



**CANTON DU VALAIS
KANTON WALLIS**

Département de la santé, des affaires sociales et de l'énergie
Service de la santé publique

Departement für Gesundheit, Sozialwesen und Energie
Dienststelle für Gesundheitswesen

Spitalplanung 2008

Bilanz der Spitalplanungen 2004 und 2006, Ausblick und Anpassungsvorschläge

Bericht des Departements für Gesundheit,
Sozialwesen und Energie

Juni 2008

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	4
2.	Entwicklung der Walliser Spitalplanung	4
2.1.	Rückblick	4
2.2.	Vernetzung der Spitäler	5
2.3.	Neue Spitalorganisation und Aufteilung der medizinischen Disziplinen	6
2.4.	Gesetz über die Krankenanstalten und –institutionen vom 12. Oktober 2006.....	10
3.	Bilanz der Vernetzung der Spitäler	11
3.1.	Pflegequalität und Sicherheit der Patienten	11
3.2.	Zufriedenheit der Patienten und des Personals.....	12
3.3.	Tätigkeitsentwicklung.....	13
3.3.1	<i>Gesamtes GNW.....</i>	<i>14</i>
3.3.2	<i>Spitalzentrum Oberwallis (SZO).....</i>	<i>15</i>
3.3.3	<i>Spitalzentrum Mittelwallis (CHCVs).....</i>	<i>18</i>
3.4.	Arbeitsplatzentwicklung	23
3.5.	Entwicklung der Ausgaben und der Ertragslage des GNW	24
3.6.	Schwierigkeiten im Zusammenhang mit der Vernetzung.....	26
4.	Ausblick	26
4.1.	Technologische Entwicklung.....	26
4.2.	Entwicklung im schweizerischen Spitalkontext.....	27
4.3.	Folgen für das GNW	28
5.	Planung 2008: Anpassungsvorschläge	29
5.1.	Allgemeine Ziele	29
5.2.	Spitalzentrum Oberwallis (SZO).....	30
5.2.1	<i>Allgemeine Chirurgie (einschliesslich Traumatologie)</i>	<i>30</i>
5.2.2	<i>Orthopädie.....</i>	<i>31</i>
5.2.3	<i>Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten (HNO).....</i>	<i>31</i>
5.2.4	<i>Geriatric – innere Medizin</i>	<i>32</i>
5.2.5	<i>Wartebetten</i>	<i>33</i>
5.3.	Spitalzentrum Mittelwallis (CHCVs).....	33
5.3.1	<i>Allgemeine Chirurgie, Orthopadie, orthopadische Traumatologie.....</i>	<i>33</i>
5.3.2	<i>Palliativpflege.....</i>	<i>35</i>
5.3.3	<i>Operative ambulante Gynakologie.....</i>	<i>35</i>
5.3.4	<i>Padopsychiatrie</i>	<i>36</i>
5.3.5	<i>Geriatric – innere Medizin – Wartebetten.....</i>	<i>36</i>
5.3.6	<i>Pneumologie.....</i>	<i>37</i>
5.4.	Bereitschaftsdienst.....	37
6.	Schlussbemerkungen	38

Abkürzungen

APDRG	All Patient Diagnosis Related Groups
APH	Alters- und Pflegeheim
CHC	Spitalzentrum Chablais
CHCVs	Spitalzentrum Mittelwallis
CHUV	Centre Hospitalier Universitaire Vaudois
GNW	Gesundheitsnetz Wallis
HUG	Hôpitaux Universitaires de Genève
IPVR	Psychiatrische Institutionen des Mittel- und Unterwallis
IUMSP	Institut universitaire de médecine sociale et préventive
KTA	Krankentage
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
KWRO	Kantonale Walliser Rettungsorganisation
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
SMUR	Mobile Einheit für Notfälle und Reanimation
SMZ	Sozialmedizinisches Zentrum
SZO	Spitalzentrum Oberwallis
VZÄ	Vollzeitäquivalent
WZP	Walliser Zentrum für Pneumologie
ZIWS	Zentralinstitut der Walliser Spitäler

1. Einleitung

Die Walliser Spitallandschaft erfuhr im Jahr 2004 grosse Änderungen. Einerseits wurde das Gesundheitsnetz Wallis (GNW) durch die Übernahme der Verwaltung der Spitäler ausgebaut, andererseits wurde eine neue Aufteilung der medizinischen Disziplinen durchgeführt. Im Jahr 2006 zog der Staatsrat eine erste Bilanz dieser Veränderungen und passte die Planung in einigen Punkten der damaligen Situation an.

In Anbetracht der immer rascheren Entwicklung der medizinischen Technologien und der Betreuungsmöglichkeiten sowie aufgrund revidierter Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) zur Spitalfinanzierung, die bald in Kraft treten werden, muss die Spitalplanung neu angepasst werden.

Nach einer Darstellung der Entwicklung der Spitalplanung unseres Kantons und nach einer Bilanzziehung der Spitalvernetzung zeigt der vorliegende Bericht die Perspektiven für die kommenden Jahre auf. Auf dieser Grundlage aufbauend werden eine Anzahl Anpassungen vorgeschlagen, durch deren Umsetzung das GNW den wichtigen Herausforderungen, die ihm bevorstehen, die Stirn bieten kann.

Diese Anpassungen betreffen das Spitalzentrum Oberwallis (SZO) und das Spitalzentrum Mittelwallis (CHCVs). Das Spitalzentrum Chablais (CHC) ist von den Änderungen nicht betroffen. Das gegenwärtig in Ausarbeitung befindliche Projekt zur Schaffung des interkantonalen Spitals Riviera-Chablais bildet Gegenstand eines separaten Verfahrens, das den Waadtländer und Walliser Parlamenten unterbreitet wird. Bei den anderen Anstalten, die das CHC bilden, brauchen gegenwärtig keine Änderungen durchgeführt zu werden. Die Psychiatrischen Institutionen des Mittel- und Unterwallis (IPVR) funktionieren gut, ebenso die geriatrische Betreuung in der Klinik Saint-Amé in St. Maurice, die in Zusammenarbeit mit dem Spital von Martinach und den IPVR ausgeführt wird.

2. Entwicklung der Walliser Spitalplanung

2.1. Rückblick

Die Ausarbeitung der gesetzlichen Grundlagen der Spitalplanung erfolgte schrittweise, zuerst auf kantonalem, dann auf eidgenössischem Niveau. Das kantonale Gesundheitsgesetz von 1961 verstärkte im Anschluss an die Schaffung der modernen Spitäler in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts die finanzielle Beteiligung des Kantons an den Krankenanstalten. Die erste solide Rechtsgrundlage zur Planung bildete **das kantonale Gesetz von 1988** zur finanziellen Beteiligung der öffentlichen Hand an den Investitions- und Betriebskosten der öffentlichen Krankenanstalten. Dieses legte die Subventionierungsbedingungen entsprechend der vom Staatrat erlassenen Planung fest. Parallel dazu tilgte der Staat 1991 für einen Betrag von 550 Millionen Franken sämtliche Spitalschulden, deren Amortisation sich noch bis ins Jahr 2018 hinausziehen wird.

Von diesem Zeitpunkt an verfügte der Kanton über die Kompetenzen und die Berechtigung, die Bettenzahl der Spitäler zu senken, die infolge Verkürzung der Aufenthaltsdauer zu gross geworden war. Dies war in erster Linie dem Fortschritt in der Medizin und Chirurgie zu

verdanken, der den Patienten eine frühere Spitalentlassung oder eine ambulante Behandlung ermöglicht, aber auch der Förderung der Entwicklung des spital-externen Bereichs. Basierend auf einem Bericht des Schweizerischen Krankenhausinstituts (SKI) und einem Vorschlag der Planungskommission des Staatsrats hat dieser im Jahr 1992 entschieden, insgesamt 200 Akutpflegebetten zu streichen.

Das Jahr 1996 lässt sich durch das Inkrafttreten des **neuen Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG)** und durch die Verabschiedung des **neuen kantonalen Gesundheitsgesetzes von 1996** kennzeichnen. Die Rolle der kantonalen Planung wurde beträchtlich gefestigt. Laut KVG können nur jene Krankenanstalten auf Kosten der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) arbeiten, die auf der Spitalliste des Kantons aufgeführt sind. Das kantonale Gesundheitsgesetz von 1996 hingegen setzt voraus, dass die kantonale Gesundheitspolitik durch die Spitalplanung des Staatsrats festgelegt wird. Die Subventionierung bleibt von der Spitalplanung bestimmt und den öffentlich anerkannten Krankenanstalten vorbehalten. Gleich im Anschluss entschied der Staatsrat im Jahr 1996 die Festsetzung einer Höchstnorm von 3,2 Akutpflegebetten pro 1'000 Einwohner. Als Rechtfertigung dieser Norm wurden die im Wallis immer noch erhöhte Hospitalisationsrate und die weiterhin verfolgte Verminderung der Aufenthaltsdauer vorgebracht.

Die Entscheide des Staatsrats von 1992 und 1996 ermöglichten zwischen 1992 und 2003 die Streichung von mehr als 400 Akutpflegebetten im Wallis.

2.2. Vernetzung der Spitäler

Trotz dieser Massnahmen waren die Bettenkapazitäten und die Kapazitäten der Operationssäle zu Beginn des 21. Jahrhunderts immer noch zu hoch. Die immer schnellere Entwicklung neuer Betreuungsmöglichkeiten und Behandlungstechniken ermöglichte eine weitere Reduzierung der Aufenthaltsdauer und eine zunehmende Anzahl Verlegungen stationärer Fälle in die ambulante Aufnahme. Die Spitäler sahen sich mit wachsenden Finanzierungsschwierigkeiten konfrontiert. Obendrein erlaubte es die geringe Anzahl Patienten in bestimmten spezialisierten Abteilungen, die in weniger als 10 km entfernt liegenden Spitälern vorhanden waren, nicht länger, die Einhaltung der Qualitäts- und Sicherheitsnormen zu gewährleisten, da die entsprechenden technischen Eingriffe nicht mehr genügend häufig ausgeführt wurden. Es war damit unausweichlich an der Zeit, eine tief greifende Reform der kantonalen Spitalorganisation durchzuführen.

Im Jahr 1997 wurde mit dem Kanton Waadt eine Vereinbarung zur Schaffung des Spitals Chablais und zur Aufteilung der medizinischen Disziplinen zwischen den Standorten Aigle und Monthey unterzeichnet. Die Chirurgie, die Medizin und die Intensivpflege wurden Monthey zugeteilt, wohingegen die Pädiatrie, die Gynäkologie/Geburtshilfe und die programmierten Chirurgie Aigle zugeteilt wurden.

Auf diese erste Vernetzung von Spitälern hin beschloss der Staatsrat im April 2000, je ein Spitalnetz im Oberwallis und im Mittelwallis zu gründen. Es war vorgesehen, zwischen den Anstalten eine Aufteilung der Tätigkeitsbereiche vorzunehmen, indem die Akutpflege zwar in jedem Spital beibehalten werden sollte, dies aber mit einem unterschiedlichen und sich ergänzenden, jedoch nicht konkurrierenden Leistungsangebot. Die Umsetzung dieser Beschlüsse stiess auf den Widerstand der Spitalverbände, damalige Eigentümer der Spitäler, welche diese ablehnten.

Die Vernetzung der Spitäler des Kantons konnte schliesslich über zwei Dekrete verwirklicht werden, die vom Walliser Grossen Rat erlassen worden waren.

Mit dem Dekret vom 2. Februar 2002 wurde das Gesundheitsnetz Wallis (GNW) geschaffen. Dessen Auftrag umfasst in erster Linie die Budgetverwaltung der öffentlichen und der subventionierten Spitäler, die Verhandlung der Tarife sowie die Beteiligung an der Ausarbeitung der Gesundheitsplanung. Die Leitung und Verwaltung der Spitäler bleibt aber diesen überlassen.

Am 4. September 2003 verabschiedete der Walliser Grosse Rat ein neues Dekret, das eine Übertragung der Befugnisse und der Verantwortung der Spitalverbände, damalige Eigentümer der Spitäler, auf das GNW ermöglichte. Das neue Dekret übertrug dem GNW die Aufgabe, die Krankenanstalten und die medizinisch-technischen Institute, welche an die öffentlich anerkannten und subventionierten Spitäler angegliedert sind, zu leiten und zu verwalten. Es sind dies:

- die Spitäler von Brig, Visp, Siders, einschliesslich der Klinik Sainte-Claire, die Spitäler Sitten, Martinach, Chablais und die Klinik Saint-Amé in St. Maurice;
 - das Zentralinstitut der Walliser Spitäler (ZIWS);
- sowie die kantonalen Krankenanstalten, namentlich:
- das Walliser Zentrum für Pneumologie (WZP) und die Psychiatrischen Institutionen des Mittel- und Unterwallis (IPVR).

Als Gegenleistung wurde die finanzielle Beteiligung der Gemeinden an den Betriebsausgaben der Spitäler gestrichen. Die Gemeinden wurden dadurch von einer jährlichen Beteiligung von über 30 Millionen Franken befreit (im Jahr 2003 waren es 32.2 Millionen Franken).

Die Voraussetzungen für eine Umstrukturierung der Walliser Spitäler und für eine Einführung der Aufteilung der Disziplinen unter den Anstalten waren infolgedessen günstig.

2.3. Neue Spitalorganisation und Aufteilung der medizinischen Disziplinen

Die zehn Krankenanstalten und medizinisch-technischen Institute des Kantons wurden so umstrukturiert, dass sie **einen einzigen Betrieb bildeten, der aus drei Spitalzentren zusammengesetzt ist, von denen jedes ein umfassendes Leistungsspektrum anbietet.** Dies sind:

- das **SZO** – Spitalzentrum Oberwallis, das die Spitäler von Brig und Visp umfasst;
- das **CHCVs** – Spitalzentrum Mittelwallis, mit den Spitälern von Siders (einschliesslich der Klinik Sainte-Claire), Sitten, Martinach und dem Walliser Zentrum für Pneumologie (WZP);
- das **CHC** – Spitalzentrum Chablais, das den Walliser Teil des Spitals Chablais (Spital mit den Standorten Aigle und Monthey), die psychiatrischen Institutionen des Mittel- und Unterwallis (IPVR) und die Klinik Saint-Amé umfasst.

Das Zentralinstitut der Walliser Spitäler (ZIWS) wurde ebenfalls in das Gesundheitsnetz Wallis eingegliedert.

Das Spitalkonzept 2004 hat eine Aufteilung der medizinischen Disziplinen zwischen den verschiedenen Anstalten jedes Spitalzentrums eingeführt, die aufgrund folgender Prinzipien entschieden wurde:

- **Aufteilung der Disziplinen nach Differenzierung zwischen komplexen und/oder nicht programmierten Fällen und leichten und/oder programmierten Fällen;**

- **Zentralisierung bestimmter medizinischer Disziplinen auf einem Standort für den ganzen Kanton;**
- **Beibehaltung eines ambulanten Notfalldienstes 24 Stunden am Tag und 7 Tage die Woche in den sechs Akutspitälern sowie Beibehaltung der Operationstrakte in allen Anstalten, mit Ausnahme der Nacht und am Wochenende. Für diesen Zeitabschnitt wird eine Anstalt pro Zentrum seine Operationssäle geöffnet haben;**
- **Beibehaltung der Intensivpflege in je einer Anstalt pro Spitalzentrum.**

Die Behandlung von komplexen und/oder nicht programmierten Fällen wurde den Spitälern Visp und Sitten zugeteilt. Sie verfügen über eine Intensivstation und ihre Operationstrakte sind ununterbrochen geöffnet. Das Spital Sitten nimmt überdies die Akutdisziplinen mit kantonalem Charakter auf (Herzchirurgie, spezialisierte Neurochirurgie, Thoraxchirurgie, invasive Kardiologie, Radioonkologie).

Die Betreuung von leichten und/oder programmierten Fällen übernehmen die Spitäler Brig, Siders und Martinach. Diese Anstalten sind nicht mehr mit Intensivstationen ausgestattet, übernehmen aber den Bereich „Intermediate Care“. Ihre Operationstrakte bleiben in der Nacht und am Wochenende geschlossen.

Aufgrund der vorgängig mit dem Kanton Waadt beschlossenen Aufteilung ist die Sachlage für die Region Chablais anders. Die komplexe Chirurgie und die Intensivpflege befinden sich im Standort Monthey. Da sich in Aigle die Geburtshilfe befindet, sind die Operationstrakte in beiden Standorten ununterbrochen geöffnet.

Die Aufteilung der medizinischen Disziplinen auf die verschiedenen Standorte wurde vorgenommen, um für jede Spezialdisziplin eine ausreichend kritische Masse an Patienten zu erreichen. Dies garantiert **eine hohe Pflege- und Leistungsqualität**, da technische Eingriffe regelmässig ausgeführt werden müssen, um die Leistungsfähigkeit des Personals garantieren zu können. Die neue Aufteilung beabsichtigt zudem eine optimale Beschäftigung der Mitarbeiter, insbesondere der spezialisierten Personals, und eine rationelle Nutzung der Ausstattungen. Auf diese Weise war es möglich, die frühere Situation zu korrigieren, in der jede Krankenanstalt mit konkurrierenden, zu kleinen oder in der Folge zu leistungsschwachen Diensten sämtliche Leistungen anbot. Zudem hatte die frühere Situation für die Patienten eine übermässig lange unangebrachte Verweildauer im Spital zur Folge gehabt.

Die Schaffung von Abteilungen, die über eine ausreichend kritische Masse von Patienten verfügen, hat bedeutend an der **Steigerung der Attraktivität der Ärzteberufe und der Berufe des Pflegepersonals und des medizinisch-technischen Personals** mitgewirkt. Durch die Vergrösserung der Abteilungen und die Zunahme der dort behandelten Fälle konnte einerseits eine Qualitätsverbesserung der praktizierten Medizin erreicht werden, andererseits aber auch eine Gewährung der FMH-Anerkennung von Stellen für die Weiterbildung von Hochschulabsolventen, was für die Rekrutierung von Assistenzärzten unabdingbar ist. Eine ausreichend kritische Masse von Patienten erlaubt es, die **Schaffung von Kompetenzzentren** ins Auge zu fassen und bietet dem Personal Möglichkeiten zur **Spezialisierung**.

Obendrein konnten der Bereitschaftsdienst, der Pikettdienst und Nachtdienst sowie die Stellvertretungen bei Krankheit oder Ferien zwischen einer grösseren Zahl Praktikern aufgeteilt werden. Dies ist heutzutage sowohl für das Pflegepersonal als auch für die Ärzte unverzichtbar, da sich keine Chefärzte mehr finden lassen, die während ihrer gesamten Laufbahn bereit sind, jede zweite oder dritte Woche Notfalldienst zu haben.

Im Jahr 2006 zog der Staatsrat von der Umsetzung des Spitalkonzepts von 2004 Bilanz. Aus dieser Bilanz wird ersichtlich, dass nahezu alle Planungsmassnahmen vom Jahr 2004 durch das GNW umgesetzt wurden. Sie bestätigt ebenfalls die Angebrachtheit der damals getroffenen Entscheidungen.

Die Planung muss sich als ein fortlaufender Prozess immer wieder anpassen, vor allem im Gesundheitsbereich, wo eine rasante Entwicklung der Technologien und Betreuungsmöglichkeiten feststellbar ist. Daher wurde die im Jahr 2006 gezogene Bilanz von einigen Anpassungen der Planung begleitet. Dies betraf die folgenden Bereiche:

- **Geriatric: Schliessung des Spitals Gravelone** (83 Geriatricbetten) und Umwandlung in ein APH; Übertragung von 70 Geriatricbetten auf Siders und Martinach;
- **Aufschiebbare Traumatologie:** Übertragung auf die Orthopädie-Einheit von Martinach;
- **Thoraxchirurgie:** Verlagerung nach Sitten;
- **Stationäre Gynäkologie:** Verlagerung nach Visp und Sitten;
- **Palliativpflege:** Schaffung von drei Palliativpflegeeinheiten in Brig (6 Betten), Siders (4 Betten) und Martinach (8 Betten).

Diese Anpassungen fügen sich in die Kontinuität der im Jahr 2004 erlassenen Prinzipien. Mit Ausnahme der Verlegung der aufschiebbaren Traumatologie von Sitten nach Martinach und der Schaffung einer Palliativpflege-Abteilung in Siders wurden sie im Laufe des Jahres 2006 umgesetzt. Auf diese Fragen wird in Kapitel 5 des vorliegenden Berichts genauer eingegangen.

Aufteilung der medizinischen Disziplinen entsprechend dem Spitalkonzept 2004, einschliesslich Anpassungen der Spitalplanung 2006



2.4. Gesetz über die Krankenanstalten und –institutionen vom 12. Oktober 2006

Der Weg, der mit der Vernetzung der Spitäler eingeschlagen worden war, wurde mit dem Gesetz über die Krankenanstalten und –institutionen vom 12. Oktober 2006, das am 1. Februar 2007 in Kraft trat, weitergeführt. Die Krankenanstalten und medizinisch-technischen Institute, deren Leitung und Verwaltung mit dem Dekret vom 4. September 2003 auf das GNW übertragen worden waren, bilden nunmehr **Teil der Zusammensetzung des GNW** (einschliesslich WZP und IPVR, welche dadurch ihren rechtlichen Status als kantonale Krankenanstalten verlieren). Die Zusammensetzung des GNW ist Gegenstand einer Verordnung des Staatsrats, die dem Grossen Rat bei jeder Änderung zur Zustimmung unterbreitet wird.

Die Ziele der Gesundheitsplanung wurden neu formuliert. **Vorrangiges Ziel im Gesetz ist fortan die Gewährleistung einer hohen Pflegequalität.** Soweit es die Eindämmung der Kosten erlaubt, achtet er darauf, dass Spitaltätigkeiten an allen gegenwärtigen Standorten angeboten und die Ressourcen gleichmässig verteilt werden.

Das Eigentum an den Grundstücken und Gebäuden, die für die Ausübung der Tätigkeiten im Zusammenhang mit der Spitalplanung nötig sind, wird an den Kanton übertragen, der sie dem GNW zur Verfügung stellt. Die Ausgaben für Unterhalt und Umbauten gehen zu Lasten des Kantons. Das Eigentum an den Ausrüstungen wird dem GNW übertragen. Die Umsetzung dieser Bestimmungen war Gegenstand von Verhandlungen, die mit den bisherigen Eigentümern, den Gemeindeverbänden und religiösen Orden, geführt worden waren. Die Abkommen sind gegenwärtig geschlossen oder stehen kurz vor Abschluss. Der Rekurs, den das Oberwalliser Kreisspital Brig gegen das Gesetz über die Krankenanstalten und –institutionen und gegen die Verordnung der Übertragung der Spitalinfrastrukturen betreffend der Entschädigung der Spitäler eingelegt hatte, wurde am 21. April 2008 vom Bundesgericht abgelehnt. Das Bundesgericht ist der Ansicht, dass das Gesetz über die Krankenanstalten und –institutionen „das Gesundheitswesen im Kanton auf eine neue Grundlage gestellt“ hat, „um den Anforderungen an eine moderne medizinische Versorgung gerecht zu werden“. Dieses Urteil legitimiert und konsolidiert die gesamte Walliser Gesundheits- und Spitalpolitik der letzten Jahre. Es ermöglicht nun einen Abschluss der Übertragung der Infrastrukturen auf den Kanton.

Das KVG vervollständigt die Bestimmungen zur Beteiligung an den Betriebsausgaben des GNW. Fortan werden Tätigkeitsabweichungen mitberücksichtigt, so dass die inkompressiblen Fixkosten (hauptsächlich die Löhne) auch gedeckt werden können, wenn die effektive Tätigkeit tiefer als vorgesehen ausfällt. Umgekehrt wird die kantonale Subvention reduziert, wenn die effektive Tätigkeit höher als vorgesehen ist, so dass für den Tätigkeitsbereich, der die Vorausplanung übersteigt, nur noch die variablen Kosten übernommen werden. Die berücksichtigten Betriebsergebnisse der Disziplinen mit kantonalem Charakter werden vom Kanton übernommen. Des Weiteren ist eine Subventionierung jener gemeinnützigen Leistungen, die sich aus der Gesundheits- und Spitalplanung ergeben, vorgesehen, deren Finanzierung trotz einer rationellen und effizienten Verwaltung nicht gewährleistet werden kann. Dies betrifft insbesondere die Organisation eines medizinischen Bereitschaftsdienstes und eines 24-Stunden Notfalldienstes.

3. Bilanz der Vernetzung der Spitäler

Trotz einiger Schwierigkeiten, die Umbrüchen von solcher Tragweite inhärent sind, führte die Vernetzung der Spitäler zum Erzielen bemerkenswerter Fortschritte:

- Die Zusammenlegung gewisser medizinischer Disziplinen an einigen Standorte hat es ermöglicht, die notwendige kritische Masse zur **Gewährleistung einer hohen Pflegequalität** zu erreichen; angesichts der Entwicklung der medizinischen Technologien erlaubt es der Einzugsbereich des Kantons Wallis nicht mehr, dass in allen sechs Akutpflegespitalern sämtliche Disziplinen ausgeübt werden.
- Die Zusammenlegung der medizinischen Disziplinen hat auch ermöglicht, die **Attraktivität der Arbeit im Krankenhaus zu steigern**, vor allem dank besserer Einteilung des Bereitschaftsdienstes und dank einer ausreichend grossen Patientenzahl, damit die Spezialisierung des medizinischen Personals sichergestellt werden kann.
- Die Zusammenlegung der medizinischen Disziplinen sowie die sukzessiven Änderungen des Finanzierungssystems haben es ermöglicht, die **Abrechnungen des GNW** für die Zeitspanne 2004-2007 **auszugleichen** und die Erhöhungen der Krankenkassenprämien im Schach zu halten. Dies trotz dem Druck, den das Wachstum und die Alterung der Bevölkerung, die Steigerung der Erwartungen der Bevölkerung, die Entwicklung der Medizin und die Zunahme des Fremdenverkehrs auf die Ausgaben ausüben. Auf diese Weise war es möglich, die bestehenden Spitäler beizubehalten, auch wenn sich darunter einige befanden, die seit Beginn des 21. Jahrhunderts mit einer schwierigen finanziellen Situation zu kämpfen hatten.
- Die Einsetzung der Kostenträgerrechnung hat die **Kostentransparenz** erheblich verbessert. In diesem Bereich war das Wallis einer der Pionierkantone.
- **Das Informatiksystem, die Buchführung, die Kodierung, die Fakturierung und die Tresorerie wurden** für alle Anstalten des GNW **vereinheitlicht und/oder zentralisiert**. Weitere zentralisierte Dienste befinden gegenwärtig in der Phase der Umsetzung (Versicherungen, Käufe usw.).

Die Vernetzung der Spitäler bringt jedoch nicht nur Vorteile mit sich. Insbesondere im Bereich der Patientenverlegung und der Tatigkeitsaufteilung einiger Ärzte und anderer Gesundheitsfachpersonen auf mehrere Standorte stösst sie auf Schwierigkeiten.

Diese Punkte werden nachfolgend behandelt.

3.1. Pflegequalität und Sicherheit der Patienten

Die Dienststelle für Gesundheitswesen beauftragte das Lausanner „Institut universitaire de médecine sociale et préventive“ (IUMSP), die Auswirkungen der Umwandlung des Spitalsystems auf die Pflegequalität im Kanton Wallis zu untersuchen. Die Auswertung begann im Herbst 2004 und zog sich bis zum Ende des ersten Semesters 2006 hin. Um die Auswirkungen der neuen Spitalorganisation erheben zu können, wurden eine beachtliche Anzahl an Indikatoren eingeführt.

Die zentralen Ergebnisse dieser wertvollen Arbeit könne wie folgt zusammengefasst werden:

- Generell ist **die Pflegequalität in den Spitälern des GNW gut**. Die Patientensicherheit war und ist nicht bedroht. Durch die Umstrukturierung des Spitalsystems wird die Pflegequalität nicht gefährdet.
- Im Rahmen der **Notfalltransporte vor der Spitaleinlieferung** stellt die Zeit bis zur Spitalaufnahme keinen negativen Faktor dar, sofern der Transport mit einer angemessenen medizinischen Betreuung erfolgt und von Anfang an auf das Zentrum ausgerichtet ist, das am besten für die Behandlung des Falls geeignet ist.
- Zwischen 2003 und 2005 hat sich **die Zahl der Notaufnahmen** mit einer anschliessenden Hospitalisation erhöht, insbesondere in Visp und Sitten, wo die lebensbedrohenden Notfälle eingeliefert wurden. Dies entspricht den Erwartungen nach Durchführung der Spital-Reorganisation. Die Gesamtzahl der in der Notaufnahme des Spitals Sitten (mit oder ohne anschliessende Hospitalisation) betreuten Fälle ist jedoch zwischen 2003 und 2005 relativ stabil geblieben.
- Die **Anzahl der Pflegepersonen** im Verhältnis zu den Spitalaufenthalten liegt im Schweizer Durchschnitt.
- Die **Quoten der potenziell vermeidbaren Wiederaufnahmen** der Spitäler des GNW sind mit denjenigen der 49 anderen Schweizer Spitäler vergleichbar, bei denen dieser Indikator erhoben wird.
- Die **Mortalitätsindikatoren** im Kanton zeigen für die letzte Zeit keine ungünstige Entwicklung im Zusammenhang mit dem Gesundheitssystem oder der Bevölkerung im Allgemeinen. Die Mortalität in den Spitälern ist ihrerseits stabil geblieben.
- Die Häufigkeit der **nosokomialen Infektionen** hat nicht zugenommen und die Rate der **perforierten oder abszedierenden Appendizitis-Fälle** hat sich im Wallis als niedriger erwiesen als in anderen Schweizer Spitälern. Verbesserungen sind bei den **Infektionsraten** des Operationsstandorts für Mastdarm- und Blinddarmoperationen vorzunehmen, aber diese Situation ist nicht auf die Restrukturierung des Spitalsystems zurückzuführen.

Abschliessend geht aus der Evaluation hervor, dass die Art der Leitung des GNW entscheidend ist für die Fortsetzung der Umwandlung des Spitalsystems sowie für eine Voraussetzung für die weitere Gewährleistung der Pflegequalität und der Patientensicherheit. Es ist unerlässlich, diese Elemente mit Hilfe einer Kette von relevanten Indikatoren zu messen. Der Bericht stellt diesbezüglich fest, dass der Kanton Wallis mit dem **Walliser Gesundheitsobservatorium** über ein gut entwickeltes System von Indikatoren für die Gesundheit der Bevölkerung und die Pflegequalität verfügt.

Es ist auch darauf hinzuweisen, dass aufgrund des Staatsratsentscheids vom September 2004 eine **Kantonale Kommission für die Patientensicherheit und die Pflegequalität (KPSPQ)** eingesetzt wurde. Im Rahmen des GNW fokussierte eine Koordinationsgruppe Qualität/Sicherheit ihre Aufmerksamkeit und ihre Massnahmen auf alles, was die Spitäler betrifft. Mit der Revision des Gesundheitsgesetzes, das am 14. Februar 2008 vom Grossen Rat verabschiedet wurde, sind spezifische Bestimmungen über die Pflegequalität und die Patientensicherheit eingeführt worden.

3.2. Zufriedenheit der Patienten und des Personals

Zwischen September und Dezember 2005 führte das spezialisierte Unternehmen MeCon eine Umfrage zur Zufriedenheit der Patienten durch. 2'746 Patienten der Akutpflege (Chirurgie, Medizin, Gynäkologie und Geburtshilfe) nahmen daran teil. **Die Patientenzufriedenheit war im Allgemeinen gut: 89 %, bzw. 88,8 % der befragten**

Personen waren mit der Kompetenz der Ärzte und des Pflegepersonals zufrieden oder sehr zufrieden, 86,5 % mit der Infrastruktur, 85,6 % mit der Unterbringung, 85,2 % mit der Verfügbarkeit der Ärzte, und 82,2 % mit der Menschlichkeit des Pflegepersonals. Gründe für Unzufriedenheit lagen vor allem in Schwierigkeiten, mit den Gesundheitsfachpersonen zu kommunizieren und in Koordinationsschwierigkeiten zwischen den verschiedenen Disziplinen.

Im September 2006 erstellt das „Institut universitaire de médecine sociale et préventive“ (IUMSP) im Auftrag der Dienststelle für Gesundheitswesen eine Auswertung der **Zufriedenheit des Personals des GNW**.

- Aus den Resultaten geht hervor, dass die Bereiche, in denen eine Verbesserung zu erzielen ist, zumeist mit jenen übereinstimmen, die man in dergleichen Studien antrifft: Informationsfluss, Arbeitsorganisation und Lohn. Gewisse Anstalten oder Berufskategorien wünschen auch eine Verbesserung in den folgenden Bereichen: Mahlzeitenqualität, Arbeitsbelastung, Mitarbeitergespräche, Weiterbildungsmöglichkeiten.
- Im Jahr 2002 hatte das IUMSP im CHUV eine auf demselben Fragebogen basierende Umfrage durchgeführt. Dadurch war es möglich, einen Vergleich zum GNW zu ziehen. Die Resultate der beiden Institutionen sind zum Grossteil ähnlich. Im Vergleich zum CHUV erzielte das GNW die besseren Resultate zur Zweckmässigkeit der Räumlichkeiten, zur Arbeitsbelastung, zum Gefühl, unter Druck arbeiten zu müssen, sowie zur Zufriedenheit betreffend Lohn. Das CHUV hingegen weist bessere Resultate im Bereich der Mahlzeitenqualität, Definition des Aufgabenbereichs, Hilfe durch Vorgesetzte, sowie Anzahl Ausbildungstage auf.

Es ist hervorzuheben, dass die im Jahr 2004 eingeführte Aufteilung der medizinischen Disziplinen für die Ärzte und das Pflegepersonal zu einer **Steigerung der Attraktivität des GNW** geführt hatte. Dank einer grösseren Anzahl Patienten pro Abteilung können technische Eingriffe vermehrt ausgeführt werden, was zu einer verbesserten Befähigung des Personals führt. Zudem können der Bereitschafts- und der Pikettdienst besser aufgeteilt werden.

Als Beweis hierfür können die innerhalb des GNW neu belegten Stellen aufgeführt werden, die trotz des Spitalärztemangels in unserem Land mehrheitlich gesichert und **mit renommierten Spezialisten besetzt** werden konnten. Dies betrifft insbesondere die Bereiche Neurologie, interventionelle Kardiologie, Gefässchirurgie, Viszeralchirurgie, HNO, Radiologie und Notfälle.

Die Tatsache, dass das GNW nunmehr ein einziges Unternehmen bildet, trägt ebenfalls zu seiner Attraktivitätssteigerung bei, da zwischen den verschiedenen Standorten ein Austausch von Spezialisten stattfinden kann. Dies wiederum kann zu einer Vertiefung der Fachkenntnisse und einer Steigerung der Kompetenz führen.

Gewiss stimmt es, dass die Arbeitsbelastung für das gesamte Pflegepersonal erhöht bleibt. Doch **diese Situation wäre ohne eine Vernetzung der Spitäler noch bedeutend prekärer gewesen**, da zu kleine Abteilungen eine gute Einteilung des Bereitschafts- und des Pikettdienstes nur noch erschwert hätten.

3.3. Tätigkeitsentwicklung

Nachfolgend werden die globale Tätigkeitsentwicklung des GNW und in ausführlicher Weise die Entwicklung der einzelnen Anstalten aufgezeigt, die von den Anpassungsvorschlägen betroffen sind, die in Kapitel 5 des vorliegenden Berichts ausgeführt werden. Dies betrifft das Spitalzentrum Oberwallis (SZO) und das Spitalzentrum Mittelwallis (CHCVs). Wie in der

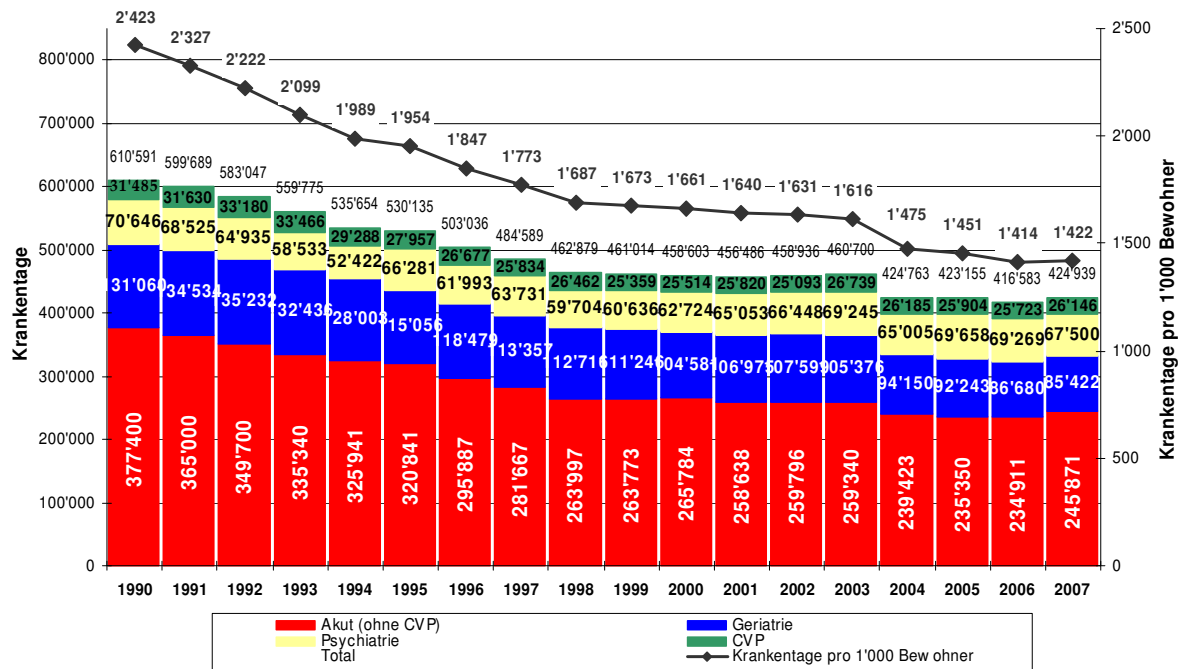
Einleitung erwähnt wurde, ist das Spitalzentrum Chablais (CHC) von diesen Änderungen nicht betroffen, weswegen die Tätigkeitsentwicklung seiner Anstalten in vorliegendem Bericht nicht ausführlich behandelt wird. Das gegenwärtig in Ausarbeitung befindliche Projekt zur Schaffung des interkantonalen Spitals Riviera-Chablais bildet Gegenstand eines separaten Verfahrens, das den Waadtländer und Walliser Parlamenten zusammen mit verschiedenen diesbezüglichen Dokumenten unterbreitet wird.

3.3.1 Gesamtes GNW

Die untenstehende Grafik zeigt die Entwicklung der Anzahl Krankentage in allen Anstalten auf, die das gegenwärtige GNW bilden. Darin eingeschlossen ist auch der Walliser Teil des Spitals Chablais. Die Grafik zeigt die **Verringerung der Anzahl Krankentage**, die eine Folge des medizinischen und chirurgischen Fortschritts ist, welcher den Patienten eine frühere Spitalentlassung oder eine ambulante Behandlung ermöglicht.

Die Grafik veranschaulicht ebenfalls die Tendenz zur übermässig langen Verweildauer, welche die Periode vor der Vernetzung der Spitäler charakterisiert hatte. Tatsächlich kommt die Abfallstendenz zwischen 1998 und 2003 zum Stehen, da jede Anstalt die Aufenthaltsdauer zu verlängern und die Zahl der stationären Einlieferungen zu erhöhen suchte, um seinen finanziellen Schwierigkeiten die Stirn bieten zu können. Zu jener Zeit bot jede Anstalt sämtliche Disziplinen der Grundversorgung an, mit konkurrierenden, zu kleinen oder in der Folge zu wenig leistungsfähigen Spitalabteilungen.

Anzahl Krankentage (Tage und Tage pro 1'000 Einwohner), 1990-2007, GNW (einschliesslich Walliser Teil des Spitals Chablais)



Die Schaffung des GNW und die im Jahr 2004 eingeführte Aufteilung der medizinischen Disziplinen ermöglichten eine Verminderung der übermässig langen, unangebrachten Hospitalisationen. Im Jahr 2004 verzeichnete das GNW eine Verminderung der Anzahl Fälle im Bereich der somatischen Akutversorgung, die sich hauptsächlich mit einer besseren Angemessenheit einiger Hospitalisationen erklären lässt. Für das Jahr 2007 ist in diesem Bereich eine leichte Tätigkeitszunahme zu verzeichnen.

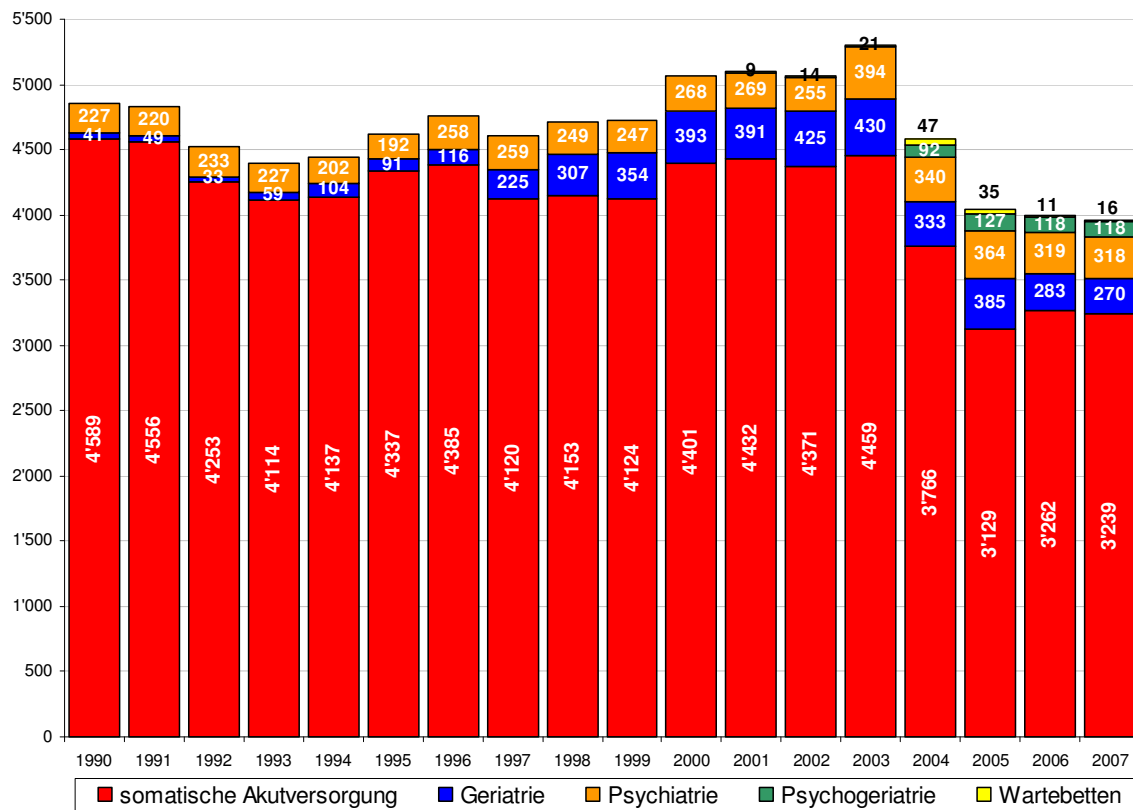
Auch der Bereich Geriatrie verzeichnete im Jahr 2004 eine Verminderung, die sich in die allgemeine Abfallstendenz fügt, welche durch die Entwicklung der Betreuungsmöglichkeiten durch die SMZ oder in APH ermöglicht wurde. Die Verminderung der Krankentage lässt sich auch durch die 2004 in mehreren Spitälern eingeführten Wartebetten erklären. Es handelt sich dabei jedoch um eine vorübergehende Massnahme, da diese Wartebetten schrittweise je nach Verfügbarkeit neuer APH-Plätze weichen müssen.

3.3.2 Spitalzentrum Oberwallis (SZO)

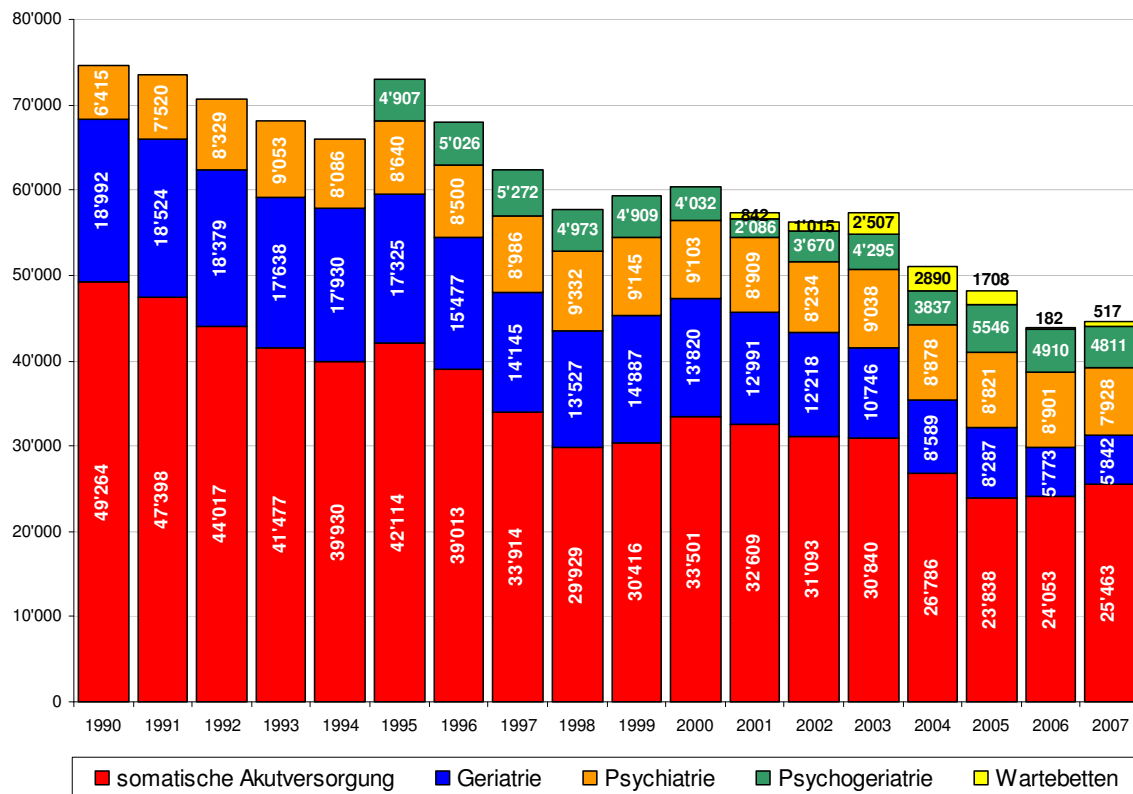
Wie die untenstehenden Grafiken zeigen, hat das Spital von Brig in den Jahren 2004 und 2005 in der Folge der Umstrukturierung der Spitäler im Bereich der somatischen Akutversorgung einen Rückgang der Anzahl Austritte und der Anzahl Krankentage erfahren. Ab 2006 stieg die Tätigkeit in diesem Bereich wieder an. Wie im übrigen Kanton sind die Austritte und die Krankentage in der Geriatrie auch in Brig im Sinken begriffen. Abgesehen von jährlichen Schwankungen bleibt die Tätigkeit in der Psychiatrie und Psychogeriatric relativ konstant.

Was das Spital von Visp anbelangt, hat die neue Aufteilung der medizinischen Disziplinen eine Erhöhung der Tätigkeit im Bereich der somatischen Akutversorgung mit sich gebracht. Dies ist eine Folge der Konzentration der schweren und/oder nicht programmierten Fälle an diesem Standort. Ebenso wie Brig schliesst sich auch das Spital von Visp der kantonal verzeichneten Abfallstendenz im Bereich der Geriatrie an. In Bezug auf die Wartebetten hingegen ist die Anzahl Austritte und Krankentage in Visp im Anstieg begriffen.

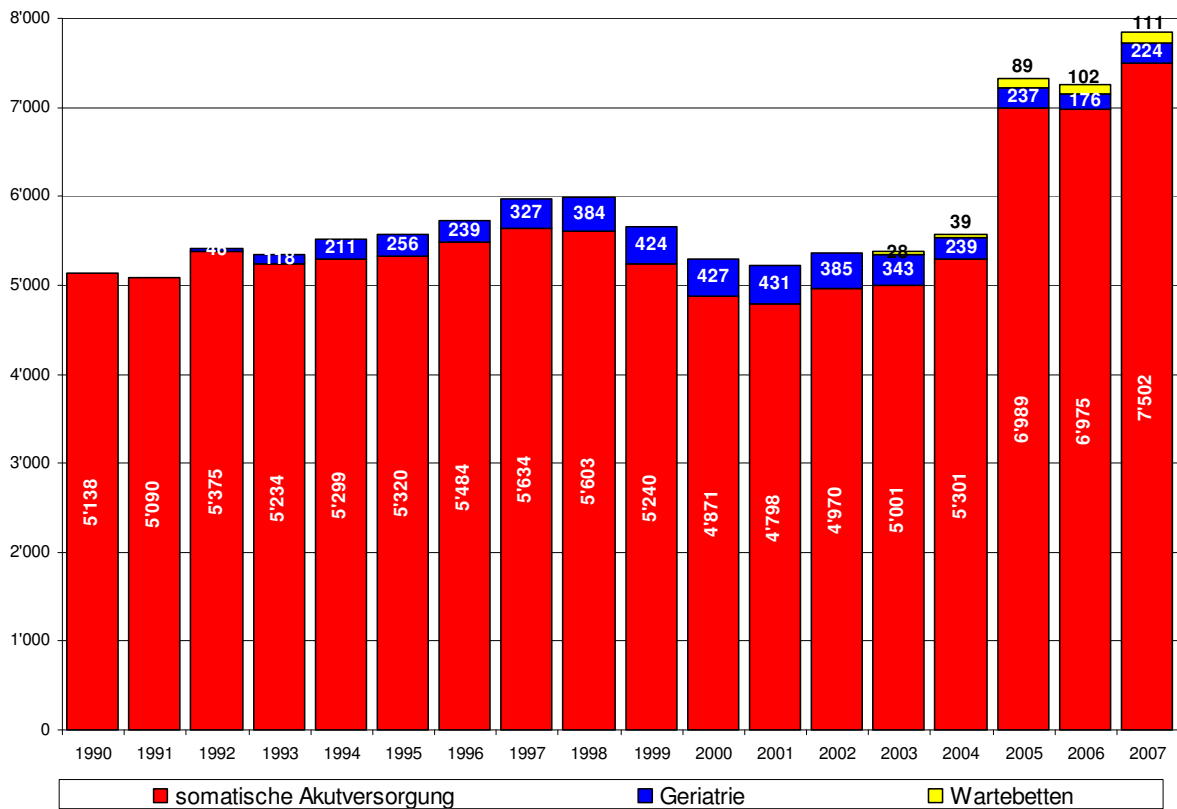
Spital von Brig: Anzahl Austritte, 1990-2007



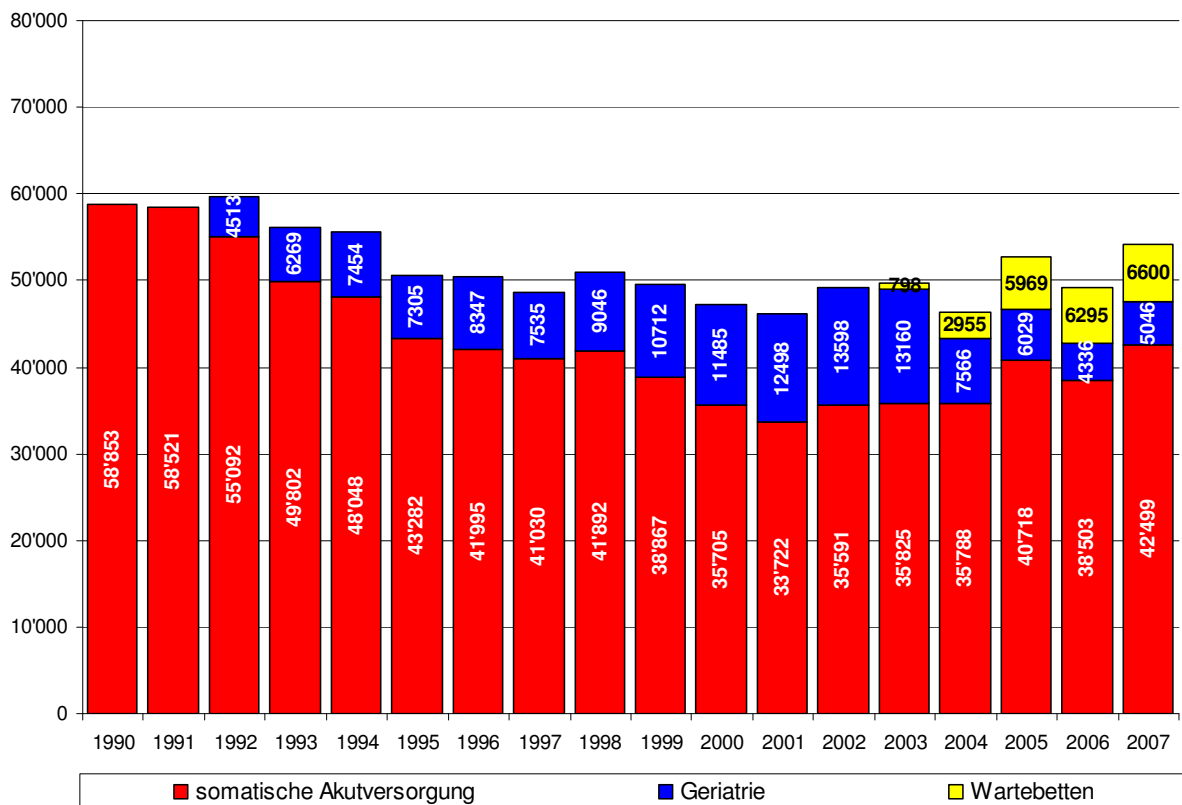
Spital von Brig: Anzahl Krankentage, 1990-2007



Spital von Visp: Anzahl Austritte, 1990-2007

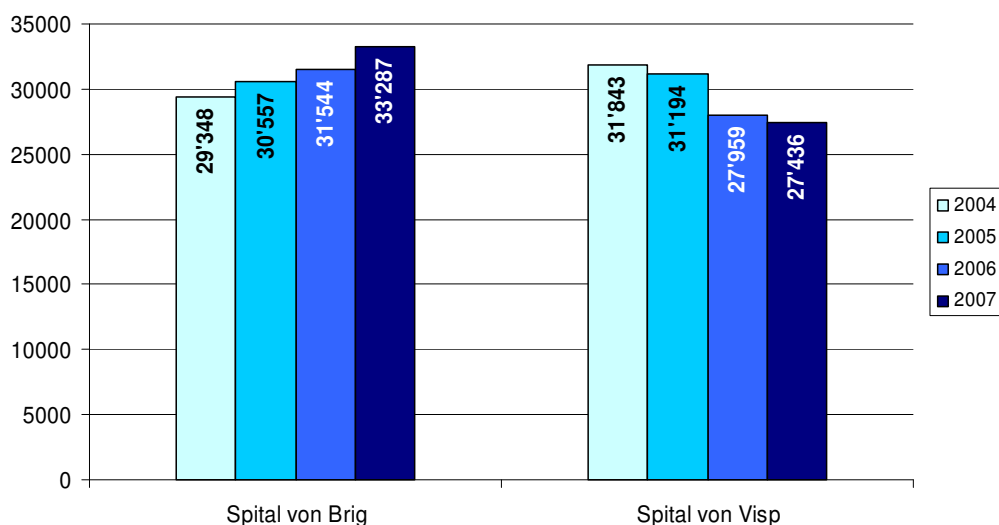


Spital von Visp: Anzahl Krankentage, 1990-2007



Die obigen Daten beziehen sich auf die stationäre Tätigkeit. Für einen grösseren Zusammenhang ist es wichtig, die Tätigkeiten der Spitäler im ambulanten Bereich mit zu berücksichtigen. Wie die untenstehende Grafik zeigt, befindet sich die ambulante Tätigkeit in Brig seit Einführung der neuen Aufteilung der Disziplinen im Jahr 2004 im Anstieg. In Visp hingegen geht sie zurück. Diese Entwicklung lässt sich mit der festgelegten Aufteilung, nämlich mit der Differenzierung zwischen komplexen und/oder nicht programmierten Fällen (Visp) und leichten und/oder programmierten Fällen (Brig), erklären.

Spitäler von Brig und Visp: ambulante Besuche und teilstationäre Behandlung¹ in der somatischen Akutversorgung, 2004-2007



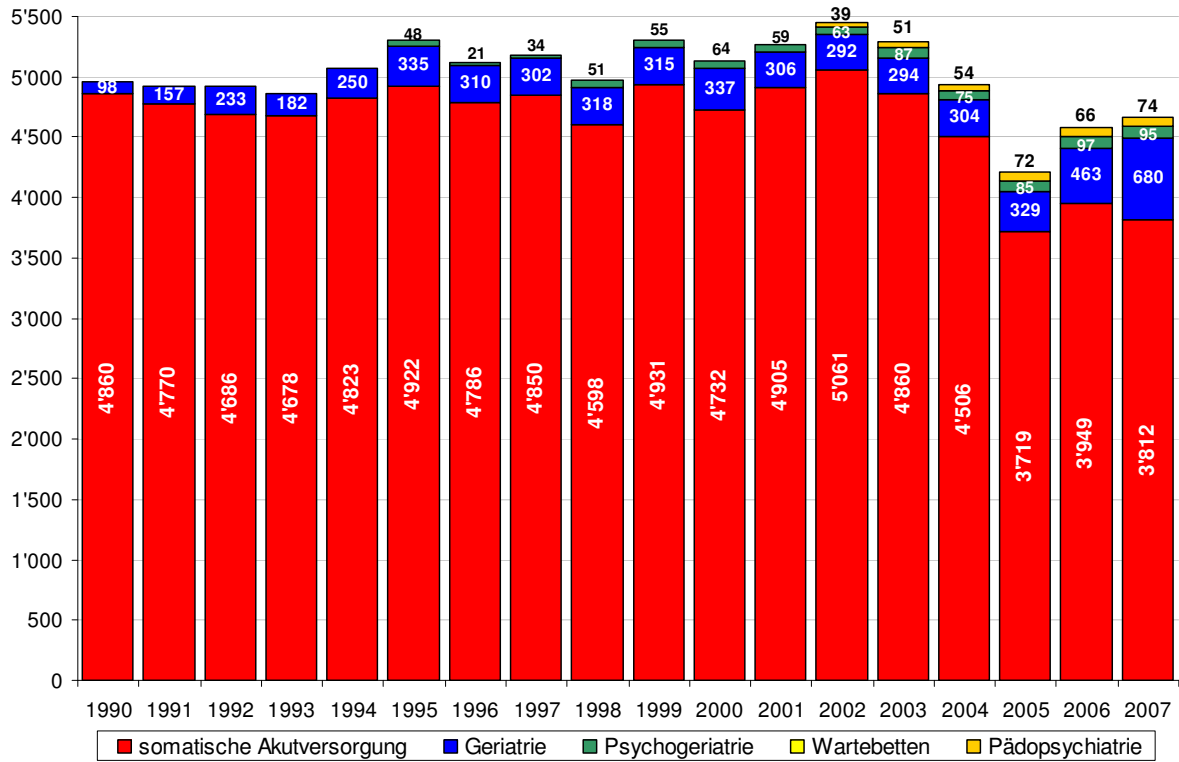
3.3.3 Spitalzentrum Mittelwallis (CHCVs)

Nach Einführung der neuen Disziplinaufteilung im Jahr 2004 mit Konzentration der schweren und/oder nicht programmierten Fälle am Standort Sitten sind die Anzahl Austritte im Bereich der somatischen Akutversorgung in Sitten gestiegen, wohingegen die Zahl der Krankentage relativ stabil blieb. Im Bereich der Austritte und Krankentage in der somatischen Akutversorgung war 2004 und 2005 in den Spitälern von Siders und Martinach zu verzeichnen.

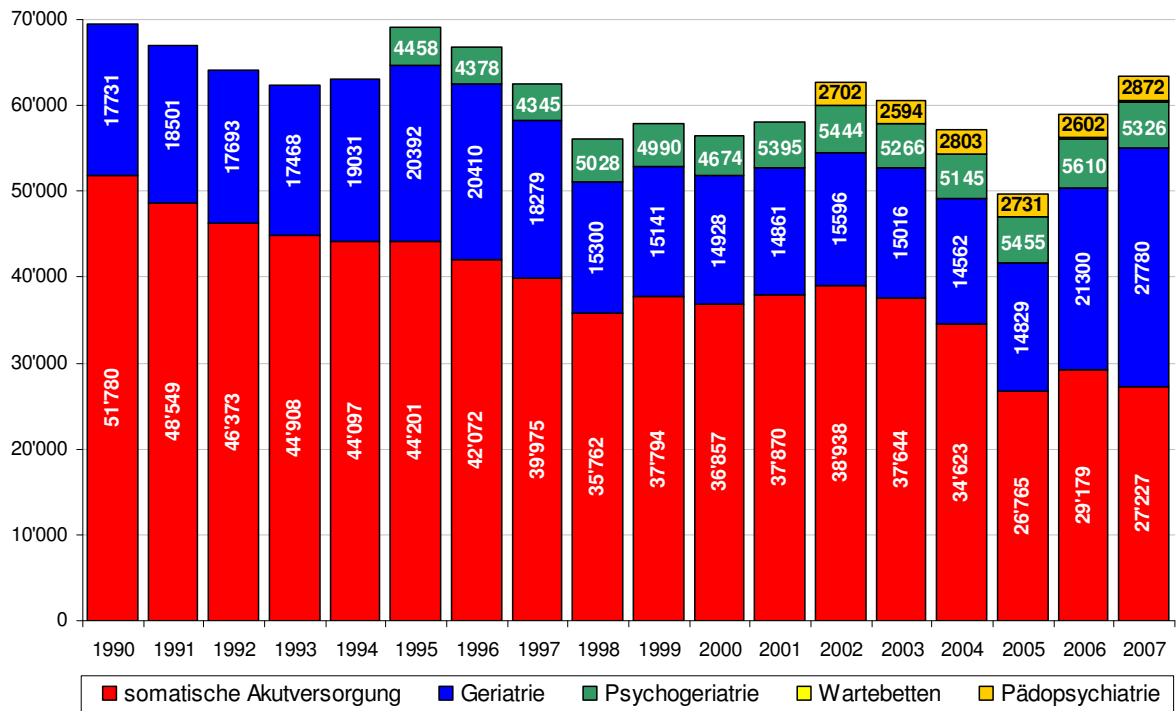
Die gesamte stationäre Tätigkeit (somatische Akutversorgung, Geriatrie, Psychiatrie, Psychogeriatric, Wartebetten) der Spitäler von Siders und Martinach ist seit 2006 wieder im Aufschwung begriffen. Dies ist vor allem auf die Schliessung des Spitals Gravelone zurückzuführen, welche eine Übertragung von Geriatriebetten auf die Spitäler Siders und Martinach mit sich brachte. Es ist auch hervorzuheben, dass diese beiden Spitäler zwischen 2005 und 2007 eine Erhöhung im Tätigkeitsbereich der somatischen Akutversorgung zu verzeichnen hatten.

¹ Als teilstationäre Behandlung gelten geplante Aufenthalte zur Untersuchung, Behandlung und Pflege, die eine an die Behandlung anschliessende Überwachung oder Pflege sowie die Benutzung eines Bettes während dem Tag erfordern. Wiederholte Aufenthalte in Tages- oder Nachtkliniken gelten ebenfalls als teilstationäre Behandlung.

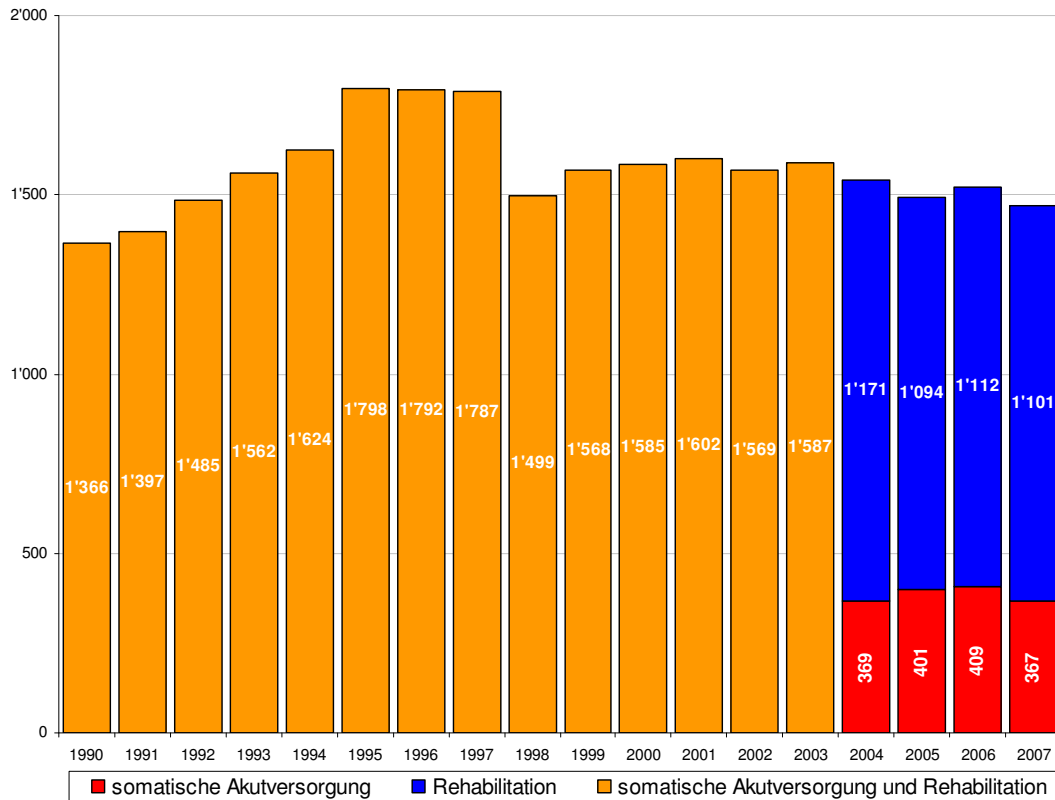
Spital von Siders und Klinik Sainte-Claire: Anzahl Austritte, 1990-2007



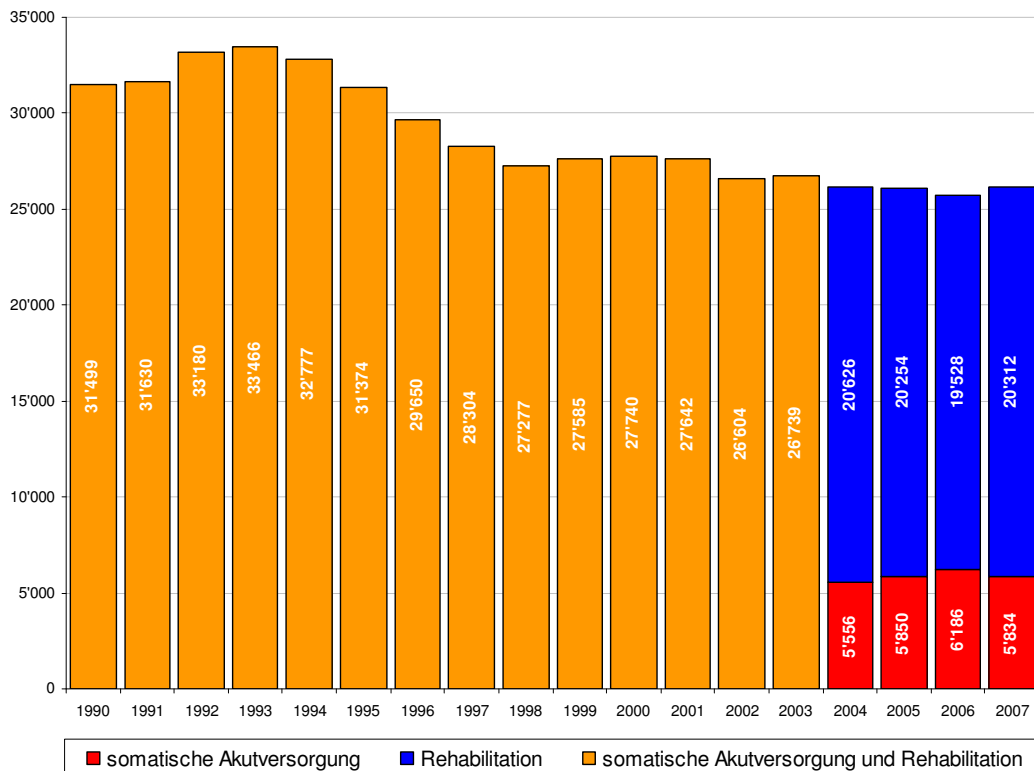
Spital von Siders und Klinik Sainte-Claire: Anzahl Krankentage, 1990-2007



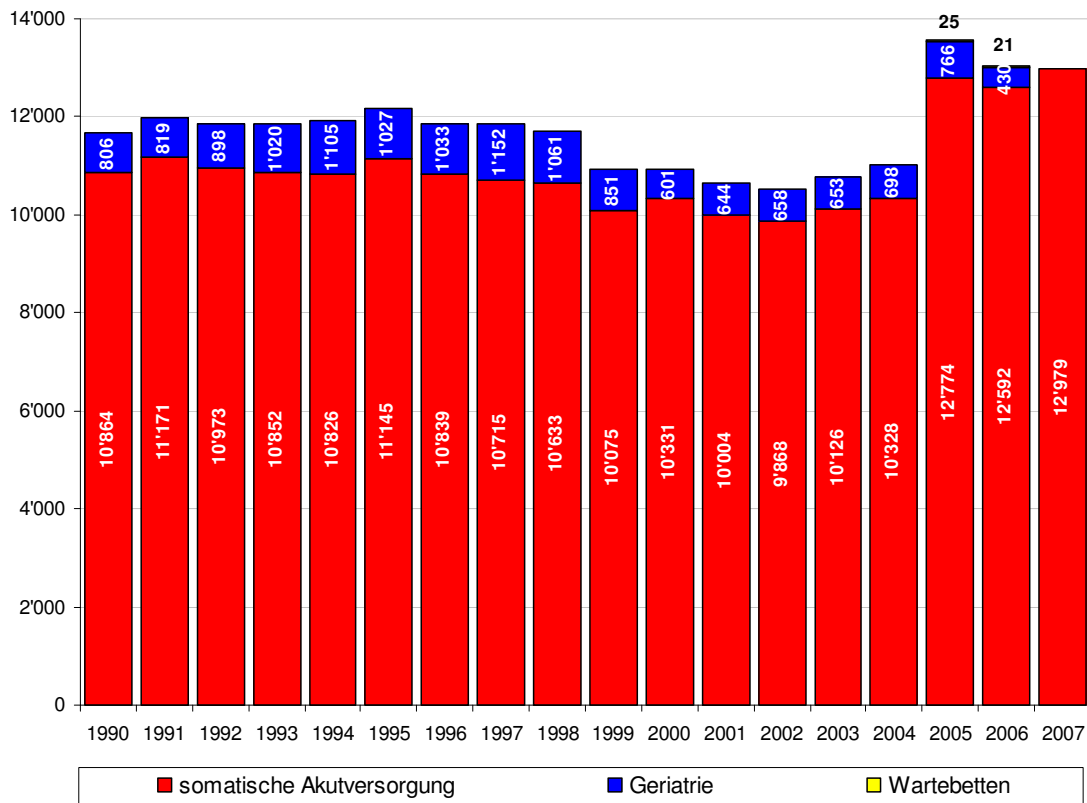
Walliser Zentrum für Pneumologie (WZP): Anzahl Austritte, 1990-2007



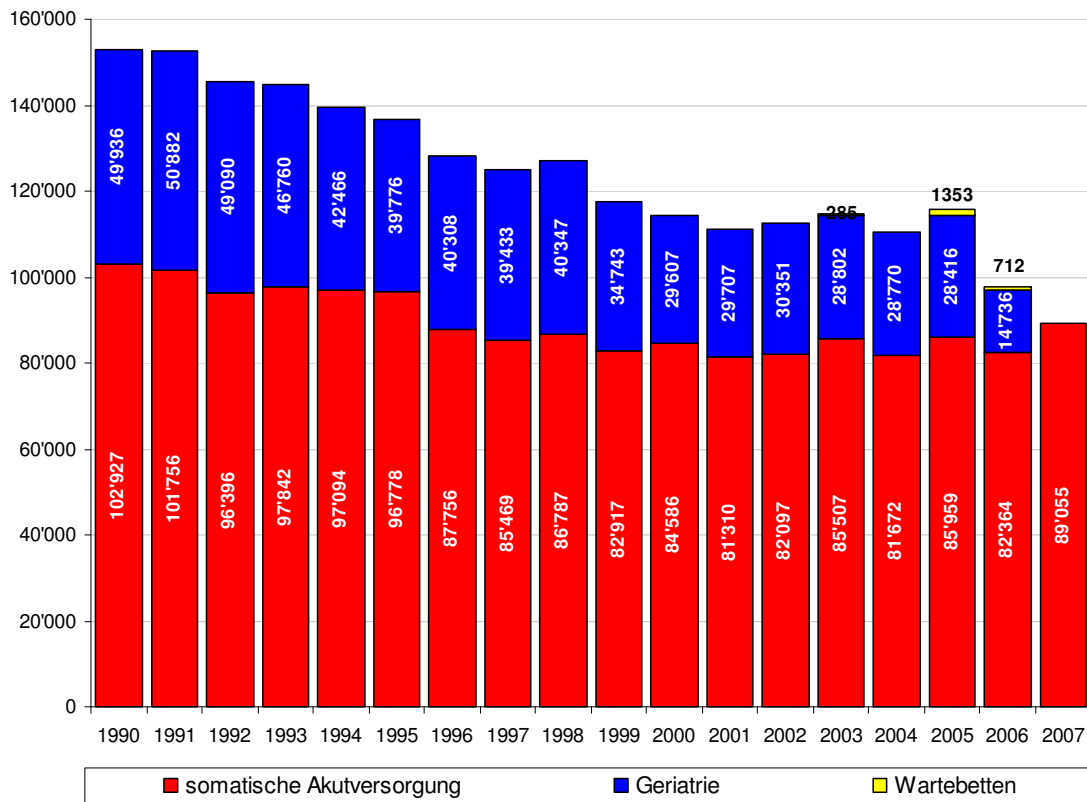
Walliser Zentrum für Pneumologie (WZP): Anzahl Krankentage, 1990-2007



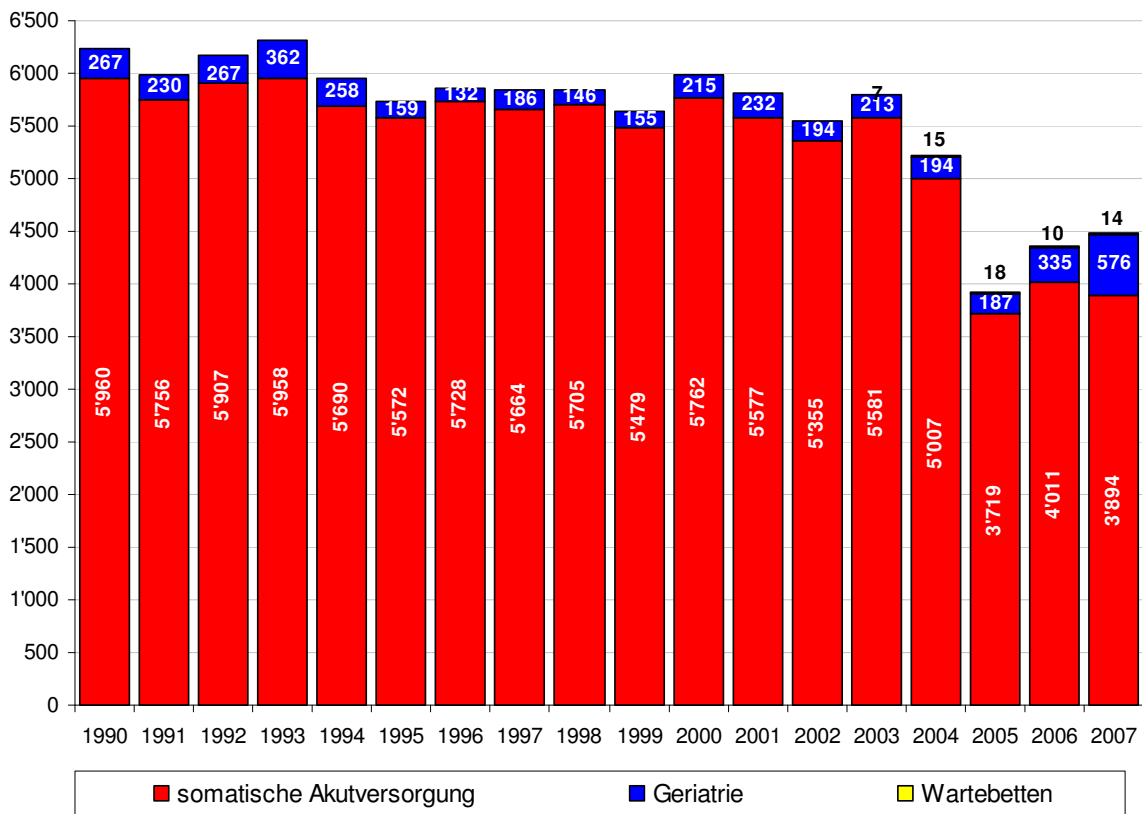
Spital von Sitten (einschliesslich Gravelone): Anzahl Austritte, 1990-2007



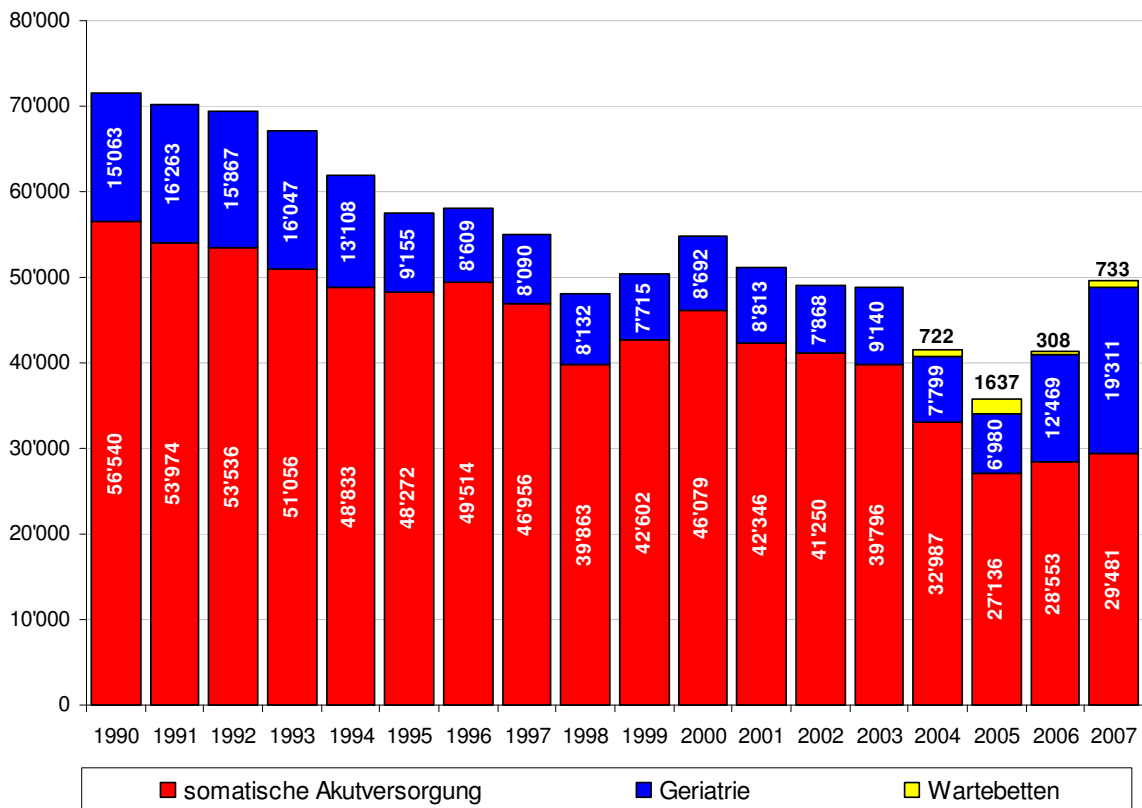
Spital von Sitten (einschliesslich Gravelone): Anzahl Krankentage, 1990-2007



Spital von Martinach: Anzahl Austritte, 1990-2007

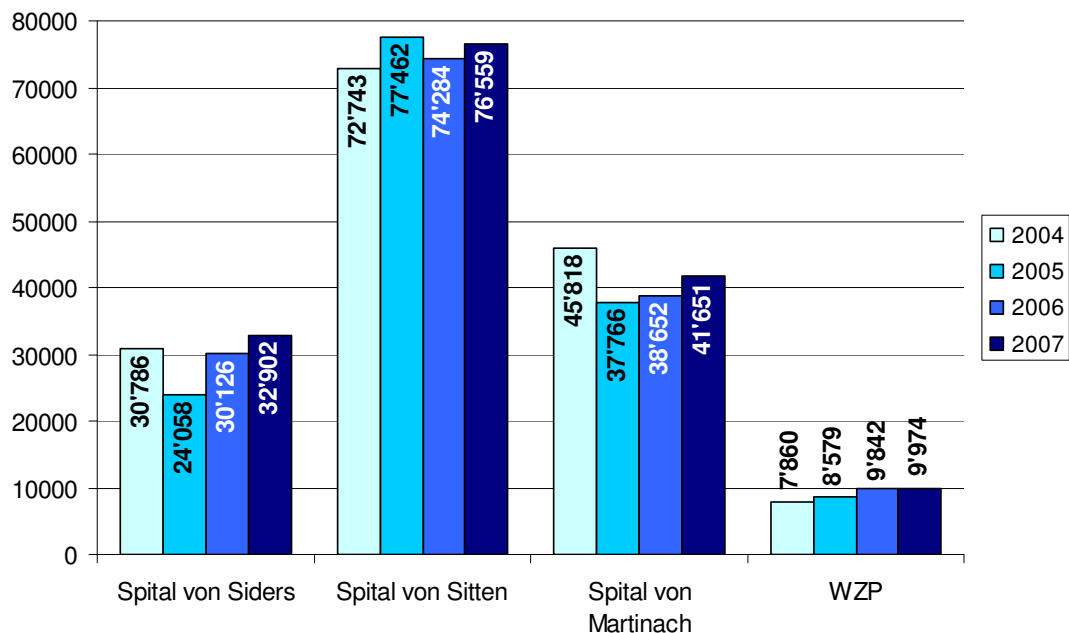


Spital von Martinach: Anzahl Krankentage, 1990-2007



Nachdem im Jahr 2005 ein Rückgang verzeichnet wurde, der sich unter anderem durch die Übertragung der Pädiatrie nach Sitten erklären lässt, **stieg die ambulante Tätigkeit in Siders erneut an**, vor allem aufgrund der Entwicklung der plastischen Chirurgie, die im Rahmen der Spitalplanung von 2004 dieser Anstalt zugeteilt wurde. In Martinach hat sich die ambulante Tätigkeit nach einem Rückgang im Jahr 2005 wieder eingependelt, was sich zum Teil durch die Verlagerung der Pädiatrie nach Sitten erklären lässt. Die ambulante Tätigkeit in Sitten blieb relativ stabil, im WZP nahm sie zu.

Spitäler von Siders, Sitten und Martinach: ambulante Besuche und teilstationäre Behandlung² in der somatischen Akutversorgung, 2004-2007



3.4. Arbeitsplatzentwicklung

Gemäss Gesetz über die Krankenanstalten und –institutionen muss der Staatsrat bei der Ausarbeitung der Gesundheitsplanung zusehen, dass in erster Linie die Pflegequalität gewährleistet bleibt. Soweit mit der Eindämmung der Kosten vereinbar muss er ausserdem darauf achten, dass die Ressourcen gleichmässig verteilt werden, wobei die sozio-ökonomischen Auswirkungen der Gesundheitspolitik zu beachten sind.

Diese Anliegen wurden seit Beginn der Vernetzung der Spitäler mit berücksichtigt. Wie die nachfolgende Tabelle zeigt, **ist die Zahl der Vollzeitäquivalente (VZÄ) in den Anstalten von Visp, Siders, Sainte-Claire, Martinach, Saint-Amé, sowie in den IPV und im Spital Chablais zwischen 2004 und 2007 gestiegen. In Brig und Sitten hingegen ist sie zurückgegangen. Im WZP ist die Stellenzahl stabil geblieben.**

² Als teilstationäre Behandlung gelten geplante Aufenthalte zur Untersuchung, Behandlung und Pflege, die eine an die Behandlung anschliessende Überwachung oder Pflege sowie die Benutzung eines Bettes während dem Tag erfordern. Wiederholte Aufenthalte in Tages- oder Nachtkliniken gelten ebenfalls als teilstationäre Behandlung.

Zahl der Vollzeitäquivalente nach Anstalt des GNW

Anzahl VZÄ *	2004 °	2005	2006	2007
Brig	373.2	353.2	336.8	343.8
Visp	339.8	344.8	359.6	353.4
Siders	303.7	265.7	287.9	311.6
St. Claire	88.9	92.7	91.6	95.1
Walliser Zentrum für Pneumologie	118.1	116.8	119.7	118.1
Sitten**	880.8	912.7	863.6	833.4
Martinach	333.4	307.0	321.4	345.4
St. Amé	149.6	154.9	154.6	158.5
Psychiatrische Institutionen des Mittel- und Unterwallis	245.3	244.2	251.8	258.2
Spital Chablais	243.6	249.5	256.2	264.0
Generaldirektion GNW	5.5	10.6	10.7	13.4
Delegierte Aufgaben***	26.6	39.4	47.6	47.1
Total RSV	3'108.5	3'091.3	3'101.4	3'142.1

° Durchschnitt des zweiten Semesters 2004

* einschliesslich Ärzte mit handlungsbasierter Entlohnung

** einschliesslich Spital von Gravelone bis 31.12.2006

*** Informatikdienst (medizinisch und administrative) der Spitäler und der APH/SMZ, Zentrum für Infektionskrankheiten und Epidemiologie, Kodierung

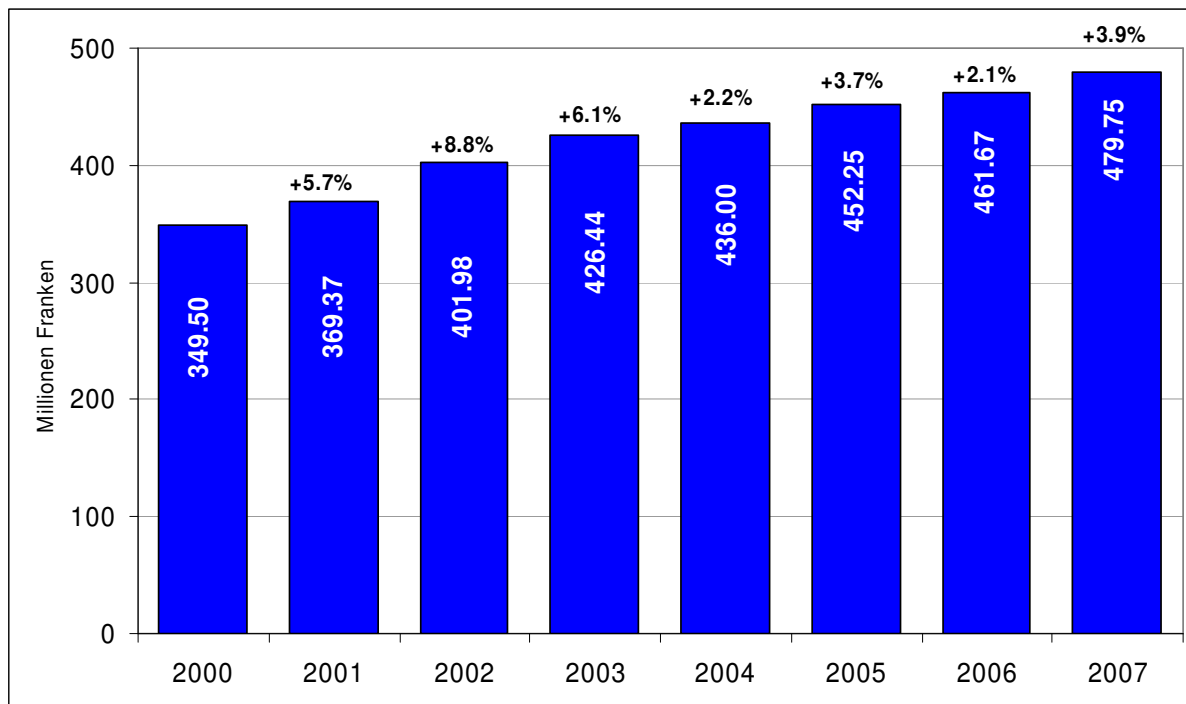
3.5. Entwicklung der Ausgaben und der Ertragslage des GNW

Die Spitalausgaben haben in allen westlichen Ländern eine starke Zunahme erfahren. Diese lässt sich mit dem **technologischen Fortschritt** und der **Entwicklung der Medizin** erklären, aber auch mit dem **Wachstum und der Alterung der Bevölkerung**, was eine unumgängliche Weiterentwicklung dieser Tendenz zur Folge hat.

Die nachfolgende Tabelle zeigt die Entwicklung der Betriebsausgaben der Walliser Krankenanstalten seit dem Jahr 2000 (somatische Akutversorgung, Geriatrie, Psychiatrie, Rehabilitation).

Die Zunahme der Ausgaben hat sich zwischen 2000 und 2003 beschleunigt (+5,7 % im Jahr 2001, +8,8 % im Jahr 2002, +6,1 % im Jahr 2003). Die oben beschriebene umfassende Reform des Walliser Spitalsystems (Vernetzung der Spitäler durch die Schaffung des GNW und Aufteilung der medizinischen Disziplinen) hat es ermöglicht, **die weitere Zunahme der Ausgaben ab 2004 zu dämpfen** (+2,2 % im Jahr 2004, +3,7 % im Jahr 2005, +2,1 % im Jahr 2006, +3,9 % im Jahr 2007).

Betriebsausgaben aller Krankenanstalten, die das GNW bilden (somatische Akutversorgung, Geriatrie, Psychiatrie, Rehabilitation), in Millionen Franken, 1990-2006 (einschliesslich Walliser Teil des Spitals Chablais – 55 %)



Die finanzielle Situation des GNW hat sich nunmehr stabilisiert. Der Verlust des Geschäftsjahres 2004 konnte mit den Überschüssen der Jahre 2005 bis 2007 kompensiert, und ein Spielraum für künftige Geschäftsjahre geschaffen werden.

Entwicklung der wirtschaftlichen Ergebnisse des GNW

Geschäftsjahr 2004 (Verlust)	-11'567'570.06
Geschäftsjahr 2005 (Gewinn)	3'622'600.23
Geschäftsjahr 2006 (Gewinn)	4'192'448.88
Geschäftsjahr 2007 (Gewinn)	7'718'104.10
Vortrag auf den 31.12.2007 (Gewinn)	3'965'583.15

Die Vernetzung der Spitäler hat zugleich die Entwicklung eines **einheitlichen Informatiksystems** erleichtert, die Einführung der **Kostenträgerrechnung** und schliesslich im Jahr 2005 die Umstellung auf eine Finanzierung mit **APDRG**. Das GNW ist eine der ersten Anstalten in der Schweiz, die dieses bedeutend präzisere Finanzierungssystem eingeführt haben, das eine Entlohnung der Anstalten nach Pathologie des Patienten ermöglicht.

Der Deckungsgrad der Ausgaben durch die Krankenversicherer konnte so verbessert werden. Dieser war im Jahr 2001 tatsächlich deutlich verringert worden (durchschnittlich von 50 % auf 45,5 %), da die Versicherer meinten, dass es der Buchführung der Walliser Spitäler an Transparenz fehle. Im Jahr 2007 konnte dieser Deckungsgrad wieder auf 47,5 % angehoben werden.

3.6. Schwierigkeiten im Zusammenhang mit der Vernetzung

Trotz der Vorteile der Spitalvernetzung stösst man hierbei auch auf Schwierigkeiten:

- die Ausübung gewisser Disziplinen an zwei oder drei Standorten bedingt **Verlegungen zwischen den Spitälern**, was für die Patienten unangenehm sein kann;
- der Transfer zwischen den Spitälern betrifft auch die **Ärzte (welche ihre Patienten oftmals an zwei oder drei verschiedenen Standorten operieren und behandeln) und, in gewissen Fällen, das Pflegepersonal und das medizinisch-technische Personal**; in diesem Hinblick kann die Attraktivität des GNW noch gesteigert werden;
- Abteilungen, deren Tätigkeit auf verschiedene Standorte verteilt werden muss, sind in der medizinischen Organisation mit Schwierigkeit konfrontiert, insbesondere im Bereich der Kommunikation und der Nachbetreuung der Patienten;
- die **Beibehaltung oder Entwicklung gewisser Tätigkeiten an anderen Standorten** (Brig, Siders, Martinach) **gestaltet sich manchmal als schwierig**. Dafür gibt es verschiedene Gründe: es sind an diesen Standorten nicht alle Disziplinen vertreten, was den interdisziplinären Austausch vermindert; die Behandlung von komplexen Fällen und/oder Notfällen ist aufgrund des Fehlens der Intensivpflege und der Schliessung der Operationssäle in der Nacht und am Wochenende nicht möglich.

4. Ausblick

4.1. Technologische Entwicklung

Die Medizin macht immer spektakulärere Fortschritte, insbesondere im Bereich der Genetik, der Informatik, der Robotertechnik und der Pharmakologie. So hat beispielsweise die **Minimal invasive Chirurgie (MIC)** bereits enorme Fortschritte mit sich gebracht: sie ermöglicht Operationen mit nur millimeterkleinen Einschnitten, durch welche die verschiedenen Instrumente und die Kamera eingeführt werden. Dies bringt zahlreiche Vorteile mit sich: **mehr Sicherheit, geringere Infektionsrisiken und weniger postoperative Komplikationen, Verminderung der Schmerzen, verbesserte Ästhetik**. Die Minimal invasive Chirurgie ist zurzeit Auslöser einer wahren Revolution.

Die neuen Technologien und insbesondere die weniger invasiven chirurgischen Techniken erlauben eine Verringerung der Aufenthaltsdauer im Spital und eine Entwicklung der ambulanten Betreuungsmöglichkeiten. Als Folge dieser Entwicklung **geht die Anzahl Krankentage in der Akutpflege der Walliser Spitäler** seit Beginn der 1990er Jahre **stetig und noch immer zurück**.

Die Fortschritte in der Medizin ziehen auch eine länger je bedeutendere Spezialisierung im Pflegebereich nach sich. **Diese Spezialisierung der Pflege erfordert mehr Zusammenballung**, damit eine ausreichend grosse Masse an Patienten gewährleistet werden kann, um die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungen zu sichern. Was die Anschaffung neuer Ausrüstung und Einrichtungen betrifft, so ist diese kostspielig und kann in der Folge nicht für alle Anstalten durchgeführt werden. Zudem erfordert die Komplexität der Eingriffe eine Spezialisierung und ständige Weiterbildung der Spitalteams. Es wird folglich immer schwieriger, Personal zu finden, das ausreichend spezialisiert ist.

Diese Entwicklungen erfordern regelmässige Anpassungen der Spitalinfrastrukturen. Laut Spezialisten bewegt sich die optimale Grösse einer Krankenanstalt zwischen **250 und 300 Betten für einen Einzugsbereich von 150'000 Einwohnern**.

Mit einer Bevölkerung von 298'900 Einwohnern (Stand vom 31.12.2007) gibt es dieser Norm entsprechend im Wallis folglich einen Einzugsbereich für zwei Anstalten zu je 250 bis 300 Betten. Dank den ausgeführten Reformen und dank der Zusammenarbeit mit dem Waadtländer Chablais (was eine Vergrösserung des Einzugsbereichs mit sich brachte) setzt sich die Walliser Spitallandschaft nunmehr aus drei Spitalzentren zusammen. Jedes dieser Zentren bietet sämtliche Disziplinen der Grundversorgung an mit insgesamt 700 Betten, die für die Walliser Bevölkerung eingeplant sind.

Diese Normen werden sich mit den immer rascheren technischen Fortschritten weiterentwickeln, wodurch neue Anpassungen der Planung unausweichlich werden. Man muss in der Tat damit rechnen, dass der ideale Einzugsbereich für eine Krankenanstalt noch grösser werden wird, je weiter sich die Spezialisierungen verfeinern werden.

4.2. Entwicklung im schweizerischen Spitalkontext

Am 21. Dezember 2007 verabschiedete das Bundesparlament eine Revision der Bestimmungen des KVG betreffend Spitalfinanzierung. Die wichtigsten mit dieser Revision eingeführten Änderungen betreffen die freie Spitalwahl, die Beteiligung der Kantone an der Finanzierung aller Anstalten, welche auf ihren Spitallisten figurieren (einschliesslich der privaten Anstalten), die Einführung eines gesamtschweizerischen leistungsbezogenen Finanzierungssystems (in diesem Fall die Swiss-DRG) sowie die Verpflichtung, Kosten- und Qualitätsvergleiche der Leistungen vorzunehmen. Diese Änderungen werden 2012 in Kraft treten. Sie streben eine **Konkurrenzsteigerung** zwischen den Spitälern an. **Das GNW wird sich anpassen müssen**, um sich in diesem neuen Kontext bestmöglich behaupten zu können.

Die **freie Spitalwahl** wird die Situation nicht-universitärer Anstalten, wie dem GNW, die sämtliche Disziplinen der Grundversorgung anbieten und gemeinnützige Aufgaben erfüllen (zum Beispiel obligatorische Aufnahmepflicht und Notfälle) erschweren. Nun haben solche Anstalten aber bereits jetzt Mühe, gute Spezialisten zu finden. Diese ziehen es nämlich vor, eine Universitätskarriere anzustreben, in einer Privatklinik arbeiten zu gehen, in der es weniger Bereitschaftsdienst zu leisten gibt, oder sich für eine grosse Anstalt zu entscheiden, in der für jede Spezialdisziplin eine ausreichend grosse Zahl an Patienten gewährleistet ist. Zu diesen Schwierigkeiten gesellt sich noch die freie Spitalwahl hinzu. Die Patienten werden Anstalten aufsuchen, in denen die angesehensten Spezialisten arbeiten, namentlich die Universitätszentren und gewisse Privatkliniken. Den anderen Anstalten droht damit ein Rückgang der Anzahl Fälle, was schlussendlich in einer Schliessung gewisser Abteilungen resultieren könnte. Sie werden vermutlich auch mit Schwierigkeiten konfrontiert werden, Leistungen von hoher Qualität zu gewährleisten, da das Personal technische Eingriffe nicht

mehr genügend häufig ausführen kann. Solche Anstalten würden für Spezialisten wiederum weniger attraktiv wirken. Dieser neue Kontext erfordert folglich beträchtliche Anpassungen. **Es wird noch wichtiger, als es jetzt schon ist, über eine ausreichend grosse Anzahl Patienten für jede der angebotenen medizinischen Disziplinen zu verfügen.**

Am Beispiel von Deutschland lässt sich veranschaulichen, was für Änderungen das schweizerische Spitalsystem in den nächsten Jahren mit der Einführung eines **für die ganze Schweiz einheitlichen leistungsgebundenen Finanzierungssystems** unterworfen sein wird. In Deutschland wurde 2005 ein DRG-Finanzierungssystem eingeführt, welches die Swiss-DRG beeinflusst hat, die in der Schweiz ab 2012 Geltung haben wird. Diese Änderung hatte in Deutschland eine Verminderung der Bettenzahl zu Folge, eine Konzentrierung der Leistungen, Fusionen von Anstalten, sowie die Schliessung von Abteilungen, die nicht über die nötige kritische Patientenmasse zur Gewährleistung der Leistungsqualität verfügten. Diese Reformen wurden vor allem aufgrund des neuen Finanzierungssystems durchgeführt, das es ermöglicht, dank genauen Leistungsdefinitionen die spezifischen Kapazitäten jeder einzelnen Anstalt hervorzuheben.

Das Wallis hat bereits 2005 ein DRG-Finanzierungssystem eingeführt (nämlich die APDRG), nachdem es seit 1999 mit der Pauschale pro Fachgebiet gearbeitet hatte. Diese neue Finanzierungsweise hat zur Verkürzung der Aufenthaltsdauer und zur Reduzierung der Bettenzahl geführt.

Mit der gesamtschweizerischen Einführung der Swiss-DRG ab 2012, mit der freien Spitalwahl und der Veröffentlichung von Kosten- und Qualitätsvergleichen kann man damit rechnen, dass es zu einer **Verstärkung des Drucks kommen wird, damit eine grössere Konzentration der Leistungen auf eine beschränkte Anzahl Anstalten erreicht wird**, wie dies in Deutschland der Fall ist. **Dadurch soll in jedem Leistungsbereich die kritische Patientenmasse erreicht werden, die zur Gewährleistung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungen notwendig ist.**

Die Revision der Spitalfinanzierung stellt eine erste Etappe in Richtung Befreiung vom Gesundheitsmarkt dar. Bestimmte Vorschläge zielen mittelfristig darauf ab, dass in den stationären und ambulanten Bereichen die Vertragsfreiheit zusammen mit einer monistischen Finanzierung eingeführt wird. Jede Krankenkasse könnte von da an auswählen, mit welchen Spitälern sie Verträge abzuschliessen wünscht (Vertragsfreiheit). Die kantonale Beteiligung an der Finanzierung der Spitalaufenthalte würde nicht mehr den Spitälern, sondern den Krankenkassen ausgeschüttet werden (monistische Finanzierung). Das Schweizer Volk hat jedoch am 1. Juni 2008 die Vorlage für einen Verfassungsartikel abgelehnt, der die Grundlage zur Einführung eines solchen Systems bilden sollte.

4.3. Folgen für das GNW

Experten wie Professor Felix Harder prognostizieren, dass mit dem Inkrafttreten der Revision der Spitalfinanzierung im Jahr 2012 grosse Gesundheitsregionen entstehen werden, die über den kantonalen Rahmen hinausgehen werden. Die Universitätsspitäler von Bern und Lausanne könnten auf die Walliser Patienten wohl eine noch grössere Anziehung ausüben. Das GNW wird von diesem Zeitpunkt an versuchen müssen, sich gegen diese zwei grossen Regionen zu behaupten.

Mit diesem neuen Kontext als Hintergrund muss sich das GNW bestmöglich auf seine Zukunft vorbereiten. **Daher müssen ab sofort Anpassungen geplant werden, welche die Verbesserung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Leistungen zum Ziel haben.**

Um dies erreichen zu können, müssen neue Zusammenlegungen vorgenommen werden, damit die Attraktivität des GNW für Spezialisten noch gesteigert werden kann (Verminderung des Transfers zwischen den verschiedenen Standorten, ausreichend kritische Patientenmasse). Diese Anpassungen bilden das kurzfristige Ziel der Vorschläge, die in Kapitel 5 des vorliegenden Berichts behandelt werden.

In Zukunft wird die **interkantonale Zusammenarbeit länger je erforderlicher** werden. Die Abkommen mit den Universitätsspitalern, die gegenwärtig revidiert werden, müssen weiterentwickelt werden, damit die Leistungsqualität des GNW und die Beibehaltung der Spitzendisziplinen im Wallis gewährleistet bleiben. Eine **Intensivierung der Beziehungen zwischen dem GNW und dem Spital Chablais** und später mit dem zukünftigen Spital Riviera-Chablais ist unverzichtbar für die Verhinderung einer unkoordinierten Entwicklung der Leistungen. Eine solche Entwicklung würde nämlich auf die Schaffung von Überkapazitäten hinauslaufen, wie dies in den Walliser Spitalern vor der Schaffung des GNW der Fall war.

Mittelfristig sind neue, tief greifende Reformen unumgänglich, um den Fortbestand des GNW im neuen schweizerischen Spitalkontext zu gewährleisten. Diese Reformen müssen in der nächsten Legislaturperiode ausgearbeitet und diskutiert werden. Das GNW und das Gesundheitsdepartement werden demnächst mit ihren Reflexionen zur Zukunft der Walliser Spitäler beginnen.

5. Planung 2008: Anpassungsvorschläge

5.1. Allgemeine Ziele

Die Spitalplanung muss als **entwicklungsfähiger Prozess** betrachtet werden, der es erlaubt, die Infrastrukturen und ihre Organisation schrittweise der Entwicklung der Technologien und der Betreuungsmöglichkeiten sowie den Bedürfnissen der Patienten anzupassen. Dies ist für den Spitalbereich unerlässlich, da seine Tätigkeit nicht unterbrochen werden kann und unter Veränderungen nicht leiden darf.

Die im vorliegenden Bericht ausformulierten Vorschläge zur Anpassung der Planung fügen sich in die Kontinuität der Planungen von 2004 und 2006. Sie verfolgen dieselben Ziele, nämlich in erster Linie die Qualitätsverbesserung der Leistungen gemäss Gesetz über die Krankenanstalten und –institutionen (siehe Punkt 2.4). Sie beabsichtigen auch eine **Positionierung des GNW** im neuen schweizerischen Spitalkontext.

Hierfür ist zentral, dass die Qualität der Leistungen noch verbessert und die Spezialisierung gesteigert wird, dass Kompetenzzentren entwickelt werden, dass die medizinische Organisation rationalisiert und die Attraktivität des GNW für Ärzte, Pflegepersonal und medizinisch-technisches Personal gesteigert wird.

An dieser Stelle liegt es nahe, an die Wichtigkeit der Attraktivität zu erinnern, die das GNW als Arbeitgeber ausübt. Das GNW steht der **Konkurrenz anderer Arbeitgeber** gegenüber, die auf dem Arbeitsmarkt, der von einem Mangel an Ärzten, Pflegepersonal und medizinisch-technischem Personal gekennzeichnet ist, **häufig bedeutend attraktiver sind** (Ausblick auf eine Universitätskarriere, geringerer Bereitschaftsdienst in Privatkliniken). Tatsächlich stammen rund 25 % der Fachpersonen des GNW aus dem Ausland.

Um diese Ziele erreichen zu können, **muss eine Zusammenlegung der verschiedenen medizinischen Disziplinen durchgeführt werden.** Die Zusammenlegung von Disziplinen würde insbesondere Folgendes ermöglichen:

- **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.

Die nachfolgenden aufgeführten Vorschläge zur Anpassung der Planung sind für das Erreichen der gesteckten Ziele unabdingbar.

Sie berücksichtigen ebenfalls das **Gleichgewicht zwischen den Regionen des Kantons.** Tatsächlich erhält jede von diesen Vorschlägen betroffene Anstalt neue Tätigkeitsbereiche zugeteilt und verliert dafür andere. Jeder Standort wird weiterhin Gesundheitsleitungen erbringen, einschliesslich im Bereich der somatischen Akutversorgung.

Wie in der Einführung erwähnt wurde, betreffen die vorgeschlagenen Änderungen nur das Spitalzentrum Oberwallis (SZO, siehe Punkt 5.2) und das Spitalzentrum Mittelwallis (CHCVs, siehe Punkt 5.3). Für die Region Chablais sollen die oben genannten Ziele mit der Schaffung des interkantonalen Spitals Riviera-Chablais erreicht werden. Dieses Projekt sieht eine Zusammenlegung der Spitaltätigkeiten im Bereich der somatischen Akutversorgung für die Bevölkerung der Riviera und des Chablais auf eine einzige Anstalt vor.

5.2. Spitalzentrum Oberwallis (SZO)

5.2.1 Allgemeine Chirurgie (einschliesslich Traumatologie)

Zurzeit wird die Allgemeine Chirurgie in Visp und Brig ausgeübt. Diese Verteilung auf zwei Standorte erlaubt es nicht mehr, die Oberwalliser Bevölkerung entsprechend gegenwärtiger Qualitätsstandarte zu betreuen. Um diese Situation zu ändern, wird vorgeschlagen, **die gesamte Allgemeine Chirurgie des SZO, einschliesslich der Traumatologie, auf den Standort Visp zu verlagern**, indem die zurzeit noch in Brig praktizierte stationäre und ambulante Tätigkeit nach Visp verlegt wird. Den Daten von 2007 entsprechend wären damit rund 3'200 Krankentage, was in etwa 9 Betten entspricht, von Brig nach Visp zu verlegen.

Allgemeine Chirurgie

	Krankentage (KTA)		Betten (KTA/365)	
	2006	2007	2006	2007
Brig	2'912	3'177	8.0	8.7
Visp	13'110	14'368	35.9	39.4

5.2.2 Orthopädie

Die elektive Orthopädie, d.h. Fälle, die programmiert werden können, wird zurzeit in Brig ausgeübt. Diese Disziplin zeichnet sich durch eine sehr starke Nachfrage aus. Die Zahl der Krankentage ist von 4'563 im Jahr 2005 auf 5'632 im Jahr 2007 gestiegen.

Orthopädie

	Krankentage (KTA)		Betten (KTA/365)	
	2006	2007	2006	2007
Brig	4'991	5'632	13.7	15.4
Visp	59	42	0.2	0.1

Um dieser Zunahme begegnen zu können, wird das GNW **einen zusätzlichen Orthopäden** einstellen, was eine Verstärkung des Orthopädie-Kompetenzzentrums von Brig und eine Erhöhung der Bettenkapazität um **8 Betten** ermöglicht. Dadurch werden eine bestimmte Anzahl Fälle, die zurzeit ausserhalb des Kantons betreut werden müssen, in Brig behandelt werden können. Des Weiteren wird dort der Bereich Rehabilitation des Bewegungsapparats gefördert werden müssen, so dass die angebotenen Leistungen vervollständigt werden können und ihre Qualität noch verbessert werden kann. Diese Entwicklung wird es auch erlauben, interessante Synergien mit der Geriatrie in Betracht zu ziehen (siehe auch Punkt 5.2.4).

Durch die Verstärkung im Bereich der Orthopädie besteht die einmalige Chance, die vorhandenen Kernkompetenzen in diesem Bereich durch den Ausbau der minimal invasiven Wirbelsäulenchirurgie zu ergänzen. In Kombination mit der ambulanten und stationären Schmerztherapie, der Physiotherapie, der rehabilitativen Geriatrie und der Rheumatologie ist damit der Grundstein zum Aufbau eines zukunftssträchtigen „Zentrums für den Bewegungsapparat“ gelegt.

5.2.3 Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten (HNO)

Die Tätigkeit der stationären Behandlung von Hals-, Nasen-, und Ohrenkrankheiten (HNO) ist relativ gering, da die Tendenz besteht, eine zunehmende Zahl so genannter leichter Fälle ambulant zu behandeln. Um das Angebot in diesem Bereich zu rationalisieren, muss eine Unterscheidung zwischen schweren und leichten Fällen abgeschafft und die HNO-Abteilungen zusammengelegt werden.

Wie die nachfolgende Tabelle zeigt, ist die Zahl der HNO-Patienten zu gering, um diese Disziplin in Brig und in Visp aufrecht zu erhalten. Es wird folglich vorgeschlagen, **die HNO-Betten und -Ausrüstung nach Visp zu verlagern**, wo bereits die komplexeren und die Pädiatrie-Fälle behandelt werden.

HNO (ohne pädiatrische Fälle)

	Krankentage (KTA)		Betten (KTA/365)	
	2006	2007	2006	2007
Brig	482	406	1.3	1.1
Visp	225	130	0.6	0.4

5.2.4 Geriatrie – innere Medizin

Laut Definition der Schweizerischen Fachgesellschaft für Geriatrie (SFGG) ist die Geriatrie jener Bereich der Medizin, der sich um die Gesundheit im fortgeschrittenen Alter kümmert sowie um alle klinischen Aspekte (physisch und psychisch), um die Prävention, Rehabilitation und die sozialen Aspekte der Krankheiten betagter Menschen. Diese Disziplin befindet sich mitten in der Entwicklung, da man in Zukunft mit einem Wachstum der betagten Bevölkerung und einem Bedarf an spezialisierter medizinischer Betreuung mit spezifischer Pflege und Behandlung zu rechnen hat. Die demografische Entwicklung drängt das Gesundheitssystem im Allgemeinen und die Spitaldienste im Besonderen zu einem Wandel. Die Festigung der Interaktion der inneren Medizin und der Geriatrie ist eine der Herausforderungen dieser Entwicklung. Diese Schnittstelle müsste eine bessere Anpassung des Pflegeangebots an die Bedürfnisse der Patienten fördern, zur Entwicklung der Ausbildung der Fachpersonen beitragen und Möglichkeiten zur Entwicklung und Erprobung innovativer Pflegemodelle bieten, welche ausgebaut werden müssen.

Aufgrund der Natur ihrer Tätigkeiten ist die Geriatrie sehr eng mit der inneren Medizin verbunden. Die künftige Organisation muss der Geriatrie ermöglichen, sich bündeln zu können, damit starke Kompetenzzentren entwickelt werden können. Zudem müssen ihre Verbindungen mit der inneren Medizin gefestigt werden, um folgende Bereiche zu verbessern:

- die Betreuung der betagten Personen, die in der inneren Medizin hospitalisiert sind;
- den weiteren Werdegang dieser Patienten;
- die Pflegequalität innerhalb der Institution ebenso wie im externen Gesundheitsnetz.

Im SZO wurden die Tätigkeiten der inneren Medizin und der Geriatrie bereits in ein und dieselbe Abteilung integriert. Um die gegenwärtig zwischen Brig und Visp verteilten **Kompetenzen in der Geriatrie gruppieren zu können**, empfiehlt es sich, sämtliche Tätigkeiten im Bereich der Geriatrie am Standort Brig zusammenzulegen. Das SZO wäre so besser in der Lage, die Erneuerung der FMH-Anerkennung der Geriatrie gewährleisten zu können, **da diese Zusammenlegung von der FMH ausdrücklich gefordert wird.**

Die verschiedenen, vom Staatsrat angesichts der Zurverfügungstellung neuer APH-Betten gefällten Entscheide rechtfertigen nunmehr die Revision der Anzahl geplanter Geriatriebetten für das Oberwallis, die seit 2005 nicht mehr durchgeführt worden war. Gegenwärtig sind nur rund 30 Betten belegt, während die Planung deren 85 vorsieht. Es wird daher vorgeschlagen, **die Anzahl geplanter Geriatriebetten entsprechend ihrer gegenwärtigen Belegung anzupassen, was für das gesamte SZO 35 Betten ausmacht, und diese in Brig zusammenzulegen** (die Anzahl geplanter Betten entspricht dem Jahresdurchschnitt).

Geriatric

	Krankentage (KTA)		Betten (KTA/365)		Geplante Betten 2005
	2006	2007	2006	2007	
Brig	5'773	5'842	15.8	16.0	42
Visp	4'336	5'046	11.9	13.8	43

Im Bereich der **inneren Medizin**, jeweils um die Spezialisierung und die Kompetenzen zu festigen, wird vorgeschlagen, mehr Patienten in Visp einzuliefern, indem **18 Betten** von Brig auf Visp übertragen werden. Es geht hierbei auch um eine Erleichterung der Verwaltung der Abteilung der inneren Medizin und der Geriatrie, deren Tätigkeit auf zwei Standorte verteilt ist.

Innere Medizin

	Krankentage (KTA)		Betten (KTA/365)	
	2006	2007	2006	2007
Brig	13'942	14'620	38.2	40.1
Visp	13'701	15'375	37.5	42.1

5.2.5 Wartebetten

Die Spitalplanung von 2006 sieht mit der Inbetriebnahme neuer APH-Betten einen schrittweisen Abbau der Wartebetteneinheiten vor. Es sollen nur ein bis zwei Betten pro Standort (Brig und Visp für das SZO) verfügbar gehalten werden.

Wartebetten

	Krankentage (KTA)		Betten (KTA/365)	
	2006	2007	2006	2007
Brig	182	517	0.5	1.4
Visp	6'295	6'600	17.2	18.1

Seit 2005 wurden in der Region Brig 94 und in der Region Visp 17 zusätzliche APH-Betten in Betrieb genommen. Für das Jahr 2008 ist die Eröffnung 78 neuer Betten in der Region Brig und 24 bis 27 Betten in der Region Visp vorgesehen. Letztere Region wird im Jahr 2009 noch mit 22 bis 25 zusätzlichen Betten ausgestattet werden. So werden diese beiden Regionen ab 2010 über die im Konzept für die Betreuung betagter Personen von 2005 vorgesehene Anzahl Betten verfügen (204 Betten pro 1'000 Einwohner im Alter von 80 Jahren und darüber).

In der Kontinuität der Spitalplanung von 2006 und unter Berücksichtigung der neuen APH-Betten, die demnächst im Oberwallis zur Verfügung gestellt werden, wird vorgeschlagen, **im Zusammenhang mit der Bedarfsentwicklung und der Zurverfügungstellung neuer APH-Betten die Zahl der Wartebetten schrittweise zu reduzieren.**

5.3. Spitalzentrum Mittelwallis (CHCVs)

Die Vorschläge für das CHCVs zielen auf eine Zusammenlegung einer bestimmten Anzahl Disziplinen an zwei Standorten ab, statt auf drei, wie es gegenwärtig der Fall ist. Dies soll durchgeführt werden, um die oben genannten Ziele zu erreichen.

5.3.1 Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, orthopädische Traumatologie

Die Allgemeine Chirurgie befindet sich gegenwärtig an den Standorte Siders, Sitten und Martinach. Es wird vorgeschlagen, **diese Disziplin nach Sitten und Siders zu verlagern.** Den Daten von 2007 entsprechend müssten ungefähr 2'500 Krankentage, was 7 Betten entspricht, von Martinach nach Sitten (ungefähr 4 Betten) und Siders (ungefähr 3 Betten) verlagert werden.

Diese Zusammenlegung an zwei Standorten wird es ermöglichen, die Verwaltung der Allgemeinen Chirurgie zu verbessern, sie besser an die technologische Entwicklung

anzupassen, die Arbeit der Ärzte und der Mitarbeiter zu erleichtern und die Betreuung der Patienten zu optimieren.

Allgemeine Chirurgie

	Krankentage (KTA)		Betten (KTA/365)	
	2006	2007	2006	2007
Siders	2'984	2'292	8.2	6.3
Sitten	9'882	12'797	27.1	35.1
Martinach	3'175	2'566	8.7	7.0

Die Spitäler von Siders und Sitten werden folglich fortfahren, sich im Bereich der Viszeralchirurgie zu spezialisieren, wohingegen das Spital von Martinach sich auf die Entwicklung eines Kompetenzzentrums für Orthopädie und orthopädische Traumatologie konzentrieren wird.

Seit Umsetzung des Spitalkonzepts 2004 besteht im Spital von Martinach bereits ein Kompetenzzentrum für Orthopädie. Die Tätigkeit im Bereich der Orthopädie nimmt in Martinach zu: die Zahl der Krankentage ist von 6'459 im Jahr 2005 auf 7'656 im Jahr 2007 gestiegen.

Orthopädie

	Krankentage (KTA)		Betten (KTA/365)	
	2006	2007	2006	2007
Sitten	2'532	1'862	6.9	5.1
Martinach	6'969	7'656	19.1	21.0

Im Rahmen der Planung von 2006 wurde beschlossen, die aufschiebbare Traumatologie von Sitten nach Martinach zu verlagern. Wie aus den nachfolgenden Daten zu entnehmen ist, wurde diese Zusammenlegung erst teilweise durchgeführt.

Orthopädische Traumatologie

	Krankentage (KTA)		Betten (KTA/365)	
	2006	2007	2006	2007
Sitten	5'209	7'076	14.3	19.4
Martinach	68	17	0.2	0.0

Um die Verlagerung der aufschiebbaren Traumatologie nach Martinach endgültig umzusetzen, wurde eine Strukturkommission gebildet, die beauftragt wurde, Vorschläge zur Entwicklung eines Kompetenzzentrums der Orthopädie und aufschiebbaren Traumatologie in Martinach vorzubringen. Der Bericht dieser Kommission wird auf Herbst 2008 erwartet. Eine Auswahl von Notfällen soll weiterhin in Sitten behandelt werden, immer mehr Fälle sollen aber je nach Dringlichkeit und Schwere vor oder nach der Operation nach Martinach verlegt werden. Die Verlagerung der aufschiebbaren Traumatologie sollte im Jahr durchschnittlich 4 Betten in Sitten freimachen, die von Martinach übernommen werden.

Das Kompetenzzentrum in Martinach würde demzufolge die Orthopädie, die aufschiebbare Traumatologie, die Rheumatologie und die Rehabilitation des Bewegungsapparates (in Zusammenarbeit mit dem WZP) umfassen. Die Entwicklungsaussichten in diesem Bereich stehen gut.

Es ist noch hervorzuheben, dass die Schaffung des GNW und die im Jahr 2004 begonnene neue Aufteilung der medizinischen Disziplinen dem Spital von Martinach eine hohe Tätigkeitsrate und eine Aufrechterhaltung von Stellen ermöglicht hat (siehe Punkte 3.3 und 3.4).

5.3.2 Palliativpflege

Im Jahr 2006 beschloss der Staatsrat, in der Spitalplanung eine neue Bettenkategorie einzuführen: die Palliativpflegebetten. In der Folge auf die Schliessung des Spitals Gravelone im Mittelwallis und um diese Leistung im Oberwallis zu entwickeln, hat die Planung von 2006 die Schaffung von drei Abteilungen für Palliativpflege beschlossen: 6 Betten in Brig, 4 Betten in Siders und 8 Betten in Martinach.

Die Abteilungen von Brig und Martinach wurden damals eröffnet und das Personal konnte von einer fachspezifischen Ausbildung profitieren. Die Abteilung von Siders wurde noch nicht erstellt, was erlaubt, die Zweckmässigkeit ihrer Schaffung noch einmal zu überdenken.

Vom medizinischen Standpunkt aus gesehen wird die Organisation einer dermassen kleinen Abteilung problematisch werden. Es wird folglich vorgeschlagen, **das Vorhaben, in Siders 4 Palliativpflegebetten zu schaffen, aufzugeben und diese 4 Betten der Abteilung von Martinach zuzuteilen, die damit schrittweise von 8 auf 12 Betten aufstocken könnte.** Selbstverständlich werden in den verschiedenen anderen Spitalabteilungen, die sich um Patienten am Ende ihres Lebens kümmern, weiterhin spezialisierte Palliativleistungen angeboten und weiterentwickelt. Die Palliativmedizin in den anderen Abteilungen wird folglich nicht aufgehoben. Diese können sich im Gegenteil sogar auf die Fachkenntnis des in Palliativpflege spezialisierten Arztes stützen, den das GNW angestellt hat. Dieser Arzt wird beauftragt, die Abteilung für Palliativpflege in Martinach zu leiten, aber auch die Rolle einer beratenden Ansprechperson für Palliativfragen aus anderen Abteilungen des CHCVs zu übernehmen. Gegenwärtig wird eine Bestandsaufnahme des Angebots der Palliativmedizin im Wallis erstellt, um den Bedarf, die bestehenden Mittel, die Mangelhaftigkeit des Systems und die zu treffenden Massnahmen zur Behebung der Mängel zu evaluieren. Diese Aufnahme wird es ermöglichen, Vorschläge für die Organisation der Palliativpflege anzubringen, so dass ohne erhebliche zusätzliche Kosten für die Bevölkerung des Kantons ein integriertes und koordiniertes Pflegenetz geschaffen werden kann, das den Zugang zur Pflege und deren Qualität sicherstellt.

5.3.3 Operative ambulante Gynäkologie

Die operative ambulante Gynäkologie wird gegenwärtig in den Standorten Siders, Sitten und Martinach ausgeübt. Wie die folgende Tabelle zeigt, hat die Gynäkologie im Siders im Bereich der ambulanten Besuche und der Fälle der teilstationären Behandlung einen starken Rückgang erfahren.

Gynäkologie

	Zahl der ambulanten Besuche und der Fälle der teilstationären Behandlung in der somatischen Akutversorgung			
	2004	2005	2006	2007
Siders	1'256	828	607	169
Sitten	2'661	2'639	3'362	4'070
Martinach	2'776	2'620	2'191	1'895

Um diese Tätigkeit an zwei Standorten zusammenzulegen wird vorgeschlagen, **sie in Siders nicht mehr zu praktizieren**. Dies würde in erster Linie ermöglichen, die Operationstrakte des Spitals von Siders freizumachen, die gegenwärtig von der Entwicklung der plastischen Chirurgie beansprucht werden.

5.3.4 Pädopsychiatrie

Kinder und Jugendliche, die von psychischen Problemen betroffen sind, müssen in einer gesonderten Abteilung betreut werden können, um den Betrieb der Pädiatrieabteilungen nicht zu stören. Zu diesem Zweck und gemäss Spitalkonzept von 2004 wurde im Spital von Siders eine Pädopsychiatrie-Abteilung mit 8 Betten geschaffen. Dieser Bereich erfährt gegenwärtig eine wachsende Nachfrage. Um diese befriedigen zu können, wird vorgeschlagen, **der Abteilung für Pädopsychiatrie in Siders 2 zusätzliche Betten zu bewilligen**, und die Bettenzahl damit von 8 auf 10 zu erhöhen.

Pädopsychiatrie

	Krankentage (KTA)		Betten (KTA/365)	
	2006	2007	2006	2007
Siders	2'602	2'872	7.1	7.9

5.3.5 Geriatrie – innere Medizin – Wartebetten

Wie oben unter den Ausführungen zum SZO erwähnt wurde, ist die Geriatrie aufgrund ihrer Tätigkeiten sehr eng mit der inneren Medizin verbunden. Die künftige Organisation muss es der Geriatrie ermöglichen, sich zu gruppieren, um starke Kompetenzzentren entwickeln zu können, und ihre Verbindungen zur inneren Medizin müssen gefestigt werden.

Vergleichbar mit der Situation im SZO **wird das GNW die schrittweise Verlagerung** der Tätigkeiten der Medizin und der Geriatrie des CHCVs in eine Abteilung organisieren. Die Aufteilung der inneren Medizin und der Geriatrie zwischen den verschiedenen Standorten des CHCVs wird derzeit nicht verändert. Eventuelle Änderungen hierzu sollten Gegenstand von Vorschlägen sein, die dem Staatsrat zur Zustimmung unterbreitet werden.

Die Planung von 2006 sieht mit der Inbetriebnahme der neuen APH-Betten einen schrittweisen Abbau der Wartebetten vor, indem aber trotzdem ein bis zwei Betten pro Standort offen bleiben sollen. Wie die folgende Tabelle zeigt, entspricht die Anzahl belegter Wartebetten im CHCVs der erstellten Planung.

Wartebetten

	Krankentage (KTA)		Betten (KTA/365)	
	2006	2007	2006	2007
Siders		164	0.0	0.4
Sainte-Claire	179	108	0.5	0.3
Sitten (Gravelone)	712		2.0	0.0
Martinach	308	733	0.8	2.0

5.3.6 Pneumologie

Das Spitalkonzept von 2004 sah die provisorische Beibehaltung der Pneumologie im Walliser Zentrum für Pneumologie (WZP) in Montana vor, um diesem und dem Spital Sitten zu ermöglichen, die nötigen Massnahmen für eine Verlagerung auf den Standort Sitten zu treffen. Dieser Planungsentscheid ist noch umzusetzen.

Pneumologie

	Krankentage (KTA)		Betten (KTA/365)	
	2006	2007	2006	2007
WZP	5'788	5'832	15.9	16.0

5.4. Bereitschaftsdienst

Der bislang von selbstständig praktizierenden Ärzten übernommene Bereitschaftsdienst stösst im Wallis, wie auch gesamtschweizerisch, auf immer grössere Organisationsschwierigkeiten. Eine zunehmende Zahl von Ärzten verlangt, davon befreit zu werden. Gründe dafür sind erhöhte Arbeitsbelastung, Schwierigkeiten der Vereinbarkeit mit dem privaten Leben, Zunahme der Teilzeitarbeitenden, Spezialisten, denen Erfahrung in Erster Hilfe fehlt, Koordinationsmangel mit den Notfalldiensten der Spitäler, gesteigerter Anspruch der Bevölkerung usw.

Das Gesetz über die Krankenanstalten und –institutionen vom 12. Oktober 2006 sowie das neue Gesundheitsgesetz vom 14. Februar 2008 sehen verschiedene Massnahmen zum Ausbau des Bereitschaftsdienstes in unserem Kanton vor. Auf der Grundlage dieser neuen gesetzlichen Bestimmungen wurde im Juli 2007 vom Walliser Ärzteverband (WÄV), der Kantonalen Walliser Rettungsorganisation (KWRO) und der Dienststelle für Gesundheitswesen ein Pilotprojekt zum ärztlichen Bereitschaftsdienst erstellt. Es handelt sich hierbei um einen telefonischen Notfalldienst, der von Ärzten gewährleistet wird, welche nachts ab 19 Uhr sowie an den Wochenenden und Feiertagen erste medizinische Ratschläge erteilen. Das Wallis leistet in diesem Bereich Pioniersarbeit. Dieses neue System, das einen raschen Erfolg zu verzeichnen hat, ermöglicht eine Entlastung der Ärzte für Erste Hilfe, die Gewährleistung einer 24-Stunden Betreuung für die gesamte Walliser Bevölkerung, eine Arbeitsentlastung der Nothilfedienste der Spitäler und eine Verhinderung unangebrachter Spitaleinlieferungen. Von Juli bis Dezember 2007 wurden 5'079 Fälle behandelt. 3'666 davon konnten vollständig vom neuen ärztlichen Bereitschaftsdienst betreut werden. Folglich mussten bloss 1'413 Fälle an diensthabende Bereitschaftsärzte oder an die Notaufnahmen der Spitäler weitergeleitet werden.

Das GNW wird die Möglichkeit, in den Räumlichkeiten einzelner Krankenanstalten **Bereitschaftsstationen** einzurichten, ausloten, um den Mangel an Bereitschaftsärzten zu beheben und um die Einrichtung des neuen ärztlichen Bereitschaftsdienstes zu vervollständigen. Auf diese Weise könnte der Bevölkerung während der Nacht, an Wochenenden und an Feiertagen ein ärztlicher Bereitschaftsdienst zur Verfügung gestellt werden, der von Ärzten für Allgemeinmedizin gewährleistet wird, die entsprechend eines in Zusammenarbeit mit dem WÄV ausgearbeiteten Turnus arbeiten werden.

6. Schlussbemerkungen

Die im vorliegenden Bericht dargestellten Vorschläge für die Anpassung der Spitalplanung fügen sich in die Kontinuität der getroffenen Entscheide von 2004 und 2006. Sie erlauben dem GNW, **die Qualität seiner Leistungen noch zu verbessern**. Die vorgeschlagenen Zusammenlegungen werden die Chance des GNW, auf einem von Mangel an Spitalfachärzten, Pflegepersonal und medizinisch-technischem Personal geprägten Arbeitsmarkt **hoch qualifizierte Spezialisten anziehen zu können**, erhöhen. Die **Spezialisierung** wird gesteigert und es können sich Kompetenzzentren entwickeln, wodurch ein optimales Know-How und eine Anpassung an die rasche Entwicklung der medizinisch-technischen Entwicklung gewährleistet werden kann. Die Erneuerung der **FMH-Anerkennung** wird sich auf diese Weise als ein Leichtes gestalten.

Es wird vorgeschlagen, dass das GNW diese Anpassungen nach Zustimmung des Staatsrats schrittweise umsetzt. Die Spitalliste kann somit auf Ende 2008 abgeändert werden, um am **1. Januar 2009** in Kraft zu treten.

Das GNW wird damit über unverzichtbare Trumpfe verfügen, um den Herausforderungen durch die neuen Modalitäten des KVG zur Spitalfinanzierung, die im Jahr 2012 eingeführt werden, die Stirn bieten zu können (freie Spitalwahl, Beteiligung des Kantons an der Finanzierung privater Anstalten, Einführung eines einheitlichen, gesamtschweizerischen leistungsbezogenen Finanzierungssystem, Kosten- und Qualitätsvergleiche der Leistungen). Diese Änderungen werden in Zukunft noch weitere Anpassungen bedingen, die anlässlich der nächsten Legislaturperiode Gegenstand grundlegender Reflexionen und Diskussionen sein sollten.

Die neuen Bestimmungen des KVG erfordern ebenfalls eine ganzheitliche Revision der Spitalplanung, insbesondere im Zusammenhang mit den neuen Planungskriterien, die vom Bundesrat festgelegt werden (leistungsbezogene Planung, Bedarfsabklärung aufgrund interkantonalen Vergleiche, Berücksichtigung der Angebote der anderen Kantone, Koordination der kantonalen Planungen usw.). Diese Arbeiten sind für die Jahre 2010 und 2011 vorgesehen, so dass die neue Planung im Jahr 2012 in Kraft treten kann, zur selben Zeit wie die oben genannten wesentlichen Änderungen des KVG.