in Siders und St.Maurice (St-Amé) (Szenario 4)	29
9. Beurteilung der Varianten	32
9.1. Alterungs-Kompatibilität	33
9.2. Medizinische Entwicklung	34
9.3. Versorgungssicherheit	35
9.4. Bauliche Entwicklung	35
9.5. DRG-Tauglichkeit	37
9.6. Finanzierbarkeit	38
9.7. Strategische Positionierung	39
9.8. Prozessoptimierung	40
9.9. Historische Konformität	41
9.10. Volkswirtschaftliche Effekte	42
9.11. Public-Health-Aspekte – gemeinwirtschaftliche Leistungen	42
10. Fazit	44

1. Auftrag und Problemstellung

Vom Auftraggeber ist der Auftragnehmer angefragt worden, ob er bereit wäre, aus gesundheitsökonomischer Sicht eine Analyse der Spitalstrukturen im Mittelwallis 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 Mittelwallis kurz beschrieben und aus gesundheitsökonomischer Sicht beurteilt.

Die hier vorliegende Arbeit geht somit methodisch analog zum vor kurzem durch den Gutachter erstellten Bericht zu den Spitalstrukturen im Oberwallis vor. Insbesondere die Kapitel 3 bis 5 sind weitgehend identisch. Die verwendeten Beurteilungs-Kriterien für die Varianten entsprechen dabei ebenfalls jenen für das Oberwallis, welche 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 sind.

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 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.

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.
- 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 Kantonsebene

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 Schlüsseln, 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 Mittelwallis 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) Grundversorgungs- und Zentrumsspitalen: Im Rahmen einer Langfristplanung sollte insbesondere bei absehbaren Vakanzten 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 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.
- 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). Verwiesen wird dabei auf verschiedene bei der Erstellung des Spitalkonzepts aktuelle Studien, wonach die optimale Grösse der versorgten Bevölkerung für ein qualitatives Spitalzentrum in der Grössenordnung von zwischen 150'000 und 200'000 Einwohnern liegt (Seite 49).
- 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 Mittelwallis wurden folgende Massnahmen aufgeführt (Seiten 30/ 31):
 - Gynäkologie:
 - Zusammenlegung des gynäkologischen Bereichs an den Standorten Siders und Martinach
 - Pädiatrie:
 - Schliessung der Pädiatrieabteilung von Siders und Einbeziehung in die Abteilung von Sitten

- Schliessung der Pädiatrieabteilung von Martinach und Integration in die Abteilung von Sitten
- Zusammenlegung des Bereichs plastische und Wiederherstellungschirurgie in Siders
- Notaufnahme:
 - Lebensbedrohende oder schwere Notfälle: Sitten
 - Ambulante oder leichte Notfälle: Siders und Martinach
- Intensivpflege:
 - Schliessung der Intensivpflege von Siders und Integration in die Abteilung von Sitten
 - Beibehaltung der Dauerpflege in Siders
 - Schliessung der Intensivpflege von Martinach und Integration in die Abteilung von Sitten
 - Beibehaltung der Dauerpflege in Martinach
- Geplante allgemeine Chirurgie:
 - Schliessung der Operationstrakte in der Nacht und an Wochenenden in Siders und Martinach
 - Komplexe Chirurgie: Sitten
 - Programmierter Chirurgie: Siders und Martinach
- Zusammenlegung des Bereichs Orthopädie am Standort Martinach
- Zusammenlegung des Bereichs Traumatologie am Standort Sitten
- Zusammenlegung des Bereichs Urologie am Standort Siders
- Geburtshilfe:
 - Schliessung der Geburtshilfeabteilung von Siders und Integration in die Abteilung von Sitten
 - Schliessung der Geburtshilfeabteilung von Martinach und Integration in die Abteilung von Sitten
- Einführung des SMUR in Martinach
- Unterzeichnung einer Vereinbarung im Bereich Neurochirurgie zwischen den Kantonen Waadt und Wallis
- Eröffnung eines Chirurgie-Ambulatoriums in Siders
- Einführung einer präoperativen Evaluationseinheit
- Unterzeichnung einer Vereinbarung im Bereich Allgemeine Chirurgie zwischen den Kantonen Genf und Wallis

Die Datenauswertungen zeigen dabei, dass als Folge der veränderten Leistungsaufträge auch unterschiedliche Leistungskonzentrationen stattgefunden haben. Analog zum Spitalzentrum Oberwallis sah das Spitalkonzept vom Januar 2004 eine Unterscheidung zwischen leichten und/ oder programmierten Fällen vor, die nach Siders oder Martinach gebracht werden müssen, während die komplexen und/ oder nicht programmierbaren Fälle in Sitten behandelt werden. Die Austritte sind in Siders und Sitten zurückgegangen. Nur Martinach weist eine Zunahme der Fälle aus, was auf eine bessere Verteilung der leichten und/ oder programmierten Fälle zurückzuführen sein dürfte. Der Rückgang der Anzahl Aufenthaltstage in Siders dürfte sich durch die Eröffnung des dortigen Zentrums für ambulante Chirurgie und die Zunahme der ambulanten Fälle erklären (Seiten 33/ 34). Aus Überlegungen zur kritischen Grösse wurde eine bestimmte Anzahl von Disziplinen zentralisiert. Die Planung von 2004 sah vor, dass chirurgische Disziplinen mit kantonalem Charakter – mit Ausnahme der Thoraxchirurgie - nur an einem einzigen Standort (in Sitten) erbracht würden. Zu den kantonsweit zentralisierten Disziplinen gehören die invasive und interventionelle Kardiologie und die Radioonkologie der Walliser Onkologieabteilung. Die Planung sah zudem für den Bereich der Inneren Medizin unterschiedliche Leistungsaufträge nach dem Prinzip der Unterscheidung zwischen komplexen und leichten Fällen vor. Nach dieser Verteilung waren die Standorte Visp, Sitten und Monthey für die komplexen Fälle und die Standorte Brig, Siders und Martinach für die leichten Fälle zuständig (Seiten 39/ 40). 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 Mittelwallis folgende Massnahmen dargestellt: Schliessung der Geriatrie von Gravelone, Verlegung eines Teils dieser Geriatriebetten nach Siders und Martinach, Schaffung einer neuen Palliativpflegeabteilung in den Spitälern Martinach (8 Betten) und Siders (4 Betten), Integration der aufschiebbaren Traumatologie in die Orthopädieabteilung in Martinach, Zusammenlegung der Thoraxchirurgie am Standort Sitten, Zusammenlegung der Gynäkologie in Sitten, Beibehaltung der ambulanten Gynäkologie in Siders und Martinach, schrittweise Schliessung der Wartebetten in Siders, Sitten und Martinach, Beibehaltung der Ophthalmologie in Martinach (Vertrag mit dem CHUV und/ oder den HUG?), provisorische Beibehaltung der HNO in Siders und Martinach (Reorganisation mit dem CHUV und/ oder den HUG vorzusehen), Entwicklung der ambulanten Psychiatrie durch die IPVR, Übernahme der Rehabilitation von Brandpatienten durch die SUVA (Seiten 60 – 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 Mittelwallis als Folge der Umstrukturierung im Bereich der somatischen Akutversorgung die Anzahl Austritte in Sitten gestiegen, die Zahl der Krankentage aber relativ stabil geblieben ist (Seite 18). Nachdem im Jahr 2005 ein Rückgang verzeichnet wurde, der sich u. a. durch die Übertragung der Pädiatrie nach Sitten erklären lässt, stieg die ambulante Tätigkeit in Siders erneut an, vor allem aufgrund der Entwicklung in der Plastischen Chirurgie (Seite 23). 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 werden aus dem Spitalzentrum Mittelwallis die Standorte Martinach und Siders) 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 erreichen zu können, 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 Mittelwallis u.a.: Verlagerung der Allgemeinen Chirurgie von Martinach nach Siders und Sitten, weitere Spezialisierung der Spitäler in Siders und Sitten auf Viszeralchirurgie, Entwicklung eines Kompetenzzentrums für Orthopädie und orthopädische Traumatologie in Martinach (mit dem Leistungsspektrum Orthopädie, aufschiebbarer Traumatologie, Rheumatologie und Rehabilitation des Bewegungsapparates (in Zusammenarbeit mit dem WZP)) (Seiten 33 – 34).

- In den „Résumés des études HLP 2007 – 2011“ vom 30. Juni 2011 werden bezogen auf das Spitalzentrum Mittelwallis folgende über die Spitalplanung hinausgehende Elemente erwähnt:
 - *Spital Sion , Centralisation soins aigus (Seiten 10 – 22): Etages de soins: Déplacement des utilisations non adéquates/ uniformisation, agrandissement IPS de 14 à 16 lits, nouveau service de soins continus: chirurgie – médecine 12 lits – cardiologie 8 lits; Examens et traitements: 2 unités centralisées: chirurgie et médecine interne, nouveau bâtiment ambulatoire, agrandissement des urgences, bâtiment neuf pour bloc opératoire en combinaison avec la stérilisation centrale pour tout le Valais; Hôtellerie: Réduction surface buanderie et lingerie, fusion restaurant du personnel et cafétéria*
La comparaison des variantes, 8 ou 10 salles d'opérations, met en évidence la nécessité de prolonger le nouveau bâtiment du bloc opératoire en direction de l'ouest par un axe. La surface du terrain à disposition permet cette réalisation.
Le programme des surfaces avec centralisation des soins aigus prévoit 12 salles d'opérations. On peut réaliser ces 12 salles sur la même surface que celle prévue pour 10 salles si on aménage une préparation centrale avec 6 -7 salles.
Soins infirmiers: La centralisation des services de chirurgie et d'une grande partie de la médecine interne nécessite une augmentation des lits à l'Hôpital de Sion, passage de 247 à 359 lits.
Pour pouvoir placer ces 359 lits dans l'hôpital il est nécessaire:
 - *de déménager les lits de gynécologie-obstétrique ainsi que les lits de pédiatrie en créant un nouveau centre mère-enfant*
 - *les étages D à J des tours seront utilisés uniquement comme étages de soins avec des services clairement définis. Ils seront libérés des locaux d'examens et traitements.*
- L'annexe prévue dans la planification 2008/ 2009 sera agrandie de deux étages pour la création d'un centre mère-enfant comprenant les services de*
- *pédiatrie (hôpital de jour, ambulatoires, urgences, unités de soins de pédiatrie/ chirurgie pédiatrique (10 lits) et néonatalogie/ soins continus (10 lits))*
 - *Gynécologie-obstétrique avec des unités de soins de gynécologie (9 lits), d'obstétrique (29 lits) et de prénatal (4 lits).*
- Il est à relever que la réserve de 45 lits doit permettre la rénovation progressive des étages de soins existants, sans construction de surfaces provisoires onéreuses.*
- Les changements principaux – en comparaison avec la planification 2008/ 2009 – sont*
- *agrandissement du bloc obstétrical avec création d'une unité d'urgence césarienne de 40 m²*
 - *augmentation des lits de soins continus de 18 à 32*
 - *augmentation des lits privés de 13 à 20, ce qui nécessite le déménagement des bureaux de l'anesthésie dans le nouvel annexe*

- augmentation des lits de l'hôpital de jour de 12 à 14 en intégrant le projet existant

Salles d'opération: La centralisation des soins aigus à Sion entraîne également une augmentation des salles d'opération de 8 à 12 (y.c. une salle de réserve pour le développement futur) en comparaison avec la planification générale des années 2008/2009.

- le bloc opératoire sera 226 m² plus grand

En contrepartie, on pourra, grâce à cette centralisation, économiser 8 salles d'opération qui étaient prévues dans les planifications générales de Sierre et de Martigny. Le total des salles d'opération nécessaires diminue ainsi de 16 à 12 ou de 25 %.

Ambulatoires: Dans la planification générale de 2008/2009, il était prévu de réunir les ambulatoires de médecine interne et de chirurgie dans un centre de consultations et traitements centralisé.

En raison des prestations supplémentaires qui résulteront de la centralisation à Sion des services de chirurgie et de médecine interne, ce centre devra être légèrement agrandi.

- légère augmentation de la surface pour les examens et traitements centralisés du département de médecine interne de 220 à 250 m²
- augmentation de 226 m² de la surface du département de chirurgie (106 m² pour l'élargissement des locaux examens et traitements centralisés)

- *Spital Sierre (Seite 23): Etages des soins: Enlèvement des utilisations non adéquates/ uniformisation; Examens et traitement: Création d'un Centre Consultations Ambulantes Interdisciplinaires Centralisé CCAIC, réorganisation et déplacement des différentes unités*
- *Spital Martigny (Seite 24): Etages des soins: Enlèvement des utilisations non adéquates/ uniformisation; Examens et traitement: 1 unité centralisée chirurgie et médecine interne, réorganisation et agrandissement des urgences, réduction des salles d'opérations de 6 à 4; Hôtellerie: Nouvelle organisation de la livraison et de l'évacuation de la cuisine des déchets et de la linge; Proposition: Construction des nouveaux bâtiments à cause de

 - état et possibilités insuffisantes d'utilisations des bâtiments actuels
 - différent niveaux entre les bâtiments 2, 3 et 4.*
- *CHC à St-Amé (Seite 26): Conclusions: Déménagement du service psychogériatriques à Malévoz, restructuration du bâtiment pour les services gériatriques, lier les deux ailes et création de 3 unités gériatriques modernes, utilisation des espaces actuellement occupés par les soeurs*
- *IPVR Sierre (Seiten 28 – 29): Conclusions: L'utilisation du bâtiment Ste-Claire pour la psychiatrie adulte n'est pas possible. L'IPVR à besoin de 20 lits pour la psychogériatrie avec 757 m², 16 lits pour la gériatrie adulte avec 673 m², 10 lits pour la pédopsychiatrie avec 360 m². Le bâtiment de Ste-Claire n'est pas du tout idéal pour la gériatrie (gérée par le CHVC). L'hôpital de Sierre ne peut pas héberger les soins du l'IPVR et en même temps la gériatrie du Valais centrale.*

Décision du groupe de pilotage du 15 mars 2011: L'unification des services stationnaires de l'IPVR à un lieu est souhaitable du point de vue de la qualité des services ainsi d'une gestion rationnel apte aux exigences du futur. L'hôpital de Ste-Claire ne peut pas héberger ces services. L'architecture ouverte et inflexible et le manque d'accès au jardin sont les raisons principales. La même chose se peut dire pour l'hôpital de Sierre moins pour la structure ouverte, plus pour l'accès plein air.

Conclusions: Les services stationnaires de l'IPVR à Sierre sont à transférer à Malévoz. Les services ambulatoires restent à Sierre.

- *IPVR Malévoz (incl. ex Sierre) (Seiten 30 – 39):*

- *Problèmes principaux: Etat des bâtiments nécessitant des investissements lourds, utilisation des locaux insatisfaisants, maintenance chère des bâtiments mal ou même non utilisés, organisation des stations inflexibles, confort manquant à cause de l'infrastructure démodé, chambres partiellement très petit, aspects de sécurité (patients et personnel), organisation non rationnelle/ flexible des travaux à cause des problèmes de construction, d'architecture et fractionnement des services en différents bâtiments, défauts de l'infrastructure technique.*
- *Répartition des unités d'exploitation dans les bâtiments existants: Les bâtiments ne sont plus apte aux exigences ni d'une psychiatrie d'aujourd'hui ni d'une psychiatrie de l'avenir*
- *Bâtiments neufs et répartition des services:*
 - *Pour les unités des soins: création des bâtiments neufs (1. 4 stations pour la psychiatrie adulte, 2 stations avec utilisation commune des locaux pour la psychiatrie de la personne âgée, 1 station de la psychiatrie de la personne âgée ou 7 stations multifonctionnelles. 2. 1 station pour la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescence (SPPEA))*
 - *Pour les autres services: Utilisation des bâtiments existants: Utilisation des bâtiments: Direction/ Cafeteria, Le Laurier, Le Roche, La Forêt; Démolition des bâtiments: Le Châtaigner, Le Muguex, Le Torrent; Utilisation partielle des petits bâtiments*
 - *Comparaison des coûts:*
 - *Estimations très générales: 2 variantes: 1. Construction de 8 unités des soins neuves à Malévoz et réorganisation des services médicaux, psychosociales etc. 2. Utilisation des bâtiments existants pour 4 unités des soins et construction de deux unités neuves (sans possibilité de réorganisation des services médicaux, psychosociales etc.), réorganisation et restaurations des bâtiments à Sierre.*
 - *Construction des 8 unités des soins neuves, restructuration des 3 bâtiments existants et démolition des 3 bâtiments existants: 69.0 Mio Fr.*
 - *Restructuration des bâtiments existants pour 4 unités, construction des 2 unités neuves: 47.2 Mio Fr.*
 - *Sans frais de réorganisation à Sierre.*
- *Monthey CTR +:*
 - *Conclusions (Seite 40):*
 - *Les synergies possibles d'un CTR à St-Amé sont limitées, minimales.*
 - *Les coûts d'un CTR à Monthey montent à 28 Millions.*
 - *Les coûts d'un CTR à St-Amé montent à 38.5 Millions.*

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 und 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 Spitäler im französischsprachigen Wallis 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 das Centre hospitalier du Chablais (Institutions Psychiatriques du Valais Romand und Clinique St-Amé) und für das Centre hospitalier du Centre du Valais (Sitten ohne ICHV, Siders inkl. Ste-Claire, Martinach, Centre Valaisan de Pneumologie Montana), nach diversen Szenarien für das Jahr 2012

	Multiplikatoreffekt analog zu St-Imier (1.23)	Multiplikatoreffekt analog zu Pruntrut (2.0)
Betriebsaufwand 2012: 430.4 Mio. SFr.	529.4 Mio. SFr.	860.8 Mio. SFr.

Quelle: Erfolgsrechnung Spitalzentren, 2010 – 2012, gemäss Mail der Cheffe de la section Hôpitaux des Service de la Santé Publique vom 16. September 2013

Angesichts der regionalen Gegebenheiten dürfte mindestens a priori davon auszugehen sein, dass der Multiplikatoreffekt für 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 fast 530 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 Pflegenden, moderne medizintechnische Geräte, ein kompetentes Management und in der Grössenordnung der Mittelwalliser 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 Mittelwallis

Bevor über eine Spitalstruktur befunden werden kann, gilt es, den sich abzeichnenden Bedarf der kommenden Jahre für das Einzugsgebiet des Mittelwallis 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.

Die folgenden Ausführungen in diesem Bericht basieren – in Analogie zum Bericht zu den Spitalstrukturen im Oberwallis - auf dem Stand der Arbeiten am 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 in Analogie zur Vorgehensweise im Bericht zu den Spitalstrukturen im Oberwallis durch den Autor noch einmal 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 Mittelwallis im Jahr 2020 fällt das hohe unterstellte Wachstum im Vergleich zum Oberwallis auf, welches demographisch getrieben scheint. Es lassen sich folgende mögliche Grob-Berechnungen bzgl. der Infrastruktur anstellen:

- Für den Bereich der somatischen Akutmedizin kann der Bedarf der geschätzten Pfliegerage für die Mittelwalliser 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 oder mehrere Spitäler von der Grössenordnung her für das Mittelwallis sinnvoll erscheinen. Von den für das Jahr 2020 ermittelten Pfliegeragen 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 bei analoger Vorgehensweise wie in der Zürcher Spitalplanung ein Näherungswert von knapp 450 Betten für die somatische Akutmedizin im Mittelwallis ermitteln.
- Es stellt sich nun die Frage, welcher Bedarf im Bereich der Rehabilitation und der Psychiatrie auszumachen ist.
- Für die Bedarfsermittlung in der Rehabilitation wird analog zur Akutsomatik vorgegangen. Angesichts der höheren Aufenthaltsdauer als im Oberwallis wurde von einer höheren prozentualen Senkung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer als im Gesamt-Kanton für das Jahr 2020 und somit – wie im Bericht zum Oberwallis - von 19.0 (statt 21.9) Tagen ausgegangen sowie eine mögliche durchschnittliche Auslastung von 95 Prozent unterstellt. Denn es ist mindestens a priori nicht einsehbar, warum im Mittelwallis längere Aufenthaltsdauern unterstellt werden sollen als im Oberwallis, zumal in der Regel davon auszugehen ist, dass in der Westschweiz der Rehabilitationsbegriff „leichter“ verwendet wird als in der Deutschschweiz, wo einige der in der Westschweiz von CTR-Institutionen

angebotenen Leistungen eher als Übergangspflege denn als Rehabilitation bezeichnet würden. Gemäss dieser Überschlagsrechnung ergibt sich ein Bedarf von rund 170 Betten. Eine solche Bettenanzahl liegt über der in der Rehabilitation für ein eigenes Spital in der Regel formulierten Grössenordnung von mindestens 100 Betten.

- 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. Unterstellt wurden eine mögliche Bettenbelegung von 100 Prozent und eine durchschnittliche Aufenthaltsdauer von 26 bzw. 28 Tagen. Der erste Wert entspricht somit der Annahme im Gutachten für das Oberwallis, der zweite Wert geht davon aus, dass die Angleichung an die Werte im Oberwallis nicht so schnell erfolgt, aber immer noch schneller als in der Spitalplanungs-Vernehmlassungsvariante unterstellt. Für die Psychiatrie ergibt sich unter diesen Annahmen ein Bettenbedarf von knapp 100 Betten für das Jahr 2020.

Gesamthaft ergibt sich somit ein Bettenbedarf von leicht über 700 Betten für die Bereiche Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie zusammen. Es stellt sich somit die Frage, wie dieser Bedarf des Mittelwallis standortmässig 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 Mittelwallis 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 knapp 800 Betten.

Es sei aus gesundheitsökonomischer Sicht abschliessend betont, dass sich dieser Bettenbedarf auf die Gesamt-Population des Mittelwallis bezieht und nicht etwa auf das Leistungsangebot des Hôpital du Valais. Diesem Tatbestand kommt - anders als im Oberwallis - im Mittelwallis besondere Bedeutung zu, weil in dieser Region auch private stationäre Leistungserbringer vorhanden sind.

8. Mögliche Varianten für die zukünftige Spitalstruktur im Mittelwallis

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

- Status Quo (keine Veränderungen gegenüber dem Ist-Zustand)
- Ein neues Zentralspital „Somatik und Rehabilitation“
- Ein neues Zentralspital „Somatik, Rehabilitation und Psychiatrie“
- Ein Spital mit den Standorten Sitten, Siders, Martinach und Malévoz (Monthey) mit entsprechender Portfolio-Bereinigung
- Je ein Spital für Somatik, Psychiatrie und Rehabilitation, je ein Gesundheitszentrum in Siders und St. Maurice (St-Amé)

Angesichts seiner einzigartigen Position unberührt von diesen Überlegungen und als gesetzt betrachtet wird das Walliser Zentrum für Pneumologie in Montana. 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 Mittelwallis 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 „Somatik und Rehabilitation“ (Szenario 1)

Angesichts des oben aufgezeigten Bau-Bedarfs an den Spital-Standorten und unter Berücksichtigung des spezialisierten Leistungsspektrums sowie einer analogen strategischen Vorgehensweise wie im Gutachten zur Situation im Oberwallis kann die Frage aufgeworfen werden, ob zukünftig auch mit einem Zentralspital die Versorgung im Mittelwallis sichergestellt werden kann. Ausgehend von der Überlegung, dass der Standort Sitten in einem solchen Konzept als gesetzt gelten dürfte, kann ein solcher Ansatz grundsätzlich mindestens auf zwei verschiedene Arten umgesetzt werden:

- Das neue Zentralspital in Sitten umfasst die stationären Leistungen der Somatik und Rehabilitation. Die stationären Psychiatrie-Leistungen werden konzentriert in Monthey (Malévoz) erbracht.
- Das neue Zentralspital umfasst die stationären Leistungen aus Somatik, Rehabilitation und Psychiatrie (vgl. Szenario 2).

Szenario 1 beschreibt die erstgenannte Variante des neuen Zentralspitals, welches stationäre Leistungen der Somatik und der Rehabilitation anbietet.

Nach dem Bau des neuen Zentralspitals werden die beiden bisherigen Spital-Standorte Siders und Martinach vollständig aufgehoben, soweit nötig in Heime umgewandelt und die Mitarbeiter soweit möglich am neuen Standort eingesetzt.

Die bisherigen Räumlichkeiten können alternativen Verwendungszwecken zugeführt werden. Geprüft werden könnten beispielsweise die Errichtung von anderen Institutionen im Bereich des Bildungs- oder Gesundheitswesens oder der Abbruch der entsprechenden Gebäude mit dem Verkauf bzw. der Abgabe im Baurecht der entsprechenden Landparzellen, um für die wachsende Bevölkerung in der Region zusätzlichen Wohnraum zur Verfügung zu stellen.

8.3. Ein neues Zentralspital „Somatik, Rehabilitation und Psychiatrie“ (Szenario 2)

Im Unterschied zu Szenario 1 umfasst das Szenario 2 im neuen Zentralspital nicht nur stationäre somatische und rehabilitative, sondern auch psychiatrische Leistungen für das Mittelwallis.

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

8.4. Ein Spital mit den Standorten Sitten, Siders, Martinach und Malévoz (Monthey) (Portfolio-bereinigt) (Szenario 3)

Im Rahmen von Szenario 3 werden die Spital-Standorte Sitten, Siders und Martinach für die somatische und rehabilitative Medizin beibehalten, die Leistungs-Portfolios aber im Rahmen der Kontinuität der bisher getroffenen Entscheidungen der letzten Spitalplanungen weiter optimiert. Im Bereich der Psychiatrie wird die Portfolio-Bereinigung derart vorgenommen, dass der Psychiatrische Klinik-Status (im Sinne des Spitalbegriffs gemäss KVG) dem Standort Malévoz (Monthey) zukommt und die Standorte Siders und St-Amé als Geriatrie-Spitäler, sowie Ste-Claire als (psychogeriatrisches) Heim positioniert werden.

Was die somatische Akutmedizin betrifft, wurde eine Unterscheidung zwischen einem vollständigen Neubau des Spitals in Sitten (Szenario 3bis) und einer Renovation des Spitals Sitten (Szenario 3) vorgenommen. In beiden Fällen wird die somatische Akutmedizin in Sitten konzentriert.

8.5. Je ein Spital für Somatik, Psychiatrie und Rehabilitation, je ein Gesundheitszentrum in Siders und St. Maurice (St-Amé) (Szenario 4)

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

Alle stationären Leistungen aus der Somatik, der Rehabilitation und der Psychiatrie werden je an einem Spital-Standort erbracht. Die Leistungen der Somatik würden demnach in Sitten erbracht, jene der Rehabilitation und Geriatrie in Martinach und jene der Psychiatrie im Malévoz (Monthey). Der Standort Sierre verliert seinen Spital-Status nach KVG, würde zu einem Gesundheitszentrum transformiert und konzentriert seine Tätigkeiten vollständig auf den ambulanten Bereich.

Unter dem Begriff „ambulant“ werden auch die eigentlich als „teilstationär“ zu bezeichnenden insbesondere psychiatrischen Tagesklinik-Leistungen subsummiert. Entsprechend würden die Standorte St-Amé (St. Maurice) und Siders neben einem allfälligen Status als psychogeriatrische Pflegeheime ebenfalls zu ambulanten Gesundheitszentren.

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 bzw. je nach Standort zu differenzieren, um es stärker zu fokussieren. 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).

Analog zu Szenario 3 wird auch bei diesem Szenario mit zwei Untervarianten gearbeitet. Im einen Fall wird das für die somatische Akutmedizin vorgesehene Spital in Sitten renoviert (Szenario 4), im anderen Fall neu gebaut (Szenario 4bis).

Im Gegensatz zum Bericht zum Oberwallis wird bei diesem Szenario – angesichts der schlechtesten Bewertung aller untersuchten Varianten für das Oberwallis – darauf verzichtet, eine strikte Trennung zwischen ambulanten und stationären Leistungen vorzuschlagen. Die verbleibenden Spital-Standorte würden demnach weiterhin auch ambulante Leistungen anbieten, das Gesundheitszentrum dagegen keine stationären. Die Spital-Standorte würden im Bereich der ambulanten Leistungen aber mit den Gesundheitszentren zusammenarbeiten, um eine möglichst wohnortnahe Versorgung bis an die Sprachgrenze und entlang des Behandlungspfades niederschwellig sicherzustellen.

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.

Tabellarisch lassen sich die verschiedenen Varianten wie folgt darstellen:

Table 1 : Variantes possibles pour la structure hospitalière future pour la région hospitalière du Valais central

Variantes	Sites du Centre hospitalier du Valais romand (CHVR)						
	Hôpital de Sierre	Clinique Ste-Claire (Sierre)	Centre valaisan de pneumologie (Montana)	Hôpital de Sion	Hôpital de Martigny	Clinique St-Amé (St-Maurice)	Hôpital de Malévoz (Monthey)
Statu quo	Soins aigus Gériatrie Pédopsychiatrie	Gériatrie Psychogériatrie	Réadaptation Psychiatrie	Soins aigus	Soins aigus Gériatrie	Gériatrie Psychogériatrie	Psychiatrie Psychogériatrie
Scénario 1	(fermeture)	EMS	Réadaptation Psychiatrie	Hôpital neuf Soins aigus Réadaptation Gériatrie	(fermeture)	EMS	Psychiatrie
Scénario 2	(fermeture)	EMS	(fermeture)	Hôpital neuf Soins aigus Réadaptation Gériatrie Psychiatrie Psychogériatrie Pédopsychiatrie	(fermeture)	EMS	(fermeture)
Scénario 3	Suites traitement Gériatrie	EMS	Réadaptation Psychiatrie	Rénovation Soins aigus centralisés	Médecine interne Suites traitement Gériatrie	Gériatrie Psychogériatrie	Psychiatrie Psychogériatrie Pédopsychiatrie
Scénario 3bis	Suites traitement Gériatrie	EMS	Réadaptation Psychiatrie	Hôpital neuf Soins aigus centralisés	Médecine interne Suites traitement Gériatrie	Gériatrie Psychogériatrie	Psychiatrie Psychogériatrie Pédopsychiatrie
Scénario 4	Centre de santé	EMS	Réadaptation Psychiatrie	Rénovation Soins aigus centralisés	Réadaptation Gériatrie	Centre de santé	Psychiatrie Psychogériatrie Pédopsychiatrie
Scénario 4bis	Centre de santé	EMS	(fermeture)	Hôpital neuf Soins aigus centralisés	Réadaptation Gériatrie	Centre de santé	Psychiatrie Psychogériatrie Pédopsychiatrie

Legende:

- Gériatrie = médecine interne de la personne âgée et réadaptation gériatrique
- Psychogériatrie = psychiatrie de la personne âgée en milieu stationnaire (≠ EMS psychogériatrique)
- Centre valaisan de pneumologie à Montana : possibilité de formuler des propositions (autres missions ou fermeture)
- Médecine = médecine interne qui n'a pas besoin de salle d'opérations ni de soins intensifs
- Suites traitement = suites de traitements aigus (après l'opération à l'hôpital de Sion ou dans un autre hôpital)

9. Beurteilung der Varianten

Ausgehend von den dargestellten Herausforderungen sollen die oben geschilderten Varianten für die künftige Spitalstruktur im Mittelwallis anhand folgender, mit den Vertretern der Gesundheitsdirektion des Kantons Wallis und des Hôpital du Valais anlässlich der Sitzung vom 11. Juni 2013 vereinbarten Kriterien für das Oberwallis näher erörtert werden. Damit soll ermöglicht werden, dass alle Standorte im Mittel- und Oberwallis des Hôpital du Valais nach den gleichen Kriterien beurteilt werden können. Im Einzelnen handelt es sich um folgende Elemente:

- 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.

Aus Darstellungsgründen wurden die beiden oben geschilderten Untervarianten zu den Szenarien 3 und 4 unter den jeweiligen Hauptszenarien bewertet. Denn die Bewertungen dieser Untervarianten dürften a priori insbesondere in den Bereichen bauliche Entwicklung und Finanzierbarkeit als unterschiedlich zu erwarten sein.

Insbesondere zur Beurteilung der baulichen Entwicklung und zu Prozessoptimierung führte der Experte am 2. Oktober 2013 ein Gespräch mit dem Spitalplaner Heinrich Limacher, Geschäftsführer, und Frau Gabriela Devigus Minder, eidg. dipl. Spitalfachfrau und stellvertretende Geschäftsführerin, beide H. Limacher Partner AG in Zürich. Gleichentags wurden dem Verfasser dieser Arbeit im Nachgang zum erfolgten Gespräch per Mail von Frau Devigus Minder diverse Unterlagen zur Leistungsentwicklung und zur Herleitung des künftigen Bedarfs, zur Beurteilung des OP-Trakts in der Somatik sowie zur Leistungsentwicklung in der Psychiatrie zugestellt. Das Gespräch und die nachträglich gelieferten Informationen ermöglichten daher über die eigentliche Zielsetzung hinaus, auch weitere wertvolle Informationen für die Beurteilung anderer Kriterien zu gewinnen.

Gleichentags wurde im Anschluss daran abends ein Gespräch mit dem Verwaltungsrats-Präsidenten des Hôpital de Sion, Herrn Prof. Dr. Charles Kleiber, und dem Chef de Service im Departement Gesundheit, Soziales und Kultur des Kantons Wallis, Herrn Victor Fournier, durchgeführt. Hier ging es vor allem darum, die politischen Rahmenbedingungen des Regierungsrates des Kantons Wallis an das Hôpital du Valais vor der Lancierung der strategischen Projektarbeiten zu rekonstruieren sowie die strategischen Überlegungen des Hôpital du Valais innerhalb des vorgegebenen Rahmens nachvollziehen zu können.

9.1. Alterungs-Kompatibilität

Tabelle 2: Bewertung Alterungs-Kompatibilität

	Szenario 0	Szenario 1	Szenario 2	Szenario 3 (3bis)	Szenario 4 (4bis)
Alterungs-Kompatibilität	-	+	+	++ (++)	-- (--)

Das Szenario 0 ist bzgl. der Alterungs-Kompatibilität und dem dabei vermehrt geforderten Management von Multi-Morbiditäten als wenig zukunftssträftig 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 werden aus dem Spitalzentrum Mittelwallis die Standorte Siders und Martinach) 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 Standorten ab. Die beispielhaft vorgeschlagene Aufteilung dürfte sich – wenn man sich auf eine solche Variante einlässt - angesichts der Multimorbiditäten als am ehesten zielführend erweisen, weil angesichts der vorherrschenden Grössenordnungen vor allem jene Leistungen dezentral angeboten werden können, welche auch am ehesten dezentral angemessen und trotzdem in genügender Anzahl in Anspruch genommen werden. Dies dürften in einer älter werdenden Gesellschaft vor allem Leistungen der Inneren Medizin, der Geriatrie und des hôpital du jour in der Psychiatrie sein. Häufig vorkommende psychiatrische Begleiterkrankungen können nämlich grösstenteils über die psychiatrischen Stützpunkte an den Standorten Sion, Martinach, Sierre und Monthey so abgedeckt werden. Damit erhöht sich auch die Wahrscheinlichkeit, dass Patienten nicht zwischen verschiedenen Standorten hin- und herlaufen müssen.

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 im Mittelwallis die davon betroffene Servicepopulation zwischen den bestehenden Spital-Standorten klar grösser als im Oberwallis ist, sind die Szenarien 1 und 2 zwar nicht negativ, aber trotz der positiven Bewertung kritischer als im Oberwallis zu beurteilen. Noch kritischer zu beurteilen ist Szenario 4, weil es eine ganzheitliche Betreuung und Behandlung durch die Aufteilung der stationären somatischen und rehabilitativen Leistungen auf zwei Standorte insbesondere wegen der hohen „Schuhsohlenkosten“ für die älter werdende Bevölkerung erschwert.

9.2. Medizinische Entwicklung

Tabelle 3: Bewertung medizinische Entwicklung

	Szenario 0	Szenario 1	Szenario 2	Szenario 3 (3bis)	Szenario 4 (4bis)
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. Hinzu kommt, dass die Grenzen zwischen verschiedenen Disziplinen fließend sind, beispielsweise in Bereichen der Neurologie und der Psychiatrie. Aufwändige Verschiebungen zwischen den beiden Standorten wären die Folge und dürften ähnliche Schwierigkeiten provozieren, wie sie für den Status Quo bereits bei der Spitalplanung 2008 geschildert worden sind. Hinzu kommt, dass damit angesichts der dort zu erwartenden selbständigen Einheit im Bereich der Rehabilitation aus medizinischer Sicht sich Fragen der wohnortnahen integrierten stationären Versorgung in der Fläche und aus ökonomischer Sicht nach der Erreichbarkeit der notwendigen kritischen Grösse an einem alleinigen, auf das stationäre Angebot fokussierte Rehabilitations-Standort ergeben (vgl. dazu beispielsweise auch die Kriterien der Swiss Reha, die von verschiedenen Kantonen im Rahmen ihrer Spitalplanungen als Orientierungshilfen verwendet wurden, www.swiss-reha.com).

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. Allerdings dürfte angesichts der Grössenordnungen des errechneten stationären Angebots davon auszugehen sein, dass die stationären Leistungen der Psychiatrie auch am bisherigen Standort erbracht werden können, wenn die Psychiatrie-Leistungen des hôpital du jour weiterhin (und künftig wohl auch vermehrt) an den Standorten Sion, Martinach, Sierre und Monthey erbracht werden.

Szenario 3 vermag die Vorteile aus den Szenarien 1 und 2 unter der Voraussetzung einer sinnvollen Leistungs-Portfolio-Bereinigung aus diesen Gründen besser zu erreichen und in Ergänzung dazu eine stärkere regionale Abdeckung zu realisieren.

9.3. Versorgungssicherheit

Tabelle 4: Bewertung Versorgungssicherheit

	Szenario 0	Szenario 1	Szenario 2	Szenario 3 (3bis)	Szenario 4 (4bis)
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, in welches Spital er sich begeben soll. Oft sind die Grenzziehungen in der Medizin – insbesondere in einer älter werdenden Bevölkerung mit einer höheren Wahrscheinlichkeit von Multimorbiditäten – fließend.

Gesamthaft dürfte das Szenario 3 Vorteile aufweisen, weil es bzgl. der Erreichbarkeit eine bessere dezentrale Abdeckung ermöglicht als die anderen alternativen Szenarien – ohne jedoch die sinnvollen und mittelfristig relativ einfach zu realisierenden Spezialisierungen durch Konzentrationen aufzugeben.

9.4. Bauliche Entwicklung

Tabelle 5: Bewertung bauliche Entwicklung

	Szenario 0	Szenario 1	Szenario 2	Szenario 3 (3bis)	Szenario 4 (4bis)
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.

Die umfangreichen und im Vergleich zur Situation im Oberwallis deutlich weiter fortgeschrittenen Arbeiten bzgl. der baulichen Situation im Mittelwallis machen erkennbar, dass insbesondere am Spital Sion bzgl. der Operationssaal (OPS)-Situation wichtiger und dringender Handlungsbedarf besteht. Aus gesundheitsökonomischer Sicht ist im Sinne des Risikomanagements insbesondere auf die erhöhten prozessrechtlichen Risiken hinzuweisen, welche entstehen können, wenn als veraltet beurteilte Operationssäle in Bezug zu möglichen Behandlungsfehlern oder Qualitätsmängeln gebracht werden. Die heutige Situation muss auf dem Hintergrund der dem Experten gezeigten Unterlagen als high risk bezeichnet werden und sollte daher möglichst schnell und möglichst sinnvoll genutzt werden, um notwendige und mögliche Strukturanpassungen an der somatischen stationären Akutversorgung im Mittelwallis anzugehen.

Eine Zentralisierung der OPS-Kapazitäten durch eine möglichst baldige Realisierung einer zentralen 14 OPS umfassenden Einheit – wie es vom Spitalplaner-Büro H. Limacher AG skizziert und detailliert konkretisiert worden ist – macht Sinn. Damit verbunden kann eine Zentralisierung der stationären Operationstätigkeiten für das ganze Mittelwallis in Sion realisiert werden. Die Spitäler in Martinach und Sierre sollten sich in einem solchen Konzept auf die dezentral zu erbringende (Alters-) Medizin konzentrieren. Wichtig ist dabei aus Sicht des Gutachters aus diesem Grund im Rahmen von Szenario 3 nicht nur die vollständige Aufhebung der OPS-Tätigkeiten in Sierre und Martinach, sondern auch die vollständige Demontage der entsprechenden Infrastruktur, damit nicht unter einem fiktiven (Notfall-) Argument die entsprechenden Strukturen nach der Fertigstellung des neuen OP-Trakts in Sion weitergeführt werden können.

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 den Szenarien 1 und 2 im Vergleich zu Szenario 3 mehr Bautätigkeiten notwendig erscheinen, schneiden die Szenarien 1 und 2 nicht ganz so gut ab wie Szenario 3.

Aus analogem Grund schneiden die Varianten 3bis und 4bis schlechter ab als die entsprechenden Hauptvarianten. Bei Szenario 3 hinzu kommt, dass die Schnelligkeit der Fertigstellung insbesondere der dringlichen OPS-Sanierung in Sion dort am besten sichergestellt werden könnte.

9.5. DRG-Tauglichkeit

Tabelle 6: Bewertung DRG-Tauglichkeit

	Szenario 0	Szenario 1	Szenario 2	Szenario 3 (3bis)	Szenario 4 (4bis)
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, 2 und 3 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 der stationären Altersmedizin in Martinach und Sierre und den Gesundheitszentren zur ambulanten und hôpital du jour-Leistungserbringung an den Standorten Sion, Martinach, Sierre und Monthey dazu beitragen, dass die (zusätzliche) Patienten-Rekrutierung – analog zu den Medizinischen Versorgungszentren in Deutschland – niederschwellig und damit zeitgerecht erfolgen kann. Angesichts der vorherrschenden Grössenordnungen im Mittelwallis dürften Szenario 1 und 2 – im Gegensatz zur Situation im räumlich kleineren Oberwallis - bzgl. der vertikalen Integration weniger Vorteile aufweisen. Szenario 4 dürfte dagegen mindestens so lange als noch kritischer als der Status Quo zu beurteilen sein, als die neuen gesamtschweizerisch einheitlichen Tarifstrukturen für die stationären Psychiatrie- und Rehabilitationsleistungen nicht vollumfänglich bekannt sind. Dadurch ergibt sich in einem solchen Szenario für die Spital-Standorte der Psychiatrie und der Rehabilitation ein ökonomisches Klumpenrisiko.

9.6. Finanzierbarkeit

Tabelle 7: Bewertung Finanzierbarkeit

	Szenario 0	Szenario 1	Szenario 2	Szenario 3 (3bis)	Szenario 4 (4bis)
Finanzierbarkeit	-	+	-	++ (-)	-- (--)

Bzgl. der Finanzierbarkeit gilt es – analog zur Situation im Oberwallis - 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 Tarifsysteeme 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 Spitalplaner-Büros H. Limacher AG in Zürich, welches für das Hôpital du Valais verschiedene Aufträge ausführte, deuten darauf hin, dass die Überlegungen zur Weiterentwicklung der Spital-Standorte im Mittelwallis deutlich weiter fortgeschritten sind als im Oberwallis. Zu unterscheiden gilt es mit Blick auf die zu erwartende erhöhte Wettbewerbsintensität als Folge der vermehrten Transparenz durch die gesamtschweizerisch einheitliche leistungsorientierte Tarifstruktur

zwischen wichtigen und dringlichen Massnahmen. Eine Priorisierung der Massnahmen erscheint angesichts der wichtigen Faktoren Schnelligkeit und Finanzierbarkeit unerlässlich.

Mit Blick auf die oben geschilderte bauliche Situation ergibt sich – in Ergänzung zu den Risikomanagement-Überlegungen, die nicht nur als wichtig, sondern auch als hoch dringlich zu bezeichnen sind – aus Gründen der Spezialisierung und der anfallenden Betriebskosten die Notwendigkeit, möglichst schnell mit einem finanziell verkraftbaren Projekt zu einer umfassenden OPS-Konzentration an einem Standort zu kommen. Dafür eignet sich Szenario 3 am besten. Hinzu kommt, dass in einem solchen Szenario – wie vom Spitalplanungsbüro H. Limacher AG aufgezeigt – in einer zweiten Etappe nach gründlicher finanzieller Abklärung auch die Pflegestationen saniert werden könnten und damit ein Beitrag zur Attraktivitätssteigerung geleistet werden kann. Dieses Szenario 3 ermöglicht somit eine Attraktivitätssteigerung in etappierten, dafür aber mindestens anfangs schnelleren Schritten, weshalb Szenario 3 nicht nur gegenüber der Untervariante 3bis, sondern auch gegenüber den Varianten 1, 2 und 4 besser abschneidet.

Ganz anders wäre die Situation zu beurteilen, wenn der politische Willensbildungsprozess ergeben würde, dass über die Gewährung von Mitteln für gemeinwirtschaftliche Leistungen im Mittelwallis ein neues Spital gebaut werden soll. In diesem Fall könnte die Politik den Spital-Verantwortlichen klare Vorgaben machen. Auf die rechtlichen Rahmenbedingungen zu den gemeinwirtschaftlichen Leistungen nach KVG ist im Gutachten zur Analyse der Spitalstrukturen im Oberwallis unter dieser analogen Rubrik ausführlich eingegangen worden, weshalb hier auf eine erneute Darstellung verzichtet wird.

Im Fall zusätzlich verfügbarer Mittel stellt sich die Frage, wie viel der Kanton Wallis bereit ist, für die Gesundheitsversorgung im Mittelwallis unter dem Stichwort „gemeinwirtschaftliche Leistungen“ zur Verfügung zu stellen. Aus gesundheitsökonomischer Sicht dürfte allerdings mehr als zweifelhaft sein, dass eine solche Interpretation des Begriffs „gemeinwirtschaftliche Leistungen“ angesichts des relativ grossen (und im Vergleich zum Oberwallis deutlich grösseren) Einzugsgebiets im Geiste des KVG ist, weshalb diese Variante vom Experten im Rahmen dieser Arbeit nicht weiter verfolgt wird.

9.7. Strategische Positionierung

Tabelle 9: Bewertung strategische Positionierung

	Szenario 0	Szenario 1	Szenario 2	Szenario 3 (3bis)	Szenario 4 (4bis)
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 eine 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 gleichzeitig besser als der Status quo sowie - aus Gründen der anzunehmenden grösseren Zersplitterung der Behandlungsspektren (Somatik – Psychiatrie – Rehabilitation bzw. stationär – hôpital du jour/ ambulant) - als Szenario 4 beurteilt werden. Für die Attraktivität im Medizinbereich dürfte es angesichts der aufgezeigten baulichen Zustände auch darum gehen, die Situation insbesondere im OPS-Bereich schnell zu verbessern. Hier schneidet Szenario 3 am besten ab.

- Bei den ökonomischen Erfolgsfaktoren dürfte die Prozessorganisation insbesondere in Szenario 4 bei steigender Anzahl multimorbider Patienten wegen der Zersplitterung des Angebots neben dem Status Quo am meisten in Mitleidenschaft gezogen werden. Die Szenarien 1, 2 und 3 weisen hier bei konsequenter Umsetzung Vorteile auf. Die Verbesserungseffekte können dabei erneut in Szenario 3 insbesondere für den kostenintensiven OP-Bereich am schnellsten erreicht werden.
- 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 angesichts des high-risk-Zustands im OPS-Bereich in Sion Szenario 3 Vorteile aufweisen.
- 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 drei somatischen Akutspital-Standorten können die 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. Im Gegensatz zur Situation im Oberwallis ist dieses Argument im Mittelwallis aber von den politischen Behörden erkannt und mit der Zustimmung des Parlaments zu einem neuen Ausbildungszentrum (Pôle Santé) in Sion aufgefangen worden. Bei erfolgreicher Umsetzung kann damit auch ein (wichtiger) Beitrag zur Attraktivitätssteigerung des Walliser Spitalwesens im war for talents und damit zur Verbesserung der strukturellen und medizinischen Erfolgsfaktoren geleistet werden. Denn ärztliche Spitzenkräfte sind auch auf gutes pflegerisches und therapeutisches Personal angewiesen, um ihre Leistungen zu erbringen.

9.8. Prozessoptimierung

Tabelle 10: Bewertung Prozessoptimierung

	Szenario 0	Szenario 1	Szenario 2	Szenario 3 (3bis)	Szenario 4 (4 bis)
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.

Ein neues Zentralspital „Somatik und Rehabilitation“ 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.

Analog gilt es zugunsten von Szenario 3 darauf hinzuweisen, dass 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. Für Szenario 3 spricht ausserdem, dass angesichts der Etappierung schneller in einem der kostenintensivsten Bereiche, im OPS, Effektivitäts- und Effizienzsteigerungen realisiert werden können. Aus gesundheitsökonomischer Sicht zu betonen gilt es, dass die Konzentration der OP-Säle vollständig zu sein hat und die OPS-Infrastrukturen in Martinach und Sierre parallel dazu demontiert werden.

Szenario 2 erlaubt auch noch eine Prozessoptimierung. Es vermag aber angesichts der errechneten Spitalbetten-Kapazitäten zur Sicherstellung des Bedarfs im Mittelwallis kaum Grössenvorteile zu erzielen, weil in der Somatik nach Aussage des befragten Spitalplaners H. Limacher eine Krankenhausgrösse für ein Akutspital von 500 bis 600 Betten grundsätzlich als optimale und auch maximale Krankenhausgrösse betrachtet werden kann. Szenario 4 schneidet schlecht ab, weil es die einzelnen Bereiche (Somatik, Psychiatrie, Rehabilitation) standortmässig am stärksten trennt. Der Status Quo ist aus Gründen der subkritischen Grössen und des oben geschilderten Bauzustands ebenfalls negativ zu beurteilen.

9.9. Historische Konformität

Tabelle 11: Bewertung historische Konformität

	Szenario 0	Szenario 1	Szenario 2	Szenario 3 (3bis)	Szenario 4 (4bis)
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. Die Szenarien 1, 2, 3bis und 4 dürften weiter entfernt sein, da nicht nur alle Leistungen wie in Szenario 3 neu zentral gebündelt werden, sondern auch noch an einem neuen Standort. Die Szenarien 1 und 2 sind mit dem Verlust von Spital-Standorten verbunden.

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 (3bis)	Szenario 4 (4bis)
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 Standorten des Spitalzentrums Mittelwallis.

Anders ist die Situation bei der Abwanderung in ausserkantonale öffentliche und private Spitäler 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.

Unter Berücksichtigung der Standortattraktivität, der Innovations- und der Beschäftigungsfunktionen dürften die Szenarien 1, 2 und 3 als gleichwertig zu bezeichnen sein. 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. Szenario 4 ist dagegen durch die stärkere Zersplitterung der Behandlungsspektren als volkswirtschaftlich anfälliger zu betrachten. Hinzu kommt, dass in Szenario 3 (im Gegensatz zu den Szenarien 1, 2 und 3bis) auch davon ausgegangen werden kann, dass das für die Ausbildungsfunktion wichtige Signal der Kooperation mit dem in Sion geplanten Pôle Santé besser bzw. früher genutzt werden kann (z.B. OPS- oder IPS-Personal).

9.11. Public-Health-Aspekte – gemeinwirtschaftliche Leistungen

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

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

Aus einer **Public-Health**-Perspektive geht es in der Regel um folgende Grundfragen: ⁵

- 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 stationären Leistungen weitgehend bzw. ganz 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 Wirtschaftlichkeits-Vorteile mit einer dezentraleren und damit zugänglicheren ambulanten Vor- und Nachversorgung. Anders als bei der Situation im Oberwallis kann für die Szenarien 1 und 2 entlastend nicht angeführt werden, dass bei entsprechender Prozessoptimierung und unter sonst gleichbleibenden Rahmenbedingungen mehr Ressourcen übrig bleiben können, um kostenintensive Patienten zu behandeln. Denn wie oben erwähnt dürften die errechneten Bedarfszahlen für die stationären Bettenkapazitäten von Somatik, Rehabilitation und Psychiatrie den Schluss nahelegen, dass eher Szenario 3 zu mehr Kostenoptimierungspotential führt. Angesichts des oben skizzierten baulichen high-risk-Zustands im OPS-Bereich hinzu kommt, dass durch eine schnellere Renovation nicht nur, aber auch die kostenintensiven, sozial schwächeren und älteren Menschen schneller weniger risikoreich versorgt werden können. Ausserdem sind die zur Diskussion stehenden Reduktionen der Erreichbarkeiten im Mittelwallis 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.

⁵ Kühn Hagen, „Wettbewerb bringt Qualität“ – aber welche?, in: Der Artikulator, Nr. 52, 1995, S. 8ff.

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 (3bis)	Szenario 4 (4bis)
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 Komformität (Kongruenz mit bisherigen Entscheidungen der kantonalen Spitalplanungen)	+	-	-	+(-)	-(-)
Volkswirtschaftliche Effekte (Auswirkungen auf Arbeits- und Ausbildungsplätze, sowie andere Wohlfahrtsfunktionen des Gesundheitswesens)	-	+	+	+(+)	-(-)
Public-Health-Aspekte – gemeinwirtschaftliche Leistungen (Versorgung kostenintensiver, älterer und sozial schwacher Patienten)	-	-	-	++(-)	--(--)
Fazit	2 + 11 -	9 + 2 -	8 + 3 -	19 + 0 - (11 +) (5 -)	0 + 17 - (0 +) (20 -)

Die Übersicht zeigt, dass unter der Annahme gleich gewichteter Kriterien das Szenario 3 am besten abschneidet und Szenario 4 bzw. 4bis am schlechtesten. Die Szenarien 1, 2 und 3bis werden relativ betrachtet ähnlich 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 3bis ändern. Dies ändert aber nichts an der Tatsache, dass Szenario 3 am besten abschneidet, weil dieses Szenario gegenüber den anderen Szenarien bei jeder Bewertung entweder gleich gut oder besser als alle anderen Szenarien abschneidet. Gegenüber dem Status Quo bzw. dem Szenario 4 ist das Resultat robust. Im Vergleich zur Situation im Oberwallis gibt es also im Mittelwallis ein klar zu favorisierendes Szenario, auch wenn die gleichen Kriterien zur Anwendung gelangen. Dieser Unterschied ist insbesondere auf die unterschiedliche Ausgangslage in Sachen Einzugsgebiet und Servicepopulation zurückzuführen.

In Ergänzung dazu sei aber auch noch einmal betont, dass die dem Experten vorgelegten und auch zitierbaren Daten im Vergleich zum Oberwallis deutlich fundierter sind und eine schnelle Entscheidungsfindung erleichtern. Trotzdem ist es aus Sicht des Gutachters unerlässlich, dass die notwendige Gesamtschau über alle laufenden Projekte, also auch jene des Oberwallis, erstellt wird, um das langfristige Investitionsvorhaben im Hôpital du Valais schnell aufzugleisen.

Unter Berücksichtigung der gemachten Ausführungen lassen sich aus Sicht des Experten folgende prioritären Handlungsempfehlungen formulieren:

- Der Bau der geplanten OPS-Kapazitäten am Spital Sion ist höchst prioritär und sollte daher möglichst schnell realisiert werden. Parallel dazu sind die OPS-Kapazitäten in Sierre und in Martinach zu schliessen und die OPS-Infrastruktur vollständig abzubauen.
- Parallel dazu sind auch die Analysearbeiten im Oberwallis anhand der im Bericht zu den Spitalstrukturen im Oberwallis skizzierten Szenarien (Konzentration am Standort Visp bzw. Brig, Neubau an einem neuen Standort) voranzutreiben. Dies betrifft vor allem die baulichen Abklärungen und die Finanzierungsvarianten.
- Der Regierungsrat (und gegebenenfalls das Kantonsparlament) haben zu klären, wie weit sie aus gemeinwirtschaftlichen Gründen bereit sind, Investitionen in eine neue Spitalstruktur zu tätigen. Dies betrifft nicht nur einen allfälligen neuen Spital-Standort im Oberwallis, sondern gegebenenfalls auch alternative Versorgungskonzepte für die Standorte Brig bzw. Visp sowie Martinach und Sierre.
- Im darauf folgenden Schritt sollte sowohl am Spital in Sion (Renovation der Pflegestationen und damit insbesondere auch Befreiung von wegen der fehlenden Anzahl Nebenräume bis zu zwei Dritteln mit Fremdnutzung belegten Räumlichkeiten) als auch in der Psychiatrischen Klinik Malévoz und parallel dazu am Standort im Oberwallis vorwärts gemacht werden. Parallel zu diesen Schritten ist die Verzichtplanung an den anderen Standorten anzugehen und soweit möglich und sinnvoll nach alternativen Verwendungszwecken der frei gewordenen persönlichen und baulichen Ressourcen zu suchen.
- Neben der vollständigen Konzentration der OP-Tätigkeiten des Spitalzentrums Mittelwallis am Standort Sitten können für die weiteren Standorte folgende Schwerpunkte definiert werden:
 - Die stationäre Psychiatrie wird weiterhin in Malévoz erbracht, da sie angesichts der errechneten Bedarfswerte über der kritischen Grösse zu stehen kommen dürfte. Zu berücksichtigen gilt es dabei auch, dass die stationäre Psychiatrie in Malévoz auch den Bereich der Region Chablais abzudecken hat.
 - Am Standort Martinach werden Leistungen der Inneren Medizin, Anschlussbehandlungen nach operativen und interventionellen Eingriffen an anderen Standorten mit entsprechendem Leistungsauftrag gemäss KVG und Rehabilitationsleistungen stationär erbracht. Ausserdem wird ein Notfalldienst für die Innere Medizin betrieben.

- Am Standort Siders werden Leistungen der Inneren Medizin, Anschlussbehandlungen nach operativen und interventionellen Eingriffen an anderen Standorten mit entsprechendem Leistungsauftrag gemäss KVG und Rehabilitationsleistungen stationär erbracht. Angesichts der Nähe zum Standort Sitten wird kein Notfalldienst Innere Medizin betrieben.
- Die Klinik St-Amé erhält keinen Leistungsauftrag als Akutspital mehr. Ihre Umwandlung in ein Pflegeheim bzw. eine andere Verwendungsart ist näher zu prüfen.
- Das Walliser Zentrum für Pneumologie in Montana wird annahmegemäss weitergeführt. Dessen zukünftiges Tätigkeitsfeld ist nach der Schliessung der Klinik St-Amé näher zu prüfen.
- Mittel- bis langfristig sollten mit dieser Vorgehensweise wichtige Schritte in Richtung einer Vision „2 Somatik-Standorte im Wallis, je einer im Ober- und im Mittelwallis, und ein interkantonaler Somatik-Standort Waadt/ Wallis“ geleistet werden. Szenarien, welche nicht Schritte in diese Richtung ermöglichen, dürften sowohl aus medizinischen als auch aus ökonomischen kritische-Grösse-Überlegungen bei der heutigen Ausgangslage der dezentralen Zersplitterung keinen Sinn machen.

Küsnacht, 21. November 2013

Dr. W. Oggier