



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

CANTON DU VALAIS
KANTON WALLIS

SPITALPLANUNG 2006 UND BILANZ DER UMSETZUNG DER PLANUNG 2004



März 2006

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	5
1.1.	Die Ziele der Gesundheitspolitik	5
1.2.	Die methodologischen Aspekte	5
1.3.	Die wichtigsten Elemente der Spitalplanung 2004	5
1.4.	Die Auswirkungen der Einführung des Gesundheitsnetzes Wallis (GNW) auf die Ausarbeitung und Umsetzung der kantonalen Spitalplanung	6
1.5.	Tabelle der Spitalplanung 2004	7
2.	Bilanz der Aufteilung der medizinischen Disziplinen	11
2.1.	Rückblick auf die Prinzipien der Spitalplanung vom Januar 2004	11
2.1.1	Ziele	11
2.1.2	Grundsätze	12
2.2.	Die Indikatoren der Spitaltätigkeit (1990-2005)	13
2.3.	Die finanziellen Indikatoren (2004)	16
2.4.	Bilanz der Jahre 2004 und 2005	17
2.5.	Bilanz nach Disziplinen	29
2.5.1	Chirurgie	31
2.5.2	Urologie	35
2.5.3	Ophthalmologie	36
2.5.4	HNO	37
2.5.5	Disziplinen der Chirurgie mit kantonalem Charakter	39
2.5.6	Disziplinen der Medizin mit kantonalem Charakter	39
2.5.7	Innere Medizin	40
2.5.8	Gynäkologie	42
2.5.9	Geburtshilfe	43
2.5.10	Säuglingsstation und Neonatologie	44
2.5.11	Pädiatrie	45
2.5.12	Psychogeriatric	46
2.5.13	Geriatric	47
2.5.14	Palliativpflege	48
2.5.15	Wartebetten	50
2.5.16	Kantonale Rehabilitation	51
3.	Empfehlungen zuhanden des Staatsrats	52
3.1.	Allgemein	52
3.2.	Planung der Bettenzahl	52
3.3.	Planungsempfehlungen für das SZO	52
3.3.1	Gynäkologie	52
3.3.2	Palliativpflege	53
3.3.3	Geriatric	54
3.3.4	Wartebetten	54
3.4.	Planungsempfehlungen für das CHCVs	55
3.4.1	Geriatric	55
3.4.2	Palliativpflege	55
3.4.3	Nicht akute Traumatologie	56
3.4.4	Thoraxchirurgie	56
3.4.5	Gynäkologie	57
3.4.6	Wartebetten	57
3.5.	Ergänzende Massnahmen, die vom GNW für das SZO beschlossen wurden	57
3.5.1	Ophthalmologie	57
3.5.2	Ambulante Psychiatric	58
3.5.3	Verwaltung und Finanzen	58

3.6.	Ergänzende Massnahmen, die vom GNW für das CHCVs beschlossen wurden	58
3.6.1	<i>Ophthalmologie</i>	58
3.6.2	<i>HNO und Kieferchirurgie</i>	58
3.6.3	<i>Ambulante Psychiatrie</i>	58
3.6.4	<i>Kantonale Rehabilitation</i>	58
3.7.	Synthese der Empfehlungen zuhanden des Staatsrats.....	59

Herausgegeben von der
Dienststelle für Gesundheitswesen

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
HEVs	Hochschule Wallis
HUG	Hôpitaux Universitaires de Genève
IPVR	Psychiatrische Institutionen des Mittel- und Unterwallis
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
KWRO	Kantonale Walliser Rettungsorganisation
SMUR	Mobile Einheit für Notfälle und Reanimation
SMZ	Sozialmedizinisches Zentrum
SZO	Spitalzentrum Oberwallis
WZP	Walliser Zentrum für Pneumologie
ZIWS	Zentralinstitut der Walliser Spitäler
VZÄ	Vollzeitäquivalent

1. Einleitung

Ziel dieses Berichts ist die Bewertung der Umsetzung der Spitalplanung vom Januar 2004 durch das GNW. Es geht in erster Linie darum, eine Bilanz über die Tätigkeit der Akutspitäler und der anderen Spitäler für 2004 und 2005 zu ziehen. Diese Bilanz gestattet dann die Prüfung einer bestimmten Anzahl von Korrekturmassnahmen bei der Aufteilung der medizinischen Disziplinen sowie die Vorlage von Empfehlungen zuhanden des Staatsrats.

Bevor jedoch über die Spitaltätigkeit 2004 und 2005 Bilanz gezogen wird, ist es wichtig, gewisse Ziele und Prinzipien in Erinnerung zu rufen, die bei der Ausarbeitung des Spitalplanungskonzepts vom Januar 2004 zugrunde gelegt wurden.

1.1. *Die Ziele der Gesundheitspolitik*

In der Gesundheitspolitik haben sich alle industrialisierten Länder die gleichen Ziele gesetzt, die auch für den Kanton Wallis gelten. Die wichtigsten Ziele der Gesundheitspolitik sind:

- die Qualität der Leistungen zu gewährleisten bzw. zu verbessern,
- die Kosteneindämmung sicherzustellen,
- die Pflegeleistungen der gesamten Bevölkerung zugänglich zu machen.

Zwischen diesen Zielen besteht ein wechselseitiger Zusammenhang. So setzt der Zugang zur Pflege für die gesamte Bevölkerung die Eindämmung der Spitalkosten voraus. Die Kosteneindämmung bedingt ihrerseits die Ausarbeitung von Leistungsverträgen.

Die zweite Zielsetzung des zwischen dem Staatsrat und dem Grossen Rat abgeschlossenen Leistungsvertrags lautet namentlich:

„Gewährleistung einer angemessenen Heilbehandlung und Pflege, die den Bedürfnissen und den Qualitäts- und Sicherheitsanforderungen gerecht wird, durch eine sinnvolle Infrastrukturplanung und eine gerechte Zuteilung der vorhandenen Ressourcen“.

1.2. *Die methodologischen Aspekte*

Dieser Bericht beruht im Wesentlichen auf den Indikatoren der Tätigkeit der Spitäler, nämlich der für die einzelnen Disziplinen und Standorte für die Jahre 2002 bis 2005 verzeichneten Anzahl von Austritten und Krankentagen. Die Daten für die Jahre 2004 und 2005 stammen aus dem zentralisierten Datenverwaltungssystem „Datawarehouse“, während die Daten für 2002 und 2003 den Zahlenangaben entsprechen, die von den Spitälern an die Dienststelle für Gesundheitswesen übermittelt wurden.

1.3. *Die wichtigsten Elemente der Spitalplanung 2004*

Die Schwerpunkte der Spitalplanung 2004 lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- **Vernetzung der Walliser Spitäler** (Gesundheitsnetz Wallis) und als deren Folge eine bessere Koordination zwischen den Spitälern
- Definition **einer einzigen Spitalzone** auf kantonaler Ebene

- Schaffung von **drei Spitalzentren** (im Ober-, Mittel- und Unterwallis), die ein **umfassendes Leistungsangebot** bieten
- **Zuteilung von Leistungsaufträgen** an die Spitäler und Aufteilung der medizinischen Tätigkeiten zwischen den Standorten sowie **Festlegung der Normen an Spitalbetten pro Anstalt und pro Pflegekategorie** (Liste der Spitäler, die im Sinne von Art. 39 KVG zur Ausübung ihrer Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen sind)
- Zentralisierung **gewisser medizinischer Disziplinen an einem einzigen Standort im Kanton** aus Gründen der Qualität und der Kosteneindämmung
- **Sicherung der Qualität und der Bevölkerungsnähe der Pflegeleistungen** dank der Beibehaltung einer Notfallambulanz 24 Stunden am Tag und sieben Tage die Woche in allen sechs Akutspitälern
- **Zuteilung von verschiedenen Leistungsaufträgen** an die Spitäler desselben Spitalzentrums nach dem Schema: komplexe Fälle – leichte Fälle
- **Erhaltung der Operationstrakte** in allen sechs Akutspitälern, **ausser in der Nacht und an Wochenenden**, an denen nur jeweils ein Spital seine Operationssäle geöffnet haben wird
- **Einführung eines leistungsfähigen Dienstes zur Verlegung der Patienten von einem Spital in ein anderes.**

1.4. Die Auswirkungen der Einführung des Gesundheitsnetzes Wallis (GNW) auf die Ausarbeitung und Umsetzung der kantonalen Spitalplanung

Seit der Inkraftsetzung des Dekrets über das Gesundheitsnetz Wallis (GNW) vom 4. September 2003 nimmt das GNW, eine öffentlich-rechtliche, eigenständige Einrichtung, die sich aus einem Verwaltungsrat und einer Generaldirektion zusammensetzt, an der Ausarbeitung der vom Staatsrat bestimmten Gesundheitsplanung teil, gewährleistet deren Umsetzung und leitet die Tätigkeiten der Spitäler aufgrund der vom Staatsrat beschlossenen Leistungsaufträge.

1.5. *Tabelle der Spitalplanung 2004*

		Spitalzentrum Oberwallis			Spitalzentrum Mittelwallis			Spitalzentrum Unterwallis			
		Visp	Brig	CVP	Siders	Sitten	Martinach	Monthey	Aigle	IPVR	St-Maurice
		Komplexe und/oder nicht programmierte Fälle	Leichte und/oder programmierte Fälle	Rehabilitation	Leichte und/oder programmierte Fälle	Komplexe und/oder nicht programmierte Fälle	Leichte und/oder programmierte Fälle	Erwachsene	Mutter-Kind	Psychiatrie	Geriatric
Spezifische Abteilungen	Schwere Notfälle										
	Ambulante Notfälle										
	Tagesklinik										
	Radiologie										
	Anästhesie										
	Intensivpflege										
	Intermediate Care										
Chirurgische Tätigkeiten oder Abteilungen	Komplexe Chirurgie										
	Leichte Chirurgie										
	Traumatologie										
	Orthopädie										
	Urologie										
	Ophthalmologie										
	HNO										
	Plastische Chirurgie										
	Herzchirurgie										
	Spez. Neurochirurgie										
	Thoraxchirurgie										

Spitalplanung 2006 und Bilanz der Umsetzung der Planung 2004

		Spitalzentrum Oberwallis		Spitalzentrum Mittelwallis			Spitalzentrum Unterwallis				
		Visp	Brig	CVP	Siders	Sitten	Martinach	Monthey	Aigle	IPVR	St-Maurice
		<i>Komplexe und/oder programmierte Fälle</i>	<i>Leichte und/oder programmierte Fälle</i>	<i>Rehabilitation</i>	<i>Leichte und/oder programmierte Fälle</i>	<i>Komplexe und/oder programmierte Fälle</i>	<i>Leichte und/oder programmierte Fälle</i>	<i>Erwachsene</i>	<i>Mutter-Kind</i>	<i>Psychiatrie</i>	<i>Geriatric</i>
Medizinische Aktivität und Abteilungen	Komplexe Medizin	■				■		■			
	Leichte Medizin		■		■		■				
	Invasive Kardiologie					■					
	Radio-Onkologie					■					
	Pneumologie	■		■	■	■	■				
Abteilung Mutter-Kind	Neonatologie					■					
	Gynäkologie		■		■		■		■		
	Geburtshilfe	■				■			■		
	Säuglinge	■				■			■		
	Pädiatrie	■				■			■		
Medizinische Disziplinen ohne Abteilung	Neurologie	■	■		■	■	■	■			
	Infektionskrankheiten	■		■				■	■		■
	Gastroenterologie	■						■			
	Endokrinologie	■						■			
	Kardiologie	■						■			
	Dermatologie	■						■			
	Liasionspsychiatrie	■	■	■					■	■	■
	Nephrologie, chron. Hämodialyse	■	■		■	■	■	■			
	Onkologie	■	■		■	■	■	■			
	Angiologie	■	■		■	■	■	■			

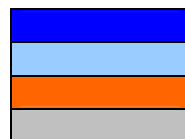
Spitalplanung 2006 und Bilanz der Umsetzung der Planung 2004

		Spitalzentrum Oberwallis		Spitalzentrum Mittelwallis			Spitalzentrum Unterwallis				
		Visp	Brig	CVP	Siders	Sitten	Martinach	Monthey	Aigle	IPVR	St-Maurice
		Komplexe und/oder nicht programmierte Fälle	Leichte und/oder programmierte Fälle	Rehabilitation	Leichte und/oder programmierte Fälle	Komplexe und/oder nicht programmierte Fälle	Leichte und/oder programmierte Fälle	Erwachsene	Mutter-Kind	Psychiatrie	Geriatric
Geriatric/Psychiatrie	Geriatric	Blue	Blue		Blue	Blue	Blue				Blue
	Wartebetten	Blue	Blue		Blue	Blue	Blue				Blue
	Psychogeriatric		Orange		Orange					Orange	Orange
	Psychiatrie		Orange							Orange	
	Kinderpsychiatrie				Orange						
	Rehabilitation	Light Blue	Light Blue	Orange	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue

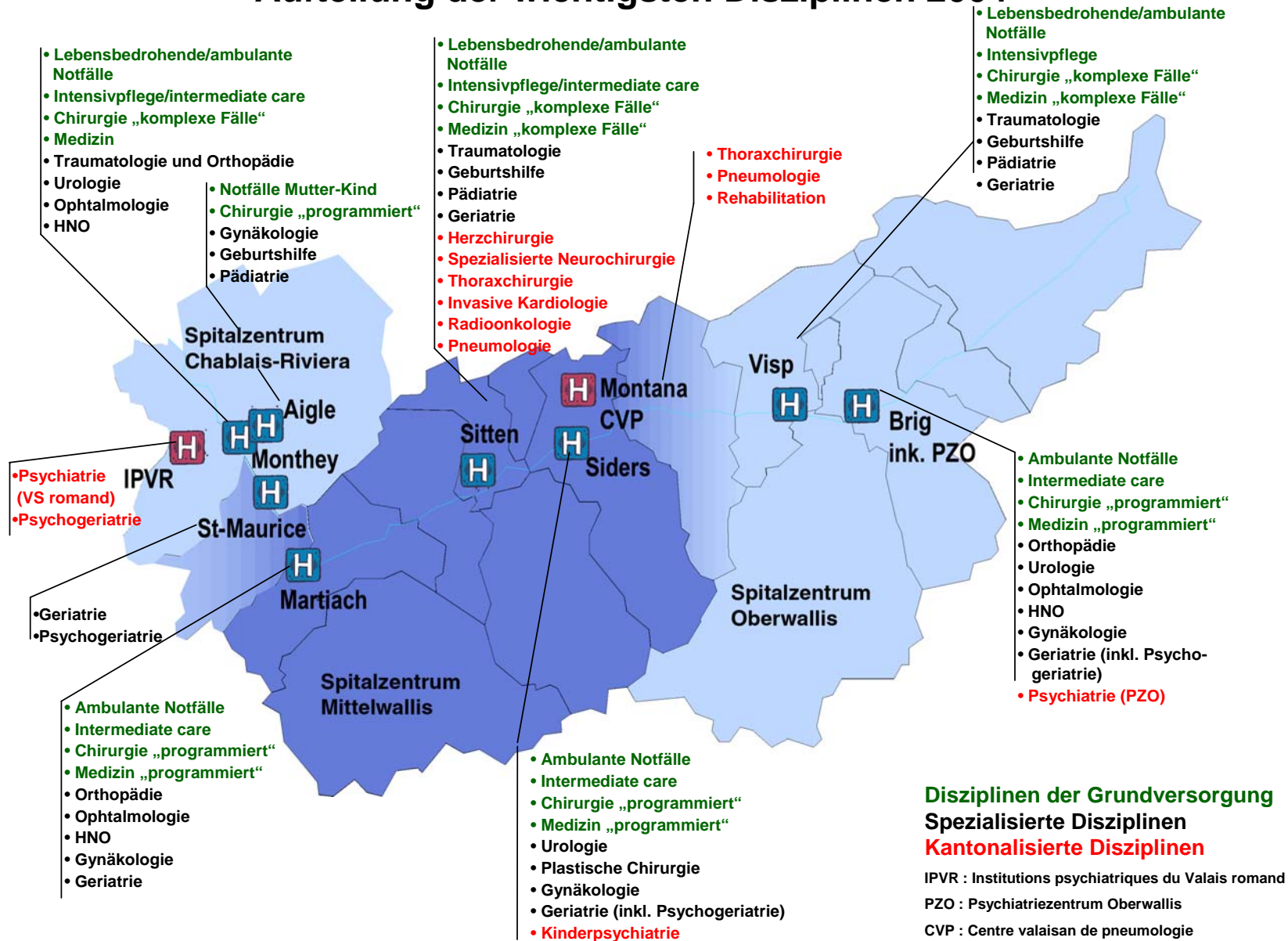
		Rehazentrum Leukerbad AG	SUVA	Klinik Valère
Privatkliniken	Rehabilitation	Blue	Blue	
	Allg. Chirurgie (inkl. Orthopädie und Anästhesie)			Blue
	Medizin (inkl. Radiologie)			Blue
	Gynäkologie			Blue
	Wartebetten	Blue		

ZIWS	
Histo-Zyto-Pathologie	Mikrobiologie
Zentrum für Infektionskrankheiten und Epidemiologie	Immuno-Allergie
Hämatologie	Pharmazie
Klinische Chemie	Biochemie

Disziplinen mit Betten
 Disziplinen ohne Betten
 Disziplinen mit kantonalem Charakter
 Division Labor und Apotheke



Aufteilung der wichtigsten Disziplinen 2004



2. Bilanz der Aufteilung der medizinischen Disziplinen

Dieses Kapitel ist der Bewertung der neuen Verteilung der medizinischen Disziplinen gewidmet, die aufgrund des Spitalkonzepts vom Januar 2004 durchgeführt wurde. Wir fassen nachfolgend in einem Überblick die strukturellen Veränderungen zusammen, die während der Jahre 2004 bis 2005 im Gesundheitsnetz Wallis vorgenommen wurden.

2.1. *Rückblick auf die Prinzipien der Spitalplanung vom Januar 2004*

Das Jahr 2004 war hinsichtlich der Verteilung der Disziplinen im Rahmen des GNW ein Jahr des Umbruchs. Es war auch das Jahr des Übergangs von sechs Spitalzonen zu einer einzigen, welche drei Spitalzentren umfasst.

2.1.1 Ziele

Jedes Spitalzentrum umfasst an einem Standort gewisse Disziplinen, damit die folgenden Zielsetzungen erfüllt werden können:

- Erreichung einer **kritischen Patientenmasse** in allen Fachbereichen. Das ist die einzige Möglichkeit, die Qualität bei der Pflege und den Leistungen, eine optimale Beschäftigung der Mitarbeiter, hier insbesondere des Fachpersonals und die rationelle Nutzung der Einrichtungen zu garantieren. Die aktuellen Studien¹ zeigen, dass die optimale Grösse eines Rekrutierungs-Pools für ein qualitatives Spitalzentrum in der Grössenordnung zwischen 150'000 und 200'000 Einwohnern liegt.
- **Reagieren auf die kurzfristig von den Dachgesellschaften der Spezialisten gestellten Forderungen** und Erhaltung der notwendigen Zulassungen für die Praxis und die Anerkennung von Fachtätigkeiten, was sich nicht allzu sehr von den Gegebenheiten aller heutigen Spitäler unterscheidet (Intensivbehandlung, Operationsblocks, invasive Tätigkeiten, usw.).
- **Gewährleistung einer raschen und effizienten Patientenaufnahme und menschenwürdige Betreuung** durch multidisziplinäre, ergänzende Teams.
- **Gewährleistung der Attraktivität des Berufs für die spezialisierten Ärzte, das medizinisch-technische Personal und für das Pflegepersonal.** Das ist die einzige Möglichkeit, dem Mangel in den medizinischen und pflegerischen Berufen zu begegnen. Durch die Neugruppierung einiger Fachbereiche steigt die Anzahl der Fälle/Abteilung an und die Notdienste lassen sich leichter organisieren.
- **Garantie der Weiterbildung**, die angesichts der technischen Neuerungen und der Entwicklung der medizinischen Kenntnisse notwendig ist. Es handelt sich hierbei um eine Qualitätsfrage, aber auch um ein Mittel, das Fachwissen zu bewahren und sich neues anzueignen.
- **Rationalisierung der Arbeit des qualifizierten Personals** und Entgegenwirkung des Personalmangels, wenn es aufgeteilt und manchmal an mehreren Stellen unterbesetzt ist.

¹ Siehe diesbezügliche die Untersuchungen ATAG 2000; CRIVELLI, FILIPPINI, LUNATI 2001; BOILLAT 2002.

- Konzentrierung und optimale Auslastung der sowohl in der Investition als auch in der Nutzung kostspieligen technischen Mittel.
- Anschaffung neuer Technologien unter Verhinderung von Doppelspurigkeiten.
- **Ausbau der vorstationären Notfalldienste**, die ein wesentliches Glied in der Kette der Krankenbetreuung darstellen. Zahlreiche Patienten werden von einem Rettungsunternehmen in das Spital eingeliefert (Rettungswagen, Hubschrauber etc.). Das vom Staatsrat 2003 verabschiedete und von der KWRO umgesetzte Konzept sieht eine Reihe von Massnahmen zur Verbesserung der derzeitigen Betreuung vor. Diese Massnahmen müssen jedoch noch im Rahmen der Umstrukturierung der Spitäler und ihres Leistungsauftrags angepasst werden.

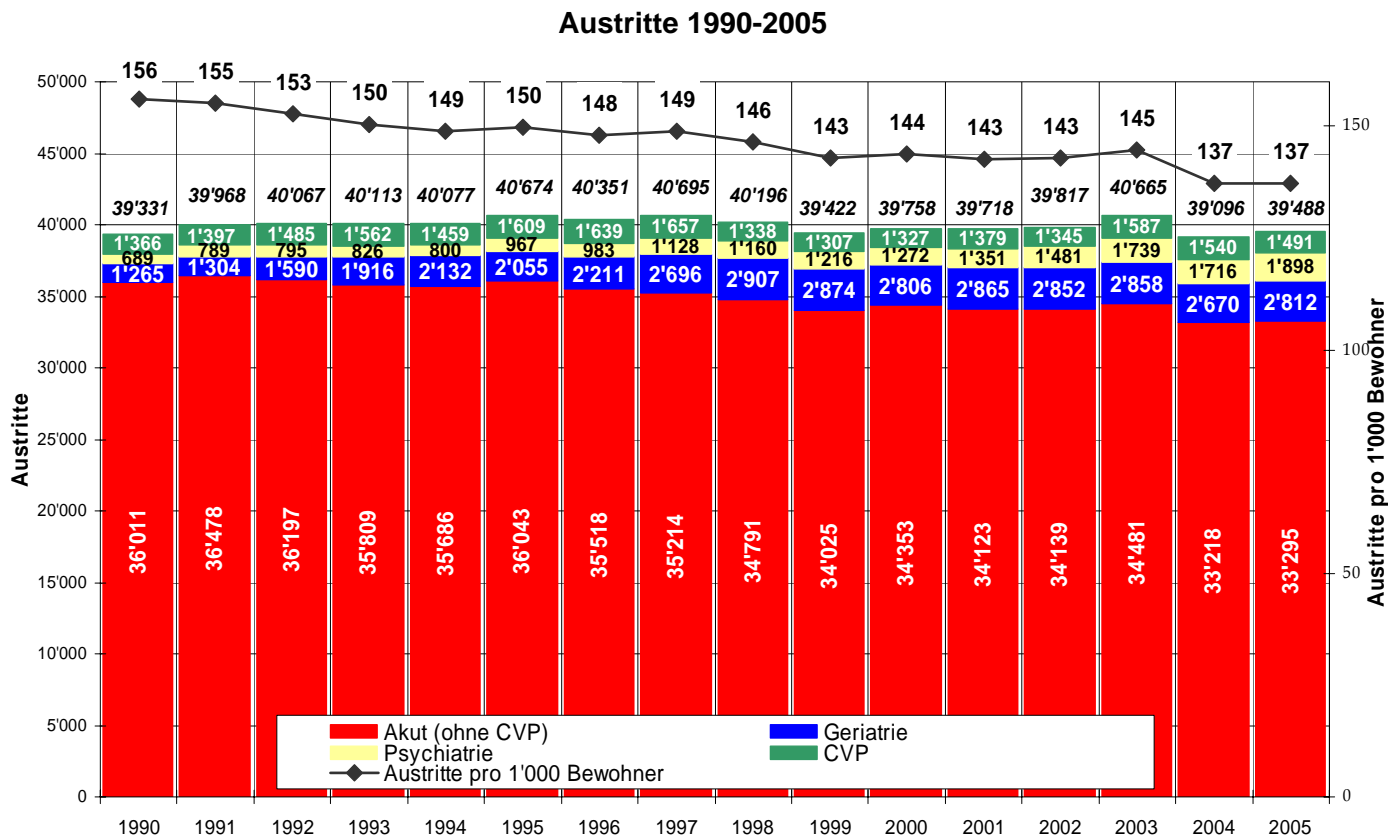
2.1.2 Grundsätze

Die Aufteilung der medizinischen Disziplinen auf die einzelnen Zentren erfolgt nach folgenden Grundsätzen:

- Jedes Zentrum muss ein komplettes Leistungsangebot anbieten.
- **Gewisse medizinische Disziplinen müssen** aus Gründen der Qualität und der Kosteneindämmung **an einem einzigen Standort zusammengelegt werden**. Es handelt sich um die Herzchirurgie, die spezialisierte Neurochirurgie, die Thoraxchirurgie, die interventionelle Kardiologie, die Radioonkologie und die Pneumologie. Diese verschiedenen Disziplinen sind in Sitten und im CVP zusammengefasst.
- Bestimmte Disziplinen der Spitzenmedizin können ganz einfach nicht im Kanton ausgeübt werden, sondern nur in Universitätsspitalern.
- Zur Sicherstellung der Pflegequalität in Patientennähe **betreibt jede Krankenanstalt weiterhin 24 Stunden pro Tag und 7 Tage pro Woche einen ambulanten Notfalldienst**.
- **Zuteilung von unterschiedlichen Leistungsaufträgen an die Spitäler desselben Zentrums** mit einer Unterscheidung zwischen komplexer Betreuung und programmierten Fällen sowie Langzeitpflege.
- **Erhaltung der Operationstrakte an allen Standorten**, ausser in der Nacht und an Wochenenden, an denen die Operationssäle nur in einem einzigen Spital pro Zentrum geöffnet bleiben.
- Ausbau des **vorstationären Notfalldienstes**, der es gestattet, die Patienten in das für ihre Betreuung am besten geeignete Spital einzuliefern und Einführung eines leistungsfähigen **Dienstes für die Verlegung von einem Spital in ein anderes**.

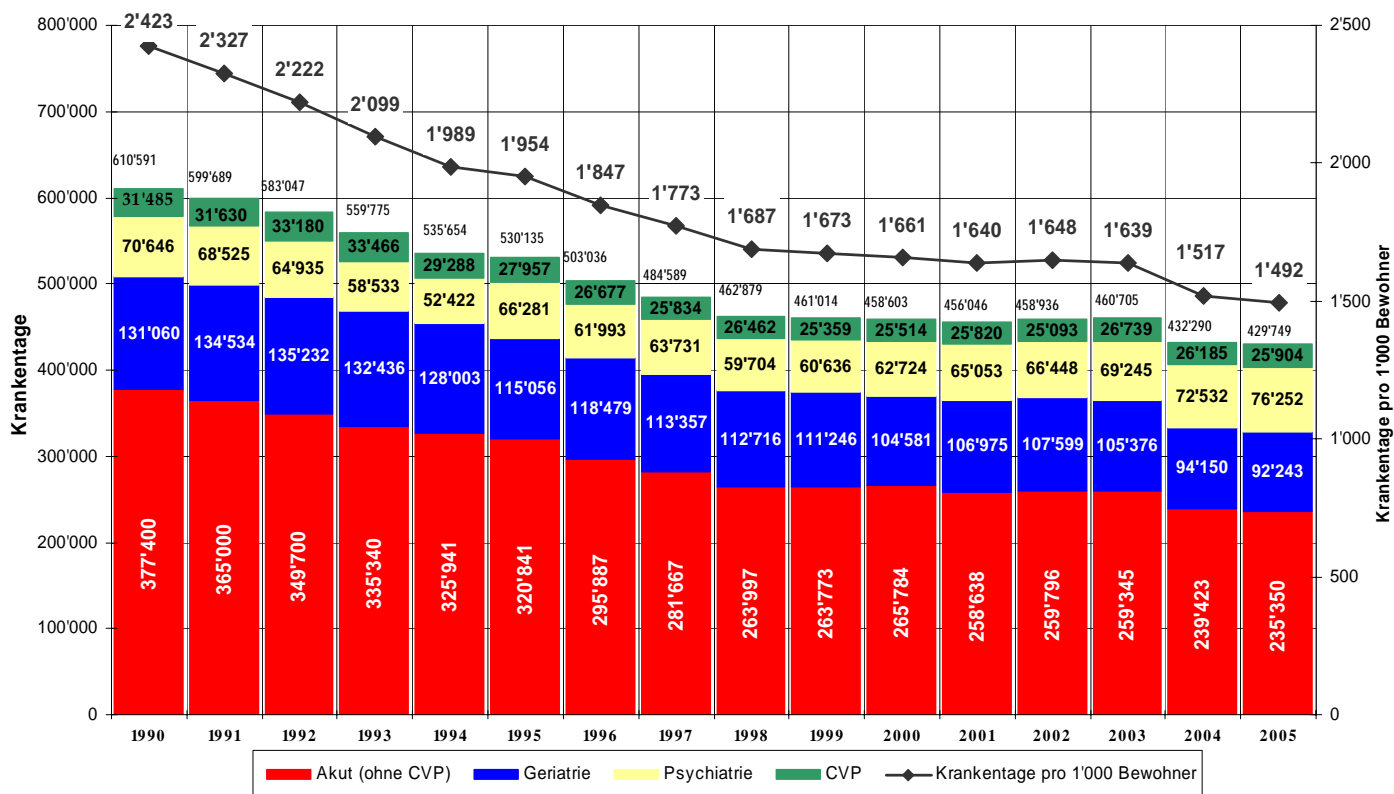
2.2. Die Indikatoren der Spitaltätigkeit (1990-2005)

In diesem Kapitel werden die Indikatoren Austritte, Krankentage, belegte Betten und geplante Betten für den Zeitraum von 1990 bis 2005 dargestellt.



Aus dieser Grafik geht hervor, dass die Austritte in den letzten 15 Jahren zurückgegangen sind. Die Zahlen für 2005 sind praktisch mit denen für 2004 identisch. Die Austritte pro 1'000 Einwohner sind vor allem zwischen den Jahren 2003 und 2004 zurückgegangen.

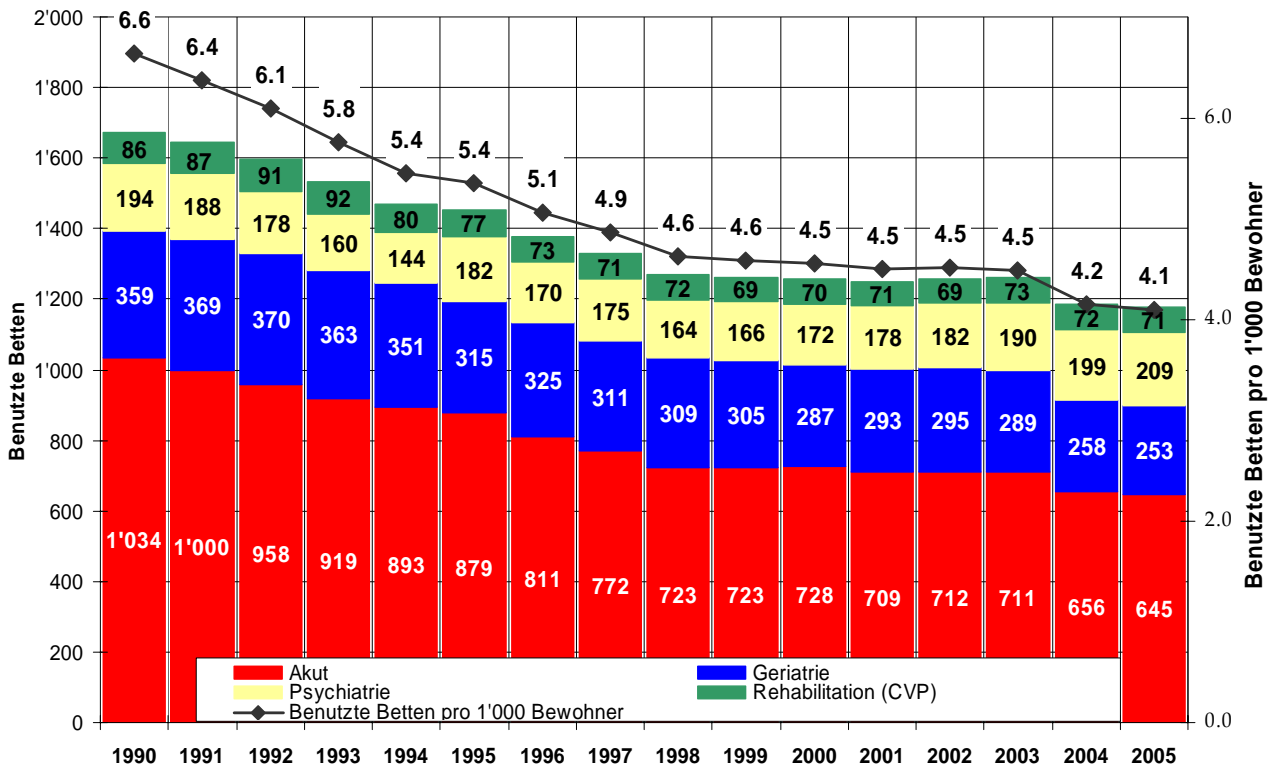
Krankentage 1990-2005



Der ständige Rückgang der Spitaltätigkeit zeigt sich besonders deutlich anhand der Krankentage. Von 1990 bis 2005 wird ein Rückgang von 30% verzeichnet. Desgleichen haben sich die Krankentage pro 1'000 Einwohner um fast 40% verringert.

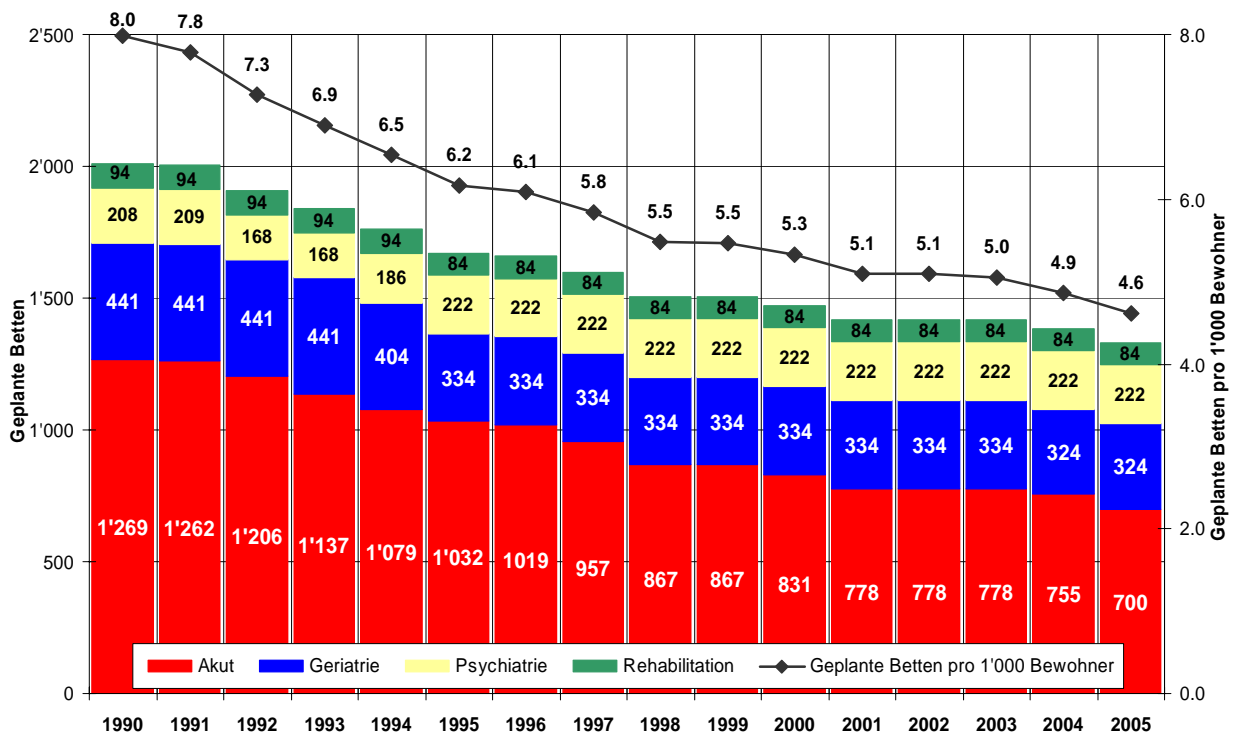
Parallel zum Rückgang der Krankentage in der Akutpflege ist auch ein bedeutender Rückgang der Krankentage in der Geriatrie festzustellen. Das ist jedoch nicht gleichbedeutend mit einer Verringerung des Pflegeaufwands.

Belegte Betten 1990-2005



Die Zahl der belegten Betten errechnet man, indem man die Krankentage durch die Zahl der Tage eines Kalenderjahrs dividiert. Aus dieser Grafik geht hervor, dass die Zahl der belegten Betten praktisch jedes Jahr zurückgegangen ist. Das zeigt, dass im Wallis ein Überangebot an Betten vorhanden ist. Wie aus der nachstehenden Grafik deutlich hervorgeht wurde die Planung der Bettenzahl für die Akutpflege und die Geriatrie schrittweise dem tatsächlichen Bedarf angepasst.

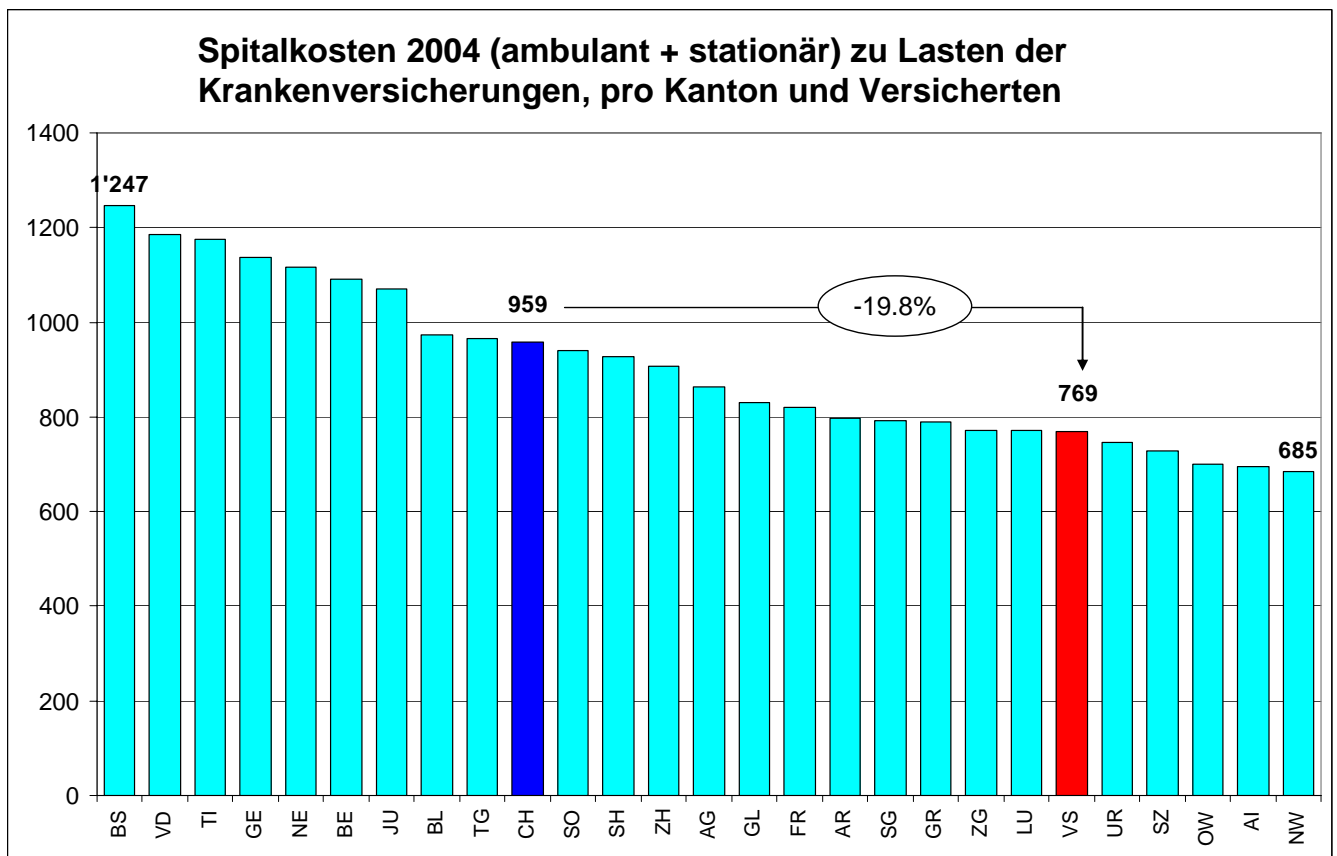
Geplante Betten 1990-2005



Anhand der vorstehenden Grafik lässt sich feststellen, dass die Zahl der geplanten Akutbetten etwas höher ist als die Zahl der belegten Betten, damit Spitzenbelegungen bewältigt werden können. Die Zahl der geplanten Akutbetten ist zwischen 1990 und 2005 um 45% zurückgegangen.

Trotz des Wachstums der Walliser Bevölkerung hat sich die Bettenanzahl pro 1'000 Einwohner erheblich verringert.

2.3. Die finanziellen Indikatoren (2004)



Wie sich anhand dieser Grafik feststellen lässt, liegen die Kosten im Ambulantbereich und die Spitalkosten im Wallis um rund 20% unter dem Schweizer Durchschnitt.

2.4. Bilanz der Jahre 2004 und 2005

Die oben erwähnte rückläufige Tendenz hält auch in den Jahren 2004 und 2005 an. Wie aus den nachstehenden Grafiken hervorgeht, ist **für die Jahre 2004 und 2005 ein Rückgang der pro Tag stationär behandelten Patienten festzustellen.**

Was ist „die Anzahl der pro Tag stationär behandelten Patienten im Durchschnitt pro Monat“?

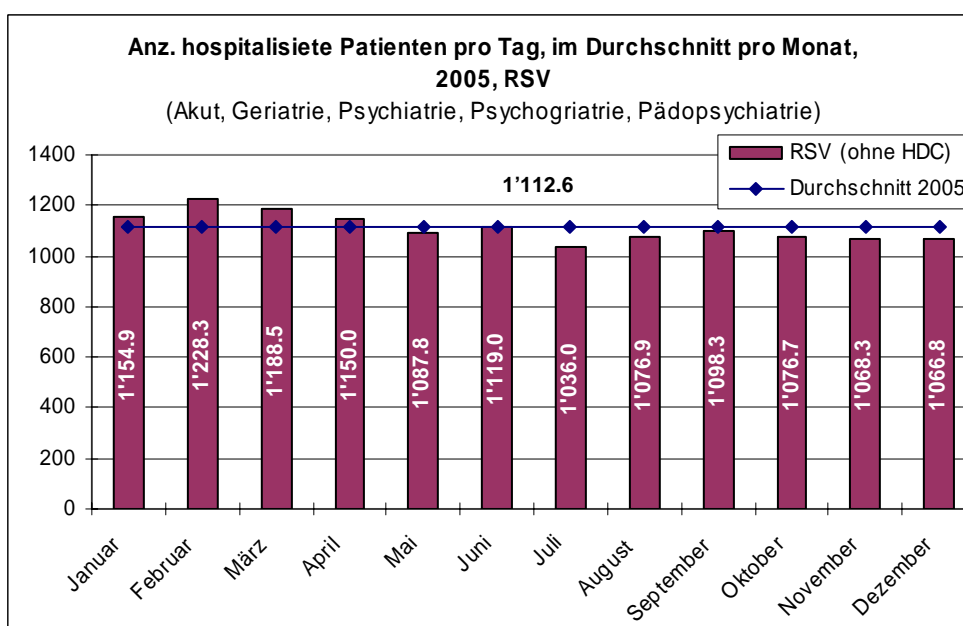
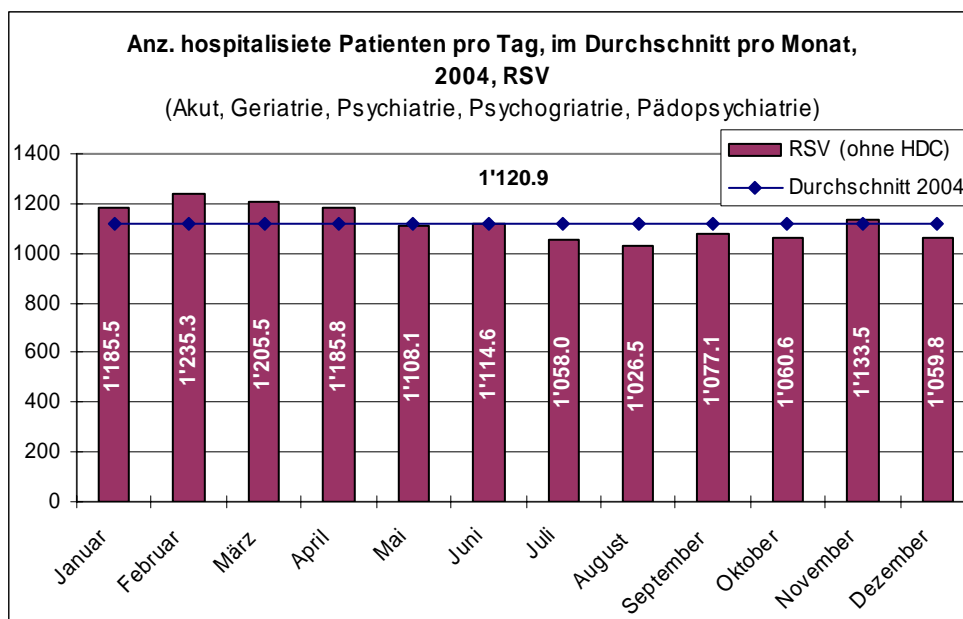
Bei diesen Indikatoren handelt es sich um einen berechneten Jahresdurchschnitt und nicht um eine Auswertung des täglichen Bedarfs. Es ist deshalb wichtig, diese Daten als Indikatoren und nicht als präzise Werte zu betrachten.

Der Indikator basiert auf den täglich in allen Anstalten des GNW erfassten Krankentage. Die täglich verbuchten Krankentage stellen jedoch eine Überbewertung des Bettenbedarfs dar, da jeder begonnene Tag als voller Tag zählt. Diese Bewertung führt zu einer Verzerrung von ca. 13%. Diese 13% entsprechen dem Aufwand des Spitalpersonals im Zusammenhang mit dem Wechsel der Patienten.

Dieser Indikator ermöglicht es einerseits, die Tätigkeit der einzelnen Standorte zu vergleichen, um das vom Gesetz vorgesehene regionale Gleichgewicht sicherstellen zu können und andererseits die für die Spitaltätigkeit nötige Bettenanzahl zu planen.

Überblick über die 2004 und 2005 pro Tag stationär behandelten Patienten des GNW, im Durchschnitt pro Monat

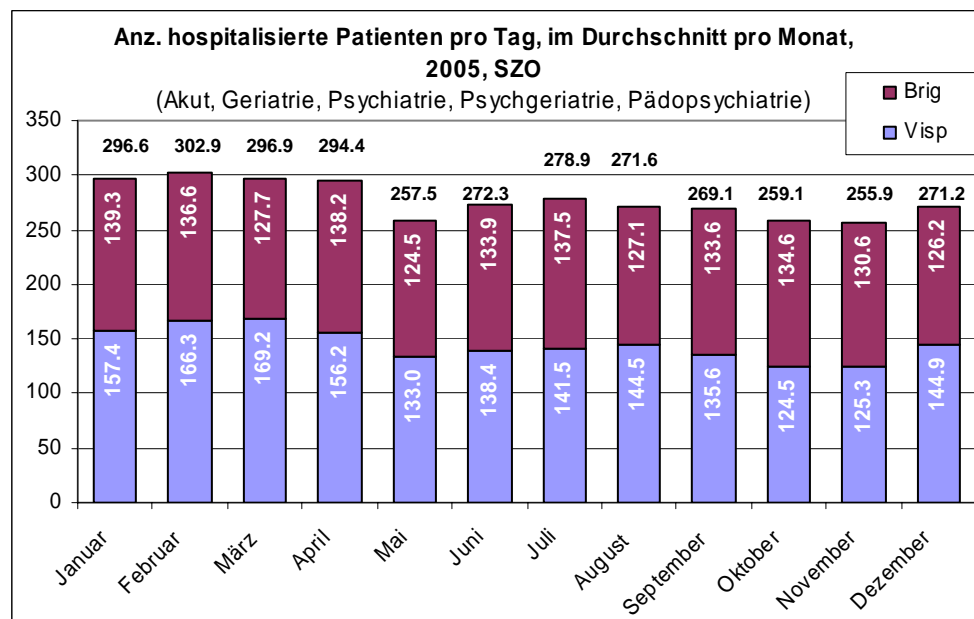
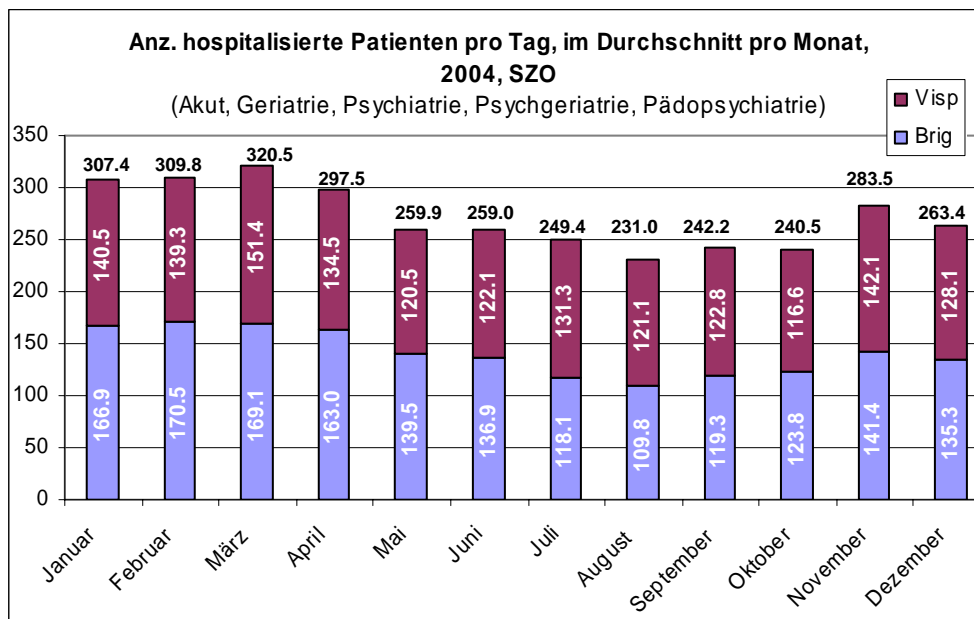
Total (Akutpflege, Geriatrie, Psychiatrie, Psychogeriatric, Pädopsychiatrie)



Die Zahl der im Durchschnitt pro Monat stationär behandelten Patienten (Total) ist zwischen 2004 (1'120.9) und 2005 (1'112.6) zurückgegangen.

Überblick über die 2004 und 2005 pro Tag stationär behandelten Patienten des SZO, im Durchschnitt pro Monat

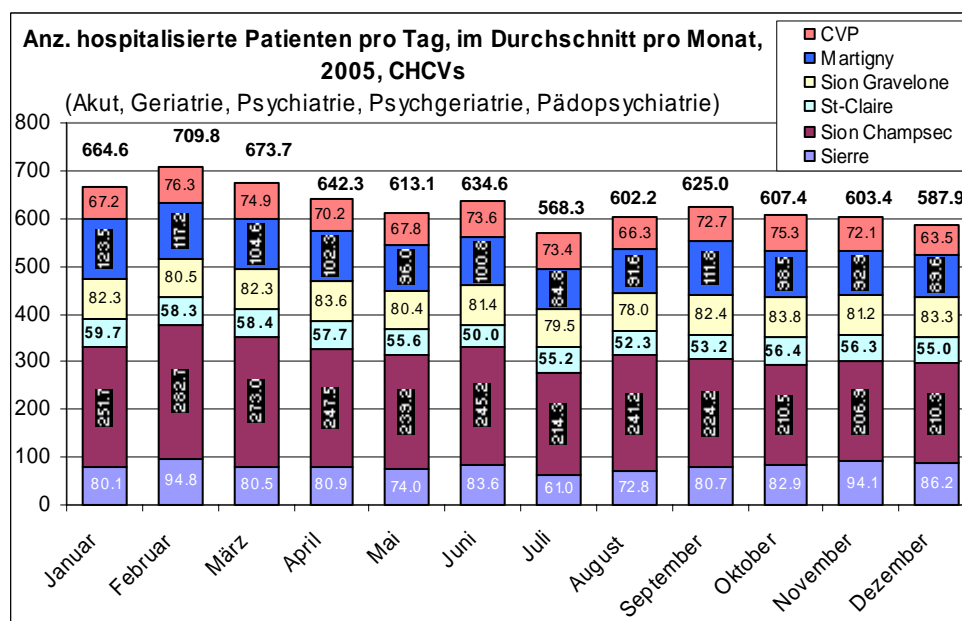
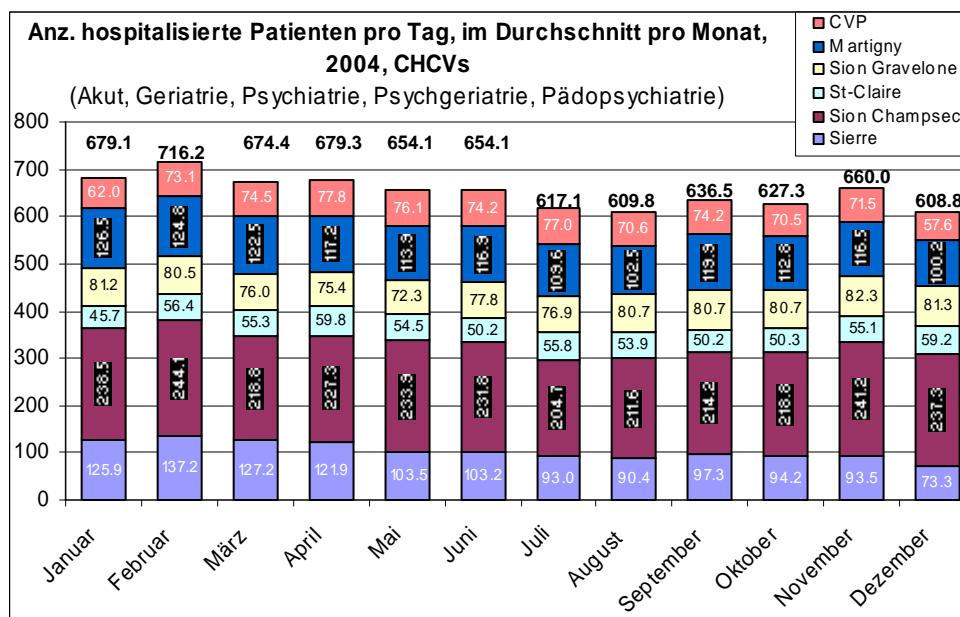
Total (Akutpflege, Geriatrie, Psychiatrie, Psychgeriatrie, Pädopsychiatrie)



Die Zahl der im Durchschnitt pro Monat stationär behandelten Patienten (Total) hat sich zwischen 2004 (272.0) und 2005 (277.2) erhöht.

Überblick über die 2004 und 2005 pro Tag stationär behandelten Patienten des CHCVs, im Durchschnitt pro Monat

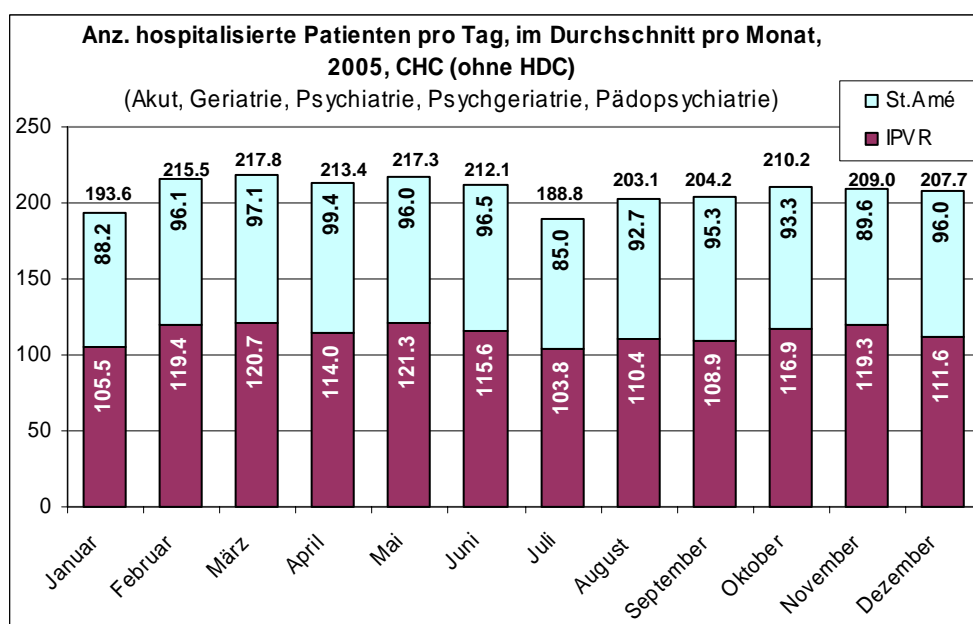
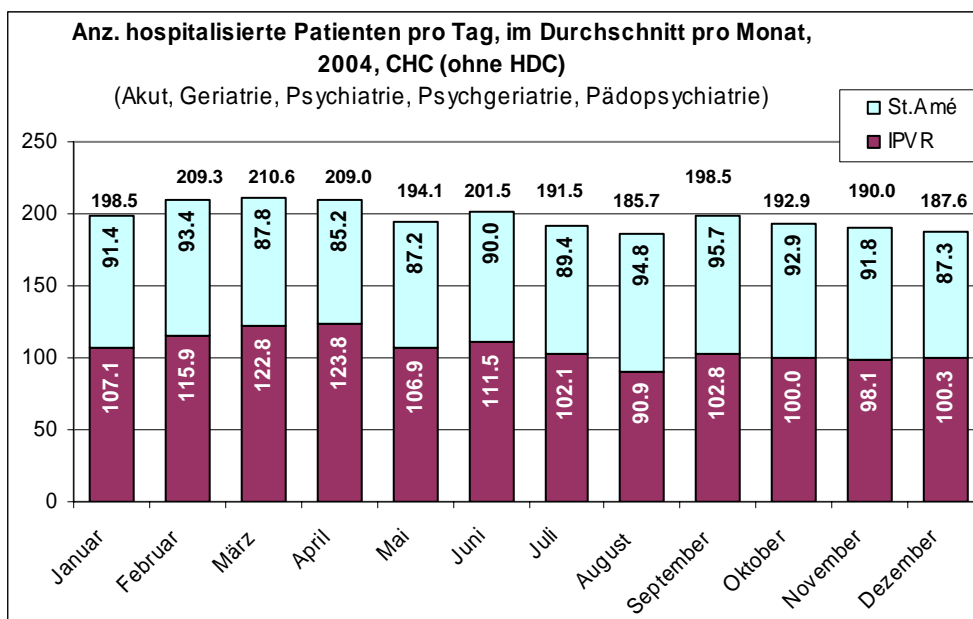
Total (Akutpflege, Geriatrie, Psychiatrie, Psychgeriatrie, Pädopsychiatrie)



Die Zahl der im Durchschnitt pro Monat stationär behandelten Patienten (Total) ist zwischen 2004 (651.4) und 2005 (627.7) zurückgegangen.

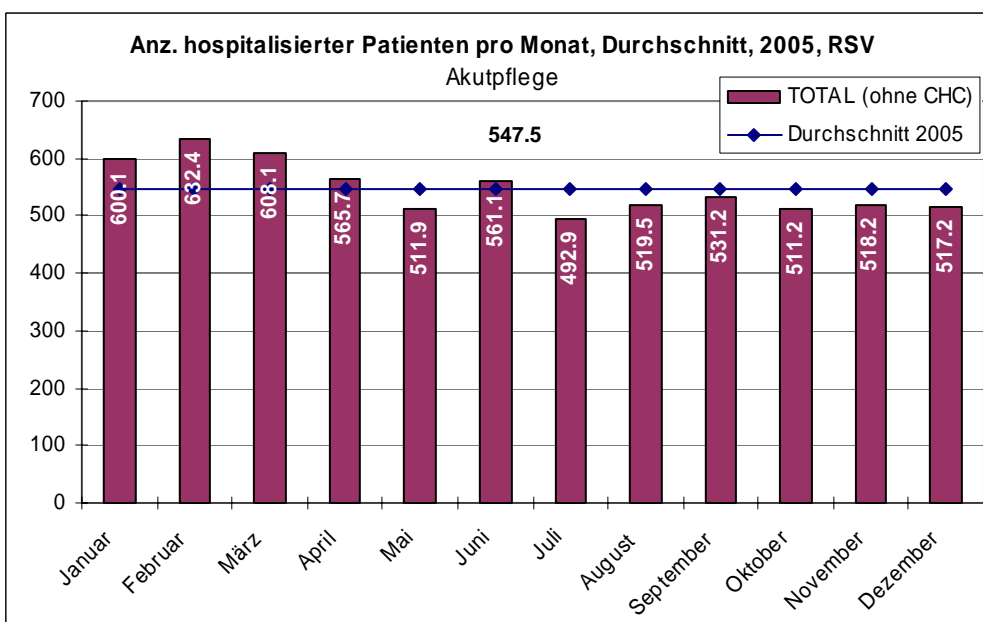
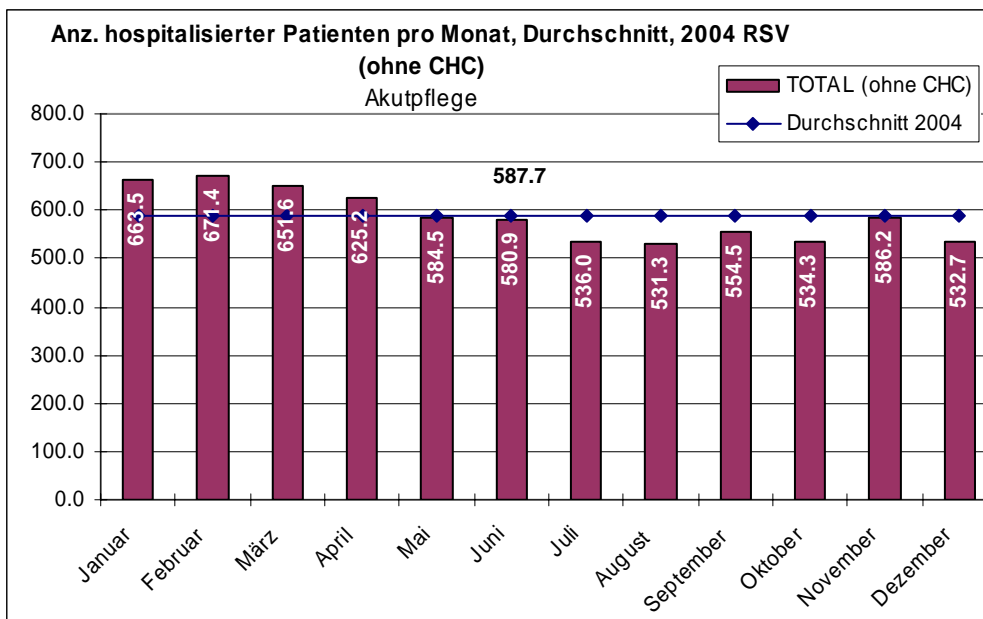
Überblick über die 2004 und 2005 pro Tag stationär behandelten Patienten des CHC, im Durchschnitt pro Monat

Total (Akutpflege, Geriatrie, Psychiatrie, Psychgeriatrie, Pädopsychiatrie)



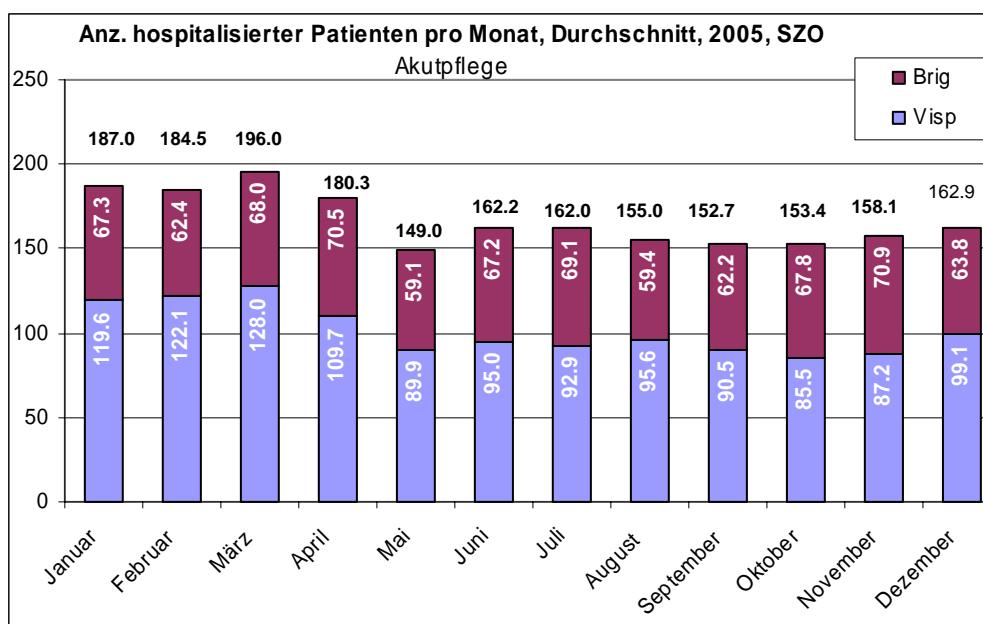
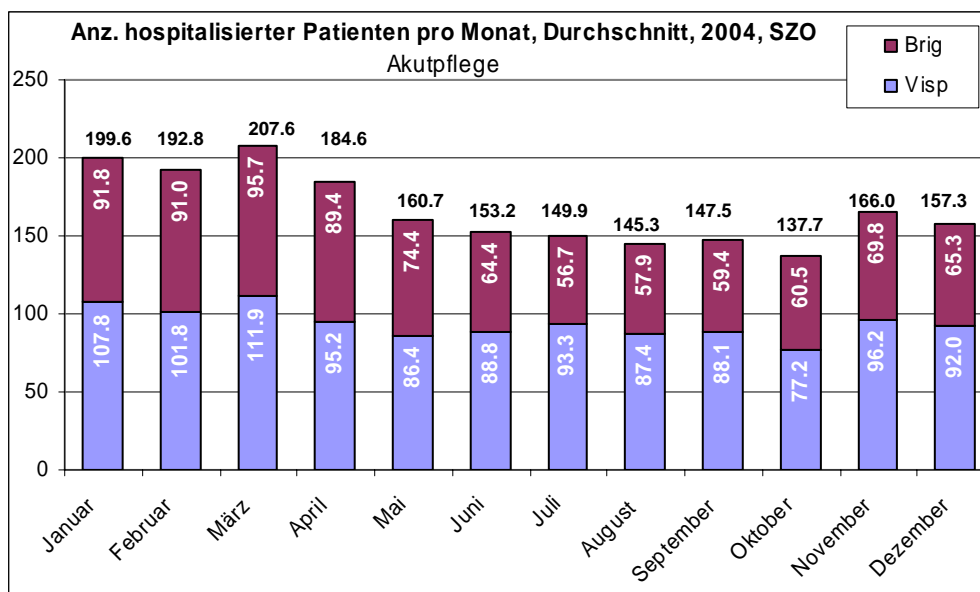
Die Zahl der im Durchschnitt pro Monat stationär behandelten Patienten (Total) hat sich zwischen 2004 (197.4) und 2005 (207.7) erhöht.

Überblick über die 2004 und 2005 pro Tag stationär behandelten Patienten des GNW ohne CHC, im Durchschnitt pro Monat Akutbehandlung



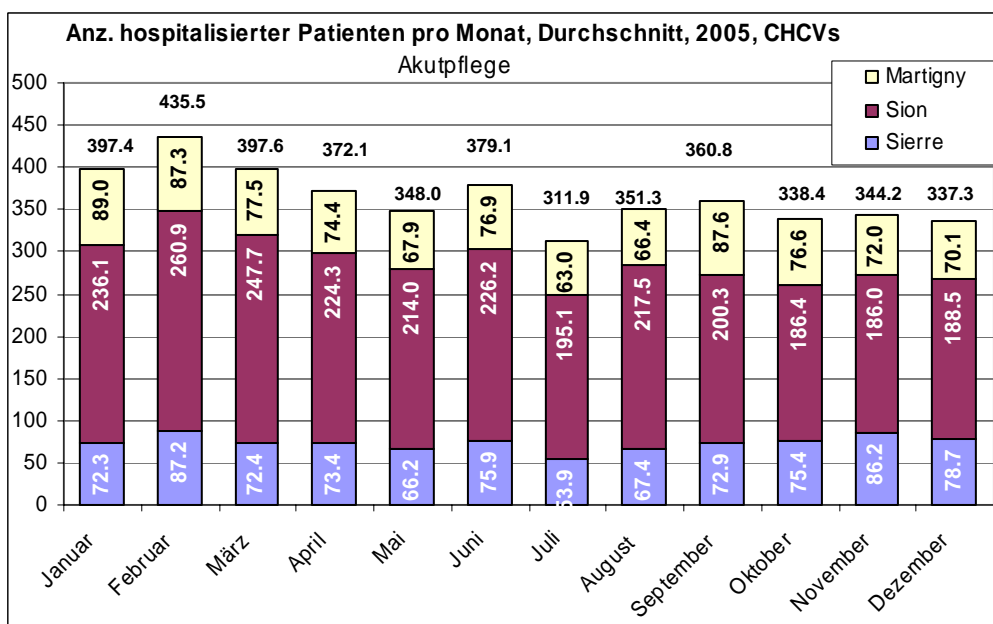
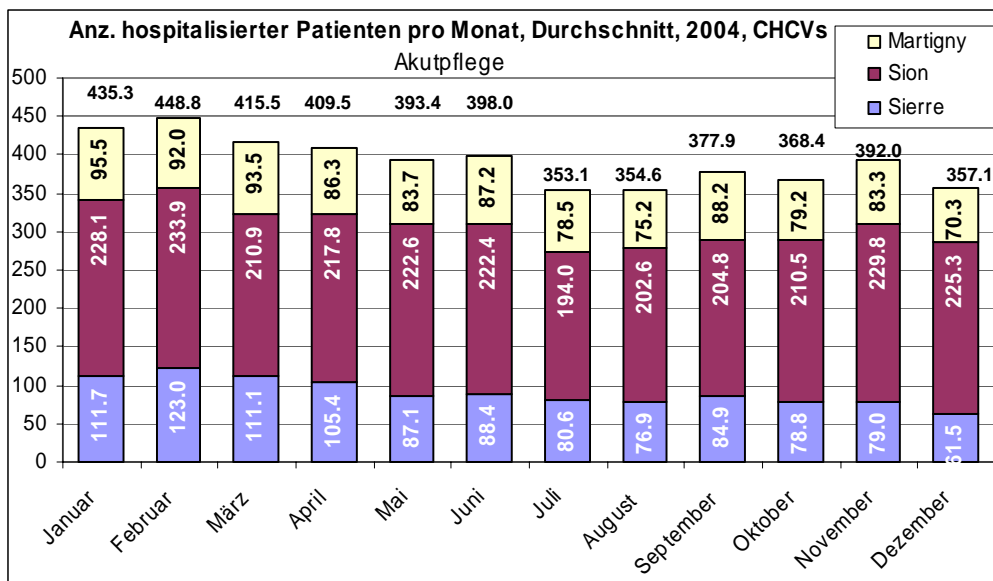
Die Zahl der im Durchschnitt pro Monat stationär behandelten Patienten (Akutfälle) ist zwischen 2004 (587.7) und 2005 (547.5) zurückgegangen.

Überblick über die 2004 und 2005 pro Tag stationär behandelten Patienten des SZO, im Durchschnitt pro Monat Akutbehandlung



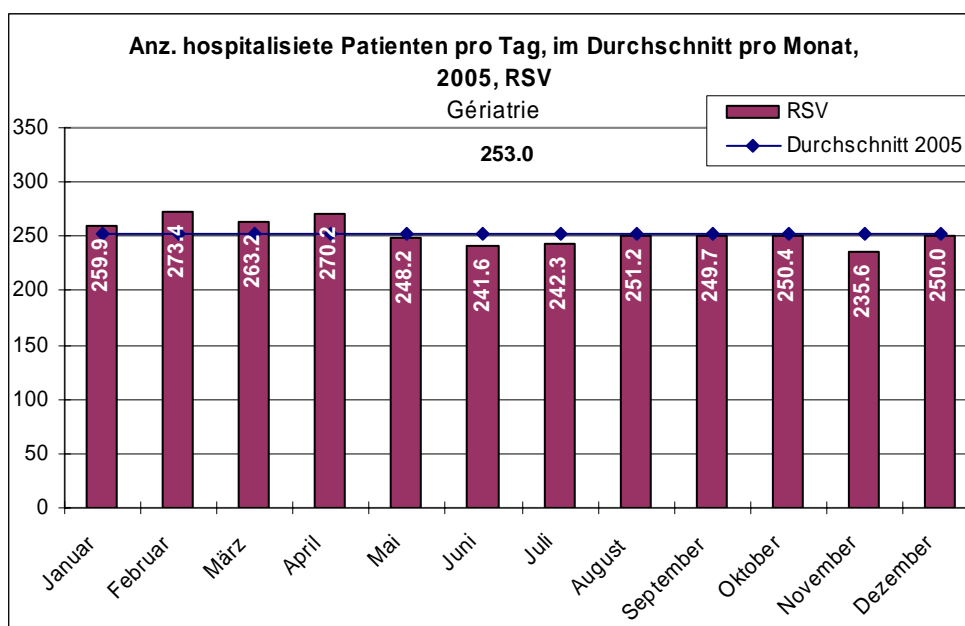
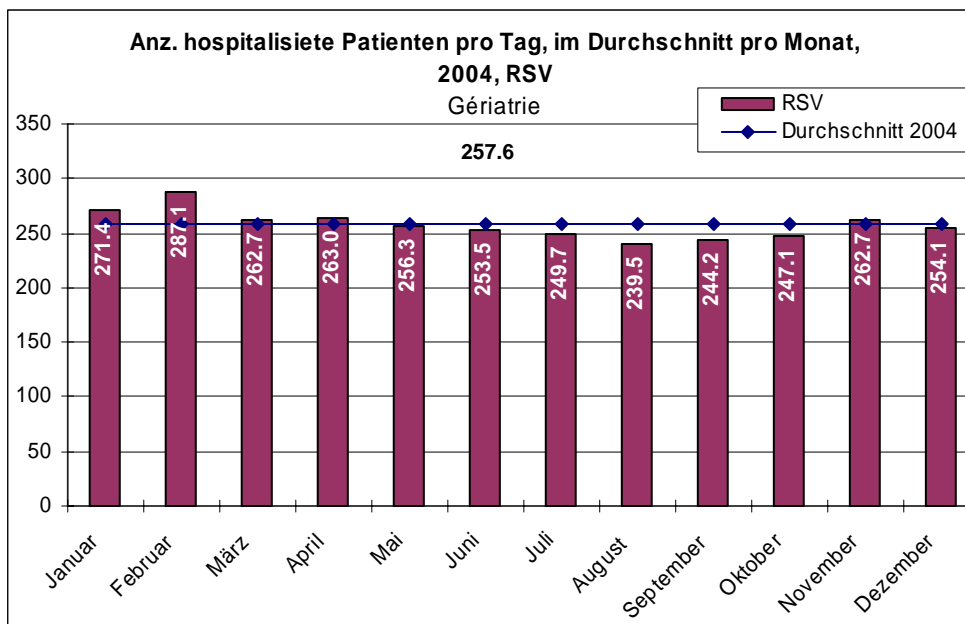
Die Zahl der im Durchschnitt pro Monat stationär behandelten Patienten (Akutfälle) ist zwischen 2004 (166.9) und 2005 (166.9) stabil geblieben.

Überblick über die 2004 und 2005 pro Tag stationär behandelten Patienten des CHCVs, im Durchschnitt pro Monat Akutbehandlung



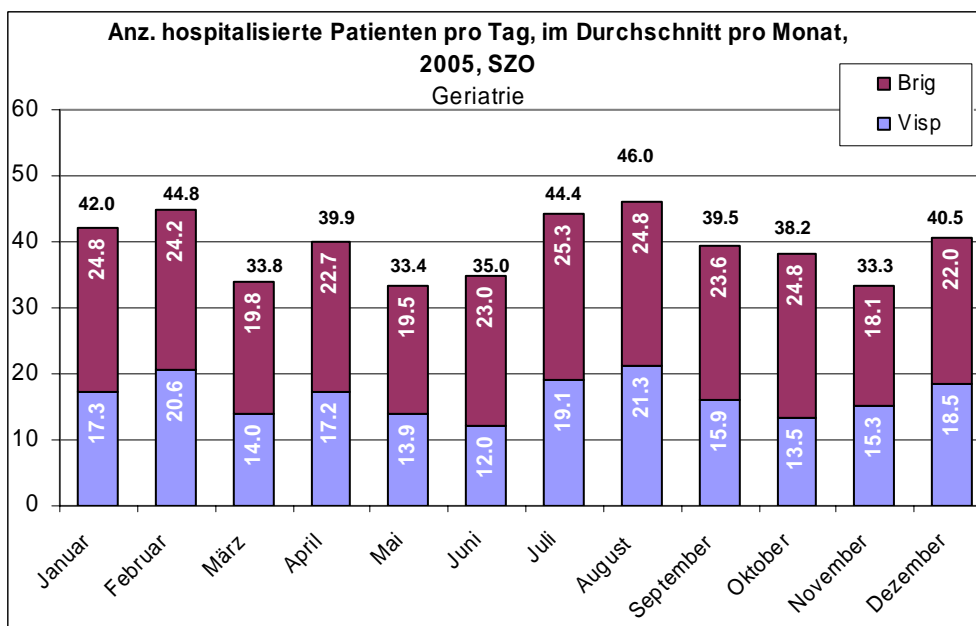
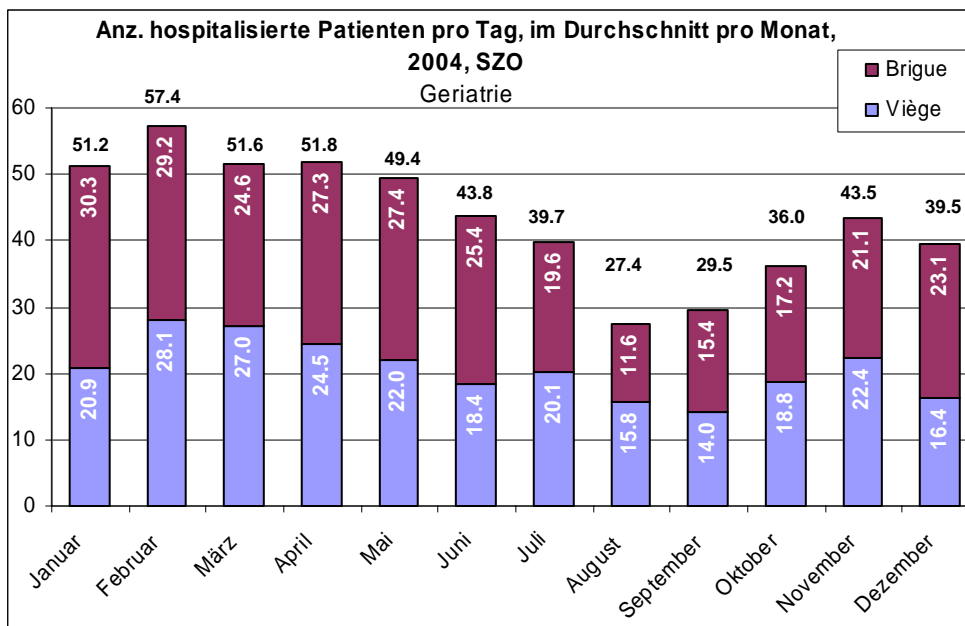
Die Zahl der im Durchschnitt pro Monat stationär behandelten Patienten (Akutfälle) ist zwischen 2004 (392.0) und 2005 (364.5) zurückgegangen.

Überblick über die 2004 und 2005 pro Tag stationär behandelten Patienten des GNW, im Durchschnitt pro Monat Geriatrie



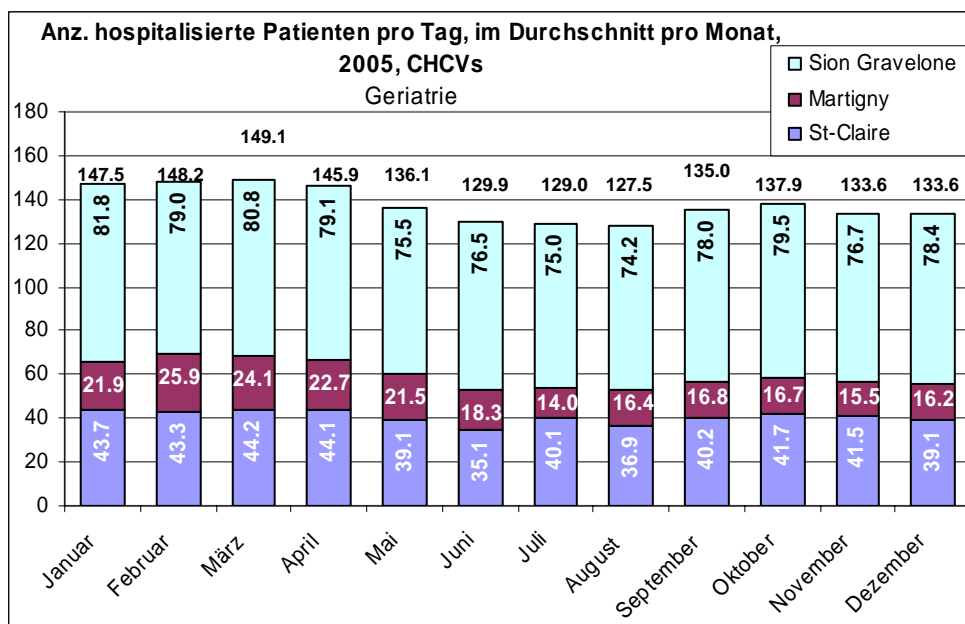
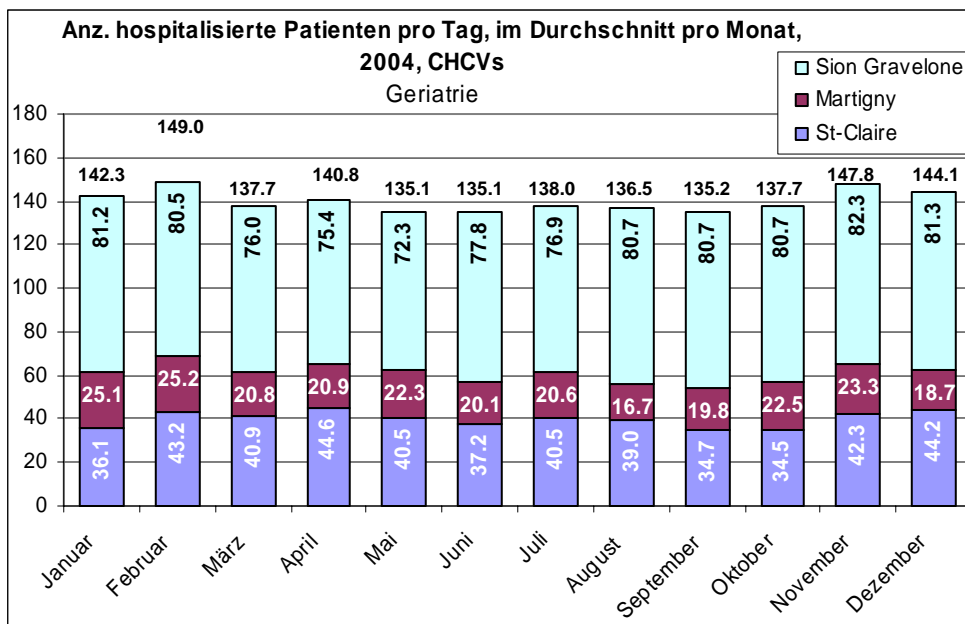
Die Zahl der im Durchschnitt pro Monat stationär behandelten Patienten (Geriatrie) ist zwischen 2004 (257.6) und 2005 (253.0) zurückgegangen.

Überblick über die 2004 und 2005 pro Tag stationär behandelten Patienten des SZO, im Durchschnitt pro Monat Geriatrie



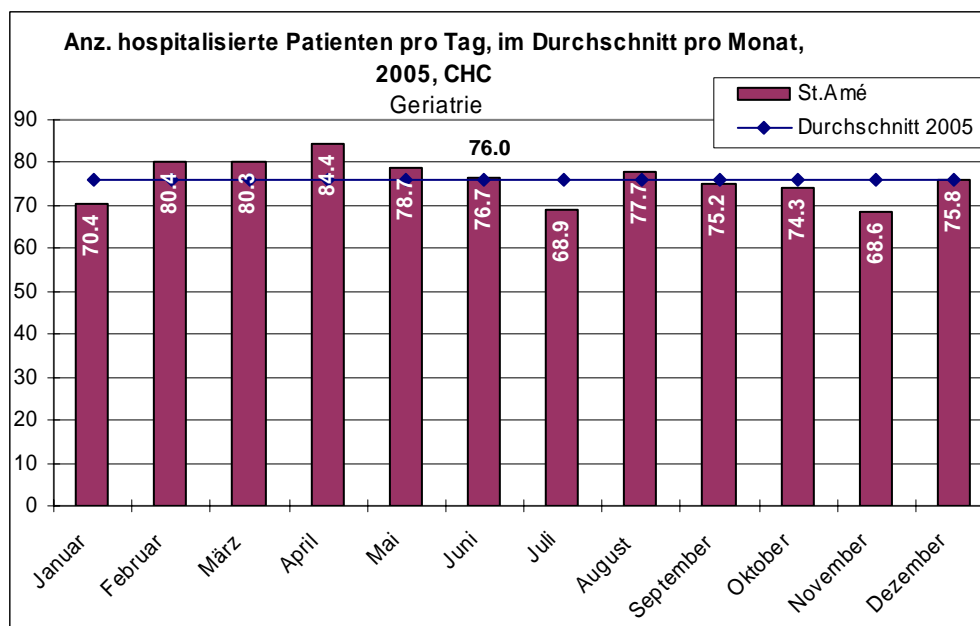
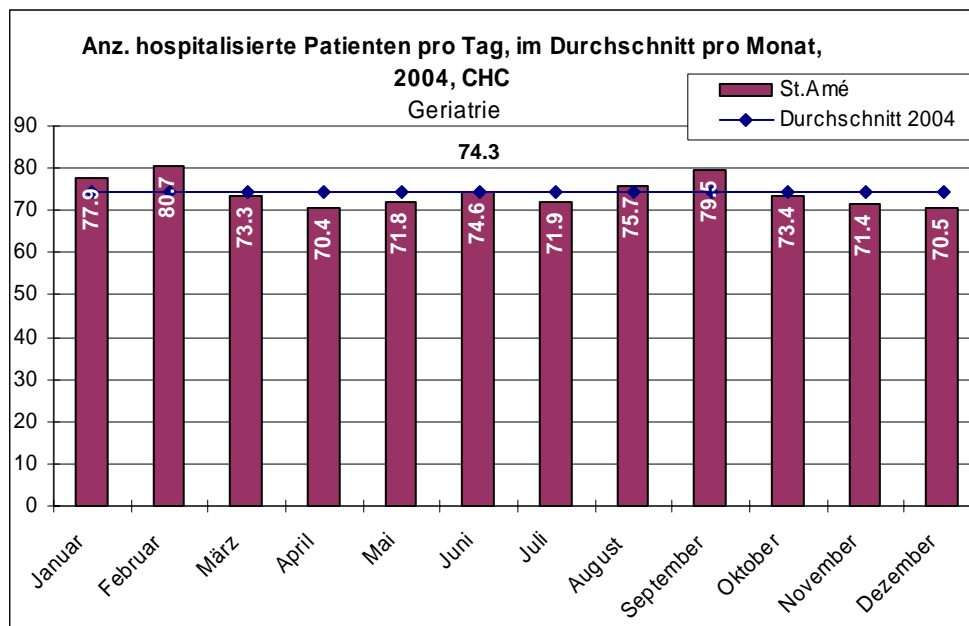
Die Zahl der im Durchschnitt pro Monat stationär behandelten Patienten (Geriatrie) ist zwischen 2004 (43.4) und 2005 (39.2) zurückgegangen.

Überblick über die 2004 und 2005 pro Tag stationär behandelten Patienten des CHCVs, im Durchschnitt pro Monat Geriatrie



Die Zahl der im Durchschnitt pro Monat stationär behandelten Patienten (Geriatrie) ist zwischen 2004 (139.9) und 2005 (137.8) zurückgegangen.

Überblick über die 2004 und 2005 pro Tag stationär behandelten Patienten des CHC, im Durchschnitt pro Monat Geriatrie



Die Zahl der im Durchschnitt pro Monat stationär behandelten Patienten (Geriatrie) hat sich zwischen 2004 (74.3) und 2005 (76.0) erhöht.

2.5. Bilanz nach Disziplinen

Die nachstehende Tabelle ist eine Zusammenfassung der Umsetzung des Spitalkonzeptes 2004 für das SZO und das CHCVs:

SZO:

Disziplin und/oder Aktivität	Getroffene Massnahmen	Umsetzung
Bereich Mutter-Kind	<ul style="list-style-type: none"> Zusammenlegung der Geburtshilfe am Standort Visp Zusammenlegung der Pädiatrie am Standort Visp 	Juni 2004
Notaufnahme	<ul style="list-style-type: none"> Lebensbedrohende oder schwere Notfälle: Visp Ambulante oder leichte Notfälle: Brig 	Juni 2004
Intensivpflege	<ul style="list-style-type: none"> Zusammenlegung der Intensivpflege am Standort Visp Beibehaltung der Langzeitpflege in Brig 	Juni 2004
Chirurgie	<ul style="list-style-type: none"> Schliessung der Operationstrakte von Brig in der Nacht und an Wochenenden Komplexe Chirurgie: Visp Leichte Chirurgie: Brig 	Juni 2004
Traumatologie	<ul style="list-style-type: none"> Zusammenlegung der Traumatologie am Standort Visp 	Juni 2004
Ophthalmologie und HNO (Erwachsene)	<ul style="list-style-type: none"> Zusammenlegung von Ophthalmologie und HNO (Erwachsene) am Standort Brig 	Juni 2004
Urologie und Gynäkologie	<ul style="list-style-type: none"> Zusammenlegung der Urologie und Gynäkologie am Standort Brig 	Juni 2004
Orthopädie	<ul style="list-style-type: none"> Zusammenlegung der Orthopädie am Standort Brig 	Juni 2004
Pädiatrie	<ul style="list-style-type: none"> Zusammenlegung der Pädiatrie am Standort Visp 	Juni 2004
Psychogeriatric	<ul style="list-style-type: none"> Schliessung der Psychogeriatric des alten Spitals und Integration in das Akutpflegespital Brig 	Oktober 2004
Tagesspital	<ul style="list-style-type: none"> Schliessung in Visp, Eröffnung in Brig 	Dezember 2004
SMUR	<ul style="list-style-type: none"> Einführung des SMUR in Visp 	März 2005

CHCV's

Disziplin und/oder Aktivität	Getroffene Massnahmen	Umsetzung
Gynäkologie	<ul style="list-style-type: none"> Zusammenlegung des gynäkologischen Bereichs an den Standorten Siders und Martinach 	Juni 2004
Pädiatrie	<ul style="list-style-type: none"> Schliessung der Pädiatrieabteilung von Siders und Einbeziehung in die Abteilung von Sitten Schliessung der Pädiatrieabteilung von Martinach und Integration in die Abteilung von Sitten 	Juni 2004 Februar 2005
Plastische und Wiederherstellungschirurgie	<ul style="list-style-type: none"> Zusammenlegung des Bereichs plastische und Wiederherstellungschirurgie in Siders 	September 2004
Notaufnahme	<ul style="list-style-type: none"> Lebensbedrohende oder schwere Notfälle: Sitten Ambulante oder leichte Notfälle: Siders und Martinach 	Oktober 2004
Intensivpflege	<ul style="list-style-type: none"> Schliessung der Intensivpflege von Siders und Integration in die Abteilung von Sitten Beibehaltung der Dauerpflege in Siders Schliessung der Intensivpflege von Martinach und Integration in die Abteilung von Sitten Beibehaltung der Dauerpflege in Martinach 	Juli 2005 Dezember 2005
Geplante allgemeine Chirurgie	<ul style="list-style-type: none"> Schliessung der Operationstrakte in der Nacht und an Wochenenden in Siders und Martinach Komplexe Chirurgie: Sitten Programmierte Chirurgie: Siders und Martinach 	Oktober 2004
Orthopädie	<ul style="list-style-type: none"> Zusammenlegung des Bereichs Orthopädie am Standort Martinach 	Oktober 2004
Traumatologie	<ul style="list-style-type: none"> Zusammenlegung des Bereichs Traumatologie am Standort Sitten 	Oktober 2004
Urologie	<ul style="list-style-type: none"> Zusammenlegung des Bereichs Urologie am Standort Siders 	Oktober 2004
Geburtshilfe	<ul style="list-style-type: none"> Schliessung der Geburtshilfeabteilung von Siders und Integration in die Abteilung von Sitten Schliessung der Geburtshilfeabteilung von Martinach und Integration in die Abteilung von Sitten 	Dezember 2004 Februar 2005
SMUR	<ul style="list-style-type: none"> Einführung des SMUR in Martinach 	Juli 2005

Ergänzende Massnahmen 04/05:

CHCVs:

Disziplin und/oder Aktivität	Getroffene Massnahmen	Umsetzung
Neurochirurgie	<ul style="list-style-type: none"> • Unterzeichnung einer Vereinbarung VD/VS 	Oktober 2004
Ambulante Chirurgie	<ul style="list-style-type: none"> • Eröffnung eines Chirurgie-Ambulatoriums in Siders 	August 2005
Präoperative Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Einführung einer präoperativen Evaluationseinheit 	Herbst 2005
Allgemeine Chirurgie	<ul style="list-style-type: none"> • Unterzeichnung einer Vereinbarung GE/VS 	Oktober 2005

Wie aus dieser zusammenfassenden Tabelle hervorgeht, wurden fast alle 2004 beschlossenen Massnahmen vom GNW umgesetzt. Die Walliser Spitalplanung ist also auf dem richtigen Weg.

Wie bereits im Rahmen der Planung von 2004 vorgesehen, werden bei der Aufteilung der Disziplinen noch Anpassungen notwendig sein. Sie sind jedoch als eine Fortsetzung der 2004 in Angriff genommenen Planung zu betrachten.

Darüber hinaus ist für die wichtigen in den letzten beiden Jahren in die Wege geleiteten Änderungen ein Minimum an Zeit erforderlich, damit das gesamte System kohärent funktionieren kann.

Nachstehend ziehen wir Bilanz über die Veränderungen bei der Verteilung der Disziplinen. In dieser Bilanz wird die Tätigkeit von 2002 bis 2005 nach Spitalzentrum und Disziplin sowie für 2004 und 2005 nach Standort und Disziplin aufgeschlüsselt.

2.5.1 Chirurgie

Die Aufteilung der chirurgischen Abteilungen gemäss der Planung von 2004 hat zur Folge, dass gewisse Standorte die leichten und/oder programmierten Fälle übernehmen, während andere für die komplexen und/oder nicht programmierten Fälle zuständig sind. Die Abteilungen der so genannten komplexen Chirurgie befinden sich an den Standorten Visp, Sitten und Monthey, während die Abteilungen der so genannten leichten Chirurgie in Brig, Siders, Martinach und Aigle angesiedelt sind.

Diese differenzierte Verteilung soll jedem Standort eine optimale Nutzung seiner Infrastrukturen und seines Personals gestatten und gleichzeitig eine ausreichende kritische Masse zur Gewährleistung der Pflegequalität sicherstellen. So übernehmen nur die Standorte, die über einen 24 Stunden pro Tag und sieben Tage pro Woche geöffneten Operationstrakt verfügen, die komplexen und/oder nicht programmierten chirurgischen Fälle.

Was die Aufteilung der chirurgischen Spezialitäten im Rahmen der allgemeinen Chirurgie (nach Organ oder nach Pathologie) anbelangt, so fällt sie in den Zuständigkeitsbereich des GNW.

Spitalplanung 2006 und Bilanz der Umsetzung der Planung 2004

Total Chirurgie* GNW	2002	2003	2004	2005
Spitalaustritte	12'381	12'758	12'125	11'506
Krankentage	90'114	94'241	88'823	79'975
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer	7.3	7.3	7.3	7.0

* Chirurgie einschliesslich allgemeiner Chirurgie, Rückenchirurgie, Kieferchirurgie, plastischer/Wiederherstellungschirurgie, Thoraxchirurgie, Gefässchirurgie, Schönheitschirurgie, nicht kantonalisierter Herzchirurgie, allgemeiner Neurochirurgie, Traumatologie, Ophthalmologie, HNO, Orthopädie, Urologie

a) SZO

Disziplin	Standort	Austritte 2004	Austritte 2005	Krankentage 2004	Krankentage 2005	Ø Aufenthaltsdauer 2004	Ø Aufenthaltsdauer 2005
Total Chirurgie*	Brig	1'668	1'493	11'351	9'827	6.8	6.6
	Visp	2'323	2'318	14'655	14'479	6.3	6.2
	Total SZO	3'991	3'811	26'006	24'306	6.5	6.4

* gemäss obiger Definition

Gemäss den Ausführungen im Spitalkonzept vom Januar 2004 werden die chirurgischen Fälle nach ihrem Schweregrad und danach unterschieden, ob sie geplant oder nicht geplant sind. Die leichten sowie die geplanten Fälle müssen am Standort Brig behandelt werden, während die komplexen und/oder nicht geplanten Fälle in Visp aufgenommen werden. Wie weiter oben erwähnt, behält nur der Standort Visp einen nachts und an Wochenenden geöffneten Operationstrakt für die Aufnahme dieser Fälle. Diese Aufteilung der Fälle wird seit Ende Juni 2004 umgesetzt.

Die drei Indikatoren weisen für den Standort Brig einen Tätigkeitsrückgang aus. Er ist einerseits darauf zurückzuführen, dass die Operationssäle (allgemeine Chirurgie) seit Juni 2004 in der Nacht und an Wochenenden geschlossen sind und andererseits auf die Beibehaltung einer gewissen Anzahl leichter und/oder geplanter Operationen am Standort Visp (allgemeine Chirurgie).

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer ist in Brig zurückgegangen. Das kann man darauf zurückführen, dass die komplexen und/oder nicht programmierten Fälle in Visp behandelt werden. In Visp bleibt dennoch die durchschnittliche Aufenthaltsdauer stabil.

Es ist jedoch wichtig, den Rückgang der Austritte und der KTA am Standort Brig insofern zu relativieren, als es sich ausschliesslich um den stationären Bereich handelt. Wie aus der nachstehenden Tabelle ersichtlich ist, wird in Brig der Rückgang der stationären Tätigkeit durch die Zunahme der teilstationären Tätigkeit weitaus kompensiert.

Teilstationäre allgemeine Chirurgie	Brig	Visp	Total SZO
2004	971	1'055	2'026
2005	1'617	142	1'759
Total	2'588	1'197	3'785

Entwicklung der Orthopädie im SZO:

Disziplin	Standort	Austritte 2004	Austritte 2005	Krankentage 2004	Krankentage 2005	Ø Aufenthaltsdauer 2004	Ø Aufenthaltsdauer 2005
Orthopädie	Brig	347	524	2'860	4'563	8.1	8.7
	Visp	225	7	1'727	64	7.4	8.6
	Total SZO	572	531	4'587	4'627	7.8	8.7

Die Orthopädieabteilung des Standorts Visp wurde Ende Juni 2004 geschlossen und an den Standort Brig verlegt. Aufgrund der Daten für das Jahr 2004 lässt sich jedoch feststellen, dass sich die Zahl der in Brig betreuten Fälle nach der Auflösung dieser Disziplin in Visp nicht erheblich erhöht hat.

Erst 2005, nach der planmässigen Anstellung eines Orthopäden in Brig, haben sich die Austritte in Brig erneut erhöht. Was die Krankentage angeht, so bleiben sie stabil und konzentrieren sich jetzt auf den Standort Brig. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer hat geringfügig zugenommen.

b) CHCVs

Disziplin	Standort	Austritte 2004	Austritte 2005	Krankentage 2004	Krankentage 2005	Ø Aufenthaltsdauer 2004	Ø Aufenthaltsdauer 2005
Total * Chirurgie	Siders	1'503	1'118	12'087	7'308	8.0	6.5
	Sitten	3'605	3'409	30'285	28'605	8.4	8.4
	Martinach	1'396	1'458	10'095	9'815	7.2	6.7
	Total CHCVs	6'504	5'985	52'467	45'728	8.1	7.6

* gemäss obiger Definition

Entwicklung der allgemeinen Chirurgie im CHCVs

Disziplin	Standort	Austritte 2004	Austritte 2005	Krankentage 2004	Krankentage 2005	Ø Aufenthaltsdauer 2004	Ø Aufenthaltsdauer 2005
Allg. Chirurgie	Siders	677	417	5'598	2'975	8.1	7.3
	Sitten	1'242	1'079	10'727	10'810	8.4	9.5
	Martinach	581	613	3'654	3'109	6.1	5.1
	Total CHCVs	2'500	2'109	19'979	16'894	7.8	7.8

Wie für das SZO sah das Spitalkonzept vom Januar 2004 eine Unterscheidung zwischen leichten und/oder programmierten Fällen vor, die nach Siders oder Martinach gebracht werden müssen, während die komplexen und/oder nicht programmierten Fälle in Sitten behandelt werden.

Die Austritte sind in Siders und in Sitten zurückgegangen. Nur Martinach weist eine Zunahme der Fälle aus, was sich auf eine bessere Verteilung der leichten und/oder programmierten Fälle zurückführen lässt. Als weitere Folge der Verteilung weisen Siders und Martinach einen Rückgang der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer aus, während sie in Sitten zugenommen hat.

Diese Verteilung könnte jedoch noch verbessert werden. Zu diesem Zweck wurde vom GNW eine präoperative Evaluationseinheit (PEE) eingeführt, die an den Standorten Sitten, Visp und Brig tätig ist.

Tätigkeit der PEE im Spital Sitten (September 2005 bis Januar 2006)

Anzahl der Fälle

	September	Oktober	November	Dezember	Januar	Total
Total	41	105	174	134	188	642

- Die PEE setzt sofort nach Erhalt des Aufnahmeantrags das gesamte Aufnahmeverfahren in Gang, ohne dass der Operateur sich um irgendetwas kümmern muss. Die PEE bestellt auch den Patienten zur Voruntersuchung.

- Ein einziges Dokument, ein elektronisches oder gedrucktes Formular mit dem Titel „Aufnahmeantrag“, ersetzt das Antragsblatt für die Spitalaufnahme und die Reservierung des Operationssaals.
- Die Einheit des Ortes wird gewahrt. Der Patient wird in der zentralen PEE untersucht, wenn er stationär in Siders oder in Sitten operiert wird. Er wird im Zentrum für ambulante Chirurgie von Siders untersucht, wenn es sich um einen Patienten des Zentrum für ambulante Chirurgie von Siders handelt bzw. in der PEE von Martinach, wenn er in Martinach operiert wird.
- Die Organisation der Operationstrakte erfolgt einheitlich. Die Tatsache, dass der Aufnahmeantrag an eine zentralisierte Stelle gerichtet wird, gestattet es der Chefin der Operationstrakte des CHCVs, Terminpläne für die zweckmässigste Nutzung der drei Operationstrakte von Siders, Sitten und Martinach zu erstellen.
- Die zentrale PEE arbeitet direkt mit der Bettenbewirtschaftungseinheit zusammen. Die örtliche Einheit der PEE, der Bettenbewirtschaftungseinheit und der Koordination der Operationstrakte gestattet es, für eine grösstmögliche Anzahl von Patienten eine möglichst kurzfristige Voruntersuchung, ein genaues Spitalaufnahmedatum (durch die Reservierung eines Spitalbetts über die Bettenbewirtschaftungseinheit) sowie die Reservierung eines Termins für den chirurgischen Eingriff in einem der drei Operationstrakte sicherzustellen.

Es ist auch ein erheblicher Rückgang der Krankentage am Standort Siders festzustellen. Es ist anzunehmen, dass dieser Rückgang der Krankentage durch eine Zunahme der ambulanten Tätigkeit infolge der Eröffnung des Zentrums für ambulante Chirurgie in Siders kompensiert wird.

Zentrum für ambulante Chirurgie

	Disziplinen	Anz. der Fälle
	Allgemeine Chirurgie	42
	Plastische / Wiederherstellungschirurgie	470
	Gefässchirurgie	6
	Schönheitschirurgie	23
	Total	541

Das Zentrum für ambulante Chirurgie bietet den operierenden Ärzten flexible und leichte Infrastrukturen mit genau definierten Aufnahme-, Behandlungs- und Austrittsverfahren. Das im Spital untergebrachte Zentrum für ambulante Chirurgie kann alle zuständigen Dienste in Anspruch nehmen und hat zudem den Vorteil der von einem Spital gebotenen Sicherheit.

Die Prinzipien des Zentrums für ambulante Chirurgie:

- Ein klares Patientenauswahlverfahren
- Die Patienteninformation ist einfach, effizient und formalisiert.
- Die Betreuung der Patienten ist sichergestellt.
- Die Verwaltung ist so einfach und effizient wie möglich.
- Die Qualitätskontrolle ist sichergestellt und die Messinstrumente sind definiert.

Neben dem Standort Siders bietet auch Martinach Leistungen der ambulanten Chirurgie. Ganz allgemein ist noch darauf hinzuweisen, dass die Tätigkeit im Bereich der teilstationären Chirurgie, die infolge der privaten Ausrichtung der Ophthalmologie zurückgegangen ist, in den nächsten Jahren voraussichtlich zunehmen wird.

c) CHC

Disziplin	Standort	Austritte 2004	Austritte 2005	Krankentage 2004	Krankentage 2005	Ø Aufenthaltsdauer 2004	Ø Aufenthaltsdauer 2005
Total Chirurgie*	HDC	1'630	1'674	9'951	9'532	6.1	5.7
	Total CHC Anteil VS	1'630	1'674	9'951	9'532	6.1	5.7

* gemäss obiger Definition

Der Standort Monthey muss die komplexen und/oder nicht programmierten Fälle übernehmen, während der Standort Aigle für die leichten und/oder programmierten Fälle zuständig ist.

2.5.2 Urologie

Auf der Bewertungsgrundlage der Zahl der Spitalaustritte im Bereich der Urologie pro Jahr und pro Spital sah der Planungsbericht die Zentralisierung der urologischen Betreuung an jeweils einem Standort pro Spitalzentrum vor. Es handelt sich um die Standorte Brig, Siders und Monthey.

Komplexe urologische Fälle oder polytraumatische Verletzungen können weiterhin an den Standorten mit einer Intensivstation behandelt werden, weil für die Betreuung dieser Patienten eine Zusammenarbeit mit anderen medizinischen Disziplinen bzw. die Anwesenheit anderer Fachleute erforderlich ist. Die Aufteilung der urologischen Fälle erfolgt also ebenfalls nach dem Schema der Unterscheidung zwischen komplexen und leichten Fällen. Die Tätigkeit kann somit auf alle Standorte verteilt werden, so dass eine ausreichende kritische Masse für eine gute Pflegequalität gewährleistet werden kann.

In der nachfolgenden Tabelle ist die Tätigkeitsstatistik für die urologischen Abteilungen des GNW dargestellt, von 2003 bis 2005.

Total Urologie GNW	2002	2003	2004	2005
Spitalaustritte	1'246	1'257	1'180	1'157
Krankentage	7'282	7'604	7'354	6'964
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer	5.8	6.1	6.2	6.0

a) SZO

Disziplin	Standort	Austritte 2004	Austritte 2005	Krankentage 2004	Krankentage 2005	Ø Aufenthaltsdauer 2004	Ø Aufenthaltsdauer 2005
Urologie	Brig	280	245	1'383	1'198	5.0	5.0
	Visp	31	13	267	90	8.6	7.8
	Total SZO	311	258	1'650	1'288	5.4	5.1

Bei einer genaueren Prüfung der Daten von 2004 für das SZO ist festzustellen, dass der Standort Visp seit Ende Juni keine urologischen Fälle mehr angenommen und diese nach Brig weitergeleitet hat. Insgesamt ist die Tätigkeit des SZO im Bereich der Urologie als stabil zu bezeichnen.

2005 wurde eine kleine Anzahl von Fällen in Visp aufgenommen, wobei die Aufteilung in komplexe/leichte Fälle eingehalten wurde.

Generell ist ein Rückgang der Austritte und der Krankentage festzustellen. Das bedeutet, dass im SZO weniger urologische Fälle behandelt wurden.

b) CHCVs

Disziplin	Standort	Austritte 2004	Austritte 2005	Krankentage 2004	Krankentage 2005	Ø Aufenthaltsdauer 2004	Ø Aufenthaltsdauer 2005
Urologie	Siders	217	484	1'334	2'769	6.1	5.8
	Sitten	463	312	3'170	2'378	6.9	7.6
	Martinach	94	4	521	20	5.6	7.8
	Total CHCVs	774	800	5'025	5'167	6.5	6.5

Was das CHCVs anbelangt, so hat der Standort Martinach seine Urologieabteilung am 5. Oktober 2004 geschlossen und diese Tätigkeit auf den Standort Siders verlagert.

Die Austritte haben in Siders stark zugenommen, während sie in Martinach gemäss Planung praktisch auf null zurückgegangen sind. In Sitten ist ein Rückgang der Fälle zu verzeichnen, der sich auf eine bessere Verteilung der schweren und leichten Fälle im Mittelwallis zurückführen lässt.

Bei den Krankentage ist die Entwicklung ähnlich wie bei den Austritten. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer ist in Siders zurückgegangen, während sie in Sitten zugenommen hat. Das entspricht durchaus der Aufteilung von schweren und leichten Fällen zwischen den beiden Standorten.

c) CHC

Disziplin	Standort	Austritte 2004	Austritte 2005	Krankentage 2004	Krankentage 2005	Ø Aufenthaltsdauer 2004	Ø Aufenthaltsdauer 2005
Urologie	HDC	95	99	679	509	7.1	5.1
	Total CHC Anteil VS	95	99	679	509	7.1	5.1

Die Austritte sind stabil geblieben, während die Krankentage und die durchschnittliche Aufenthaltsdauer stark zurückgegangen sind.

2.5.3 Ophthalmologie

Die Spitalplanung vom Januar 2004 sah vor, dass ophthalmologische Fälle sowohl an den Standorten für leichte oder programmierte Fälle als auch an den Standorten für komplexe Fälle behandelt werden können, weil eine Zusammenarbeit mit anderen medizinischen Disziplinen sowie die Anwesenheit von anderen Spezialisten erforderlich ist.

Total stationäre Ophthalmologie GNW	2002	2003	2004	2005
Spitalaustritte	39	29	32	5
Krankentage	122	88	137	39
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer	3.1	3.0	4.3	7.8

Ambulante Ophthalmologie	Brig	Visp	Total SZO	Siders	Sitten	Martinach	Total CHCVs
2004	47	113	160	0	706	678	1'384
2005	61	68	129	3	583	325	911
Total	108	181	289	3	1'289	1'003	2'295

Wie aus den obigen Zahlen hervorgeht, ist die Ophthalmologie im Wesentlichen zu einer ambulanten Tätigkeit geworden. Die Zahl der stationären Fälle ist in den letzten Jahren ständig zurückgegangen.

a) SZO

Disziplin	Standort	Austritte 2004	Austritte 2005	Krankentage 2004	Krankentage 2005	Ø Aufenthaltsdauer 2004	Ø Aufenthaltsdauer 2005
Ophthalmologie	Brig	8	-	40	14	2.1	-
	Visp	4	1	36	4	4.8	2.0
	Total SZO	12	1	76	18	3.0	2.0

Die Ophthalmologen haben beschlossen, aus dem GNW auszutreten und sich privat in einer ambulanten Klinik für Ophthalmologie niederzulassen. Trotz seiner Bemühungen ist es dem GNW bisher nicht gelungen, den Posten in Brig wieder mit einem Ophthalmologen zu besetzen. Aus diesem Grund ist die Zahl der verzeichneten Fälle sehr gering.

b) CHCVs

Disziplin	Standort	Austritte 2004	Austritte 2005	Krankentage 2004	Krankentage 2005	Ø Aufenthaltsdauer 2004	Ø Aufenthaltsdauer 2005
Ophthalmologie	Siders	-	-	-	-	-	-
	Sitten	6	4	28	21	2.8	5.3
	Martinach	11	-	27	-	2.1	-
	Total CHCVs	17	4	55	21	2.4	5.3

Die Situation ist die gleiche wie im Oberwallis. Trotz seiner Bemühungen ist es dem GNW bisher nicht gelungen, den Posten in Martinach wieder mit einem Ophthalmologen zu besetzen. Aus diesem Grund ist die Zahl der verzeichneten Fälle sehr gering.

c) CHC

Disziplin	Standort	Austritte 2004	Austritte 2005	Krankentage 2004	Krankentage 2005	Ø Aufenthaltsdauer 2004	Ø Aufenthaltsdauer 2005
Ophthalmologie	HDC	3	-	6	-	2.0	-
	Total CHC Anteil VS	3	-	6	-	2.0	-

Wegen der geringen Anzahl ophthalmologischer Fälle im CHC erübrigt sich ein Kommentar.

2.5.4 HNO

Wie bei den anderen chirurgischen Disziplinen wird von den Abteilungen, die HNO-Fälle behandeln, zwischen komplexen und/oder nicht programmierten Fällen und leichten und/oder programmierten Fällen unterschieden. Nach der Planung von 2004 sind die leichten HNO-Fälle an den Standorten Brig, Martinach und Monthey im Rahmen der allgemeinen Chirurgie zu behandeln. Wegen der geringen Anzahl von HNO-Eingriffen sind keine autonomen Strukturen erforderlich.

Die folgenden Tabellen stellen die Entwicklung der Anzahl der Austritte und der Krankentage im HNO-Bereich dar.

Total HNO, GNW	2002	2003	2004	2005
Spitalaustritte	769	736	653	565
Krankentage	3'166	3'106	2'776	2'103
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer	4.1	4.2	4.3	3.7

a) SZO

Disziplin	Standort	Austritte 2004	Austritte 2005	Krankentage 2004	Krankentage 2005	Ø Aufenthaltsdauer 2004	Ø Aufenthaltsdauer 2005
HNO	Brig	126	155	487	514	3.7	3.3
	Visp	92	22	381	85	3.9	3.1
	Total SZO	218	177	868	599	3.8	3.3

Die HNO-Abteilung (Erwachsene) von Visp hat Ende Juni 2004 ihre Tätigkeit eingestellt. Man hat jedoch eine kleine Anzahl von komplexen und/oder nicht programmierten Fällen sowie die pädiatrische HNO beibehalten. Die Austritte haben in Brig zugenommen, sind jedoch generell für das gesamte SZO 2004 und 2005 rückläufig. Bei den Krankentagen ist die Entwicklung ähnlich. Was die durchschnittliche Aufenthaltsdauer anbelangt, so nimmt sie an allen Standorten ab.

b) CHCVs

Disziplin	Standort	Austritte 2004	Austritte 2005	Krankentage 2004	Krankentage 2005	Ø Aufenthaltsdauer 2004	Ø Aufenthaltsdauer 2005
HNO	Siders	73	13	323	43	3.8	3.5
	Sitten	162	177	727	689	4.3	3.7
	Martinach	64	69	193	213	3.0	3.3
	Total CHCVs	299	259	1'243	945	3.9	3.6

Für das CHCVs ist die Anzahl der Fälle zwischen 2004 und 2005 zurückgegangen. Die Aufteilung pro Standort entspricht hingegen nicht der Zielsetzung gemäss der Planung von 2004, nämlich der Zentralisierung der HNO (Erwachsene) an einem einzigen Standort in Martinach.

c) CHC

Disziplin	Standort	Austritte 2004	Austritte 2005	Krankentage 2004	Krankentage 2005	Ø Aufenthaltsdauer 2004	Ø Aufenthaltsdauer 2005
HNO	Chablais	136	130	665	559	4.9	4.3
	Total CHC Anteil VS	136	130	665	559	4.9	4.3

Die Austritte sind stabil geblieben, die Krankentage und die durchschnittliche Aufenthaltsdauer sind jedoch erheblich zurückgegangen.

2.5.5 Disziplinen der Chirurgie mit kantonalem Charakter

Aus Gründen der kritischen Masse wurde eine gewisse Anzahl von Disziplinen zentralisiert, damit den Walliser Patienten eine entsprechende Pflegequalität geboten werden kann. Diese spezialisierten Disziplinen machen aufwändige Infrastrukturen und ein hoch qualifiziertes Fachpersonal erforderlich, so dass die Zentralisierung an einem einzigen Standort umso mehr gerechtfertigt ist.

Disziplin der Chirurgie (hospitalisierte Patienten)	2002	2003	2004	2005
Herzchirurgie (Sitten)				
Spitalaustritte	248	237	237	219
Krankentage	3'716	3'446	3'672	2'838
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer	15.0	15.5	15.8	14.9
Spezialisierte Neurochirurgie (Sitten)				
Spitalaustritte	202	145	98	196
Krankentage	2'716	1'909	1'389	1'992
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer	13.4	13.2	14.4	10.4
Thoraxchirurgie (CVP)				
Spitalaustritte	-	39	34	36
Krankentage	-	432	399	409
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer	-	11.1	11.7	11.4

Die Planung von 2004 sah bereits vor, dass die Disziplinen der Chirurgie mit kantonalem Charakter nur an einem einzigen Standort, in Sitten, angesiedelt würden, mit Ausnahme der Thoraxchirurgie, die vorläufig vom CVP übernommen wird.

2.5.6 Disziplinen der Medizin mit kantonalem Charakter

Disziplin der Medizin	2002	2003	2004	2005
Interventionelle Kardiologie (Sitten)				
Spitalaustritte	714	745	814	878
Krankentage	3'824	3'859	4'498	4'305
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer	5.4	5.2	5.1	4.4
Radiotherapie (Sitten)				
Spitalaustritte	63	50	60	49
Krankentage	627	493	768	501
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer	9.6	9.9	13.4	12.1

Die invasive und interventionelle Kardiologie des Spitalzentrums Mittelwallis (CHCVs), die am Standort Sitten praktiziert wird, ist seit mehr als 10 Jahren eine kantonalisierte Disziplin. Sie richtet sich somit an alle Patienten des Kantons, die an akuten oder chronischen Herz-Kreislauf-Erkrankungen leiden.

Im Vergleich zu 2004 hat die Tätigkeit 2005 stark zugenommen. Diese Zunahme zeigt sich nicht nur auf der stationären Ebene (Anzahl der in die Kardiologieabteilung aufgenommenen Patienten), sondern auch an der Anzahl von elektiven oder Notfall-Eingriffen im Labor für Herzkatheterisierung.

Die Statistiken für 2004 und 2005 ergeben folgendes Bild:

Labor für Katheterisierung	2004	2005	Zunahme	
			Anz.	%
Anzahl der Eingriffe	1'044	1'163	119	11
Gesamtzahl der Koronarographien	1'011	1'122	111	10.9
- elektive	737	790	53	7.1
- Notfälle	274	332	58	21.1
Gesamtzahl der Dilatationen	479	545	66	13.7
- elektive	290	317	27	9.3
- Notfälle	189	228	39	20.3
Anzahl anderer Katheterisierungen	11	22	11	100

Es ist anzumerken, dass die Tätigkeit im Bereich der invasiven und interventionellen Kardiologie im Laufe der letzten 15 Jahre im Spital von Sitten ständig zugenommen hat. Diese steigende Tendenz wird in den nächsten Jahrzehnten, wie in den anderen Schweizer Spitälern, weiter anhalten. Sie ist auf die invasive Behandlung des akuten Myokardinfarkts sowie auf die Alterung der Bevölkerung zurückzuführen, die diese Art der Untersuchungen und Behandlungen immer mehr in Anspruch nimmt.

Die kantonalisierte Radioonkologie der Walliser Onkologieabteilung hat sowohl einen klinischen als auch einen technischen Auftrag. Ihr Tätigkeitsbereich betrifft die therapeutische Verwendung von ionisierenden Bestrahlungen, vor allem im Zusammenhang mit tumorhaften Erkrankungen. Das Leistungsangebot der Abteilung umfasst die externe Radiotherapie, die metabolische Radionuklidbehandlung und die hochdosierten Radionuklidbehandlungen: Mehr als 90% der Patienten werden ambulant behandelt.

Während des Jahres 2004 hat die Abteilung 715 Patienten behandelt, davon 37 mit einer hochdosierten Radionuklidtherapie, 26 mit einer metabolischen Radionuklidtherapie mit Jod¹³¹ und 11 mit anderen metabolischen Behandlungen (Rhenium und Yttrium). Die Gesamtzahl der externen Radiotherapiesitzungen beträgt 13'077 mit insgesamt 37'934 Strahlenbündeln.

Während des Jahres 2005 hat die Abteilung 708 Patienten behandelt, davon 30 mit einer hochdosierten Radionuklidtherapie, 32 mit einer metabolischen Radionuklidtherapie mit Jod¹³¹ und 10 mit anderen metabolischen Behandlungen (Rhenium und Yttrium). Die Gesamtzahl der externen Radiotherapie-Sitzungen beträgt 13'684 mit insgesamt 40'236 Strahlenbündeln.

2.5.7 Innere Medizin

Die medizinischen Disziplinen sind: innere Medizin, Neurologie, Gastroenterologie, Endokrinologie, Kardiologie, Dermatologie, Liaisonpsychiatrie, Nephrologie (einschliesslich chronischer Hämodialyse) sowie Onkologie und Angiologie. Diese verschiedenen Disziplinen werden unter der Bezeichnung innere Medizin zusammengefasst, auf die in unserem Kanton fast ein Drittel der Spitalaustritte entfallen.

Die Planung vom Januar 2004 sah für die Abteilungen der inneren Medizin unterschiedliche Aufträge nach dem Prinzip der Unterscheidung zwischen komplexen und leichten Fällen vor. Nach dieser Verteilung waren die Standorte Visp, Sitten und Monthey für die komplexen Fälle und die Standorte Brig, Siders und Martinach für die leichten Fälle zuständig. Die Einführung dieser verschiedenen Abteilungen sollte es gestatten, das Problem des Personalmangels zum Teil dadurch zu lösen, dass die mit den leichteren Pathologien betrauten Abteilungen in der Nacht und an Wochenenden mit kleineren Teams auskommen können. Darüber hinaus gestattet es die Zusammenlegung der Patienten, eine ausreichende kritische Masse für die Gewährleistung der Pflegequalität zu erreichen.

Die Tätigkeit der Abteilungen der inneren Medizin ist auf den folgenden Tabellen dargestellt:

Gesamtzahl interne Medizin GNW	2002	2003	2004	2005
Spitalausritte	11'215	11'017	10'255	10'481
Krankentage	101'982	100'371	97'862	94'127
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer	9.1	9.1	9.5	9.0

a) SZO

Disziplin	Standort	Austritte 2004	Austritte 2005	Krankentage 2004	Krankentage 2005	Ø Aufenthaltsdauer 2004	Ø Aufenthaltsdauer 2005
Innere Medizin	Brig	1'445	1'354	12'918	13'449	8.5	9.7
	Visp	1'457	1'609	14'281	14'906	9.5	8.9
	Total SZO	2'902	2'963	27'199	28'355	9.0	9.3

Insgesamt bleibt die Zahl der Fälle konstant. Am Standort Brig sind die Fälle stark zurückgegangen, während sie in Visp stark angestiegen sind. Was die Krankentage anbelangt, so haben sie in Brig mehr zugenommen als in Visp. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer hat folglich in Brig zugenommen und in Visp abgenommen.

Die Einführung der Einheit für vorstationäre Evaluation sollte eine noch bessere Verteilung der Fälle nach ihrem Schweregrad und nach geplanter oder nicht geplanter Behandlung gestatten.

b) CHCVs

Disziplin	Standort	Austritte 2004	Austritte 2005	Krankentage 2004	Krankentage 2005	Ø Aufenthaltsdauer 2004	Ø Aufenthaltsdauer 2005
Innere Medizin	Siders	1'579	1'963	14'264	17'291	8.6	8.5
	Sitten	2'461	2'234	25'225	21'479	10.2	9.1
	Martinach	1'640	1'716	13'716	14'807	8.3	8.4
	Total CHCVs	5'680	5'913	53'205	53'577	9.6	8.7

Die Austritte des CHCVs entsprechen insofern der Planung, als sie in Siders und in Martinach zugenommen haben und in Sitten zurückgegangen sind. Bei den Krankentagen ist die Entwicklung ähnlich, während die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Siders und in Martinach stabil war und in Sitten zurückgegangen ist.

Wie im SZO sollte es möglich sein, die Verteilung der Fälle nach ihrem Schweregrad und danach, ob sie geplant sind oder nicht, durch die Einführung der Einheit für vorstationäre Evaluation zu verbessern.

c) CHC

Disziplin	Standort	Austritte 2004	Austritte 2005	Krankentage 2004	Krankentage 2005	Ø Aufenthaltsdauer 2004	Ø Aufenthaltsdauer 2005
Innere Medizin	HDC	1'396	1'600	12'465	12'195	8.9	7.6
	Total CHC Anteil VS	1'396	1'600	12'465	12'195	8.9	7.6

Die Austritte haben zugenommen und die Krankentage sind stabil geblieben. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer ist stark zurückgegangen.

2.5.8 Gynäkologie

Nach dem Spitalkonzept 2004 war die Betreuung der gynäkologischen Fälle an den Standorten Brig, Siders, Martinach und Aigle vorgesehen. Die Änderungen wurden im Laufe des Jahres 2004 vorgenommen, um den Planungsvorgaben zu entsprechen.

Ende Juni 2004 wurde die Gynäkologieabteilung des Spitals Siders von 6 auf 12 Betten erweitert, d.h. es kamen 6 Betten hinzu. Zum gleichen Termin wurde die Gynäkologieabteilung des Spitals von Sitten von 15 auf 4 Betten reduziert, d.h. es wurden 11 Betten aufgelöst. Im Spital von Martinach blieb die Gynäkologieabteilung mit 4 Betten unverändert.

Total Gynäkologie GNW	2002	2003	2004	2005
Spitalaustritte	1'629	1'477	1'386	1'316
Krankentage	9'446	8'410	8'102	7'351
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer	5.8	5.7	5.8	5.6

a) SZO

Disziplin	Standort	Austritte 2004	Austritte 2005	Krankentage 2004	Krankentage 2005	Ø Aufenthaltsdauer 2004	Ø Aufenthaltsdauer 2005
Gynäkologie	Brig	182	97	1'109	562	5.9	6.0
	Visp	125	188	764	1'102	5.6	5.6
	Total SZO	307	285	1'873	1'664	5.8	5.7

Ende Mai 2005 wurde die Gynäkologie von Brig nach Visp verlegt. Aus diesem Grund ist ein Zahlenvergleich schwierig. Aus den Gesamtzahlen geht jedoch ein Rückgang der Spitalaustritte und der Krankentage hervor.

b) CHCVs

Disziplin	Standort	Austritte 2004	Austritte 2005	Krankentage 2004	Krankentage 2005	Ø Aufenthaltsdauer 2004	Ø Aufenthaltsdauer 2005
Gynäkologie	Siders	354	338	2'279	2'134	6.1	6.1
	Sitten	232	168	1'651	1'105	6.5	6.1
	Martinach	307	327	1'365	1'676	4.4	5.1
	Total CHCVs	893	833	5'295	4'915	5.6	5.7

Allgemein sind die Spitalaustritte zurückgegangen. Nur am Standort Martinach war eine Zunahme der Spitalaustritte zu verzeichnen. Bei den Krankentage ist die Entwicklung ähnlich.

c) CHC

Disziplin	Standort	Austritte 2004	Austritte 2005	Krankentage 2004	Krankentage 2005	Ø Aufenthaltsdauer 2004	Ø Aufenthaltsdauer 2005
Gynäkologie	HDC	186	198	934	772	5.0	3.9
	Total CHC Anteil VS	186	198	934	772	5.0	3.9

Die Spitalaustritte haben zugenommen, während die Krankentage und die durchschnittliche Aufenthaltsdauer stark zurückgegangen sind.

2.5.9 Geburtshilfe

Die Planung für die Geburtshilfe sah für jedes Zentrum die Beibehaltung einer Geburtshilfeabteilung vor. So sollten nur noch die Standorte Visp, Sitten und Aigle über derartige Abteilungen verfügen. In Bezug auf die Geburtshilfe des Spitals Martinach wurde allerdings ein Vorbehalt gemacht. Ein Bericht sollte noch die Zweckmässigkeit einer Beibehaltung dieser Abteilung abklären.

Aufgrund des Berichts über die Spitalplanung vom Januar 2004 beschloss der Staatsrat am 23. Juni 2004, für das Spitalzentrum Mittelwallis (CHCVs) eine einzige Geburtshilfeabteilung vorzusehen. Mit diesem Beschluss wurde dem Wunsch der Chefärzte des CHCVs, dem „Bericht der Expertenkommission betreffend die Geburtshilfeabteilung von Martinach und die Schaffung einer einzigen Geburtshilfeabteilung für das Spitalzentrum Mittelwallis“ sowie dem Schriftwechsel mit dem Komitee zur Verteidigung des Spitals von Martinach Rechnung getragen.

Am 17. Dezember 2004 wurde die Entbindungsstation von Siders (13 Betten) geschlossen und in das Spital Sitten verlegt, das über eine Geburtshilfeabteilung mit 14 Betten verfügt.

Im Spital Martinach ist die Geburtshilfeabteilung (14 Betten) am 1. Februar 2005 geschlossen worden.

Total Geburtshilfe GNW	2002	2003	2004	2005
Spitalaustritte	2'821	2'856	2'848	2'928
Krankentage	18'144	18'275	18'086	17'350
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer	6.4	6.4	6.4	5.9

a) SZO

Disziplin	Standort	Austritte 2004	Austritte 2005	Krankentage 2004	Krankentage 2005	Ø Aufenthaltsdauer 2004	Ø Aufenthaltsdauer 2005
Geburtshilfe	Brig	120	-	915	-	7.6	-
	Visp	550	687	3'519	4'343	6.3	6.2
	Total SZO	670	687	4'434	4'343	6.5	6.2

Die Geburtshilfe von Brig wurde am 14. Juni 2004 geschlossen. Die Leistungen wurden in der Folge von Visp übernommen.

Die Zahlen von Visp geben die Gesamtsituation des SZO wieder und zeigen, dass die Spitalaustritte in etwa konstant geblieben sind. Die Krankentage sind, ebenso wie die durchschnittliche Aufenthaltsdauer, leicht zurückgegangen.

b) CHCVs

Disziplin	Standort	Austritte 2004	Austritte 2005	Krankentage 2004	Krankentage 2005	Ø Aufenthaltsdauer 2004	Ø Aufenthaltsdauer 2005
Geburtshilfe	Siders	476	3	3'632	26	7.7	8.7
	Sitten	732	1'584	4'537	9'453	6.1	5.9
	Martinach	604	66	3'448	395	5.7	5.9
	Total CHCVs	1'812	1'653	11'617	9'874	6.4	5.9

Die Geburtshilfe von Siders und von Martinach ist Ende Februar 2005 nach Sitten verlegt worden. Die zusätzlichen Fälle wurden in Sitten betreut, aber nicht im gleichen Ausmass wie zwischen Siders und Martinach.

c) CHC

Disziplin	Standort	Austritte 2004	Austritte 2005	Krankentage 2004	Krankentage 2005	Ø Aufenthalts- dauer 2004	Ø Aufenthalts- dauer 2005
Geburtshilfe	HDC	366	588	2'035	3'133	5.6	5.3
	Total CHC Anteil VS	366	588	2'035	3'133	5.6	5.3

Die Austritte und die Krankentage haben stark zugenommen, die durchschnittliche Aufenthaltsdauer war rückläufig.

2.5.10 Säuglingsstation und Neonatologie

Was die Säuglingsstationen anbelangt, so war im Spitalplanungsbericht je eine Abteilung pro Spitalzentrum vorgesehen, d.h. in Visp, Sitten und Aigle. Die Neonatologiefälle müssen in Sitten betreut werden, welches als einziges Spital über die erforderliche Infrastruktur verfügt.

Das Spital Siders hat seine Säuglingsabteilung im Dezember 2004 und das von Martinach Ende Februar 2005 geschlossen.

Die Säuglingsstation des SZO befindet sich in Visp. Die Säuglingsstation von Brig wurde Ende Juni 2004 geschlossen.

Total Säuglingsstation GNW	2002	2003	2004	2005
Spitalaustritte	2'445	2'452	2'448	2'612
Krankentage	14'086	14'118	14'089	14'480
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer	5.8	5.8	5.8	5.5

Säuglingsstation (Sitten)	2002	2003	2004	2005
Spitalaustritte	54	64	61	65
Krankentage	765	1'082	1'111	1'427
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer	14.2	16.9	17.9	19.6

a) SZO

Disziplin	Standort	Austritte 2004	Austritte 2005	Krankentage 2004	Krankentage 2005	Ø Aufenthalts- dauer 2004	Ø Aufenthalts- dauer 2005
Säuglingsstation	Brig	109	-	704	-	6.5	-
	Visp	492	613	3'023	3'796	6.1	6.1
	Total SZO	601	613	3'727	3'796	6.2	6.1

Die Indikatoren von Brig sind wegen der Schliessung der Säuglingsstation im Juni 2004 steil abgefallen. Für 2005 sind die drei Indikatoren konstant geblieben.

b) CHCVs

Disziplin	Standort	Austritte 2004	Austritte 2005	Krankentage 2004	Krankentage 2005	Ø Aufenthalts- dauer 2004	Ø Aufenthalts- dauer 2005
Säuglingsstation	Siders	370	-	2'411	-	6.5	-
	Sitten	632	1'388	3'604	7'523	5.7	5.4
	Martinach	508	55	2'681	316	5.4	5.9
	Total CHCVs	1'510	1'443	8'696	7'839	5.8	5.5

Die Zahlen können nur gesamthaft interpretiert werden, da die Säuglingsstationen von Siders und Martinach geschlossen wurden. Die Austritte sind konstant geblieben. Was die Krankentage und die durchschnittliche Aufenthaltsdauer anbelangt, so waren sie leicht rückläufig.

Disziplin	Standort	Austritte 2004	Austritte 2005	Krankentage 2004	Krankentage 2005	Ø Aufenthaltsdauer 2004	Ø Aufenthaltsdauer 2005
Neonatologie	Sitten	61	65	1'111	1'427	17.9	19.6
	Total CHCVs	61	65	1'111	1'427	17.9	19.6

Die Leistungen für die Neonatologie sind nur in Sitten gewährleistet. Die Zahlen sind auch hier praktisch konstant geblieben. Das Gleiche gilt für die Austritte, während die Krankentage und die durchschnittliche Aufenthaltsdauer leicht zugenommen haben.

c) CHC

Disziplin	Standort	Austritte 2004	Austritte 2005	Krankentage 2004	Krankentage 2005	Ø Aufenthaltsdauer 2004	Ø Aufenthaltsdauer 2005
Säuglingsstation	HDC	337	556	1'666	2'845	4.9	5.1
	Total CHC Anteil VS	337	556	1'666	2'845	4.9	5.1

Während die Spitalaustritte und die Krankentage erheblich zugenommen haben, ist die durchschnittliche Aufenthaltsdauer stabil geblieben.

2.5.11 Pädiatrie

Die Pädiatrieabteilungen sollten an jeweils einem Standort pro Spitalzentrum zusammengefasst werden: Visp, Sitten und Aigle.

Am 1. Juni 2004 wurde die Pädiatrieabteilung des Spitals Siders geschlossen und die Schliessung der Pädiatrieabteilung des Spitals Martinach folgte dann Ende Februar 2005.

Im Juni 2004 wurde auch die Pädiatrieabteilung von Brig aufgelöst und die Betten nach Visp verlegt.

Total Pädiatrie GNW*	2002	2003	2004	2005
Spitalaustritte	2'271	2'273	1'816	1'876
Krankentage	11'715	10'805	9'479	9'351
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer	5.2	4.8	5.2	5.0

*inkl. Pädiatrie und pädiatrische Chirurgie

a) SZO

Disziplin	Standort	Austritte 2004	Austritte 2005	Krankentage 2004	Krankentage 2005	Ø Aufenthaltsdauer 2004	Ø Aufenthaltsdauer 2005
Pädiatrie*	Brig	95	-	406	-	4.3	-
	Visp	246	424	1'083	2'092	4.0	3.7
	Total SZO	341	424	1'489	2'092	4.1	3.7

*inkl. Pädiatrie und pädiatrische Chirurgie

Ganz allgemein sind ausser der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer die restlichen Indikatoren erheblich angestiegen.

b) CHCVs

Disziplin	Standort	Austritte 2004	Austritte 2005	Krankentage 2004	Krankentage 2005	Ø Aufenthaltsdauer 2004	Ø Aufenthaltsdauer 2005
Pädiatrie*	Siders	112	-	720	-	5.9	-
	Sitten	547	902	3'012	4'677	4.7	4.3
	Martinach	421	25	2'239	125	4.9	4.4
	Total CHCVs	1'080	927	5'971	4'802	4.9	4.3

*inkl. Pädiatrie und pädiatrische Chirurgie

Wie im Spitalkonzept 2004 vorgesehen, wurde die Pädiatrieabteilung von Martinach Ende Februar 2005 geschlossen. Das Zentrum befindet sich jetzt in Sitten.

Die Indikatoren weisen einen erheblichen Rückgang der Fälle und der Krankentage im CHCVs aus.

c) CHC

Disziplin	Standort	Austritte 2004	Austritte 2005	Krankentage 2004	Krankentage 2005	Ø Aufenthaltsdauer 2004	Ø Aufenthaltsdauer 2005
Pädiatrie*	HDC	395	525	2'019	2'457	5.1	4.7
	Total CHC	395	525	2'019	2'457	5.1	4.7

*inkl. Pädiatrie und pädiatrische Chirurgie

Die Austritte und die Krankentage haben stark zugenommen, während die durchschnittliche Aufenthaltsdauer abgenommen hat.

2.5.12 Psychogeriatric

Die Psychogeriatric wird an vier Standorten angeboten: Brig, Siders, IPVR und St-Amé. Die Zahlen für das Wallis stellen sich wie folgt dar:

Total Psychogeriatric GNW	2002	2003	2004	2005
Spitalausritte	210	276	364	400
Krankentage	14'839	15'102	20'271	23'182
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer	70.7	54.7	55.7	58.0

Disziplin	Standort	Austritte 2004	Austritte 2005	Krankentage 2004	Krankentage 2005	Ø Aufenthaltsdauer 2004	Ø Aufenthaltsdauer 2005
Psychogeriatric	Brig	92	127	3'837	5'546	41.7	43.7
	Siders	75	85	5'145	5'455	68.6	64.2
	IPVR	110	104	6'027	6'654	54.8	64.0
	St-Amé	87	84	5'262	5'527	60.5	65.8
	Total GNW	364	400	20'271	23'182	55.7	57.6

In Brig ist eine erhebliche Zunahme der Austritte und der KTA festzustellen. Das Gleiche gilt in kleinerem Umfang auch für St-Claire in Siders. In St-Amé weisen die Indikatoren mehr oder minder konstante Werte aus.

Was die IPVR anbelangt, so sind ein Rückgang der Spitalausritte und eine Zunahme der KTA und der DAD zu verzeichnen.

2.5.13 Geriatrie

Die stationäre Betreuung von betagten Personen in Verbindung mit der Alterung der Bevölkerung sowie die Betreuung Betagter in APH oder durch ein SMZ bedarf einer detaillierten Analyse. Die Geriatrie befasst sich mit der Prävention, der Erkennung, der Behandlung und der Rehabilitation von körperlichen und geistigen Erkrankungen im fortgeschrittenen Alter, insbesondere den Erkrankungen, die zu einer permanenten Behinderung sowie zum Verlust der Selbstständigkeit führen. So gewinnen die Disziplinen der Geriatrie, Psychiatrie, Palliativpflege und Rehabilitation immer mehr an Bedeutung für die Betreuung der betagten Personen. Alle diese Disziplinen werden im Zusammenhang mit der Betreuung Betagter als komplementär betrachtet.

Die Planung der Geriatrie beruht auf den gleichen Prinzipien wie die übrige Spitalplanung.

In organisatorischer Hinsicht ist die Geriatrie jedoch ein eigener Sektor. **Die geriatrische Behandlung betrifft zwar Betagte, aber es lassen sich keine genauen Grenzen zwischen der geriatrischen Pflege und der Akutpflege der inneren Medizin ziehen. Aufgrund der technologischen Fortschritte der Medizin und aufgrund der Alterung unserer Bevölkerung gibt es bei der Behandlung von akuten Erkrankungen praktisch keine altersbedingten Unterschiede mehr.** Darüber hinaus kommen die Geriatriepatienten regelmässig von anderen Akutdisziplinen und werden auch häufig in andere Abteilungen, wie die Rehabilitation oder die Psychogeriatric, verlegt. Das macht die Geriatrie zu einer komplexen, schwer zu organisierenden Disziplin.

Im Januar 2004 wurden insgesamt 324 Betten an sechs verschiedenen Standorten geplant, die wie folgt auf den Kanton verteilt sind:

	Spitalzone Oberwallis		Spitalzone Mittelwallis				Spitalzone Unterwallis			
	Visp	Brig	WZP	Siders	Sitten	Martinach	Monthey	Aigle	IPVR	St-Maurice
Geriatric	43	42		45	83	28				83

In Visp sind 43 Betten geplant, in Brig 42, in Siders (St-Claire) 45, in Sitten (Gravelone) 83, im Spital Martinach 28 und in St-Maurice (St-Amé) 83.

Die effektiven Bettenzahlen in den sechs Geriatrieabteilungen des Wallis sind nachstehend angeführt (Ende 2004):

	Spitalzone Oberwallis		Spitalzone Mittelwallis				Spitalzone Unterwallis			
	Visp	Brig	WZP	Siders	Sitten	Martinach	Monthey	Aigle	IPVR	St-Maurice
Geriatric	30	34		43	83	24				83

Visp belegt 30 Betten, Brig 34, Siders (St-Claire) 43, Sitten (Gravelone) 83, das Spital Martinach 24 und St-Maurice (St-Amé) 83 Betten.

Die Krankentage und die Austritte sind in den letzten Jahren ständig zurückgegangen, insbesondere aus folgenden Gründen:

- Bessere Erfassung der Patienten durch APDRG

- Gute Deckung des Pflegebedarfs durch die APH und SMZ
- Druck der Versicherungen in Bezug auf die Aufenthaltsdauer
- Wartebetten (vor allem im Oberwallis)

a) SZO

Disziplin	Standort	Austritte 2004	Austritte 2005	Krankentage 2004	Krankentage 2005	Ø Aufenthaltsdauer 2004	Ø Aufenthaltsdauer 2005
Geriatric	Brig	334	385	8'293	8'287	24.8	21.5
	Visp	239	237	7'566	6'029	31.7	25.4
	Total SZO	573	622	15'859	14'316	27.7	23.0

Generell ist für die Geriatric eine Zunahme der Austritte festzustellen. Hingegen geht die Zahl der Krankentage zurück, was vielleicht auf den Druck der Krankenversicherer zurückzuführen ist. In Visp nimmt die Zahl der Austritte ebenfalls ab.

b) CHCVs

Disziplin	Standort	Austritte 2004	Austritte 2005	Krankentage 2004	Krankentage 2005	Ø Aufenthaltsdauer 2004	Ø Aufenthaltsdauer 2005
Geriatric	Siders	304	328	14'562	14'829	47.9	45.2
	Sitten	699	766	28'772	29'769	41.2	38.9
	Martinach	194	187	7'799	6'980	40.2	37.3
	Total CHCVs	1'197	1'281	51'133	51'578	42.7	40.3

In St-Claire sind hinsichtlich der Krankentage ziemlich stabile Werte zu verzeichnen. Die Austritte nehmen zu.

In Gravelone stellt man eine Zunahme der Krankentage fest. Während die Austritte stark zunehmen, ist bei der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer ein erheblicher Rückgang zu verzeichnen.

In Martinach ist bei allen Indikatoren ein erheblicher Rückgang festzustellen.

c) CHC

Disziplin	Standort	Austritte 2004	Austritte 2005	Krankentage 2004	Krankentage 2005	Ø Aufenthaltsdauer 2004	Ø Aufenthaltsdauer 2005
Geriatric	St-Amé	901	909	27'171	27'702	30.2	30.5
	Total CHC	901	909	27'171	27'702	30.2	30.5

Die Indikatoren für 2004 und 2005 bleiben stabil.

2.5.14 Palliativpflege

Mit der steigenden Anzahl chronischer Krankheiten wird der Bedarf an Palliativpflege in den nächsten Jahrzehnten weiter zunehmen. Das grundlegende Ziel der Palliativmedizin und der Palliativpflege ist eine Aufwertung der Lebenszeit durch die Erhaltung der bestmöglichen Lebensqualität.

Die Palliativpflege lässt sich wie folgt definieren:

„Die Palliativmedizin und die Palliativpflege bieten Personen, die an einer fortschreitenden unheilbaren Krankheit leiden, eine aktive und globale therapeutische Betreuung. Diese Personen brauchen – unabhängig von ihrem Alter, ihrer Krankheit und ihrem Aufenthaltsort – eine dauernde Pflege. Die Palliativmedizin und die Palliativpflege umfassen alle

medizinischen Behandlungen, die physische Pflege, den psychologischen, sozialen und geistlichen Beistand“.

Die Palliativmedizin und die Palliativpflege beinhalten:

- Linderung der Symptome
- Suche nach den am besten geeigneten Mitteln, um den Patienten und ihren Angehörigen zu helfen, sowie deren ständige Neubewertung
- Einbeziehung der sozialen, psychologischen und geistlichen Aspekte in die Pflege der Patienten
- Unterstützung der Angehörigen während der Krankheit der Patienten und nach ihrem Tod
- Berücksichtigung der ethischen Aspekte im Zusammenhang mit der jeweiligen Situation
- Achtung des Lebens und seines natürlichen Endes
- Zusammenlegung von Fähigkeiten und Zielen im Geiste einer disziplinübergreifenden Tätigkeit
- besondere Beachtung der Unterstützung und der Weiterbildung des Pflegepersonals sowie der Prävention beruflicher Erschöpfung.

Im Wallis hat sich die Palliativpflege sehr unterschiedlich entwickelt. Die Spitäler Gravelone und Martinach verfügen über eine Palliativpflegeabteilung, das Letztere über ein Antalgiezentrum. Bei anderen Institutionen liegt der Schwerpunkt auf der Schmerzbekämpfung sowie auf der Betreuung der Menschen im letzten Lebensabschnitt.

Die Sozialmedizinischen Zentren (SMZ) haben einen Palliativpflegeauftrag. Diese Pflegeleistungen scheinen jedoch nicht in ihrem Tätigkeitsbericht auf. Die Vereinigung François Xavier Bagnoud in Sitten hat eine ambulante Palliativpflege für Patienten zu Hause entwickelt und setzt „im Unterauftrag“ ihr mobiles Team auf Wunsch der SMZ ein.

In den Alters- und Pflegeheimen (APH) ist festzustellen, dass die Begleitung im letzten Lebensabschnitt in Anbetracht der Anzahl von Personen, die jedes Jahr sterben, eine vorherrschende Rolle spielt. Drei APH haben sich verpflichtet, zu schmerzfreien APH zu werden und zu diesem Zweck ein spezifisches Programm eingeführt.

Insgesamt ist das Palliativpflegeangebot im französischsprachigen Wallis besser entwickelt als im Oberwallis.

Was die Spezialisierung des Pflegepersonals im Bereich der Palliativpflege anbelangt, so verfügen wir über keine zuverlässigen Zahlen, man kann jedoch sagen, dass eine erhebliche Anzahl von Krankenschwestern auf diesem Gebiet eine spezifische Ausbildung absolviert hat. Das Gleiche gilt für zahlreiche freiwillige Helfer. Weitere Fachpersonen des Gesundheits- und Sozialbereichs haben eine derartige Ausbildung absolviert.

Das Wallis besitzt 3 Ausbildungsstätten, davon 2 für den Gesundheits- und Sozialbereich: das Institut Kurt Bösch in Bramois und die Fachhochschule Wallis für Gesundheit und Soziales (HEVs2). Sie bieten eine Nachdiplomausbildung an.

Die Studierenden und die Lehrkräfte sind durch ihre Arbeit an der Palliativpflegeforschung beteiligt.

2.5.15 Wartebetten

Im Spitalkonzept vom Januar 2004 war die Einführung von Wartebetteneinheiten mit folgender Verteilung auf die verschiedenen Standorte vorgesehen: 10 Betten in Leukerbad, 10 Betten in Visp, 10 Betten in Brig, 10 Betten in Siders, 10 Betten in Sitten, 10 Betten in Martinach und 10 Betten in St-Amé. Die Ergebnisse des Wartebettenbetriebs 2004 sind in der folgenden Tabelle dargestellt.

Total Wartebetten GNW	2002	2003	2004	2005
Spitalaustritte	14	28	119	196
Krankentage	1'015	2'792	7'656	11'646
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer	72.5	99.7	64.3	59.4

a) SZO

Disziplin	Standort	Austritte 2004	Austritte 2005	Krankentage 2004	Krankentage 2005	Ø Aufenthaltsdauer 2004	Ø Aufenthaltsdauer 2005
Wartebetten	Brig	47	35	3'188	1'708	60.3	58.5
	Visp	39	89	2'955	5'969	60.7	77.4
	Total SZO	86	124	6'143	7'677	60.5	72.1

Im Rahmen des SZO haben die Austritte und die Krankentage in Visp stark zugenommen, während sie in Brig erheblich zurückgegangen sind.

b) CHCVs

Disziplin	Standort	Austritte 2004	Austritte 2005	Krankentage 2004	Krankentage 2005	Ø Aufenthaltsdauer 2004	Ø Aufenthaltsdauer 2005
Wartebetten	Siders	-	-	-	-	-	-
	Sitten	-	25	-	1'353	-	39.6
	WZP	-	-	-	-	-	-
	Martinach	15	18	800	1'637	52.4	83.4
	Total CHCVs	15	43	800	2'990	52.4	57.9

Seit 2005 bietet Gravelone ebenfalls Wartebetten an. Die Austritte und die Krankentage haben sich damit mehr als verdoppelt. Was Martinach anbelangt, so ist eine erhebliche Zunahme der Austritte und der Krankentage festzustellen.

c) CHC

Disziplin	Standort	Austritte 2004	Austritte 2005	Krankentage 2004	Krankentage 2005	Ø Aufenthaltsdauer 2004	Ø Aufenthaltsdauer 2005
Wartebetten	St-Amé	18	29	713	979	28.8	35.2
	Total CHC	18	29	713	979	28.8	35.2

Im Spitalzentrum Chablais bietet nur St-Amé Wartebetten an. Auch hier ist eine Zunahme der Austritte festzustellen, während die Krankentage nicht ganz so schnell ansteigen.

2.5.16 Kantonale Rehabilitation

Im Februar 2001 hat der Staatsrat ein Rehabilitationskonzept verabschiedet, in dem die Aufträge der Anstalten neu definiert werden. So betreibt das CVP eine Abteilung mit 35 Rehabilitationsbetten, während die SUVA 15 Betten für Walliser Rehabilitationspatienten reserviert.

Total Rehabilitation GNW	2002*	2003*	2004**	2005**
Spitalausritte	1'154	1'216	876	1'093
Krankentage	23'310	24'611	15'635	20'053
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer	20.2	20.4	17.7	18.3

* inkl. Rehabilitation Gravelone

** ohne Rehabilitation Gravelone

Disziplin	Standort	Austritte 2004	Austritte 2005	Krankentage 2004	Krankentage 2005	Ø Aufenthaltsdauer 2004	Ø Aufenthaltsdauer 2005
Herzrehabilitation	CVP	197	194	3'569	3'545	17.8	18.4
Med.-Chir. Rehabilitation	CVP	221	335	3'899	6'047	17.3	18.0
Neurologische Rehabilitation	CVP	65	70	1'248	1'353	19.5	19.5
Knochen- und Gelenk-Rehabilitation	CVP	266	365	4'626	6'705	17.5	18.3
Lungenrehabilitation	CVP	127	129	2'293	2'403	18.1	18.3
Globale Rehabilitation	SUVA	135	125	4'808	5'551	35.6	44.4
	Total GNW	1'011	1'218	20'443	25'604	20.2	21.0

Die meisten Indikatoren weisen für diese Disziplinen eine stabile Tätigkeit nach. Nur bei der medizinisch-chirurgischen und der Knochen- und Gelenk-Rehabilitation ist eine merkliche Zunahme festzustellen.

3. Empfehlungen zuhanden des Staatsrats

3.1. *Allgemein*

Die nachfolgenden Empfehlungen basieren auf der Bilanz und der eingehenden Analyse nach Disziplinen, die Gegenstand dieses Berichts sind. Wie bereits festgestellt, wurden die vom Staatsrat 2004 beschlossenen Massnahmen praktisch alle in den letzten beiden Jahren vom GNW umgesetzt. Diese Reformen erfolgten oft sehr rasch und waren manchmal für die betroffenen Abteilungen schwierig.

Um dem GNW die erforderliche Zeit zu geben, um sowohl das Erreichte zu sichern und zu konsolidieren als auch die heute gebotenen neuen Massnahmen zu ergreifen, empfehlen wir, im Laufe der Jahre 2006 - 2007 die folgenden Massnahmen umzusetzen.

3.2. *Planung der Bettenzahl*

Wie wir bereits auf den ersten Seiten dieses Berichts dargelegt haben (siehe Abschnitt 2.2), wurden die grossen Linien der Spitalplanung im Akutbereich bereits 2004 beschlossen und der Staatsrat hat die Bettenanzahl für die Akutpflege regelmässig an den Bedarf angepasst. Deshalb **empfehlen wir hier und vorerst die Beibehaltung der Bettenanzahl für die Akutpflege** auf dem derzeitigen Stand, d.h. ca. 700 Betten (ohne CVP) für das gesamte GNW.

Was die Geriatriebetten anbelangt, so muss ihre Zahl insofern nach unten revidiert werden, als wir in den letzten Jahren einen erheblichen Rückgang der Tätigkeit festgestellt haben, dem bei der Zahl der geplanten Betten bisher nicht Rechnung getragen wurde (siehe Abschnitte 2.2, 2.3 und 2.4.16). Die Kürzung der für die Geriatrie geplanten Bettenanzahl muss sowohl für das SZO als auch für das CHCVs erfolgen.

Bei den Betten für die Palliativpflege schlagen wir in der kantonalen Planung die Einführung einer neuen Bettenkategorie vor. Diese Betten sollen zwar in die bestehenden Abteilungen integriert sein, sich jedoch sowohl hinsichtlich ihres Auftrags als auch des Pflegeaufwands von den anderen Betten unterscheiden.

Die Planung 2006 der Bettenanzahl gestattet es also generell, wie bereits 2004, das **Gleichgewicht zwischen den verschiedenen Regionen des Kantons zu wahren.**

3.3. *Planungsempfehlungen für das SZO*

3.3.1 *Gynäkologie*

Das Planungskonzept 2004 sah für die Gynäkologie den Standort Brig vor. Um eine Mutter-Kind-Abteilung effizient unter Gewährleistung der Qualität betreiben zu können, schlagen wir die Schliessung der stationären Gynäkologie von Brig (4 Betten) und ihre Integration in Visp vor. Die grosse Mehrheit der Ärzteschaft des GNW unterstützt diese Lösung.

Medizinische Gründe:

- Die Konzentration der Mutter-Kind-Disziplinen soll es in erster Linie ermöglichen, den Oberwalliser Patientinnen eine bessere Pflegequalität zu bieten. Die Ärzteschaft des SZO unterstützt diesen Vorschlag. Er stellt die einzige Möglichkeit dar, um in Zukunft eine ausreichende kritische Masse zu erreichen und die Attraktivität dieser Disziplin für das Personal zu verbessern. Darüber hinaus sollte es diese Konzentration gestatten, Doppelspurigkeiten zu vermeiden und Synergien zu fördern.
- Eine derartige Abteilung sollte auch die Entwicklung von Kompetenzzentren in Sachen Ausbildung ermöglichen und so dem Mangel an ausgebildetem Personal abhelfen. Auf der praktischen Ebene ist von den sieben Assistenzärzten für Gynäkologie/Geburtshilfe für das SZO nur einer für die Gynäkologie zuständig. Er ist heute vollständig von seinen Kollegen isoliert und ausserstande, an den klinischen Gutachten, die in Visp stattfinden, teilzunehmen.
- Wegen einer reduzierten und besonders schwankungsanfälligen Tätigkeit kann die Gynäkologie nicht optimal organisiert werden, wenn sie nicht an einem einzigen Standort an die Geburtshilfe gekoppelt ist.
- Die Tatsache, dass die Patientinnen zu einer einzigen Abteilung Zugang haben, verringert das Risiko von Kommunikationsfehlern und erhöht das Gefühl der Sicherheit. Sie gestattet es auch, den Gynäkologiepatientinnen ihren eigenen räumlichen Bereich zuzuweisen.

Das schliesst natürlich nicht die Betreuung von ambulanten gynäkologischen Fällen am Standort Brig aus.

3.3.2 Palliativpflege

Die Palliativmedizin und die Palliativpflege beinhalten:

- Linderung der Symptome
- Suche nach den am besten geeigneten Mitteln, um den Patienten und ihren Angehörigen zu helfen, sowie deren ständige Neubewertung
- Einbeziehung der sozialen, psychologischen und geistlichen Aspekte in die Pflege der Patienten
- Unterstützung der Angehörigen während der Krankheit der Patienten und nach ihrem Tod
- Berücksichtigung der ethischen Aspekte im Zusammenhang mit der jeweiligen Situation
- Achtung des Lebens und seines natürlichen Endes
- Zusammenlegung von Fähigkeiten und Zielen im Geiste einer disziplinübergreifenden Tätigkeit
- besondere Beachtung der Unterstützung und der Weiterbildung des Pflegepersonals sowie der Prävention beruflicher Erschöpfung.

Wichtig ist, dass der zunehmenden Nachfrage und dem mangelnden Leistungsangebot in dieser Disziplin im Oberwallis entsprochen werden kann. Die Palliativpflege war in diesem Teil des Kantons bisher nur wenig entwickelt. Deshalb empfehlen wir, im Spital Brig für das SZO eine Palliativpflegeabteilung einzuführen. Diese Abteilung muss in die vorhandene Infrastruktur integriert werden, um die Synergien im Bereich der Pflege, aber auch der personellen Ressourcen optimal nutzen zu können. Eine Abteilung von 6 Betten müsste für die Deckung des Bedarfs der Oberwalliser Bevölkerung angemessen sein.

3.3.3 Geriatrie

Die Geriatriebetten des SZO sind im Allgemeinen unterbelegt (85 geplante Betten). Zur Vermeidung von Tarifeinbussen und zur Optimierung der Infrastrukturen, ist es wichtig, dass die Bettenanzahl in dieser Disziplin gekürzt wird. In diesem Sinn schlagen wir vor, die Anzahl der Geriatriebetten für das SZO auf insgesamt 54 Betten zu reduzieren, die so aufzuteilen sind, dass 24 Betten in Brig und 30 Betten in Visp zur Verfügung stehen. Diese Verteilung kann jedoch im Bedarfsfall entsprechend angepasst werden.

3.3.4 Wartebetten

Die in den Spitälern für betagte Personen, die auf eine Unterbringung in den APH warten, eingerichteten Wartebetten sollen im Zuge der Inbetriebnahme neuer APH-Betten nach und nach abgeschafft werden. Spitalbetten sind keine tragfähige Lösung – weder für die Spitäler, deren Auftrag es ist, die Patienten zu pflegen, damit sie möglichst rasch wieder nach Hause entlassen werden können, noch für die auf Hilfe angewiesenen betagten Personen, die in den Spitälern kein angemessenes Lebensumfeld vorfinden.

Die Wartebetten haben es zwar gestattet, bei einem vorübergehenden Mangel an APH-Betten im Kanton Abhilfe zu schaffen. Sie stellen aber aus folgenden Gründen keine bedarfsgerechte Lösung für diese Patienten dar:

- Der Auftrag des Spitals und des Spitalpersonals ist die Rückkehr des Patienten nach Hause. Auf diese Zielsetzung ist alles ausgerichtet. Der Patient, der auf eine Unterbringungen wartet, findet im Spital und beim Spitalpersonal keine Antwort auf seinen Bedarf.
- Im Rahmen einer nicht angepassten Infrastruktur mit einem Pflegepersonal, das nicht die Zeit hat, sich ständig um den Patienten zu kümmern, besteht ein erhebliches Risiko, dass desorientierte Patienten die Flucht ergreifen oder stürzen.
- In finanzieller Hinsicht kommen diese Strukturen dem GNW und der Allgemeinheit teurer als ein APH.
- Das Konzept für die Betreuung betagter Personen sieht vor, dass für den gesamten Kanton 390 neue APH-Betten zur Verfügung gestellt werden.

Aus den oben angeführten Gründen empfehlen wir:

- Eine schrittweise Abschaffung der Wartebetten im Zuge der Inbetriebnahme von neuen APH-Betten, jedoch unter Beibehaltung von ein oder zwei Betten pro Spital in den Geriatrieabteilungen von Visp und Brig für eine vorübergehende Aufnahme.
- Die vorrangige Aufnahme dieser auf eine Unterbringung wartenden Personen in den neuen APH bzw. in den APH im Allgemeinen.
- Förderung der Entwicklung von Tagesstätten.
- Suche nach einer neuen Verständigung zwischen dem GNW und den Versicherern bezüglich der medizinisch gerechtfertigten Langzeitaufenthalte.

Die ersten Massnahmen in diesem Sinn wurden vom GNW bereits getroffen.

3.4. Planungsempfehlungen für das CHCVs

3.4.1 Geriatrie

Die derzeitige Situation der Geriatrie im CHCVs ist insofern unbefriedigend, als sie an drei verschiedenen Standorten praktiziert wird. Aus diesem Grund empfehlen wir, die Geriatrie an zwei Standorten zu konzentrieren. Zu diesem Zweck muss der Standort Gravelone geschlossen werden (Schliessung von 83 Betten) und ein Teil der Geriatriebetten (ca. 70 Betten) müssen nach Siders und Martinach verlegt werden. Diese Massnahmen entsprechen der folgenden Zielsetzung:

- Verbesserung der kritischen Masse und der Pflegequalität durch die Annäherung der Geriatrie an den medizinischen Bereich
- Möglichkeit der Verkürzung der Aufenthaltsdauer, entsprechend der Entwicklung in den anderen Spitalzentren
- Möglichkeit für diese vom Standpunkt der medizinischen Spezialitäten junge Disziplin, sich in Räumlichkeiten zu entwickeln, die der modernen Geriatrie angepasst sind
- Ausgleich der Betriebskosten des CHCVs
- Optimierung der personellen Ressourcen
- Verbesserung der Ausbildung in dieser Disziplin
- Klärung der Organisation des Leistungsangebots im CHCVs
- Ausgewogenere Personalausstattung an den 3 Standorten des CHCVs
- Verbesserung der Nutzung der vorhandenen Infrastrukturen
- Annäherung der Geriatrie an die anderen Akutdisziplinen
- Optimierung der Verteilung der Tätigkeiten des Akutbereichs im CHCVs

Das GNW schätzt das Einsparungspotenzial auf ca. 3 Millionen pro Rechnungsjahr. Wichtig ist jedoch, dass die derzeitigen Überkapazitäten an Betten und Personal nicht auf die anderen Standorte des CHCVs verlagert werden. Anstelle der Geriatrieabteilung von Gravelone ist ein APH vorgesehen, das sowohl die Infrastrukturen als auch einen Teil des derzeitigen Personals übernehmen wird. Diese Lösung wird es der Region Sitten gestatten, dem Bedarf an APH-Betten mit einem geringeren Kostenaufwand gerecht zu werden.

Unter dem Gesichtspunkt der Verlegung der Geriatrie nach Martinach und Siders und unter Berücksichtigung des Bedarfs an APH-Betten in der Gesundheitsregion Sitten empfehlen wir die Umwandlung des Spitals Gravelone in ein APH.

3.4.2 Palliativpflege

Die Palliativmedizin und die Palliativpflege beinhalten:

- Linderung der Symptome und die Schmerzbehandlung
- Suche nach den am besten geeigneten Mitteln, um den Patienten und ihren Angehörigen zu helfen, sowie deren ständige Neubewertung
- Einbeziehung der sozialen, psychologischen und geistlichen Aspekte in die Pflege der Patienten

- Unterstützung der Angehörigen während der Krankheit der Patienten und nach ihrem Tod
- Berücksichtigung der ethischen Aspekte im Zusammenhang mit der jeweiligen Situation
- Entfaltung der Begleitmassnahmen unter Achtung des Lebens und seines natürlichen Endes
- Zusammenlegung von Fähigkeiten und Zielen im Geiste einer disziplinübergreifenden Tätigkeit
- besondere Beachtung der Unterstützung und der Weiterbildung des Pflegepersonals sowie der Prävention beruflicher Erschöpfung.

Eine wichtige Voraussetzung für die Entwicklung der Palliativpflege im Mittelwallis ist, dass für das gesamte CHCVs zwei Abteilungen eingeführt werden. Wir empfehlen deshalb die Schaffung einer Palliativpflegeabteilung von 4 Betten im Spital von Siders und von 8 Betten im Spital von Martinach. Wie im Oberwallis werden diese Abteilungen in die bestehenden Infrastrukturen integriert werden, um die Synergien im Bereich der Pflege und der personellen Ressourcen zu optimieren. Die Einführung dieser Abteilungen sollte es gestatten, den Bedarf der Bevölkerung des Mittelwallis zu decken und die Ausbildung und die Information in diesem Bereich zu verbessern.

3.4.3 Aufschiebbare Traumatologie

Generell bleibt die Planung in Bezug auf die Traumatologie-Fälle gegenüber dem Planungskonzept 2004 unverändert, d.h. die Konzentration dieser Fälle am Standort Sitten. Es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass die Notfallambulatorien an allen Standorten 24 Stunden pro Tag und sieben Tage pro Woche geöffnet bleiben.

Unter aufschiebbare Traumatologie sind die Fälle zu verstehen, bei denen weder in der Nacht noch am Tag eine Notoperation notwendig ist und bei denen der Eingriff verschoben werden kann.

Die Verlegung dieser Disziplin an den Standort Martinach bringt insbesondere die folgenden Vorteile:

- Synergien mit dem orthopädischen Kompetenzzentrum von Martinach (die gleichen Operateure und die gleiche technische Infrastruktur)
- weniger Patientenverlegungen von einem Standort zum anderen
- Verbesserung des Komforts der Patienten
- Verringerung der Kosten
- Entlastung der Notfalldienste und des Operationstrakts von Sitten
- Verbesserung der Ausbildung der Assistenzärzte und der Klinikchefs von Martinach.

Zur Sicherstellung der richtigen Einweisung dieser Patientengruppe in das Spital Martinach wird das GNW in Zusammenarbeit mit dem vorstationären Notfalldienst (KWRO) ein Ausleseverfahren einführen.

3.4.4 Thoraxchirurgie

Gemäss den Planungsvorgaben des Staatsrats von 2004 wird die Thoraxchirurgie 2006 an den Standort Sitten verlegt, damit die für die Betreuung derartiger Fälle notwendigen schweren Infrastrukturen an einem einzigen Standort konzentriert werden können.

3.4.5 Gynäkologie

Wie das SZO soll auch das CHCVs über eine Mutter-Kind-Abteilung an einem einzigen Standort verfügen. Deshalb empfehlen wir die Zusammenlegung der Gynäkologie am Standort Sitten. Diese Abteilung wird es gestatten, die Synergien mit den anderen medizinischen Disziplinen, insbesondere der Krebschirurgie und den anderen chirurgischen Spezialitäten, optimal zu nutzen.

Medizinische Gründe:

- Die Konzentration der Mutter-Kind-Disziplinen soll es in erster Linie ermöglichen, den Patientinnen des Mittelwallis eine bessere Pflegequalität zu bieten. Die Gynäkologen des CHCVs unterstützen diesen Vorschlag. Er stellt die einzige Möglichkeit dar, um in Zukunft eine ausreichende kritische Masse zu erreichen und die Attraktivität dieser Disziplin für das Personal zu verbessern. Darüber hinaus sollte es diese Konzentration gestatten, Doppelspurigkeiten zu vermeiden und Synergien zu fördern.
- Eine derartige Abteilung sollte auch die Entwicklung von Kompetenzzentren in Sachen Ausbildung ermöglichen und so dem Mangel an ausgebildetem Personal abhelfen. Die Assistenzärzte für Gynäkologie von Siders und Martinach sind heute vollständig von ihren Kollegen isoliert und ausserstande, an den klinischen Gutachten, die in Sitten stattfinden, teilzunehmen.
- Wegen einer reduzierten und besonders schwankungsanfälligen Tätigkeit kann die Gynäkologie nicht optimal organisiert werden, wenn sie nicht an einem einzigen Standort an die Geburtshilfe gekoppelt ist.
- Die Tatsache, dass die Patientinnen zu einer einzigen Abteilung Zugang haben, verringert das Risiko von Kommunikationsfehlern und erhöht das Gefühl der Sicherheit. Sie gestattet es auch, den Gynäkologiepatientinnen ihren eigenen räumlichen Bereich zuzuweisen.

Diese Zusammenlegung wird die Schliessung von 5 bis 6 Betten in Siders und von 4 bis 5 Betten in Martinach zur Folge haben.

In Siders und in Martinach empfehlen wir die Beibehaltung der ambulanten Gynäkologie.

3.4.6 Wartebetten

Die Empfehlungen sind die gleichen wie für das SZO.

3.5. Ergänzende Massnahmen, die vom GNW für das SZO beschlossen wurden

3.5.1 Ophthalmologie

Das GNW ist bemüht, in Brig die Ophthalmologieabteilung zu erhalten. Verhandlungen in diesem Sinn sind im Gang. Es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass diese Disziplin in den letzten Jahren einen zunehmend ambulanten Charakter angenommen hat. In Bezug auf die ambulante Ophthalmologie und zur Gewährleistung einer Betreuung der Notfälle wird das GNW versuchen, mit dem Inselspital in Bern einen Vertrag abzuschliessen.

3.5.2 Ambulante Psychiatrie

Um dem erheblichen und wachsenden Bedarf der Bevölkerung im Bereich der Psychiatrie in angemessenem Umfang entsprechen zu können, hat das SZO den Auftrag, im Oberwallis die ambulante Psychiatrie zu entwickeln.

3.5.3 Verwaltung und Finanzen

Aus Gründen der Rationalisierung und zur Wahrung des regionalen Gleichgewichts werden ca. 35 VZÄ im Bereich der Verwaltung und der Finanzen von Visp nach Brig verlegt.

3.6. Ergänzende Massnahmen, die vom GNW für das CHCVs beschlossen wurden

3.6.1 Ophthalmologie

Das GNW sucht einen neuen Ophthalmologen zur Schaffung eines ophthalmologischen Kompetenzzentrums am Standort Martinach, der in diesem Bereich mit der Blindenlinik Lausanne zusammenarbeitet.

Wie bereits erwähnt, wird das GNW wegen der Entwicklung der Ophthalmologie hin zum Ambulatorium versuchen, mit dem CHUV und/oder den HUG einen Kooperationsvertrag abzuschliessen, um die Betreuung von Notfällen zu gewährleisten.

3.6.2 HNO und Kieferchirurgie

Die vom Staatsrat 2004 beschlossene Planung in Bezug auf die HNO konnte vom GNW nicht umgesetzt werden. Die Situation dieser Disziplin ist also derzeit nicht geregelt. Die HNO muss jedoch vorerst in Martinach beibehalten werden. Darüber hinaus werden die medizinischen Verantwortlichen des GNW und der Dienststelle für Gesundheitswesen Schritte für einen eventuellen Vertrag für die HNO und die Kieferchirurgie mit dem CHUV und/oder den HUG in die Wege leiten.

3.6.3 Ambulante Psychiatrie

Um eine Betreuung sicherstellen zu können, die dem erheblichen und zunehmenden Bedarf der Bevölkerung im Bereich der Psychiatrie gerecht wird, haben die IPVR den Auftrag, die ambulante Psychiatrie im französischsprachigen Wallis auszubauen.

3.6.4 Kantonale Rehabilitation

Um die Betreuung auf diesem Gebiet zu gewährleisten, übernimmt die SUVA im Rahmen der 15 Rehabilitationsbetten die Rehabilitation von Brandpatienten.

3.7. *Synthese der Empfehlungen zuhanden des Staatsrats*

Die Vorschläge gemäss Planung sind:

SZO:

Disziplin und/oder Aktivität	Getroffene Massnahmen	Zahl der betroffenen Betten
Gynäkologie	<ul style="list-style-type: none"> • Schliessung der stationären Gynäkologie von Brig und Integration in Visp 	<ul style="list-style-type: none"> • 4 Betten
Palliativpflege	<ul style="list-style-type: none"> • Schaffung einer neuen Abteilung in Brig 	<ul style="list-style-type: none"> • 6 Betten
Geriatric	<ul style="list-style-type: none"> • Beibehaltung der Geriatric in Brig und in Visp 	<ul style="list-style-type: none"> • Schliessung von 31 Betten
Wartebetten	<ul style="list-style-type: none"> • Schrittweise Schliessung in Visp und in Brig 	<ul style="list-style-type: none"> • 20 Betten

CHCVs:

Disziplin und/oder Aktivität	Getroffene Massnahmen	Zahl der betroffenen Betten
Geriatric	<ul style="list-style-type: none"> • Schliessung der Geriatric von Gravelone • Verlegung eines Teils dieser Geriatricbetten nach Siders und nach Martinach 	<ul style="list-style-type: none"> • Schliessung Gravelone: 83 Betten • Verlegung von ca. 70 Betten (ca. 35 in das Spital Siders und ca. in das Spital Martinach)
Palliative care	<ul style="list-style-type: none"> • Schaffung einer neuen Palliative care department im Spital Martinach • Schaffung einer neuen Palliative care department im Spital Siders 	<ul style="list-style-type: none"> • 8 Betten • 4 Betten
Retractable Traumatology	<ul style="list-style-type: none"> • Integration in the Orthopedics department in Martinach 	
Thorax surgery	<ul style="list-style-type: none"> • Zusammenlegung der Thorax-Chirurgie am Standort Sitten 	<ul style="list-style-type: none"> • 3 Betten
Gynecology	<ul style="list-style-type: none"> • Zusammenlegung der Gynecology am Standort Sitten • Beibehaltung der ambulanten Gynecology in Siders und Martinach 	Schliessung von: <ul style="list-style-type: none"> • 5 - 6 Betten in Siders • 4 - 5 Betten in Martinach
Waiting beds	<ul style="list-style-type: none"> • Schrittweise Schliessung in Siders, Sitten und Martinach 	<ul style="list-style-type: none"> • 30 Betten

Die vom GNW beschlossenen ergänzenden Massnahmen:

SZO:

Disziplin und/oder Aktivität	Getroffene Massnahmen	Anmerkung
Ophthalmologie	<ul style="list-style-type: none"> • Beibehaltung der Ophthalmologie in Brig 	<ul style="list-style-type: none"> • Eventuell Vertrag mit dem Insepsital in Betracht zu ziehen
Ambulante Psychiatrie	<ul style="list-style-type: none"> • Ambulante Psychiatrie vom SZO zu entwickeln 	
Verwaltung und Finanzen	<ul style="list-style-type: none"> • Verlegung von Visp nach Brig 	<ul style="list-style-type: none"> • ca. 35 VZÄ • Für 2006 - 2007 vorgesehen

CHCVs:

Disziplin und/oder Aktivität	Getroffene Massnahmen	Anmerkung
Ophthalmologie	<ul style="list-style-type: none"> • Beibehaltung der Ophthalmologie in Martinach 	<ul style="list-style-type: none"> • Vertrag mit dem CHUV und/oder den HUG?
HNO (Erwachsene) und Kieferchirurgie	<ul style="list-style-type: none"> • Provisorische Beibehaltung der HNO in Siders und Martinach 	<ul style="list-style-type: none"> • Reorganisation mit dem CHUV und/oder den HUG vorzusehen
Ambulante Psychiatrie	<ul style="list-style-type: none"> • Ambulante Psychiatrie durch die IPVR zu entwickeln 	
Kantonale Rehabilitation	<ul style="list-style-type: none"> • Übernahme der Rehabilitation von Brandpatienten durch die SUVA 	<ul style="list-style-type: none"> • Im Rahmen der 15 Rehabilitationsbetten

		Spitalzentrum Oberwallis		Spitalzentrum Mittelwallis				Spitalzentrum Unterwallis			
		Visp	Brig	CVP	Siders	Sitten	Martinach	Monthey	Aigle	IPVR	St-Maurice
		Komplexe und/oder nicht programmierte Fälle	Leichte und/oder programmierte Fälle	Rehabilitation	Leichte und/oder programmierte Fälle	Komplexe und/oder nicht programmierte Fälle	Leichte und/oder programmierte Fälle	Erwachsene	Mutter-Kind	Psychiatrie	Geriatric
Spezifische Abteilungen	Schwere Notfälle										
	Ambulante Notfälle										
	Tagesklinik										
	Radiologie										
	Anästhesie										
	Intensivpflege										
	Intermediate Care										
Chirurgische Tätigkeiten oder Abteilungen	Komplexe Chirurgie										
	Leichte Chirurgie										
	Traumatologie						*				
	Orthopädie										
	Urologie										
	Ophthalmologie										
	HNO										
	Plastische Chirurgie										
	Herzchirurgie										
	Spez. Neurochirurgie										
	Thoraxchirurgie										

Legende:

- Disziplinen mit Betten
- Disziplinen ohne Betten
- Disziplinen mit kantonalem Charakter
- Division Labor und Apotheke
- Disziplinenverschiebung oder neue Disziplin
- Bettenschliessung

* Nicht akute Traumatologie

Spitalplanung 2006 und Bilanz der Umsetzung der Planung 2004

		Spitalzentrum Oberwallis		Spitalzentrum Mittelwallis			Spitalzentrum Unterwallis				
		Visp	Brig	CVP	Siders	Sitten	Martinach	Monthey	Aigle	IPVR	St-Maurice
		Komplexe und/oder nicht programmierte Fälle	Leichte und/oder programmierte Fälle	Rehabilitation	Leichte und/oder programmierte Fälle	Komplexe und/oder nicht programmierte Fälle	Leichte und/oder programmierte Fälle	Erwachsene	Mutter-Kind	Psychiatrie	Geriatric
Medizinische Aktivitäten und Abteilungen	Komplexe Medizin	*									
	Leichte Medizin		*								
	Invasive Kardiologie										
	Radio-Onkologie										
	Pneumologie										
Abteilung Mutter-Kind	Neonatologie										
	Gynäkologie										
	Geburtshilfe										
	Säuglinge										
	Pädiatrie										
Medizinische Disziplinen ohne Abteilungen	Neurologie										
	Infektionskrankheiten										
	Gastroenterologie										
	Endokrinologie										
	Kardiologie										
	Dermatologie										
	Liaisonspsychiatrie										
	Nephrologie, chron. Hämodialyse										
	Onkologie										
	Angiologie										

* Reduktion der Betten

Legende:

- Disziplinen mit Betten
- Disziplinen ohne Betten
- Disziplinen mit kantonalem Charakter
- Division Labor und Apotheke
- Disziplinenverschiebung oder neue Disziplin
- Bettenschliessung

Spitalplanung 2006 und Bilanz der Umsetzung der Planung 2004

		Spitalzentrum Oberwallis		Spitalzentrum Mittelwallis				Spitalzentrum Unterwallis			
		Visp	Brig	CVP	Siders	Sitten	Martinach	Monthey	Aigle	IPVR	St-Maurice
		Komplexe und/oder nicht programmierte Fälle	Leichte und/oder programmierte Fälle	Rehabilitation	Leichte und/oder programmierte Fälle	Komplexe und/oder nicht programmierte Fälle	Leichte und/oder programmierte Fälle	Erwachsene	Mutter-Kind	Psychiatrie	Geriatric
Abteilungen: Geriatrie und Psychiatrie	Geriatric	Blue	Blue		Blue *		Blue *				Blue
	Wartebetten	Green	Green		Green	Green	Green				Green
	Psychogeriatric		Orange		Orange					Orange	Orange
	Psychiatrie		Orange							Orange	
	Kinderpsychiatrie				Orange						
	Palliativpflege		Red				Red				
	Rehabilitation	Light Blue	Light Blue	Orange	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue

* Reduktion der Betten

		Rehazentrum Leukerbad AG	SUVA	Klinik Valère
Privatkliniken	Rehabilitation	Blue	Blue	
	Allg. Chirurgie (inkl. Orthopädie und Anästhesie)			Blue
	Medizin (inkl. Radiologie)			Blue
	Gynäkologie			Blue
	Wartebetten	Green		

ZIWS	
Histo-Zito-Pathologie	Mikrobiologie
Zentrum für Infektionskrankheiten und Epidemiologie	Immuno-Allergie
Hämatologie	Medikamentenherstellung
Klinische Chemie	Biochemie
Laborleistungen	Genetische Konsultationen

Legende:

- Disziplinen mit Betten
- Disziplinen ohne Betten
- Disziplinen mit kantonalem Charakter
- Division Labor und Apotheke
- Disziplinenverschiebung oder neue Disziplin
- Bettenschliessung

Aufteilung der wichtigsten Disziplinen 2006

