

Prof Dr. med. emerit. Hans Hoppeler
Universität Bern, MKR-Partner

Dr. Jürg Müller
MKR-Partner

Oliver Richner
MKR-Partner

Spitalgröße, Grundversorgung und Spitzenmedizin – Überlegungen zur nachhaltigen Gestaltung der Spitallandschaft

1. Hintergrund	132
2. Spitalgröße und Fallkosten	133
3. Spitalgröße und Qualität	137
4. Spitalgröße und Weiterbildung	139
5. Die spezielle Situation des peripheren Grundversorgerspitals	140
6. Zusammenfassung	142
7. Literaturverzeichnis	143

Im Spitalwesen der Schweiz besteht, wie auch in Österreich, ein Trend zur Zentralisierung; betroffen sind vor allem periphere Kleinspitäler. Es wird dabei übersehen, dass die optimale Spitalgröße zwischen 100 und 200 Betten liegt und größere Spitäler aufgrund negativer Skaleneffekte und Komplexitätskosten nicht günstiger betrieben werden können sowie keine bessere Versorgung bieten. Der vorliegende Beitrag geht der Frage der Rollenverteilung unter den einzelnen Spitälern nach. Dabei soll nicht nur der finanzielle Aspekt verfolgt werden, sondern auch andere, welche für die Größe und den Standort eines Spitals relevant sind, um die Gesundheitsversorgung einer Region sicherzustellen.

1. Hintergrund

Man darf davon ausgehen, dass Österreich und die Schweiz über ein qualitativ hochwertiges Gesundheitssystem verfügen und die Bevölkerung gesicherten Zutritt zu allen sinnvollen medizinischen Leistungen hat. Dies zeigt sich zum Beispiel daran, dass die Schweiz und Österreich zu den OECD-Ländern mit kleiner vermeidbarer Mortalität gehören⁴⁵. Beunruhigend ist aber, dass die Kosten des Gesundheitswesens über 11 % des Bruttosozialprodukts ausmachen – und dies seit Jahren mit überproportional steigender Tendenz. Die Daten aus Österreich sind dabei mit denen der Schweiz fast identisch.

Die Gesamtkosten des Schweizer Gesundheitswesens betragen 68 Milliarden Franken⁴⁶. Das Sparpotential wäre beträchtlich. Eine Studie der Schweizerischen Akademie der Wissenschaften von 2012 weist ein ermittelbares Sparpotential von nicht weniger als 9–11 % der Gesamtausgaben aus⁴⁷. Im Vordergrund stehen dabei mit je 2–3 Milliarden CHF die angebotsinduzierte Nachfrage, der patienteninduzierte Überkonsum an medizinischen Leistungen sowie die mangelnde Koordination im Gesundheitswesen. Die ungebremst wachsenden Gesundheitskosten weisen darauf hin, dass es schwierig ist, im Gesundheitswesen Einsparungen zu machen. In der ernüchternden Analyse des Generalsekretärs der Schweizerischen Akademie der Geistes- und Sozialwissenschaften⁴⁸ wird festgehalten, dass:

„fragmentierte und zersplitterte Zuständigkeit

- *in Verbindung mit nicht hinreichend auf ihre Wirksamkeit geprüften, durch Interessen unterschiedlichster Provenienz bestimmten Leistungskatalogen und*
- *in Verbindung mit je länger je weniger durchschaubaren Finanzierungsmechanismen und Finanzströmen ein System wohl organisierter Verantwortungslosigkeit begründen.*»

Es muss davon ausgegangen werden, dass die Verhältnisse in der Schweiz und in Österreich auch diesbezüglich ähnlich sind.

Die Spalkosten sind mit etwa 50 % der Gesamtkosten ein gewichtiger Faktor im wachsenden Wirtschaftszweig „Gesundheit“. In den letzten 20 Jahren hat dabei im Spalkwesen der Schweiz eine deutliche Konzentration des Versorgungsangebots stattgefunden. Kleinere Spalkler, meistens in der Peripherie, wurden

45 Gay et al. (2011).

46 Bundesamt für Statistik (2012).

47 Schweizerische Akademie der Wissenschaften (2012).

48 Zürcher 2012.

geschlossen zugunsten von mittelgroßen bis großen Krankenhäusern in den Agglomerationen. Die hohen Fallkosten in Kleinspitälern wurden dabei als eines der Hauptargumente für deren Schließungen angeführt. Die Zentralisierung im Spitalwesen ist noch nicht abgeschlossen und hat bereits zu einem erheblichen Ungleichgewicht im Angebot zu stationärer Pflege geführt. Während in der Agglomeration mehr als 5 Spitalbetten pro 1.000 Einwohner gezählt werden, ist es in der Peripherie nicht mehr 1 Bett pro 1.000 Einwohner (Beispiel Kanton Bern).

Der vorliegende Beitrag geht der Frage der Rollenverteilung unter den einzelnen Spitälern nach. Dabei soll nicht nur der finanzielle Aspekt verfolgt werden, sondern auch andere, welche für die Größe und den Standort eines Spitals relevant sind, um die Gesundheitsversorgung einer Region sicherzustellen. Dies geschieht im Wissen darum, dass 80 % des medizinischen Aufwandes im Bereich der Grundversorgung anfallen und mit einem bescheidenen technologischen Aufwand auch in der Peripherie medizinisch einwandfrei erbracht werden könnten.

2. Spitalgröße und Fallkosten

Die Zentralisierung im Spitalwesen wird vordergründig hauptsächlich finanziell begründet. Allerdings scheint die Schließung von Kleinspitälern nicht in jedem Falle den gewünschten Spareffekt zu erzielen. Zum Beispiel wurden im Kanton Bern zwischen 1999 und 2013 nicht weniger als 13 Kleinspitäler geschlossen. Trotzdem ist die Spitalproduktivität im Kanton Bern in diesem Zeitraum vom Mittelfeld auf den letzten Platz in der Schweiz abgefallen⁴⁹. Der bereits erwähnte Bericht der Schweizerischen Akademie von 2012 schätzt das Sparpotential durch bessere Ausnützung des „Skaleneffekts“ auf 0,7 Milliarden CHF.

Unter Skaleneffekt wird verstanden, dass sich in größeren Spitaleinheiten die Spitalfixkosten auf höhere Fallzahlen verteilen lassen, was zu geringeren Fallkosten führt. Die Fixkosten sind teilweise strukturell bedingt: Jedes Spital benötigt eine Verwaltung, eine funktionelle Grundausstattung usw., und dies unabhängig von der Patientenzahl. Zusätzlich kommen im Spitalsektor noch mannigfache Minimalanforderungen zum Tragen, welche der Sicherheit der medizinischen Dienstleistung dienen und welche als Vorhalteleistungen bezeichnet werden. Unabhängig von der Zahl der behandelten Patienten bestehen Minimalanforderungen, welche den Betrieb von Notfallstationen, Intensivpflegestationen, Geburtsabteilungen

49 Schleiniger und Blöchliger (2012)

und weiteren Spezialeinrichtungen der Spitälern gewährleisten. Diese Minimalanforderungen beanspruchen sowohl infrastrukturelle als auch personelle Ressourcen. Als Beispiel kann eine Geburtsabteilung in der Schweiz angeführt werden: aufgrund der geforderten Erreichbarkeit von Gynäkologinnen und Anästhesistinnen und der entsprechenden gesetzlichen Arbeitszeitregelungen kann eine solche erst mit ungefähr 600–800 Geburten pro Jahr kostendeckend geführt werden.

Der beschriebene Skaleneffekt verunmöglicht einen finanziell vertretbaren Betrieb von Kleinstspitälern mit der Ausrichtung auf die Grundversorgung. Die Abbildung 1 zeigt die publizierten Daten 2011 des Bundesamts für Gesundheit der Akutspitäler der Schweiz und stellt den durch die Patientenzahl normalisierten Aufwand eines Spitals den Fallzahlen dieses Spitals gegenüber. Die „unrentablen“ Kleinstspitäler (weiße Quadrate) finden sich dabei am Beginn der x-Achse. Auffällig an dieser Grafik ist die enorme Streuung der Daten. Diese dürfte zum Teil einer realen großen Streuung entsprechen, könnte allerdings auch auf eine nicht über alle Zweifel erhabene Datenqualität zurückzuführen sein.

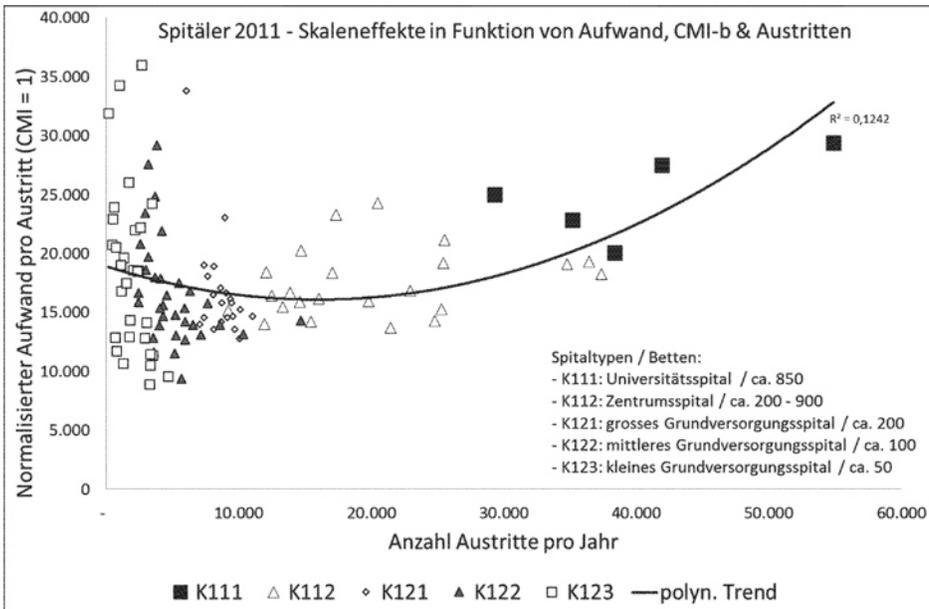


Abbildung 1: Spitalgröße und Normaufwand für Schweizer Akutspitäler (Daten Bundesamt für Gesundheit 2011).

Die in Abbildung 1 gezeigten Daten deuten tatsächlich auf einen Skaleneffekt hin, welcher Kleinst- und Kleinspitäler benachteiligt. Mit aller (statistischer) Unsicherheit, welche sich aus der Datenstreuung ergibt, hat die Kurve aber einen

U-förmigen Verlauf mit einem Minimum zwischen 10.000 und 20.000 Fällen. Die Aussage, die sich daraus ergibt, bedeutet, dass sich die Skaleneffekte ab einer gewissen Spitalgröße erschöpfen und dass dann mit weiter zunehmenden Fallzahlen mit einem Anstieg der Kosten gerechnet werden muss. Dass sich bei zunehmender Spitalgröße die Fallkosten nicht mehr weiter senken lassen, wird auch von der WHO festgehalten. Diese stellt in einer Zusammenfassung des „Health Evidence Networks“ 2013 fest, dass sich die Skaleneffekte bei Spitaleinheiten zwischen 100 und 200 Betten erschöpfen – und dass bei größeren Einheiten keine zusätzlichen Einsparungen erwartet werden können⁵⁰.

Es stellt sich damit die Frage nach einer optimalen Spitalgröße. Kristensen et al. (2008) berechnen aus einer Studie der Spitäler in Dänemark die optimale Spitalgröße auf 275 Betten, allerdings mit einer 95 %-Vertrauensgrenze von 130–585 Betten⁵¹. In einer Studie von 14 kalifornischen Spitalern findet Dranove (1998), dass sich bei Spitalzusammenlegungen ab etwa 10.000 Fällen keine Einsparungen mehr machen lassen⁵². Die in Abbildung 1 gezeigten Daten sind damit kompatibel mit den Empfehlungen der WHO und den Daten aus der internationalen Literatur.

Es steckt allerdings noch eine weitere ganz wesentliche Aussage in Abbildung 1. Die Fallkosten scheinen nach einem Durchschreiten des Kostenminimums bei 10.000–20.000 Fällen wieder anzusteigen. Dies ist deswegen von großer Bedeutung, weil das finanzielle „Unheil“, welches kleine Spitäler aufgrund der niedrigen Fallzahlen anrichten können, absolut gesehen relativ harmlos bleibt. Für große Spitäler trifft dies nicht zu. Auch bei geringer Überschreitung des Kostenminimums fallen enorme absolute Kosten an. Dies sollte ein Grund sein für die politisch Verantwortlichen, besonders große Spitalgebilde genau zu beobachten.

Es sind zwei Faktoren, welche das Ansteigen der Kosten bei Spitaleinheiten ab 20.000 Fällen bedingen. Es sind dies negative Skaleneffekte und die Komplexitätskosten. Beide Effekte sind in der Wirtschaft bekannt und auch ausgiebig beschrieben worden. Als negative Skaleneffekte bezeichnet man die Kosten, welche in großen organisatorischen Einheiten durch zusätzlich benötigte Organisationsebenen anfallen⁵³. Dies wiederum macht die Kommunikation zwischen Organisationseinheiten unter sich und mit der Führung schwieriger, zeitintensiver und damit teurer. Im Allgemeinen wird auch mit einer sinkenden Motivation der Mitarbeiter in großen Einheiten gerechnet.

50 WHO HEN (2013)

51 Kristensen et al. (2008)

52 Dranove (1998)

53 Siehe z.B. economicsonline.co.uk.

Als Komplexitätskosten werden Kosten bezeichnet, welche entstehen, wenn eine Produktionseinheit, in diesem Fall das Spital, eine Vielzahl von Produkten anbietet. In dieser Situation ist es schwierig, Organisation und Prozesse für alle Produkte gleichzeitig zu optimieren. In der Spitallandschaft ist das besonders deutlich zu zeigen am Beispiel der Universitätsspitäler. Die Universitätsspitäler fungieren als letztinstanzliche Versorger und müssen deswegen nicht nur in allen Fachdisziplinen auf dem aktuellen Stand des Wissens und der Technologie sein, sondern müssen auch komplexe multidisziplinäre medizinische Probleme lösen, welche in Grundversorgereinheiten nicht beherrscht werden können. Die Universitätsspitäler finden sich deswegen im rechten oberen Drittel der Grafik.

Es muss an dieser Stelle festgehalten werden, dass es gegen diese Art von Komplexitätskosten medizinisch gesehen nichts einzuwenden gibt. Wir alle wollen, dass die geringe Zahl der Patienten, welche auf Spitzenmedizin angewiesen ist, diese auch gemäß dem Stand der Wissenschaft erhalten kann. Allerdings ist es weder sinnvoll noch kostengünstig, in den komplexen Universitätsspitalern „banalere“ medizinische Leistungen anzubieten, welche problemlos in Einheiten der erweiterten Grundversorgung erbracht werden könnten. Man kann sich in diesem Zusammenhang auch überlegen, ob die Notfallaufnahme eines Universitätsspitals für die Allgemeinheit frei zugänglich sein sollte. Es darf davon ausgegangen werden, dass in den Agglomerationen, in denen Universitätsspitaler üblicherweise situiert sind, die Notfallaufnahmekapazität der übrigen Spitäler vollständig ausreichend ist – und die Notfallaufnahme im Universitätsspital somit nur den zuweisenden Ärzten und den Rettungsequipen offenstehen sollte. Ob eine solche, ökonomisch wünschbare und medizinisch vertretbare Regelung politisch akzeptiert würde, bleibt dahingestellt.

Die andauernden Bemühungen zur Zentralisierung des medizinischen Angebots scheinen nicht wirtschaftlich begründbar. Gegen die Schließung von Kleinstspitalern (< 50 Betten) ist allerdings nichts einzuwenden, es scheint mindestens aus wirtschaftlicher Sicht nicht vertretbar, Akutspitäler mit Grundversorgungsauftrag in dieser Größenordnung zu betreiben.

3. Spitalgröße und Qualität

Bei der Diskussion um Spitalschließungen spielen nicht nur ökonomische Aspekte eine Rolle, auch das Argument der Qualität wird immer wieder als wichtiger Vorteil der Zentralisierung angeführt. Dabei steht die Angst im Vordergrund, dass in kleinen Spitaleinheiten Interventionen zu selten ausgeführt werden und damit das Risiko für den Patienten steigt. Die Zahl der durchgeführten Interventionen gilt denn auch als Argument bei der Erteilung einer Betriebsbewilligung für ein Spital oder einer Spitalgruppe.

Diese Argumentation ist nicht grundsätzlich abzulehnen. Allerdings bereitet die Anwendung beträchtliche Schwierigkeiten. Für den Patienten steht nicht so sehr die Statistik des Spitals im Vordergrund, sondern die Erfahrung des ihn betreuenden Arztes oder Teams, welches eine Intervention ausführt. Wenn man das Mortalitätsrisiko bei chirurgischen Interventionen mit der Spitalgröße – genauer gesagt mit der Zahl der Interventionen – in Verbindung bringt, finden sich interessante Zusammenhänge. Die Analyse von 2,5 Millionen chirurgischer Interventionen in den USA zeigt tatsächlich, dass große Einheiten generell etwas niedrigere Todesfallraten haben⁵⁴. Bezogen auf einzelne Interventionen sinkt das Todesfallrisiko bei Fallzahl > 20–30 pro Jahr aber nur noch unwesentlich. Das bedeutet, dass eine hohe „Qualität“ einer Intervention dann vorliegt, wenn diese etwa alle zwei Wochen einmal durchgeführt wird.

Es ist vermutlich nicht nur medizinisch, sondern auch ökonomisch sinnvoll, wenn sich kleinere Spitäler auf Interventionen beschränken, welche mit einer gewissen Regelmäßigkeit durchgeführt werden können. Im Allgemeinen braucht es bei den meisten aufwändigeren Interventionen spezialisierte Infrastrukturen (spezialisiertes Personal, Apparate, Werkzeuge usw.), welche nur mit genügenden Fallzahlen amortisiert werden können. Dies zwingt ein Kleinspital dazu, Leistungen anzubieten, für welche eine genügende Nachfrage besteht. Als Extrembeispiel technologischen Aufwandes können wohl Herztransplantationen gelten. In der Schweiz werden jährlich etwa 30 Herztransplantationen (aus vorwiegend politischen Gründen) an drei Standorten durchgeführt⁵⁵. Aufgrund der oben dargelegten Datenlage scheint dies weder aus medizinischer noch aus ökonomischer Sicht vertretbar.

Die Qualität von Spitälern zu beurteilen, erscheint außerordentlich schwierig. Als klassische Qualitätsindikatoren werden Todesfallhäufigkeit, Komplikationshäufigkeit, Rehospitalisationshäufigkeit und Patientenbefragungen beim Austritt ver-

54 Birkmeyer et al. (2002).

55 Bundesamt für Gesundheit (2014a).

wendet. Bei letzterem handelt es sich um die subjektive Befindlichkeit des Patienten, welcher nicht in der Lage ist, eine qualifizierte Aussage über die Qualität der medizinischen Versorgung zu machen. Auch die anderen genannten Indikatoren sind problematisch, da sie stark von der Patientenstruktur eines Spitals abhängig sind, wobei Alters- und Geschlechtszusammensetzung sowie Komorbiditäten der Patientenpopulation zu berücksichtigen sind.

Es werden aktuell große Anstrengungen unternommen, Qualitätsindikatoren auf eine solidere statistische Basis zu stellen und transparent zugänglich zu machen. In der Schweiz wird die Ergebnisqualität mit einem CH-IQI-System (Swiss Inpatient Quality Indicators) erfasst. Es werden dazu Routinedaten, welche mit dem Fallpauschale-System (in der Schweiz seit 2012 eingeführt) einheitlich erfasst werden, verwendet. Idealerweise sollte dieses System dem Patienten die Möglichkeit geben, die Erfahrung und allenfalls das Behandlungsergebnis eines Spitals einzuschätzen⁵⁶. Man geht dabei davon aus, dass sich die erfassten Spitäler dem Qualitätswettbewerb stellen und die erhobenen Daten in einem Peer-Review-System verwenden, um Verbesserungen zu realisieren. Inwiefern die zurzeit verfügbaren Systeme tatsächlich vom Patienten sinnvoll genutzt werden können, ist fraglich. Diese Aussage soll aber die in dieser Richtung gemachten Anstrengungen in keiner Weise abwerten.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass es sogar für den Fachmann außerordentlich schwierig ist, die Qualität einer medizinischen Einrichtung zu beurteilen. Neben den erwähnten Qualitätsindikatoren spielt vermutlich vor allem die Fehlerkultur eines Spitals, einer Spitalabteilung oder einer ärztlichen Praxis eine entscheidende Rolle. Das Critical Incident Monitoring (CIM) und die nachfolgende Auswertung von Fehlern oder Fast-Fehlern sowie die daraus abgeleiteten Konsequenzen sind langfristiger Garant für Qualitätsverbesserungen⁵⁷. In diesem Zusammenhang wichtig festzuhalten ist, dass die Spitalgröße kein Hinweis auf Qualität ist. Der bereits zitierte WHO HEN member report (2013) hält wörtlich fest:

„Bigger hospitals are not necessarily better. Research shows that they rarely result in lower costs or better patient outcomes.“

56 Bundesamt für Gesundheit (2014b).

57 Frey und Schwappach (2010).

4. Spitalgröße und Weiterbildung

Ein großer Anteil an medizinischen Leistungen wird in unsern Spitälern von Assistenzärzten in der Weiterbildung erbracht. An Universitäts- und Zentrumsspitalern werden alle oder mindestens ein Großteil der medizinischen Fachgebiete angeboten. Die Struktur dieser Spitäler reflektiert damit im Wesentlichen die Aufteilung der Medizin in Fachgebiete. Für Assistenzärzte bedeutet dies, dass sie es auf einer spezialisierten fachspezifischen Abteilung mit einem vorselektionierten Krankengut zu tun haben. Diese Situation ist für den Erwerb eines spezialisierten Facharzttitels geeignet, ist aber für den Erwerb der Kenntnisse und Fertigkeiten, welche einen Grundversorger auszeichnen, weniger dienlich. Assistentenstellen in Grundversorgerospitalern, welche in den zahlenmäßig gewichtigsten Gebieten der Medizin (Innere Medizin, Chirurgie und Gynäkologie) ein wenig selektioniertes Krankengut betreuen, sind für zukünftige Grundversorger, früher „Hausärzte oder Hausärztinnen“ genannt, als Weiterbildungsstellen besser geeignet.

Eine besondere Bedeutung kommt in diesem Zusammenhang den peripheren Kleinspitälern zu. In einer nicht repräsentativen Umfrage in einem ländlichen medizinischen Bezirksverein haben wir festgestellt, dass praktisch alle im Gebiet tätigen Hausärzte im lokalen Landspital mindestens 1 Jahr ihrer Assistenzzeit verbracht haben. Wir haben bei dieser Umfrage auch festgestellt, dass eine enge Bindung der Hausärzte zu ihrem Lokalspital besteht. Das Spital dient als Basis für die Hausarztstätigkeit, indem zum Beispiel die regelmäßigen Fortbildungsveranstaltungen, Fallvorstellungen und Qualitätszirkel am lokalen Spital stattfinden. Daraus ergeben sich mannigfache Kontakte und Austauschmöglichkeiten. Speziell wird die rasche und informelle Kommunikation zwischen Spitalärzten und Zuweisern in den Vordergrund gestellt. Die Grundversorger im Einzugsgebiet dieses Spitals geben an, pro Patient durchschnittlich 30 Minuten mehr Zeit für Kommunikation aufwenden zu müssen, wenn der Patient in einem Zentrumsspital hospitalisiert ist. Besonders schwierig gestaltet sich die Kommunikation des peripheren Grundversorgers mit dem Universitätsspital. Es scheint dort besonders schwierig, zeitgerecht an die für die Betreuung des Patienten notwendigen Informationen zu gelangen.

5. Die spezielle Situation des peripheren Grundversorgerspitals

Wir haben uns mit der Problematik der Rolle des peripheren Kleinspitals im Auftrag einer lokalen Ärztevereinigung⁵⁸ vertieft auseinandergesetzt⁵⁹. Dieser Auftrag entstand aus der Sorge der dortigen Ärzte, „ihr“ Spital könnte aus ökonomischen Gründen geschlossen werden. Wir haben in dieser Untersuchung nicht nur die unmittelbaren ökonomischen, sondern auch die gemeinwirtschaftlichen Aspekte eines kleinen peripheren Akutspitals berücksichtigt. Zusätzlich haben wir versucht, die Rolle dieses Spitals für die lokale Grundversorgung der Bevölkerung zu erfassen. Als Szenarien haben wir diverse Schließungsoptionen aus finanzieller und qualitativ-medizinischer Sicht dieses Spitals dargestellt. Die detaillierten Resultate für die verschiedenen beschriebenen Schließungsvarianten finden sich in Hoppeler et al. (2012). Im Folgenden werden diese Resultate summarisch und thematisch gegliedert dargestellt. Es geht dabei vor allem darum, in welchen Bereichen finanzielle, medizinische und gemeinwirtschaftliche Überlegungen relevant sind. Bei den angegebenen Geldbeträgen handelt es sich dabei um annahmeabhängige Schätzungen.

Randbedingungen: Das beschriebene Spital Langnau ist der kleinere Partner (66 Betten, 2.600 Fälle stationär, 8.100 Fälle ambulant) im Regional-Spital Emmental des Mutterhauses in Burgdorf (154 Betten, 6.000 Fälle stationär, 30.100 Fälle ambulant). Das Spital liegt in einer ländlichen Kleinstadt mit einer Bevölkerung von 9.000 Personen und einem geschätzten Einzugsgebiet von etwa 35.000 Personen. Die Distanz zum Mutterhaus beträgt 21 km, zum nächsten Agglomerationsspital 21 km, zum Universitätsspital sowie zu weiteren Zentrumsspitalern 32 km. Das Spital Langnau ist ein Akutspital mit Notfalldienst ohne permanent anwesende Anästhesie, mit den Schwerpunkten Medizin, Chirurgie und Gynäkologie (ohne Geburtshilfe). In diesen Gebieten und in der Orthopädie werden selektive invasive Eingriffe vorgenommen. Das Spital verfügt über eine IMC (intermediate-Care-Station), aber nicht über eine Intensivpflegestation (ICU).

Aufwand und Ertrag: Die separate Berechnung von Aufwand und Ertrag für die im Spital Emmental zusammengeschlossenen Spitäler Burgdorf und Langnau zeigt, dass Langnau gerade eben noch kostendeckend operiert. Das Mutterhaus generiert einen geschätzten Erfolg von etwas mehr als 2 Millionen CHF, zu dem

58 Ärztenetzwerk Oberes Emmental.

59 Hoppeler et al. (2012).

das Spital Langnau nur gerade 200.000 CHF beisteuert. Diese für Langnau relativ günstige Situation lässt sich durch die Partnerschaft im Spitalverbund mit Burgdorf erklären. Diese gestattet es, den Fixkostenblock des Kleinspitals unter Kontrolle zu halten.

Schließungskosten: Es wird gelegentlich vergessen, dass eine Spitalschließung nicht gratis erfolgen kann. Für die Schließung und den Rückbau des Spitals würden berechnete 6,6 Millionen CHF anfallen. Eine Umnutzung eines Spitals ist erfahrungsgemäß schwierig – und auch dabei würden je nach Nutzungszweck unterschiedliche Investitionskosten anfallen. Diese müssten allenfalls auch in eine Berechnung der Gesamtkosten sowie deren Amortisierung Eingang finden.

Rettungsteam: Aufgrund der geographischen Lage und der gesetzgeberischen Vorgabe, wodurch 80 % der Bevölkerung (im Einzugsgebiet eines Spitalverbundes) in 30 Minuten von einem Rettungsteam erreicht werden sollten, müsste bei einer Spitalschließung eine Rettungsequipe in Langnau stationiert werden. Für den Betrieb einer Rettungsequipe fallen jährlich Kosten im Umfang von ca. 1,2 Millionen CHF an. Mindestens ein Teilbetrag dieser Kosten würde bei einer Schließung anfallen. Zusätzlich könnte dieses Rettungsteam nicht mehr in einer Spitalorganisation integriert betrieben werden.

Verlegungskosten: Bei einer Spitalschließung muss davon ausgegangen werden, dass die im Spital Langnau versorgten Patienten anderweitig versorgt werden müssten. Es entstehen dadurch Verlegungskosten. Bei Nichtvorhandensein von entsprechenden Bettenkapazitäten müsste am Auffangort mit einem Investitionsbedarf von ca. 800.000 CHF pro Spitalbett gerechnet werden. Dieser Investitionsbedarf fällt natürlich bei nahegelegenen Spitalüberkapazitäten weg. Auch Kosten im Umfang von 8.000 CHF für Integration, von 6.000 CHF für Rekrutierung und von 30.000 CHF für Entlassung pro Personalstelle müssten bei einer Vollkostenrechnung berücksichtigt werden.

Volkswirtschaftliche Kosten: Der geschätzte Mehraufwand durch die nach Spitalschließungen notwendigen Transporte der stationären und ambulanten Patienten sowie deren Besucher (1 Besucher pro Patient und Tag) machen einen geschätzten jährlichen Gesamtbetrag von 1,2 Millionen Franken aus. Die Landbevölkerung wird damit nicht nur durch das Wegfallen der lokalen Spitalversorgung bestraft, sondern wird zusätzlich mit Ausgaben für die entstehenden Transporte belastet. Da davon auszugehen ist, dass die zusätzlichen Transporte hauptsächlich mit Privatfahrzeugen stattfinden, führt dies zu einer erheblichen Umwelt- und Verkehrsbelastung. Die Mehrkosten für erschwerte Kommunikation mit einem Zentrumsspital belasten die Hausärzte mit 600.000 CHF. Als größter Arbeitgeber im Einzugsgebiet ist das Spital Langnau auch lokal von wirtschaftlicher Bedeutung. Es ist mit Steuerausfällen durch den Wegzug oder die Nichtweiterbeschäftigung

des Personals zu rechnen sowie mit Auftragsrückgang für das lokale Gewerbe durch den Wegfall des Spitals als Leistungsbezieher. Wir haben den Rückgang an lokalem Steuereinkommen auf 1,2 Millionen CHF geschätzt. Gesamthaft verliert die Region bei Spitalschließung an wirtschaftlicher Potenz.

Hausärzte und Notfalldienst: Als wichtige Funktion peripherer Spitäler haben sich die Organisation und das Mitbetreiben des Notfalldienstes ergeben. Der Notfalldienst ist ein Grundpfeiler der ärztlichen Versorgung einer Region, wird aber von jüngeren Grundversorgern zunehmend als Belastung empfunden. Im Einzugsgebiet des Spitals Langnau besteht während der Praxisöffnungszeiten eine dezentrale hausärztliche Versorgung. Am Abend und an den Wochenenden werden die Patienten an die Notfallstation des Spitals verwiesen. Dabei gilt eine einheitliche Notfallnummer, und es findet eine professionelle Triage durch MEDPHONE statt. MEDPHONE ist ein ärztteigenes Callcenter für medizinische Notfälle. Eine Schließung des Spitals würde zu einer erheblichen Mehrbelastung der Hausärzte führen und würde die jetzt schon großen Rekrutierungsschwierigkeiten für Hausärzte in ländlichen Bereichen weiter verschärfen.

6. Zusammenfassung

Im Spitalwesen der Schweiz besteht ein Trend zur Zentralisierung; betroffen sind vor allem periphere Kleinspitäler. Es wird dabei übersehen, dass die optimale Spitalgröße zwischen 100 und 200 Betten liegt und größere Spitäler aufgrund negativer Skaleneffekte und Komplexitätskosten nicht günstiger betrieben werden können und keine bessere Versorgung bieten⁶⁰. Periphere Kleinspitäler spielen eine wesentliche Rolle für die medizinische Grundversorgung der Bevölkerung. Sie dienen den Hausärzten als Basis, bieten für Grundversorger bevorzugte Weiterbildungsstellen und ermöglichen einen qualitativ hochwertigen Notfalldienst. Zusätzlich leisten sie einen gemeinwirtschaftlich wesentlichen Beitrag zum Erhalt der Lebensqualität in Landgebieten.

60 WHO HEN (2013)

7. Literaturverzeichnis

- Ärzt Netzwerk Oberes Emmental
<http://www.n-oe.ch/jwa/de/home.jsp>
- Birkmeyer JD et al. (2002): Hospital volume and surgical mortality in the United States, The New England Journal of Medicine, 346:1128-1137. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11948273>
- Bundesamt für Gesundheit (2011): Kennzahlen der Schweizer Spitäler.
http://www.bag.admin.ch/hospital/index.html?webgrab_path=aHR0cDovL3d3dy5iYWwctYW53LmFkbWluLmNoL2t1di9zcGI0YWxzZGF0aXN0aWsvG9ydGFsX2RlLnBocD9sYW5nPWRIJmFtcDtuYXZpZD1renNz&lang=de
- Bundesamt für Gesundheit (2014a): Zahlen und Fakten zur Herztransplantation.
<http://www.bag.admin.ch/transplantation/00692/00941/04751/index.html?lang=de>
- Bundesamt für Gesundheit (2014b): Qualitätsindikatoren der Schweizer Akutspitäler.
http://www.bag.admin.ch/hospital/index.html?webgrab_path=aHR0cDovL3d3dy5iYWwctYW53LmFkbWluLmNoL2t1di9zcGI0YWxzZGF0aXN0aWsvG9ydGFsX2RlLnBocD9sYW5nPWRIJmFtcDtuYXZpZD1xaXNz&lang=de
- Bundesamt für Statistik Daten (2012): <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/05/blank/key/ueberblick.html>
- Dranove, D. (1998): Economies of scale in non-revenue producing cost centers: implications for hospital mergers. Journal of Health Economics 17 (1998)69-83
- Economicsonline
http://www.economicsonline.co.uk/Business_economics/Diseconomies_of_scale.html
- Frey B, Schwappach D. (2010): Critical incident monitoring in paediatric and adult critical care: from reporting to improved patient outcomes? Curr Opin Crit Care. 16:649-53.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20930624>
- Gay, JG, Paris, V., Devaux, M. und de Looper, M. (2011) : Mortality amenable to healthcare in 31 OECD countries. <http://dx.doi.org/10.1787/5kgj35f9f8s2-en>.
- Hoppeler, H. et al. (2012): Kosten und Nutzen kleiner Spitäler. Schweizerische Aerztezeitung, 43, 1580-1583.
- Kristensen, T. et al. (2008): Economies of scale and optimal size of hospitals: Empirical results for Danish public. Hospitals.
http://static.sdu.dk/mediafiles/Files/Om_SDU/Centre/c_ist_sundoke/Forskningsdokumenter/publications/Working%20papers/200813_001.pdf
- Notfallversorgung im Emmental (2009):
<http://www.rs-e.ch/upload/docs/docs/Notfallversorgung%20im%20Emmental.pdf>
- Schleiner, R. und Blöchliger, J. (2012): Menge und Preise der OKP Leistungen.
<https://www.santesuisse.ch/datasheets/files/201304031858074.pdf>

Schweizerische Akademie der Wissenschaften (2012): Effizienz, Nutzung und Finanzierung des Gesundheitswesens.

[https://www.google.ch/?gws_rd=ssl#q=Effizienz%2C+Nutzung+und+Finanzierung+des+Gesundheitswesens.+](https://www.google.ch/?gws_rd=ssl#q=Effizienz%2C+Nutzung+und+Finanzierung+des+Gesundheitswesens.)

Spital Emmental, Standort Langnau (2014):

<http://www.rs-e.ch/?rub=9&Spital%20Langnau>

WHO, HEN member report (Health Evidence Network) Are bigger hospitals better? 2013:

<http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/evidence-informed-policy-making/publications/hen-summaries-of-network-members-reports/are-bigger-hospitals-better>

Zürcher, M. (2012): Das Schweizer Gesundheitssystem: ein Fall für die Akademien.

<http://www.akademien-schweiz.ch/index/Schwerpunktthemen/Gesundheitssystem-im-Wandel/Nachhaltiges-Gesundheitssystem.html>