



CANTON DU VALAIS
KANTON WALLIS

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

Departement für Gesundheit, Sozialwesen und Energie
Dienststelle für Gesundheitswesen

SPITALKONZEPT 2004



Januar 2004



Inhaltsverzeichnis

1.	Zusammenfassung	3
1.1.	Die Massnahmen zur Rationalisierung der Geschäftsführung	4
1.2.	Die Beweggründe der neuen Spitalplanung	4
1.3.	Die Grundsätze der neuen Spitalplanung.....	5
2.	Einführung	9
2.1.	Die Zielsetzungen der Gesundheitspolitik	9
2.2.	Die methodologischen Aspekte	11
2.3.	Die wichtigsten Grundsätze der Spitalplanung von 2004	11
2.4.	Die Auswirkungen der Schaffung des Gesundheitsnetzes Wallis (GNW) auf die Ausarbeitung und auf die Umsetzung der kantonalen Spitalplanung.....	12
3.	Geschichtliches	13
3.1.	Das Walliser Spitalkonzept 1996.....	13
3.2.	Der Entwurf der Richtlinien über die Gesundheits- und Spitalplanung (Februar 2000)	14
3.3.	Die Richtlinien über die Gesundheits- und Spitalplanung, Entscheide vom April 2000	15
3.4.	Die Schaffung des Gesundheitsnetzes Wallis.....	16
4.	Gesetzliche Grundlagen	17
4.1.	Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994.....	17
4.2.	Das kantonale Gesundheitsgesetz vom 9. Februar 1996	17
4.3.	Das Dekret über das Gesundheitsnetz Wallis vom 1. Februar 2002 und die Revision des Dekretes über das GNW vom 4. September 2003	17
4.4.	Kompetenzen des Grossen Rates.....	18
4.5.	Kompetenzen und Verpflichtungen des Staatsrates	19
4.6.	Aufgaben des Departementes für Gesundheit, Sozialwesen und Energie (DGSE)	20
4.7.	Kompetenzen des Gesundheitsnetzes Wallis (RSV)	20
4.8.	Der Zeitplan für die Revision des Walliser Gesundheitsgesetzes	21
5.	Bausteine der Spitalplanung 2004	23
5.1.	Rückblick	23
5.2.	Die Spitalplanung 2004 als Prozess.....	23
5.3.	Die Faktoren, welche das Angebot und die Nachfrage beeinflussen	23
5.4.	Die Spitalplanung : ein Bestandteil der Gesundheitsplanung.....	25
5.5.	Die wichtigsten Herausforderungen der Spitalplanung	26
6.	Situationsanalyse in Bezug auf die Gegenwart	29
6.1.	Demographische Entwicklung	29
6.2.	Die strukturellen Indikatoren.....	30
6.3.	Die tätigkeitsbezogenen Indikatoren	35
6.4.	Die Entwicklung der Ausgaben der verschiedenen Tätigkeitsbereichen.....	39
7.	Die Finanzierung	41
7.1.	Spitaltarife 2001	41
7.2.	Spitaltarife 2002	41
7.3.	Spitaltarife 2003	42
7.4.	Die Auswirkungen des Vollzuges des Dekretes über das Gesundheitsnetz Wallis auf die neuen Modalitäten der Spitalfinanzierung	42



8.	Das Gesundheitsnetz Wallis (GNW)	43
8.1.	Die Struktur des GNW	43
8.2.	Eine Spitalzone	44
9.	Massnahmen zur Rationalisierung der Geschäftsführung	45
9.1.	Informatisierung der Spitäler	45
9.2.	Verwirklichung einer Kostenstellen- bzw. Kostenträgerrechnung	46
9.3.	Zentralisierung der Finanzbuchhaltung	46
9.4.	Zentralisierung der Fakturation.....	47
9.5.	Einführung des Tarmed für die Fakturation der ambulanten Spitalleistungen sowie der APDRG für den stationären Spitalbereich.....	47
9.6.	Schaffung einer Einkaufszentrale.....	47
9.7.	Zentralisierung der Codierung (Diagnosen und Eingriffe)	48
9.8.	Zeitplan der Umsetzung der Rationalisierungsmassnahmen	48
10.	Aufteilung der Tätigkeiten und/oder der medizinischen Disziplinen	49
10.1.	Allgemeines	49
10.2.	Begründungen für die Aufteilung der medizinischen Tätigkeiten – eine notwendige Zusammenlegung der Disziplinen.....	49
10.3.	Die Grundsätze für die Aufteilung der Tätigkeiten und / oder der medizinischen Disziplinen	50
10.4.	Die notfallmässigen Spitaleintritte	53
10.5.	Die Intensivpflege	55
10.6.	Die Operationssäle	58
10.7.	Die Anästhesie	62
10.8.	Die Radiologie	62
10.9.	Aufteilung der Tätigkeiten und der chirurgischen Abteilungen	63
10.10.	Die Disziplinen mit kantonalem Charakter.....	69
10.11.	Die Tätigkeiten und Abteilungen « Medizin »	71
10.12.	Die Gynäkologie / die Geburtshilfe (inkl. Neugeborene), die Pädiatrie und die Neonatologie	73
10.13.	Die Psychiatriepflege.....	75
10.14.	Die Geriatrie	79
10.15.	Die Wartebetten	82
10.16.	Die kantonale Rehabilitation.....	83
10.17.	Die Privatkliniken	84
10.18.	Das Zentralinstitut der Walliser Spitäler	85
11.	Zeitplan für die Umsetzung der Planungsarbeiten	86
12.	Die Aufteilung des Personals	87
13.	Die Region Riviera-Chablais	88
14.	Die mittelfristig zu erzielenden Einsparungen	90
15.	Schlussbemerkungen	91
16.	Bibliographie	98

veröffentlicht durch die
Dienststelle für Gesundheitswesen

**Übersetzung ins Deutsche durch die
Dienststelle für Gesundheitswesen
Die französische Fassung ist massgebend**



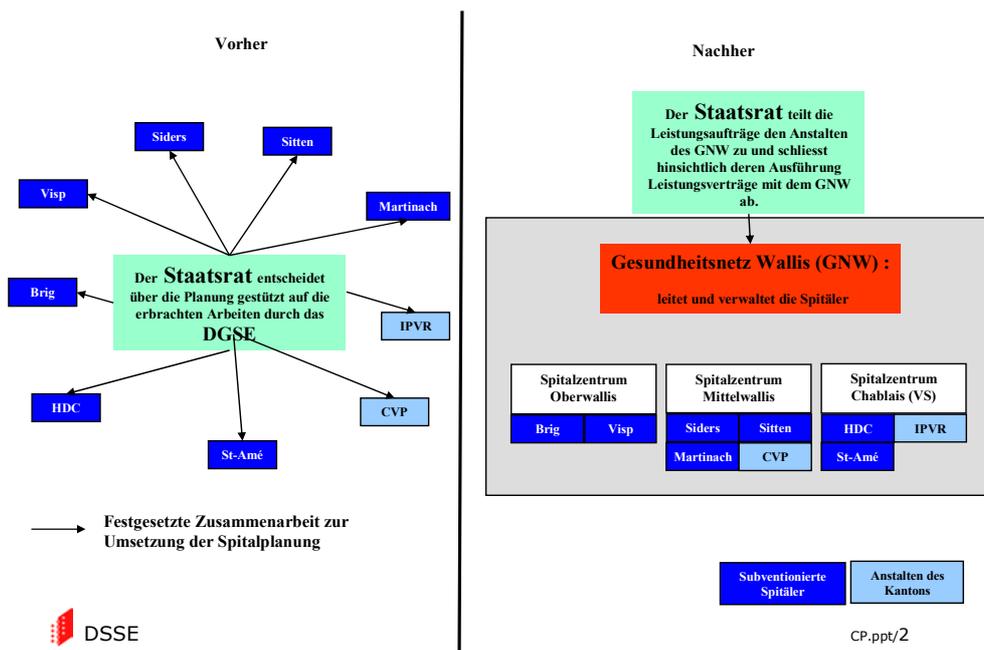
1. Zusammenfassung

Die Gesundheits- und Spitalplanung stellt sowohl einen zeitlich bestimmten als auch einen sich ständig entwickelnden Prozess dar. Die raschen Veränderungen der Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen erfordern eine ständige Überprüfung der Spitalplanung im Sinne einer permanenten Planung, die sich ständig den neuen Situationen anpasst.

Die Annahme des Dekretes über das GNW verfolgt die Zielsetzung, rasch effiziente Lösungen zu finden, damit eine Situation gemeistert werden kann, welche sich infolge der Hindernisse, die bei der Verwirklichung der Richtlinien des Staatsrates über die Spitalplanung vom Februar und April 2000 aufgetreten sind, fortschreitend verschlechtert und blockiert hat.

Konkret besteht einer der **Leitgedanken des GNW** darin, die Chancen für eine Umsetzung der Politik des Staatsrates in Bezug auf die Spitalversorgung zu verbessern, indem die Zusammenarbeit mit den 10 Spitälern und medizinisch-technischen Instituten durch eine Zusammenarbeit mit einer einzigen Anstalt ersetzt wird.

Spitalorganisation vor und nach dem Inkrafttreten des Dekretes über das GNW



Demzufolge ist es wichtig, zu erwähnen, dass der Staat und das GNW klar unterschiedliche Tätigkeiten ausüben, indem der Staatsrat, durch das Departement für Gesundheit, die Aufgaben der Planung, der Zuteilung der Ressourcen und der Überwachung wahrnimmt, währenddem das Gesundheitsnetz die Spitaller in seinem Kompetenzbereich leitet und verwaltet.

Somit wird das Gesundheitsnetz die Staatsratsentscheide betreffend die Leistungsaufträge umsetzen, die den Anstalten erteilt werden. Zu diesem Zweck verfügt das GNW über ein Globalbudget, das durch den Grossen Rat beschlossen worden ist.



1.1. Die Massnahmen zur Rationalisierung der Geschäftsführung

Mit der Verwirklichung von Rationalisierungsmassnahmen wird die Zielsetzung verfolgt, die Geschäftsführung der Spitäler zu verbessern, ohne dass der Patient auf die erforderliche Pflege und Behandlung zu verzichten hat. Mittelfristig werden die aus den verwirklichten Massnahmen freiwerdenden Mittel genutzt werden können, um die Betreuung der Patienten weiter zu verbessern.

Die Reorganisation des administrativen Bereiches stellt somit die erste Etappe dieser Planung dar.

1.2. Die Beweggründe der neuen Spitalplanung

Die Spitalreform verfolgt die Zielsetzung, **die Qualität der Spitalversorgung zu verbessern, indem insbesondere die nachfolgenden Voraussetzungen zu erfüllen sind:**

- **das vorrangige Interesse der Patienten** ist wichtiger als jede andere Betrachtung, womit auch die neuen Bedürfnisse der Patienten im Gesundheitswesen zu berücksichtigen sind;
- **der Patient erhält einen menschlichen Empfang und eine menschliche Betreuung**, die rasch und effizient über interdisziplinäre und aufeinander abgestimmte Teams zu gewährleisten ist;
- die im Spitalbereich noch **bestehenden Überkapazitäten sind fortschreitend abzubauen**, indem eine neue Bettennorm festgelegt wird und den Anstalten der drei Spitalzentren (Oberwallis, Mittel- und Unterwallis) Leistungsaufträge erteilt werden;
- **die kritische Masse der Patienten** in jeder Spezialität erreicht wird, indem dies das einzige Mittel darstellt, die Qualität der Pflege und der Leistungen im Akutbereich und die Beschäftigung der Mitarbeiter sicherzustellen;
- **die Attraktivität des Berufes für die Fachärzte, das medizinisch-technische und pflegerische Personal** gefördert wird, damit der Mangel in den medizinischen und pflegerischen Berufen behoben werden kann. Durch die Zusammenlegung von gewissen Disziplinen nimmt die Anzahl von Fällen pro Abteilung zu, womit der Wachdienst besser organisiert werden kann.
- Die zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel rationeller zu nutzen, damit den neuen Bedürfnissen einer alternenden Bevölkerung besser entsprochen werden kann und die Arbeitsbedingungen der in den Akutspitalern und in den übrigen Gesundheitseinrichtungen tätigen Gesundheitsfachpersonen verbessert werden können;
- Die **notwendige Weiterbildung** gegenüber dem technologischem Fortschritt und der medizinischen Entwicklung ist **zu gewährleisten**. Dies ermöglicht, die Qualität und die beruflichen Kompetenzen sicherzustellen und auszuweiten.
- Durch Reorganisationsmassnahmen **Einsparungspotentiale** zu suchen, die mittel- bis langfristig sichtbar werden;
- **das Gelingen von organisatorischen Massnahmen sicherstellen**: die Informatisierung der Spitäler, die Einführung einer einheitlichen Kostenträgerrechnung, die Einführung einer Fakturation pro Pathologie (APDRG), die Zentralisierung und Verbesserung der Codierung und die Einführung des Tarmed;
- **den Reformprozess des gesamten Spitalsystems** mit der Hilfe der im Gesetz verankerten partnerschaftlichen Instanzen (das Gesundheitsnetz Wallis, die kantonale Kommission für Gesundheitsplanung, die Konventionskommission) **regelmässig zu evaluieren**.



Wir erinnern daran, **dass es in der gegenwärtigen Planung für den Staatsrat nicht darum geht, Spitäler zu schliessen oder bestehende Spitäler ausschliesslich in Akutspitäler oder in Geriatriespitäler bzw. psychiatrische Anstalten umzuwandeln.** In der Tat setzt sich der Staatsrat dafür ein, eine Tätigkeit an allen Standorten zu erhalten, damit in allen Regionen des Kantons Arbeitsplätze sichergestellt werden. Dabei ist sicherzustellen, **dass es weder Gewinner noch Verlierer gibt.**

Angesichts der gesellschaftlichen Alterung nehmen Disziplinen wie die Geriatrie, die Psychogeriatric, die Onkologie und die Palliativpflege eine früher nie erreichte, wichtige Stellung ein. Es steht heute ausser Zweifel, **dass sie angepasste Strukturen und das notwendige Fachpersonal erfordern. Aus diesen Gründen steht es heute ausser Frage, gewisse Disziplinen als prestigeträchtiger einzustufen.** Es gilt dieser Tatsache bewusst zu werden, nicht nur um die übermässige Entwicklung gewisser medizinischen Tätigkeiten zu verhindern, sondern um es uns ermöglichen, **den gegenwärtigen und künftigen medizinischen Bedürfnissen unserer Bevölkerung mit qualitativ hochstehenden Leistungen zu entsprechen.**

1.3. Die Grundsätze der neuen Spitalplanung

Die Planung basiert auf den nachfolgenden Grundsätzen der Aufteilung:

- **Vernetzung der Walliser Spitäler**, (Gesundheitsnetz Wallis) mit gleichzeitig einer verbesserten Koordination zwischen denselben;
- Definition **einer einzigen Spitalzone** auf kantonaler Ebene;
- Schaffung **von drei Spitalzentren** (im Oberwallis, im Mittelwallis und im Unterwallis), welche ein **umfassendes Leistungsangebot** anbieten;
- **Zuteilung von Leistungsaufträgen an die Spitäler** und Aufteilung der medizinischen Tätigkeiten zwischen den Standorten sowie Festlegung der Normen an Spitalbetten pro Anstalt und pro Kategorie der Pflege (Liste der Spitäler, welche zugelassen sind, im Sinne von Art. 39 KVG zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tätig zu sein.
- Zentralisierung **gewisser medizinischen Disziplinen an einem Standort im Kanton** aus Gründen der Qualität, des Fortbestandes sowie der Kosteneindämmung;
- **Sicherstellung der Pflegequalität in der Nähe der Bevölkerung**, dank der Erhaltung der ambulanten Notfälle 24 Stunden am Tag und 7 Tage in der Woche in allen sechs Akutspitalern;
- **Zuteilung an die Spitäler des selben Spitalzentrums von verschiedenen Leistungsaufträgen gemäss dem Schema:** komplexe Fälle – leichte Fälle.
- **Erhaltung der Operationstrakte** in allen sechs Akutspitäler, ausser in der Nacht und an den Wochenenden, an welchen nur ein Spital pro Zentrum seine Operationssäle geöffnet haben wird.
- **Erstellung eines leistungsfähigen Dienstes zur Verlegung der Patienten von einem Spital in den anderen.**

Das Walliser Spitalkonzept 2004 wurde unter Berücksichtigung der Optionen definiert, die betreffend die Region Chablais-Riviera festgehalten worden sind (vorgesehener Bau in Rennaz). Es ist demzufolge notwendig, dass in diesem Sinne durch die Waadtländer Behörden sobald wie möglich Entscheide getroffen werden. Ansonsten wird die Walliser Regierung veranlasst werden, kurzfristig ihre Spitalplanung im Unterwallis neu zu definieren.



		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										
Chirurgische Tätigkeiten oder Abteilungen	Intermediate care Überwachungsstation										
	Komplexe Chirurgie										
	Leichte Chirurgie										
	Traumatologie										
	Orthopädie										
	Urologie										
	Ophthalmologie										
	HNO										
	Plastische Chirurgie										
	Herzchirurgie										
	Neurochirurgie spez.										
	Thoraxchirurgie										



		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	Neonatalogie										
	Gynäkologie										
	Geburtshilfe						*				
	Säuglinge						*				
	Pädiatrie										
Medizinische Disziplinen ohne Abteilungen	Neurologie										
	Infektionskrankheiten (Spitalh.)										
	Gastroenterologie										
	Endokrinologie										
	Kardiologie										
	Dermatologie										
	Liaisonpsychiatrie										
	Nephrologie, chron. Hämodialyse										
	Onkologie										
	Angiologie										

*Siehe Kapitel 10.12.1



		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 / Psychiatrie	Geriatric										
	Wartebetten										
	Psychogeriatric										
	Psychiatrie										
	Kinderpsychiatrie										
	Rehabilitation										

		Rehabilitationszentrum Leukerbad AG	SUVA	Klinik Valère
Privatkliniken	Rehabilitation			
	Allgemeine Chirurgie (inkl. Orthopädie und Anästhesie)			
	Medizin (inkl. Radiologie)			
	Gynäkologie			
	Wartebetten			

Zentralinstitut der Walliser Spitäler	
Histo-Zyto-Pathologie	Mikrobiologie
Zentrum für Infektionskrankheiten und Epidemiologie	Immuno-Allergie
Hämatologie	Medikamentenherstellung
Biochemie	Einkauf und Verteilung der Medikamenten für die Gesundheitsinstitutionen
Klinische Chemie	

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





2. Einführung

2.1. Die Zielsetzungen der Gesundheitspolitik

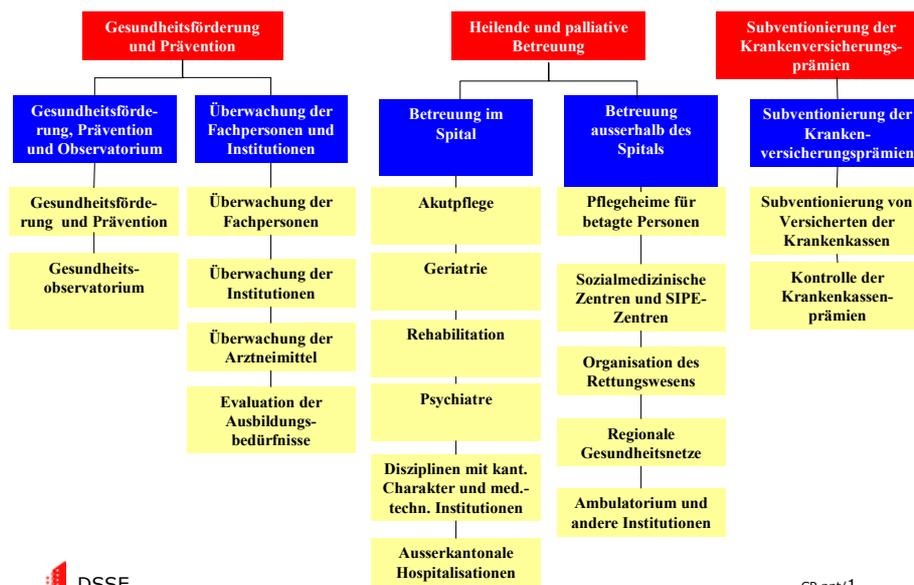
Die Zielsetzungen der Gesundheitspolitik sind in allen industrialisierten Ländern dieselben und sind auch auf den Kanton Wallis anwendbar. Die wichtigsten Zielsetzungen der Gesundheitspolitik sind die folgenden:

- die Qualität der Leistungen zu gewährleisten, bzw. weiter zu verbessern,
- die Kosteneindämmung sicherzustellen,
- den Zugang zur Pflege für die gesamte Bevölkerung zu ermöglichen.

Diese Zielsetzungen sind untereinander verbunden; so setzt der Zugang zur Pflege für die gesamte Bevölkerung die Eindämmung der Spitalkosten voraus.

Nachfolgend stellen wir gemäss dem Modell des New Public Management (NPM) die Struktur des Leistungsangebotes im Walliser Gesundheitswesen vor:

Leistungsstruktur auf politischer, strategischer und operationeller Ebene der Dienststelle für Gesundheitswesen



DSSE

CP.ppt/1

Der Politikvertrag 2004 der Dienststelle für Gesundheitswesen (rote Stufe des Stammbaumes) bezieht sich insbesondere auf die politischen Zielsetzungen, welche die durch den Staat zu erzielenden Effekte und Auswirkungen sowie die zur Verfügung stehenden, menschlichen und finanziellen Ressourcen festlegen. Er umfasst ebenso die politischen Qualitäts- und Leistungskriterien, welche es ermöglichen, die festgelegten Zielsetzungen zu präzisieren und den Grad der Umsetzung zu bestimmen. Der Managementvertrag (blaue Stufe des Stammbaumes) legt das strategische Vorgehen der Regierung fest, womit die mit dem Parlament ausgehandelten politischen Zielsetzungen umgesetzt werden können. Die oben erwähnte, baumähnliche Struktur beschreibt das staatliche Handeln im Gesundheitswesen von der politischen bis in die operative Ebene.



Die 2. Zielsetzung des Politikkontraktes, welcher zwischen dem Staatsrat und dem Grossen Rat abgeschlossen worden ist, bezieht sich insbesondere auf den Spitalbereich und ist wie folgt definiert:

«Sicherstellen einer bedarfsgerechten und den Sicherheits- und Qualitätsansprüchen genügenden, heilenden und palliativen Betreuung durch eine angemessene Planung der Infrastruktur und durch eine gerechte Zuteilung der verfügbaren Ressourcen gewährleisten».

Auf strategischer Ebene (Leistungsauftrag zwischen dem Staatsrat und dem Departement), sind die nachfolgenden Zielsetzungen aufzuführen:

- **«Die Spitalplanung aufgrund von Leistungsaufträgen festlegen**, die den Spitälern und den medizinisch-technischen Instituten erteilt werden. » Durch die Erstellung der Planung ist darauf zu achten, dass eine qualitativ hochstehende Versorgung zu eingedämmten Kosten gewährleistet wird. Dabei werden ein Gleichgewicht zwischen den Regionen und die mögliche Zusammenarbeit auf interkantonaler Ebene berücksichtigt;
- das GNW bei der Umsetzung der Spitalplanung unterstützen;
- mit dem GNW Leistungsverträge abschliessen;
- das abgeänderte Dekret über das GNW umsetzen.

Mit diesem Vertrag wird wie weiter unten ausgeführt eine Verknüpfung zwischen dem Staat und dem Gesundheitsnetz Wallis (GNW) geschaffen.

Insgesamt besteht die wichtige Zielsetzung der Gesundheits- und Spitalplanung darin, **die zunehmende Spannung zwischen der Logik der markant zunehmenden Bedürfnisse und der Logik der für die Bedarfsdeckung zur Verfügung stehenden, beschränkten Mittel zu vermindern:**

Die Bedürfnisse der Walliser Patienten sind heute durch gesellschaftliche Erkrankungen gekennzeichnet, die mit der Alterung in Zusammenhang stehen: es handelt sich dabei häufig um Herz- und Kreislauferkrankungen, Krebs, verschiedene Formen der Demenz, chronische und ausartende Erkrankungen usw...

Alle Partner des Gesundheitswesens sind dementsprechend mit der Betreuung einer zunehmenden Anzahl von betagten Personen konfrontiert, welche insbesondere am Lebensende vermehrt Pflege erfordern.

Damit die Spannung zwischen diesen entgegengesetzten Logiken vermindert werden kann, wobei gleichzeitig die Qualität der Versorgung zu erhalten ist und den Gesundheitsfachpersonen zufrieden stellende Arbeitsbedingungen anzubieten sind, **wurde eine umfassende Reform der Organisation und der Finanzierung unseres Gesundheitswesens unabdingbar. Dabei ist mit den Spitälern zu beginnen, die mehr als ein Drittel der Kosten verursachen.**

Niemand bestreitet heute gewisse Überkapazitäten in unseren Akutspitälern trotz dem bereits erfolgten Bettenabbau in den Spitälern. Es ist daran zu erinnern, dass gemäss den Staatsratsentscheiden von 1992 und 1996 die Anzahl von Betten in der Akutpflege zwischen 1990 und 2000 um 510 Einheiten reduziert worden ist.

Die folgenden Elemente:

- Die Senkung der Anzahl von Krankentagen,
- Die stabile Entwicklung der Anzahl von Akutfällen,



- Die ungenügende Auslastung der Operationssäle und von gewissen hochtechnischen Ausrüstungen,
- Die tiefe Anzahl von Fällen in gewissen Abteilungen von Spitälern, welche um weniger als 10 Kilometer voneinander entfernt sind,
- Die unzureichende kritische Masse zur Einhaltung der Qualitäts- und der Sicherheitsnormen,
- Die Probleme der Geschäftsführung,

zwingen die Partner und den Staat zum Handeln.

Die Entwicklung der medizinischen Technologien, der neue Finanzierungsmodus der Spitäler, die Art und Weise der Geschäftsführung der Spitäler sowie eine noch unzureichende Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Spitälern erklären die gegenwärtigen Schwierigkeiten der Spitäler.

Demzufolge wird es vorrangig und dringend, dieser Entwicklung durch Planungsmassnahmen vorzugreifen.

2.2. Die methodologischen Aspekte

Zur Erstellung der Spitalplanung verfügt der Staatsrat über eine gewisse Anzahl von Indikatoren, die in gewisser Hinsicht einer Übersichtstabelle des Walliser Spitalwesens entsprechen. Es ist zwischen den demographischen, den strukturellen Indikatoren sowie den Indikatoren der Tätigkeit zu unterscheiden.

Mit einer Analyse der Indikatoren können die Entwicklung des Walliser Spitalwesens begriffen und die Grundsätze der Spitalpolitik in den nächsten Jahren fixiert werden.

2.3. Die wichtigsten Grundsätze der Spitalplanung von 2004

Zusammenfassend dargelegt sind bezüglich die Spitalplanung 2004 die nachfolgenden **Schwerpunkte zu erwähnen:**

- **Vernetzung der Walliser Spitäler**, (Gesundheitsnetz Wallis) mit gleichzeitig einer verbesserten Koordination zwischen denselben;
- Definition **einer einzigen Spitalzone** auf kantonaler Ebene;
- Schaffung von **drei Spitalzentren** (im Oberwallis, im Mittelwallis und im Unterwallis), welche ein umfassendes Leistungsangebot anbieten;
- **Zuteilung von Leistungsaufträgen** an die Spitäler und Aufteilung der medizinischen Tätigkeiten zwischen den Standorten sowie **Festlegung der Normen an Spitalbetten pro Anstalt und pro Kategorie der Pflege** (Liste der Spitäler, welche zugelassen sind, im Sinne von Art. 39 KVG zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tätig zu sein.
- Zentralisierung **gewisser medizinischen Disziplinen an einem Standort im Kanton** aus Gründen der Qualität, des Fortbestandes sowie der Kosteneindämmung;
- **Sicherstellung der Pflegequalität in der Nähe der Bevölkerung**, dank der Erhaltung der ambulanten Notfälle 24 Stunden am Tag und 7 Tage in der Woche in allen sechs Akutspitälern;
- **Zuteilung an die Spitäler des selben Spitalzentrums von verschiedenen Leistungsaufträgen gemäss dem Schema:** komplexe Fälle – leichte Fälle.



- **Erhaltung der Operationstrakte** in allen sechs Akutspitäler, **ausser in der Nacht und an den Wochenenden**, an welchen nur ein Spital pro Zentrum seine Operationssäle geöffnet haben wird.
- **Erstellung eines leistungsfähigen Dienstes zur Verlegung der Patienten von einem Spital in den anderen.**

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

Mit der Annahme des Dekretes über das Gesundheitsnetz Wallis (GNW) vom 4. September 2003 nimmt das GNW, eine öffentlich-rechtliche, eigenständige Einrichtung, welche sich aus einem Verwaltungsrat und aus einer Generaldirektion zusammensetzt, an der Ausarbeitung der Gesundheitsplanung teil, die durch den Staatsrat bestimmt worden ist, gewährleistet deren Umsetzung und leitet die Tätigkeiten der Spitäler aufgrund von Leistungsaufträgen, die durch den Staatsrat beschlossen worden sind. Dabei bildet der zwischen dem Staatsrat und dem GNW unterzeichneten Leistungsvertrag als Grundlage.

Die Verordnung vom 12. November 2003 über das GNW definiert diese Leistungsaufträge folgendermassen:

*Man spricht von „**Leistungsaufträgen**“: die vom Staatsrat an die Anstalten vergebenen Aufträge. Sie werden in Form einer Liste erstellt, in der die Anstaltskategorien aufgrund ihrer Aufträge gemäss den Anforderungen der Gesundheitsplanung, des KVG, des Gesetzes und des Dekrets festgelegt werden. Sie sehen für die einzelnen Anstalten folgendes vor:*

- *die Eröffnung neuer Abteilungen oder die Einführung neuer medizinischer Disziplinen bzw. die Schliessung von Abteilungen und die Aufhebung von Disziplinen;*
- *die ausgeübten Disziplinen sowie die Zahl der Betten, die pro Pflegekategorie genehmigt sind sowie gegebenenfalls den Anteil von Betten, die für Privatpatienten reserviert sind;*
- *die Möglichkeit, die Leitung gewisser Spitaldisziplinen oder -aktivitäten an Privatunternehmen zu übertragen oder ihnen zu entziehen;*
- *die Möglichkeit, gewissen Disziplinen oder spezialisierten medizinischen Tätigkeiten, die in den Anstalten ausgeübt werden, vorübergehend oder dauerhaft einen kantonalen Charakter zuzuerkennen.*

Diese Leistungsaufträge werden durch Leistungsverträge präzisiert. Die Verordnung über das GNW gibt davon die nachfolgende Definition:

*Man spricht von « **Leistungsverträge**, die Verträge, die den Staatsrat und das GNW hinsichtlich der Ziele, der Prioritäten, der Qualitäts- und Leistungskriterien sowie der für die Planung und Subventionierung der Anstalten vorgesehenen finanziellen und personellen Ressourcen verpflichten. Diese Verträge sehen auch die Modalitäten für ihre Verlängerung vor.*

Die Genehmigung des vorliegenden Bericht über die Planung 2004 ist gemäss dem nachfolgenden, chronologischen Ablauf erfolgt:

- Ausarbeitung des Berichtes durch die Dienststelle für Gesundheitswesen;
- Untersuchung durch das Gesundheitsnetz Wallis (GNW), das seine Vorschläge an die Dienststelle für Gesundheitswesen mitteilt;
- Diskussion und Vormeinung der kantonalen Kommission für Gesundheits- und Spitalplanung;
- Weiterleiten des Dossiers an den Staatsrat zur Beschlussfassung.



3. Geschichtliches

Mit dem nachfolgenden Kapitel legen wir Wert darauf, die gegenwärtige Spitalplanung in den Zusammenhang der Planungsentscheide 1996 und 2000 zu setzen, damit deren Kontinuität und deren logischen Entwicklung aufgezeigt wird.

3.1. Das Walliser Spitalkonzept 1996

Im Jahre 1996 nahm der Staatsrat das „**Walliser Spitalkonzept**“ an, dessen ausdrückliche Zielsetzung die folgende war:

„Die Spitalkonzeption 1996 gewährleistet eine bedarfsgerechte Versorgung des Kantonsgebietes mit Spitalleistungen und wird eine sinnvolle Aufgabenteilung zwischen den verschiedenen Spitälern ermöglichen“.

Die den Anstalten erteilten Leistungsaufträge verfolgten die Zielsetzung, Synergien zu erzielen, die Qualität der Leistungen zu verbessern, die durch die FMH anerkannten Ausbildungsplätze zu erhalten und die Ressourcen gezielter zuzuteilen.

Die wichtigsten Schlussfolgerungen dieses Berichtes waren die folgenden:

1. *Die medizinische Grundversorgung ist durch die sechs Akutspitäler zu gewährleisten;*
2. *Die spezialisierte Versorgung kann aus Gründen sowohl der Qualität, der Sicherheit und der Wirtschaftlichkeit der Leistungen Gegenstand entweder einer Kantonalisierung oder einer Zentralisierung sein;*
3. *Die hochspezialisierte Versorgung ist durch die fünf Schweizer Universitätsspitäler sicherzustellen;*
4. *Die Spitalversorgung ist im Rahmen der drei Spitalsektoren (Oberwallis, Mittel- und Unterwallis) zu organisieren, die durch die Spitalplanung festgelegt werden;*
5. *Die Zusammenarbeit zwischen den Spitälern eines selben Sektors sowie zwischen den Spitälern von verschiedenen Sektoren ist zu fördern und zu intensivieren, damit ein abgestimmtes Leistungsangebot gewährleistet werden kann.*
6. *Damit eine angemessene Betreuung der Patienten innerhalb des Gesundheitssystems sichergestellt werden kann, ist die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Partnern, insbesondere durch die regionalen Gesundheitskommissionen zu fördern.*

Im Jahre 1998 wurde eine detaillierte Analyse des Walliser Gesundheitssystems erstellt, die den Bericht einer Expertenkommission begleitete. Dabei bestand der Auftrag darin, eine optimale Spitalstruktur für das Zentralwallis vorzuschlagen. Im Bericht „*Entwicklung und Perspektiven des Gesundheitswesens*“ wurde eine gewisse Anzahl von Überlegungen angestellt, die heute noch zutreffen. Dies gilt für die Auslastung der Operationssäle oder für die durchschnittlichen Aufenthaltsdauern.



Spitäler	Siders		Sitten		Martinach		Total	
	1996	1997	1996	1997	1996	1997	1996	1997
Jahre								
Anzahl von Sälen	5	5	8	8	6	6	19	19
Anzahl Stunden der Auslastung	4279	4106	15917	15162	5046	5491	24522	24759
Anzahl Stunden / Saal	856	821	1900	1895	841	915	1291	1303
Anzahl Stunden / Monat	71	68	158	158	70	76	107	108
Anzahl Stunden / Tag / Saal	2.23'	2.17'	5.17'	5.16'	2.05'	2.32'	3.35'	3.37'

Während dieser Periode haben sich Deutschschweizer Experten mit derselben Problematik im Rahmen der Oberwalliser Spitäler befasst. Der Bericht stellte drei verschiedene Modelle zur Aufteilung sämtlicher Spitaldisziplinen vor. Zwecks Bestimmung des bestmöglichen Modells hatten die Experten eine gewisse Anzahl von Kriterien der Qualität, der Flexibilität, des Erhaltes an Arbeitsplätzen, der Effizienz usw. festgehalten.

Gemäss den Experten waren die verschiedenen Modelle der Aufteilung der Disziplinen umsetzbar. Dabei wurde das „differenzierte“ Modell bevorzugt, das im nachfolgenden Abschnitt im Rahmen des „Entwurfes der Richtlinien über die Gesundheits- und Spitalplanung“ vom Februar 2000 vorgestellt wird.

3.2. Der Entwurf der Richtlinien über die Gesundheits- und Spitalplanung (Februar 2000)

Im Februar 2000 hat der Staatsrat infolge der oben erwähnten Studien ein erstes Projekt der Planung entworfen mit dem Titel „Entwurf der Richtlinien der Spital- und der Gesundheitsplanung“. Der Staatsrat schlug darin die Schaffung von drei Spitalzentren sowie die Aufteilung der Disziplinen innerhalb dieser Spitalzentren vor.

Der fundamentale Grundsatz der oben aufgeführten Studien, der durch den Staatsrat festgehalten worden ist, war derjenige **des differenzierten Modells. Dieses Modell sah vor, im Rahmen der Leistungsaufträge zwischen einerseits den Spitälern zu unterscheiden, die schwere Fälle mit langer Aufenthaltsdauer behandeln und andererseits den leichten Fällen mit kurzer Aufenthaltsdauer. Dieses Modell ermöglichte es, Akutpflegeleistungen in den sechs Spitälern zu erhalten.**

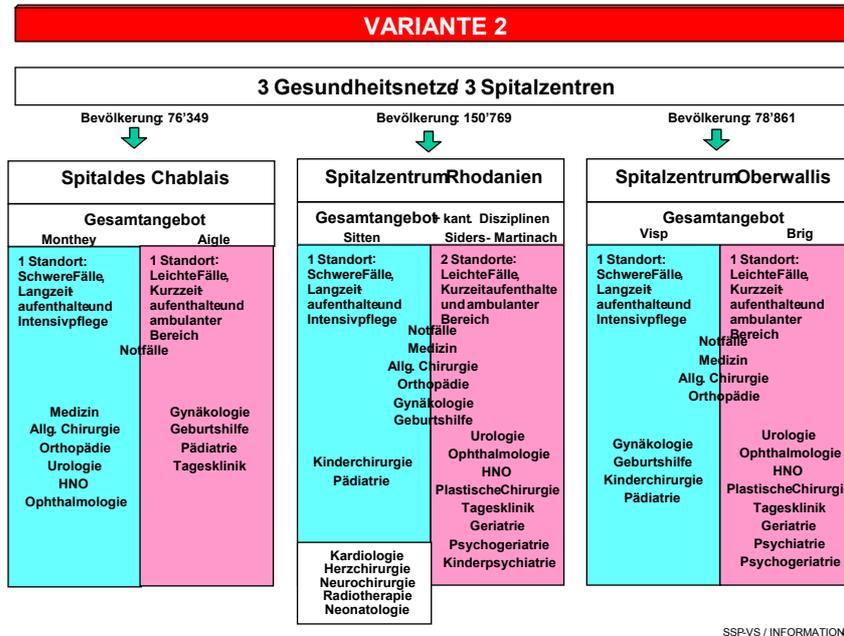
Demnach schlug der Staatsrat die nachfolgende Aufteilung vor:

- das **Spitalzentrum Oberwallis**, in welchem ein Spital insbesondere die schweren Fälle mit langer Aufenthaltsdauer übernahm und die Intensivpflege zugeteilt erhielt. Die zweite Anstalt übernahm die leichten Fälle sowie das Tagesspital;
- das **Spitalzentrum Siders-Sitten-Martinach**: ein Spital übernahm insbesondere die schweren Fälle mit langer Aufenthaltsdauer und erhielt die Intensivpflege zugeteilt. An diesem Standort waren ebenfalls die kantonalisierten oder zentralisierten Disziplinen wie die Kardiologie, die Herzchirurgie, die Neurochirurgie, die Radiotherapie und die Neonatologie angesiedelt. Die beiden anderen Spitäler übernahmen ihrerseits die leichten Fälle mit kurzer Aufenthaltsdauer sowie das Tagesspital;
- das **Spital des Chablais**: dieses Spital, welches aus der rechtlichen Fusion der Spitäler von Monthey und Aigle resultiert, war bereits einem an mehreren Standorten tätigen Spitalzentrum.



In einer ersten Variante konnte die Aufteilung der übrigen medizinischen Tätigkeiten oder Disziplinen durch die Partner vorgeschlagen werden.

In einer zweiten Variante schlug der Staatsrat im Falle von Nichteinigung zwischen den Partnern eine Aufteilung der übrigen medizinischen Aktivitäten oder Disziplinen vor, die dem nachfolgenden Schema entsprach:



3.3. Die Richtlinien über die Gesundheits- und Spitalplanung, Entscheide vom April 2000

Im April 2000 veröffentlichte der Staatsrat seine Entscheide, welche folgendes vorsahen:

- den Übergang von sechs zu drei Spitalzonen;
- die Schaffung von drei Spitalzentren.

Die an mehreren Standorten tätigen Spitäler waren wie folgt definiert: „ein an mehreren Standorten tätiges Akutspital setzt sich aus zwei oder mehreren Spitalgebäuden zusammen, die sich an mehreren Standorten befinden und eine einzige Rechtspersönlichkeit bilden. Diese Struktur verfügt über einen Verwaltungsrat, eine Generaldirektion sowie über ein Ärztekollegium über die verschiedenen Standorten. Die Standorte werden vernetzt betrieben, indem Beziehungen zu den frei praktizierenden Ärzten, zu den Pflegeheimen und zu den ambulanten Institutionen der Region gepflegt werden“.

In jeder der Spitalzone, welche im Staatsratsentscheid vom 12.4.2000 definiert wird, hätte folgendermassen ein an mehreren Standorten tätiges Spital geschaffen werden sollen:

- Zone 1: **Oberwalliser Spitalzentrum** (gemäss provisorischer Bezeichnung) mit den Standorten **Brig und Visp**.



- Zone 2: **Spitalzentrum Siders-Sitten-Martinach** (oder gemäss provisorischer Bezeichnung das „*Centre Hospitalier Rhodanien*“, das die Standorte von Siders, Sitten und Martinach umfasst).
- Zone 3: **Spitalzentrum des Chablais** (Spital des Chablais gemäss der heutigen Bezeichnung) mit den Standorten von **Monthey und Aigle**.

Die Schaffung der an mehreren Standorten tätigen Spitalzentren setzte die Genehmigung der neuen, gemeinsamen Struktur durch die gegenwärtigen Spitalverbände sowie der Statuten der neuen Struktur durch den Staatsrat voraus.

Die dreizehn Staatsratsentscheide vom April 2000 sind nie konkretisiert worden.

3.4. Die Schaffung des Gesundheitsnetzes Wallis

Im Verlauf des Monats Juni 2000 nahm der Grosse Rat eine **Motion** betreffend die Spitäler an, welche den Antrag stellte, die **Arbeiten zur Revision des 7. Abschnittes des kantonalen Gesundheitsgesetzes** aufzunehmen.

Die Wichtigkeit der Zielsetzungen der Gesundheitspolitik und die Analyse der gegenwärtigen Funktionsweise des Walliser Spital- und Gesundheitssystems haben den Staatsrat im September 2001 dazu veranlasst, Zielsetzungen zu formulieren, welche sich zusammenfassend auf die nachfolgenden Elemente beziehen:

- Die Notwendigkeit, die kurzfristig besorgniserregende Kostenzunahme der Spitäler und der übrigen Krankenanstalten sowie die Erhöhung der Krankenversicherungsprämien unter Kontrolle zu bringen, damit weiterhin allen Walliser Patienten der Zugang zu qualitativ optimaler Pflege angeboten werden kann;
- Die Notwendigkeit, auf Stufe des Kantons der Entwicklung einer leistungsfähigeren, transparenteren und vor allem besser koordinierten Verwaltung der Spitäler eine Vorrangstellung einzuräumen, im Rahmen einer globalen Vision, welche eine Vernetzung der Spitäler sowie der übrigen Krankenanstalten und –institutionen (der Pflegeheime, der Sozialmedizinischen Zentren, des ambulanten Sektors) anvisiert;
- die Notwendigkeit, die festgestellten Lücken im Rahmen der gegenwärtigen gesetzlichen Grundlagen, insbesondere in bezug auf die Kosten für Lehre und für Forschung sowie auf die Kosten im Zusammenhang mit Spitalüberkapazitäten und mit mangelnder Transparenz zu schliessen, indem letztere Kosten von der Übernahme durch die Krankenversicherer ausgeschlossen sind.

Demzufolge beschloss der Staatsrat am 11. Oktober 2000, **aufgrund der Erkenntnis der Schwierigkeit, die Richtlinien der Spitalplanung vom April 2000 umzusetzen**, eine Kommission zu ernennen, die mit der Revision des 7. Abschnittes des kantonalen Gesundheitsgesetzes beauftragt wird.

Diese Kommission hat in ihrem Schlussbericht vom August 2001 die Option festgehalten, für alle Spitäler eine gemeinsame Struktur (das Gesundheitsnetz Wallis) aufzubauen.



4. Gesetzliche Grundlagen

4.1. Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994

Gemäss den Bestimmungen der Bundesgesetzgebung über die Krankenversicherung sind die Kantone dazu verpflichtet, eine Planung zur Deckung des Bedarfes an Spitalleistungen zu erstellen sowie im Sinne von Artikel 39 KVG die Spitalisten festzulegen.

4.2. Das kantonale Gesundheitsgesetz vom 9. Februar 1996

Die im Jahre 1996 durchgeführte Gesamtrevision der kantonalen Gesundheitsgesetzgebung ermöglichte es, den Grundsatz der Planung in den gesetzlichen Bestimmungen zu verankern. Aufgrund der Kompetenzen, die ihm von Gesetzes wegen zustehen, ist der Staatsrat beauftragt, über die Planung seine Spitalpolitik zu definieren. Diese Kompetenz verbleibt im Rahmen des Dekretes über das Gesundheitsnetz Wallis unverändert bestehen.

4.3. Das Dekret über das Gesundheitsnetz Wallis vom 1. Februar 2002 und die Revision des Dekretes über das GNW vom 4. September 2003

4.3.1 Geschichtliches

Nachdem das Dekret über das Gesundheitsnetz Wallis (GNW) in der parlamentarischen Kommission im Herbst 2001 diskutiert worden ist und in der Januar-Session 2002 durch den Grossen Rat debattiert worden ist, konnte das Dekret über das Gesundheitsnetz Wallis am 1. Februar 2002 durch den Grossen Rat angenommen werden. Diese neue gesetzliche Grundlage enthält Bestimmungen über die Schaffung einer gemeinsamen Struktur für alle Spitäler des Kantons in Bezug auf alle Fragen, welche die Umsetzung einer gesamtkantonalen Strategie erfordern. Weiter sind Bestimmungen über die Finanzierung der Spitäler enthalten, welche die kürzliche Entwicklung in Bezug auf die Interpretation und den Vollzug des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 berücksichtigen.

Sehr rasch hat das Dekret jedoch seine Grenzen in Bezug auf die Möglichkeiten für das GNW aufgezeigt, bedeutende Änderungen in den Spitälern herbeizuführen. Dementsprechend erwies sich eine Revision des Dekretes als notwendig, damit das GNW mit der Leitung der Waliser Spitäler beauftragt wird.

Am 4. September 2003 hat der Grosse Rat den neuen Text angenommen, welcher dazu führt, dass das Status der subventionierten und kantonalen Spitäler abgeändert wird. Diese Anstalten werden künftig vollkommen durch das GNW verwaltet.

4.3.2 Zielsetzungen der Schaffung des Gesundheitsnetzes Wallis (GNW)

Gemäss dem durch den Grossen Rat angenommenen Dekret ist das GNW eine öffentlich-rechtliche, eigenständige Einrichtung, die sich aus einem Verwaltungsrat und einer Generaldirektion zusammensetzt.

Die Annahme des Dekretes über das GNW verfolgt die Zielsetzung, rasch effiziente Lösungen zu finden, damit eine Situation gemeistert werden kann, welche sich infolge der Hindernisse, welche bei der Verwirklichung der Richtlinien des Staatsrates über die Spitalplanung vom April und November 2000 aufgetreten sind, fortschreitend verschlechtert und blockiert hat. Die erwähnten Richtlinien sahen hauptsächlich vor, dass die Spitäler und die übrigen



Krankenanstalten im Rahmen der drei Regionen des Oberwallis, des Mittelwallis und des Chablais vernetzt werden.

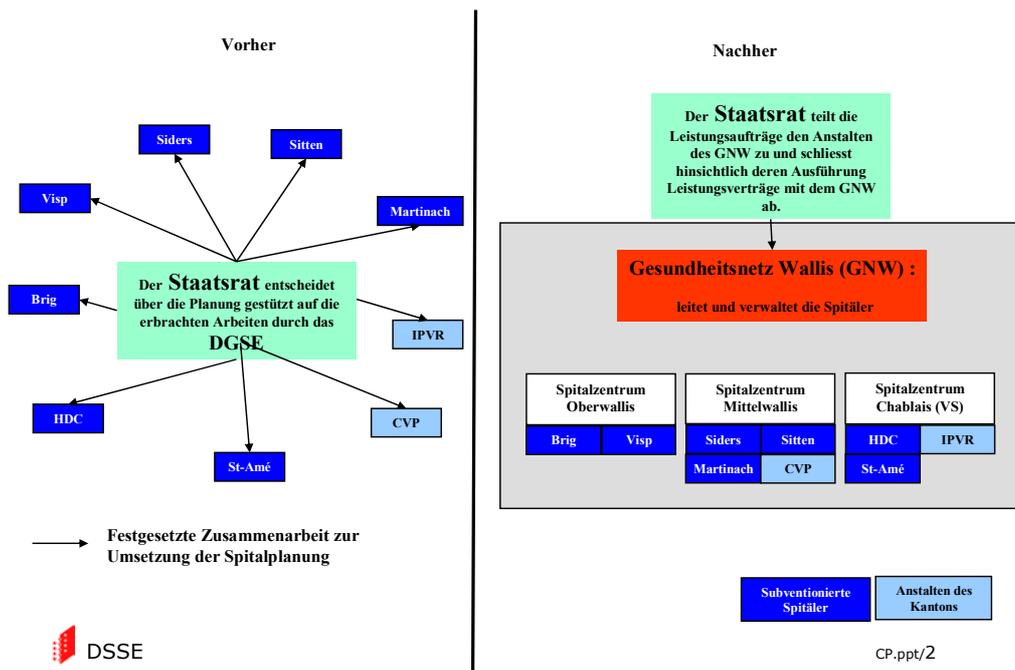
Infolge der Annahme des Dekretes über das Gesundheitsnetz Wallis (GNW) hat eine neue Definition der Kompetenzen in Sachen Spitalpolitik Gültigkeit.

Die in Sachen Spitalpolitik zuständigen Behörden und Institutionen sind die folgenden:

- Der Grosse Rat,
- Der Staatsrat,
- Das Gesundheitsnetz Wallis mit den Spitälern und medizinisch-technischen Instituten, die in seiner Zuständigkeit fallen.

Einer der Leitgedanken des GNW bestand darin, die Chancen für eine Umsetzung der Politik des Staatsrates in Bezug auf die Spitalversorgung zu verbessern, indem die Zusammenarbeit mit den 10 Spitälern und medizinisch-technischen Instituten durch eine Zusammenarbeit mit einer einzigen Anstalt ersetzt wird.

Spitalorganisation vor und nach dem Inkrafttreten des Dekretes über das GNW



4.4. Kompetenzen des Grossen Rates

Gemäss den Bestimmungen des Dekretes über das Gesundheitsnetz Wallis (GNW) übt der Grosse Rat die Oberaufsicht über das GNW aus. Weiter genehmigt er dessen Geschäftsbericht.

Künftig wird der Grosse Rat durch die Zurverfügungstellung des jährlichen Geschäftsberichtes des GNW über mehr Informationen und Möglichkeiten zum Eingreifen über die Spital- und Gesundheitspolitik verfügen.



4.5. Kompetenzen und Verpflichtungen des Staatsrates

Die Kompetenzen des Staatsrates in Sachen Gesundheitspolitik werden in Art. 3 des Dekretes über das Gesundheitsnetz Wallis vom 4. September 2003 festgelegt:

¹ *Der Staatsrat erstellt die Gesundheitsplanung, welche die Leistungsaufträge der Spitäler und der medizinisch-technischen Institute umfasst.*

² *Er unterbreitet dem Grossen Rat den Betrag der finanziellen Beteiligung, welcher dem GNW auf dem Budgetweg zu gewähren ist.*

³ *Er schliesst mit dem GNW Leistungsverträge ab.*

⁴ *Er bezeichnet die Verwaltungsratsmitglieder des GNW sowie dessen Präsidenten. Er genehmigt vorgängig die Ernennung des Generaldirektors durch den Verwaltungsrat des GNW.*

⁵ *Er übt die Aufsicht über das GNW aus und kontrolliert insbesondere die Jahresrechnung und die Geschäftsführung.*

4.5.1 Planung

Aufgrund des Dekretes vom 4. September 2003 behält der Staatsrat dementsprechend sämtliche Kompetenzen in Sachen Planung, indem er die Leistungsaufträge der Spitäler definiert. Der Artikel 95, Abs. 2 des Walliser Gesundheitsgesetzes wurde zur präzisen Erläuterung dieser Planung wie folgt abgeändert:

Art. 95 al. 2 Gesundheitsplanung

² Die Gesundheitsplanung wird in Übereinstimmung mit der diesbezüglichen Bundesgesetzgebung erstellt. Sie umfasst namentlich:

- a) die Bestimmung der Gesundheitsbedürfnisse;
- b) die Bestimmung der Ziele der Gesundheitspolitik;
- c) die Gesundheitsförderung und die Verhütung von Krankheiten und Unfällen;
- d) die Abgrenzung der Gesundheitsregionen;
- e) die Liste der Krankenanstalten und -institutionen, unter angemessener Berücksichtigung der privaten Institutionen und Anstalten;
- f) die Leistungsaufträge an die Krankenanstalten und -institutionen, insbesondere auf dem Gebiet:
 - der Eröffnung von neuen Abteilungen und der Einführung von neuen medizinischen Disziplinen oder der Schliessung von Abteilungen und der Aufhebung von medizinischen Disziplinen,
 - der Verteilung der spitalmedizinischen Disziplinen,
 - der Möglichkeit, privaten Unternehmen die Verwaltung von gewissen Spitaldisziplinen und -tätigkeiten zu übertragen oder zu entziehen,
 - der Möglichkeit, gewisse spezialmedizinische Disziplinen und Tätigkeiten, die in den dem GNW unterstellten medizinaltechnischen Anstalten und -instituten ausgeführt werden, vorübergehend oder ständig als kantonal anzuerkennen;



- g) die Gesamtzahl der Betten jeder Anstalt und gegebenenfalls den Anteil von Betten, welche für die Privatpatienten bestimmt sind;
- h) die Koordination der Tätigkeit der verschiedenen Partner des Gesundheitswesens im Rahmen einer Gesamtkonzeption des Gesundheitssystems, welche die Spitäler, die Pflegeheime, die Sozialmedizinischen Zentren, die anderen Gesundheitseinrichtungen und –institutionen und die Partner des ambulanten Bereichs umfasst;
- i) die Evaluation der Qualität und der Effizienz der erbrachten Leistungen in bezug auf die Gesundheitsbedürfnisse und die Ziele der Gesundheitspolitik.

4.5.2 Zuteilung der Geldmittel

Durch Verhandlung mit dem GNW (Art. 5, Abs. 2, Buchst. a) legt der Staatsrat mit der Genehmigung des Grossen Rates die finanzielle Beteiligung des Kantons an das GNW fest. Die Inhalte, Beträge, Bedingungen und Modalitäten dieser kantonalen Beteiligung werden im Rahmen eines **Leistungsvertrages** (Artikel 3 Abs. 3) zwischen dem Staatsrat und dem GNW festgelegt.

- legt der Staatsrat die durch das GNW zu erreichenden Zielsetzungen und zu erbringenden Leistungen fest, wobei die Planung und die zur Verfügung stehenden Geldmittel zu berücksichtigen sind;
- setzt sich das GNW dafür ein, die aufgrund der gewährten Geldmittel bestellten Leistungen gemäss den im Leistungsvertrag festgelegten Modalitäten zu erbringen.

Durch die Verhandlung zwischen dem Staatsrat und dem GNW über die Leistungsverträge wird der Verhandlungsprozess vereinfacht und gestärkt, welcher heute durch zahlreiche, mögliche Hindernisse verzerrt und geschwächt ist.

4.5.3 Aufsicht

Gemäss dem Dekret über das GNW übt der Staatsrat die Aufsicht über das GNW aus und kontrolliert insbesondere dessen Rechnung und Geschäftsführung.

Diesbezüglich hat das Dekret vom 4. September 2003 den Artikel 98, Abs. 2, Buchst. b) des kantonalen Gesundheitsgesetzes abgeändert, welches insbesondere vorsieht, dass die Subventionierung des GNW folgenden, für das GNW geltenden Bedingungen unterliegt:

«Ausarbeitung und Vorstellung der Budgets, Rechnungen sowie der Verwendung der Betriebsergebnisse der Spitäler unter seiner Zuständigkeit vor dem Departement».

In diesem Sinne wird das Departement für Gesundheit die Staatsratsentscheide durch ein zweijähriges Controlling des Leistungsvertrages des GNW zum Zeitpunkt des Budgets und der Rechnung anwenden.

4.6. Aufgaben des Departementes für Gesundheit, Sozialwesen und Energie (DGSE)

Das DGSE setzt eine gewisse Anzahl von Aufgaben um, die in den oben erwähnten Verordnungen über das GNW festgelegt sind. Diese Aufgaben beziehen sich sowohl auf die Gesundheitsplanung als auch auf die Finanzierung der Anstalten.

4.7. Kompetenzen des Gesundheitsnetzes Wallis (RSV)

Das Gesundheitsnetz Wallis (GNW) übt fortan die nachfolgenden Kompetenzen aus:



-
- die Spitäler unter seinem Zuständigkeitsbereich leiten und verwalten,
 - die Umsetzung der Spitalplanung,
 - die Koordination der Tätigkeiten der öffentlichen und subventionierten Spitäler,
 - die Gewährleistung der Pflegequalität,
 - die Kosteneindämmung,
 - die Gewährleistung eines Gleichgewichtes zwischen den Regionen.

Die dem GNW durch dieses Dekret übertragenen Aufgaben resultieren hauptsächlich aus früheren Kompetenzen der Gehval und der Verwaltungsräte der Spitäler. Dabei handelt es sich gemäss Artikel 5 des Dekretes zum Beispiel um:

- Die Verwaltung der jährlichen Investitions- und Betriebsbudgets der Spitäler.
- die Ernennung der Chefärzte sowie der Inhabern von Kaderfunktionen
- Die Verhandlung mit den Versicherern betreffend die Tarifverträge
- Die Verwirklichung und die Koordination der gemeinsamen Aufgaben betreffend die Verwaltung der Spitäler und insbesondere der Anschaffung von Gütern und von Dienstleistungen
- Die Festlegung der Lohnpolitik mit den Sozialpartnern

Konkret besteht die Zielsetzung des GNW darin, *die Spitalplanung umzusetzen, damit für den Kanton und für die Walliser Bevölkerung eine qualitativ hochstehende und finanziell tragbare Betreuung sichergestellt wird.* Demzufolge wird **das GNW die Staatsratsentscheide betreffend die den Anstalten gewährten Leistungsaufträge umsetzen müssen.** Zu diesem Zweck verfügt das GNW über ein Globalbudget, das durch den Grossen Rat beschlossen wird.

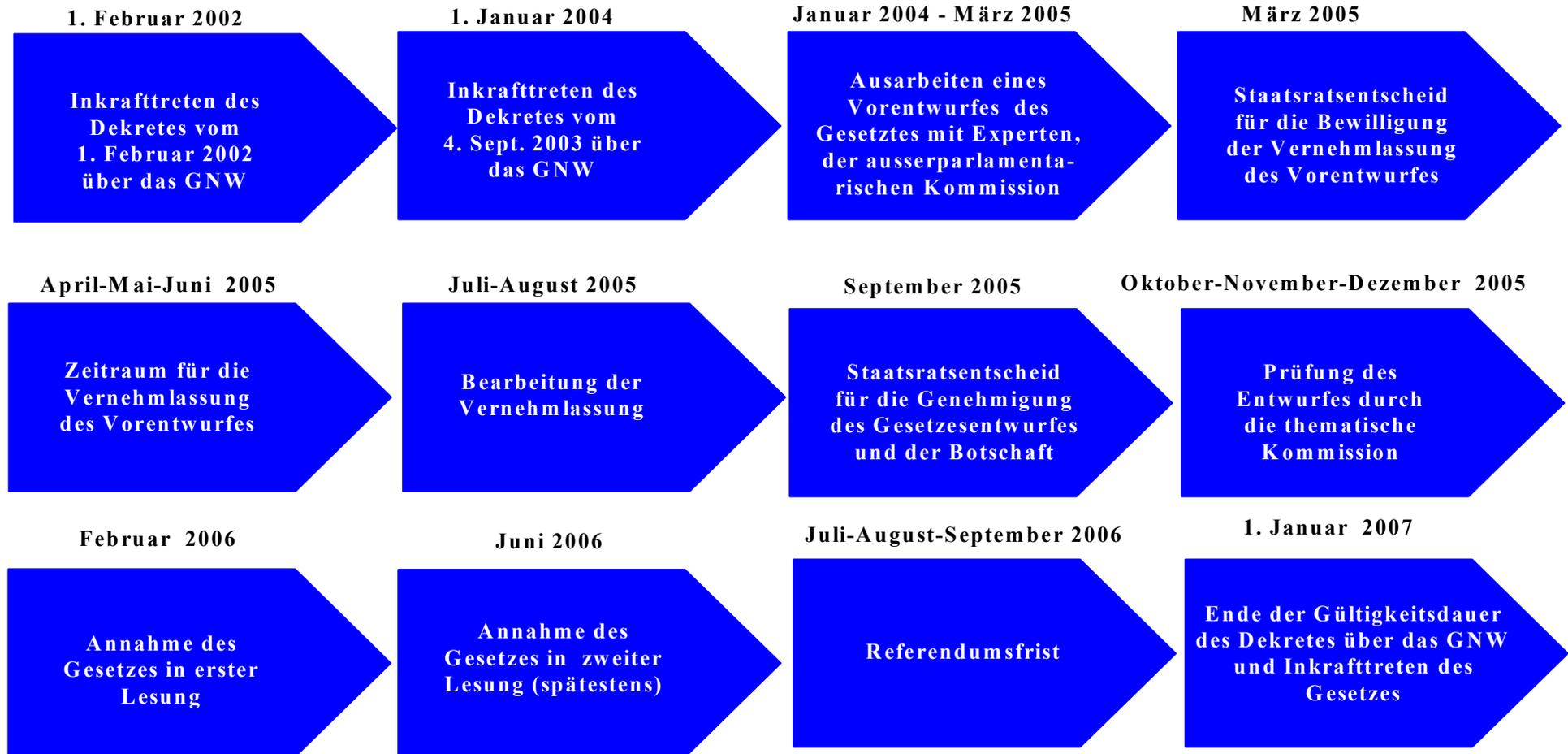
4.8. Der Zeitplan für die Revision des Walliser Gesundheitsgesetzes

Das Dekret über das GNW vom 1. Februar 2002 ist eine rechtliche Verfügung, deren Gültigkeit auf 5 Jahre beschränkt ist. Die Abänderung des Dekretes im September 2003 ändert nichts an dieser Frist. Dies bedeutet, dass im Hinblick auf eine anvisierte Aufnahme der Bestimmungen des Dekretes in das Gesundheitsgesetz, eine Revision desselben Gesetzes bis spätestens im Januar 2007 zu erfolgen hat. Dabei ist der nachfolgende Zeitplan massgebend:



Zeitplan zur Revision des Gesundheitsgesetzes

Quelle: DWG



DSSE

CP.ppt/4



5. Bausteine der Spitalplanung 2004

5.1. Rückblick

Im Spitalkonzept 1996 wurde bereits die Notwendigkeit erwähnt, die Überkapazitäten im Spitalbereich und insbesondere in der Akutpflege abzubauen. Dabei wurde die Möglichkeit der Schaffung von an mehreren Standorten tätigen Akutspitäler erörtert.

Infolge der kürzlich erfolgten Schaffung des GNW, das mit der Leitung und mit der Verwaltung der Tätigkeiten der Walliser Spitäler beauftragt wird, **stellt das Konzept 2004 die logische Folge der durch den Staatsrat im Rahmen seiner Gesundheits- und Spitalpolitik seit mehr als zehn Jahren getroffenen Entscheide dar.**

5.2. Die Spitalplanung 2004 als Prozess

Der rasche Wandel der Rahmenbedingungen im Gesundheitsbereich hat zur Folge, dass die Spitalplanung ständig überprüft und angepasst werden muss.

Zahlreiche Grundlagen der Spitalplanung haben in den letzten Jahren Änderungen erfahren. Dementsprechend sind für die Planung die nachfolgenden Herausforderungen wahrzunehmen:

- Die Alterung der Bevölkerung: zahlreiche Anpassungen werden notwendig sein, damit den Bedürfnissen der betagten Bevölkerung entsprochen werden kann;
- Die technologische Entwicklung, welche die Konzepte der Pflege und Behandlung grundlegend ändern wird;
- Die neuen Erwartungen der Patienten, die mit einer besseren Information, mit dem Auftreten von neuen Krankheiten im Zusammenhang stehen usw. ;
- Der rasche Wandel der Gesundheitsinstitutionen aufgrund der zunehmenden Bedürfnisse, der neuen Technologien, der hohen Kosten;
- Die vermehrt in Erscheinung tretenden Versicherer, die nicht zur Finanzierung der Überkapazitäten im Spitalbereich verpflichtet sind;
- Die Geldmittel der öffentlichen Gemeinwesen, die einen bedeutenden Anteil des Budgets der Gesundheit aufwenden und welche mit einer potentiell unbegrenzten Nachfrage konfrontiert sind.

Der Bericht über die Planung 2004 nimmt mit einer Liste von Indikatoren eine Analyse der gegenwärtigen Situation vor und präzisiert in der Folge die zukünftigen Charakteristiken des Walliser Spitalwesens.

5.3. Die Faktoren, welche das Angebot und die Nachfrage beeinflussen

Gleich wie bei anderen Tätigkeitsbereichen üben verschiedene Faktoren einen Einfluss auf den Umfang der Leistungen im Gesundheitsbereich aus; gewisse dieser Faktoren stehen mit dem Angebot und andere mit der Nachfrage im Zusammenhang.

5.3.1 Einflussfaktoren auf die Nachfrage

In Bezug auf die Nachfrage, welche im Hinblick auf eine bedarfsgerechte Planung besonders wichtig ist, müssen die nachfolgenden, massgebenden Faktoren erwähnt werden:



5.3.1.1 Die demographische Entwicklung der Bevölkerung

Die demographische Entwicklung der Bevölkerung spielt eine wichtige Rolle, insbesondere in Bezug auf die Bettenplanung. Sie steht mit der Nachfrage an Gesundheitsleistungen sowie mit der Erreichung einer kritischen Masse von Patienten in Zusammenhang. Letztere gewährleistet die Qualität, die Sicherheit und die Wirtschaftlichkeit der Leistungen.

5.3.1.2 Der Gesundheitszustand der Bevölkerung

Ein bedeutender Anteil der Nachfrage an Pflegeleistungen wird durch den Gesundheitszustand der Bevölkerung beeinflusst. Die Analyse der wichtigsten Indikatoren betreffend den Gesundheitszustand der Bevölkerung ermöglicht es, interessante Daten über die vorgesehenen Planungsmassnahmen zu sammeln.

5.3.1.3 Die geographische Zugänglichkeit

Die Nachfrage nach Leistungen reduziert sich infolge des schwierigen Zugangs zu denselben Leistungen. Für den Kanton Wallis ist die komplexe Geographie, welche sich durch zahlreiche Seitentäler mit einer ausserhalb der Stadtzentren lebenden Bevölkerung kennzeichnet, beim Beschluss der Spitalplanung zu berücksichtigen.

5.3.1.4 Die sozio-ökonomische Zugänglichkeit

Die soziale Krankenversicherung deckt für die Grundversicherung die gesamte Bevölkerung ab. Überdies tragen die Prämienverbilligungen dazu bei, dass die Walliser Bürger unabhängig von ihrer finanziellen Situation die notwendigen Gesundheitsleistungen beziehen können. Bei den Zusatzversicherungen trifft diese Feststellung nicht zu, indem der Zugang zu diesen Leistungen oftmals von den finanziellen Möglichkeiten des Patienten abhängt.

5.3.1.5 Die Zusammenarbeit und die Koordination der Leistungserbringer im Gesundheitswesen

Mit der Weiterentwicklung der Hilfe und Pflege zu Hause wird den hospitalisierten Patienten ein vorzeitiger Austritt aus dem Spital ermöglicht. In diesem Sinne beeinflusst die Koordination zwischen dem Spital und dem SMZ die Pflegenachfrage.

5.3.1.6 Der Informationsstand der Bevölkerung

Da das Gesundheitswesen durch eine grosse Komplexität gekennzeichnet ist, hängt die Nachfrage an Leistungen ebenso von der Information ab, die durch den Leistungserbringer erteilt wird. Die Sicherstellung der Kosten- und Leistungstransparenz bezweckt die Information des Patienten. Dabei steht in Vordergrund, dass derselbe Patient für seine Nachfrage an Gesundheitsleistungen die Verantwortung trägt.

5.3.1.7 Die Nachfrage nach Spitalleistungen (Akutbereich) von Patienten aus anderen Herkunftskantonen oder aus dem Ausland

Trotz der bestehenden Unterschiede zwischen den Regionen wirken sich die Spitalaufenthalte dieser Personen nicht unbedeutend auf die Nachfrage nach Leistungen aus.

5.3.1.8 Die ausserkantonalen Hospitalisationen von Walliser Patienten

Die ausserkantonalen Hospitalisationen von Walliser Patienten gleichen teilweise diejenigen der im Kanton Wallis versorgten Personen aus anderen Herkunftskantonen oder aus dem Ausland aus. Dieser Faktor wirkt sich im Sinne einer Verminderung der Nachfrage nach Spitalleistungen aus.



5.3.1.9 Die individuelle Verantwortung, die wirtschaftlichen Anreize

Das Verursacherprinzip findet im Gesundheitswesen nur selten Anwendung, indem der Leistungsempfänger nicht direkt der Zahler ist. Dementsprechend muss der Versicherte, der Leistungen in Anspruch nimmt, nicht direkt bezahlen, indem die übrigen Versicherten in Bezug auf die Bezahlung solidarisch sind.

5.3.2 Einflussfaktoren des Angebots

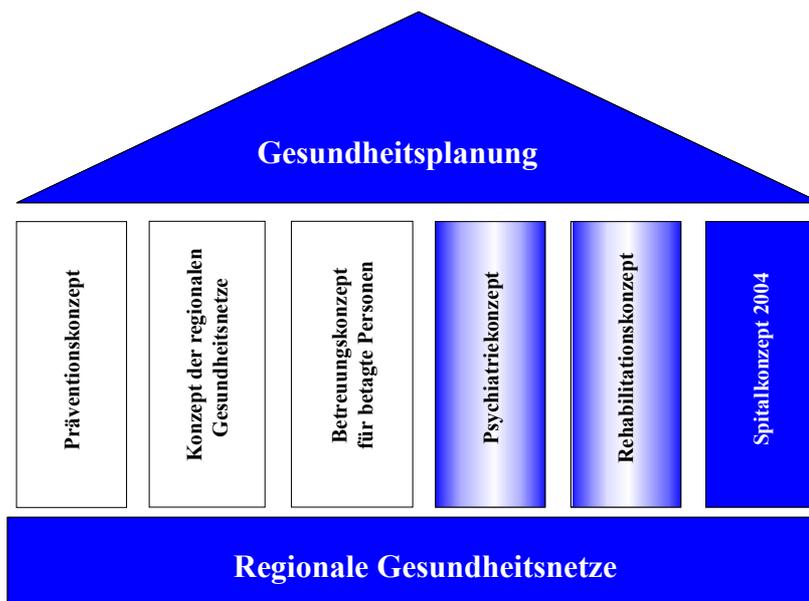
Das Angebot im Gesundheitswesen, insbesondere in Bezug auf den subventionierten, stationären Bereich, richtet sich nicht genügend auf die Bedürfnisse aus und ist durch Schwierigkeiten gekennzeichnet, sich laufend an Änderungen anzupassen.

Der sehr rasche medizinische Fortschritt ermöglicht eine massgebende Reduktion der Aufenthaltsdauer in den Spitälern. Unter Berücksichtigung der stets besseren Möglichkeiten im Bereich der ambulanten Chirurgie, hat dieser Sachverhalt eine Bettenüberkapazität zur Folge. Mit der Einführung des neuen Finanzierungssystems werden die Spitäler aufgrund der effektiv erbrachten Leistungen finanziert werden. Dies sollte eine Verminderung dieser Überkapazitäten bewirken.

Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 spielt in Bezug auf die Entwicklung der künftigen Nachfrage eine wichtige Rolle, indem die Kantone dazu verpflichtet werden, eine bedarfsgerechte kantonale und interkantonale Planung zu erstellen.

5.4. Die Spitalplanung : ein Bestandteil der Gesundheitsplanung

Die kantonale Gesundheitsplanung basiert auf mehreren Teilkonzepten, welche sich auf die verschiedenen Tätigkeitsbereiche beziehen. Demzufolge stellt die Spitalplanung eine wichtige Grundlage im Hinblick auf eine globale, kantonale Gesundheitsplanung dar, welche alle Bereiche des Gesundheitssystems umfasst. Dabei sind unter anderem die nachfolgenden Teilkonzepte zu berücksichtigen:





Insgesamt ist der enge Zusammenhang zwischen den verschiedenen Konzepten zu erwähnen. **So hat die Reorganisation der Spitalzonen mit nur noch einer Karte, die nur noch eine Zone für den gesamten Kanton vorsieht, mittelfristig zur Folge, dass die regionalen Gesundheitsnetze ebenfalls neu gestaltet werden.**

Ein globales Konzept kann nur unter der Bedingung wirksam und effizient umgesetzt werden, dass die verschiedenen Teilkonzepte aufeinander abgestimmt und durch die Partner unterstützt werden.

5.5. Die wichtigsten Herausforderungen der Spitalplanung

5.5.1 Die Anforderung des Erhaltes und der Verbesserung der Pflegequalität

Bis heute beschränkte sich die Aufgabe des Staates im Bereich der Qualitätssicherung hauptsächlich auf derjenigen der Aufsichtsbehörde. Zu diesem Zweck haben die meisten Kantone per Reglement Bestimmungen erlassen. Demzufolge unterliegt gemäss den Bestimmungen der kantonalen Gesundheitsgesetzgebung, die Gewährung einer Bewilligung für den Betrieb einer Gesundheitseinrichtung oder –institution, dem Departement für Gesundheit, Sozialwesen und Energie. Unter den Anforderungen, die für die Erteilung einer Bewilligung zu erfüllen sind, sind Qualitätskriterien zu erwähnen. Überdies kann die Gewährung von kantonalen Subventionen die Einführung von Messinstrumenten und Evaluationen voraussetzen, damit insbesondere die Qualität und die Zweckmässigkeit der Leistungen gewährleistet werden.

Unter Berücksichtigung einerseits der Anforderungen der Bundesgesetzgebung über die Krankenversicherung, andererseits der Wichtigkeit der Leistungsqualität für die Patienten, ist es wichtig, dass die Walliser Spitäler bereits kurzfristig Projekte zur Qualitätssicherung einführen. Damit kantonal die Koordination dieses Projektes gewährleistet wird, ist es unerlässlich, dass die eingeleiteten Demarchen aufeinander abgestimmt werden. Dabei sind in allen Spitälern des Kantons dieselben Methoden umzusetzen.

Deshalb ist es wichtig, dass der Kanton Wallis über eine kantonale Instanz verfügt, welche mit der Entwicklung, der Erstellung, des Managements und der Koordination der Pflegequalität beauftragt wird. Gemäss dem Staatsratsentscheid vom 12. April 2000 **wird das Gesundheitsobservatorium insbesondere beauftragt, die Indikatoren der Pflegequalität im Kanton Wallis zu erstellen. Eines der ersten Aufgaben des Observatoriums besteht darin, ein Programm sowie eine Liste von Indikatoren der Pflegequalität zu erstellen.** Weiter wird das GNW beauftragt, Richtlinien in Bezug auf die Programme der Qualität zu erlassen.

Mit einer Studie des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Lausanne von 1999 wurde den Beweis erbracht, dass die während der neunziger Jahre im Spitalbereich verwirklichten Reformen sich nicht negativ auf die Pflegequalität ausgewirkt haben.

Es gilt, die nachfolgende Feststellung anzubringen: die im Spitalbereich unternommenen Rationalisierungsmassnahmen, insbesondere durch die Zusammenlegung einer medizinischen Disziplin auf einen Standort, können zur Verbesserung der Pflegequalität führen. **Die Erhaltung von Spitalabteilungen mit einer ungenügenden kritischen Masse von Fällen kann zu einer Verschlechterung der Pflegequalität führen. Demzufolge bildet die vorrangige Pflegequalität ein wichtiges Argument zugunsten der Gewährung von differenzierten Leistungsaufträgen pro Anstalt.** Diese Vorgehensweise ermöglicht es überdies, die Überkapazitäten im Spitalbereich abzubauen.



5.5.2 Die Anforderung der Eindämmung der Spitalkosten

In der Schweiz ist ein bedeutender Anteil der Ausgaben im Gesundheitswesen dem Spitalsektor zuzuschreiben. Gemäss den statistischen Daten des BFS (Aufteilung der Kosten nach Kategorien 2000) entsprechen etwa 35% der Kosten dem Spitalsektor, wobei sowohl der stationäre als auch der ambulante Bereich berücksichtigt wurde.

Demzufolge scheint es im Hinblick auf die anvisierte, kontrollierte Entwicklung der Krankenversicherungsprämien für die öffentlichen Gemeinwesen notwendig, die Spitalkosten einzudämmen. Diese Bedingung ist umso mehr notwendig, als die öffentlichen Gemeinwesen gemäss den sich in Kraft befindenden Bestimmungen des KVG, hohe Beiträge für die Finanzierung der Spitäler leisten.

Im Idealfall sollte die Entwicklung der Spitalkosten gleich wie diejenige des Landesindex der Konsumentenpreise (LIK) ausfallen. Doch nehmen die Spitalkosten im Kanton Wallis seit dem Jahre 2000 stärker als der Landesindex der Konsumentenpreise zu. Diese Kostenzunahme ist teilweise auf die gerechtfertigte Lohnanpassungen zurückzuführen, welche dem Spitalpersonal gewährt worden sind.

Damit die Zielsetzung der Kosteneindämmung im Spitalbereich erreicht werden kann, stehen mehrere Mittel zur Verfügung, nämlich:

1. Das Globalbudget für alle Spitäler

Der Grundsatz des Globalbudgets, welcher in unserem Kanton bereits im Jahre 1993 eingeführt worden ist, wird infolge der Annahme des Dekretes über das Gesundheitsnetz Wallis vom 4. September 2003 verstärkt. Gemäss Art. 98, Abs. 2 „*unterliegt die Subventionierung des GNW den zusätzlichen, nachfolgenden Bedingungen:*

- a) *Einführung und Anwendung eines einheitlichen finanziellen und analytischen Kontenplanes;*
- b) *Ausarbeitung und Vorstellung der Budgets, Rechnungen sowie der Verwendung der Betriebsergebnisse der Spitäler unter seiner Zuständigkeit vor dem Departement. Die Verwendung der Betriebsüberschüsse und die Deckung der Betriebsverluste fallen in die Zuständigkeit des GNW. Für die vom Staat delegierten medizinischen Tätigkeiten fallen die Betriebsergebnisse in den Zuständigkeitsbereich des Departements;*
- c) *Genehmigung des Budgets, der Rechnung und der Verwendung der Ergebnisse des GNW durch das Departement unter dem Gesichtspunkt der kantonalen Subventionierung;*
- d) *Einhaltung der Planungs-, Subventionierungs- und Finanzierungsmodalitäten, welche in Übereinstimmung mit dem geltenden Recht festgelegt werden;*
- e) *Genehmigung durch das Departement der Schaffung und Verlängerung von Chefarztstellen unter dem Gesichtspunkt der Gesundheitsplanung;“*

2. Die Reduktion der Anzahl von Spitalbetten

Die Senkung der Anzahl von Spitalbetten stellt eine Massnahme zur Beschränkung des Angebotes dar. Die Reduktion der Anzahl von Spitalbetten, welche im Kanton Wallis durchgeführt worden ist, ermöglichte es, die Anzahl von Betten der Akutpflege innert 10 Jahren (1990-2000) um 510 Akutbetten abzubauen. Eine neue Festlegung der Norm von Spitalbetten pro Kategorie der Anstalt (Akutpflege, Geriatrie, Rehabilitation, Psychiatrie) sollte es ermöglichen, auch künftig die notwendigen Anpassungen vorzunehmen.



3. Die Festlegung der Leistungsaufträge, welche den Anstalten zu erteilen sind

Im Akutpflegebereich kann die Festlegung, gemäss den Bestimmungen des KVG, von differenzierten und aufeinander abgestimmten Leistungsaufträgen pro Anstalt zur Eindämmung der Spitalkosten beitragen. Ein aufeinander abgestimmtes Leistungsangebot zwischen den Spitälern kann sich günstig auf den Abbau von Überkapazitäten und auf das Erzielen von Synergien auswirken. Das Gesundheitsnetz Wallis (GNW) wird beauftragt, sich an der Ausarbeitung der den Spitälern erteilten Leistungsaufträge zu beteiligen. Sobald der Staatsrat diese Leistungsaufträge festgelegt haben wird, wird das GNW Leistungsverträge mit dem Staatsrat unterzeichnen, welche die Modalitäten der Umsetzung der Leistungsaufträge an die Anstalten festlegen.

4. Einführung von Fallpauschalen im Rahmen der Finanzierung der Spitäler

Im Rahmen der Finanzierung der Spitäler kann die Einführung von Fallpauschalen, die seit 1998 in mehreren Schweizer Kantonen und insbesondere im Kanton Wallis erfolgt ist, indirekt zu einer Eindämmung der Spitalkosten beitragen. Ab 2005 ist es vorgesehen, das Finanzierungssystem der Spitäler durch die Einführung von diagnosebezogenen Fallpauschalen (APDRG – All Patients Diagnosis Related Groups) weiter zu verfeinern.



6. Situationsanalyse in Bezug auf die Gegenwart

Die Analyse der gegenwärtigen Situation kann periodisch und aufgrund von zahlenmässigen Indikatoren erfolgen, die die Situation des Walliser Gesundheitssystems widerspiegeln. Wir werden die strukturellen, tätigkeits- und qualitätsbezogenen Indikatoren präsentieren, die mit der Spitalplanung im direkten Zusammenhang stehen.

Dieses Kapitel beginnt jedoch mit einer Analyse der demographischen Entwicklung. Dies ist durch die Tatsache begründet, dass der Patient in Bezug auf die Gesundheitspolitik eine zentrale Stellung einnimmt. Das Angebot an Gesundheitsleistungen muss dementsprechend den effektiven Bedürfnissen der Bevölkerung entsprechen.

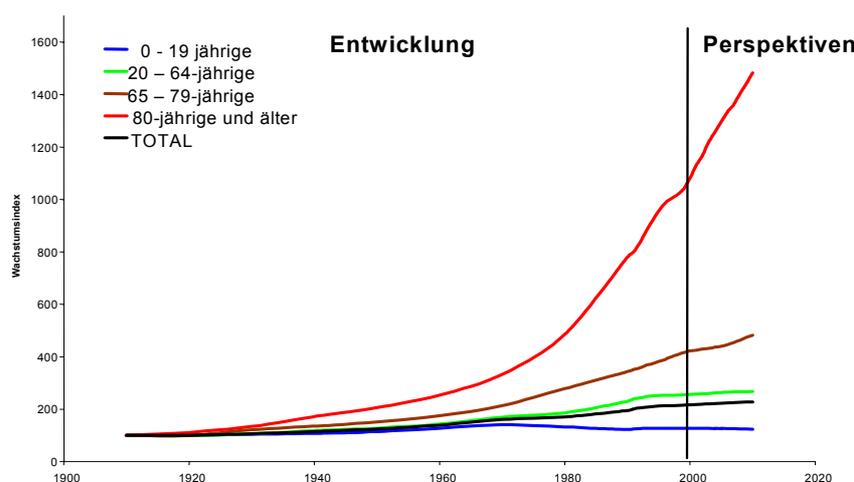
6.1. Demographische Entwicklung

Die demographische Entwicklung seit dem Beginn des 20. Jahrhunderts stellt einen der wichtigsten Faktoren von Änderungen dar.

Im Jahre 1910 entsprach die weniger als 20-jährige Bevölkerung 42% der Gesamtbevölkerung, währenddem die betagten, über 65-jährigen Personen 6% darstellten. Die demographischen Perspektiven für das Jahr 2010 weisen darauf hin, dass die unter 20-jährige Bevölkerung unter 23% fallen wird. Die über 65-jährigen Personen würden hingegen 16% der Gesamtbevölkerung entsprechen.

Zwischen 1990 und 2000 hat die über 80-jährige Bevölkerung stark zugenommen. Die demographischen Perspektiven zeigen auf, dass für das Jahr 2010 dieses Wachstum noch weiter zunehmen wird.

In diesem Zusammenhang werden sich die in den letzten zehn Jahren festgestellten Tendenzen während der nächsten zehn Jahre sehr wahrscheinlich beschleunigen. Dies gilt insbesondere für die Krankentage der betagten Personen in allen Kategorien von Gesundheitsinstitutionen.

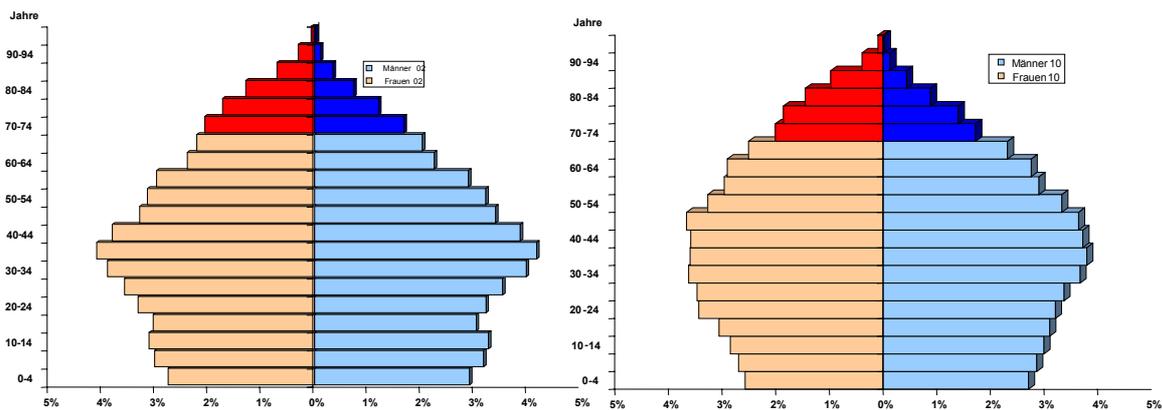




Gemäss den demographischen Perspektiven des Bundesamtes für Statistik zeichnen sich die Alterspyramiden der Walliser Bevölkerung im Jahre 2002 und 2010 durch eine alternde Struktur aus. Wir stellen nämlich fest, dass der Anteil von über 70-jährigen Personen von 10.3% auf 11.4% zunimmt.

Alterspyramide, 2002 et 2010 VS

Quelle: BFS, demographische Perspektiven



6.2. Die strukturellen Indikatoren

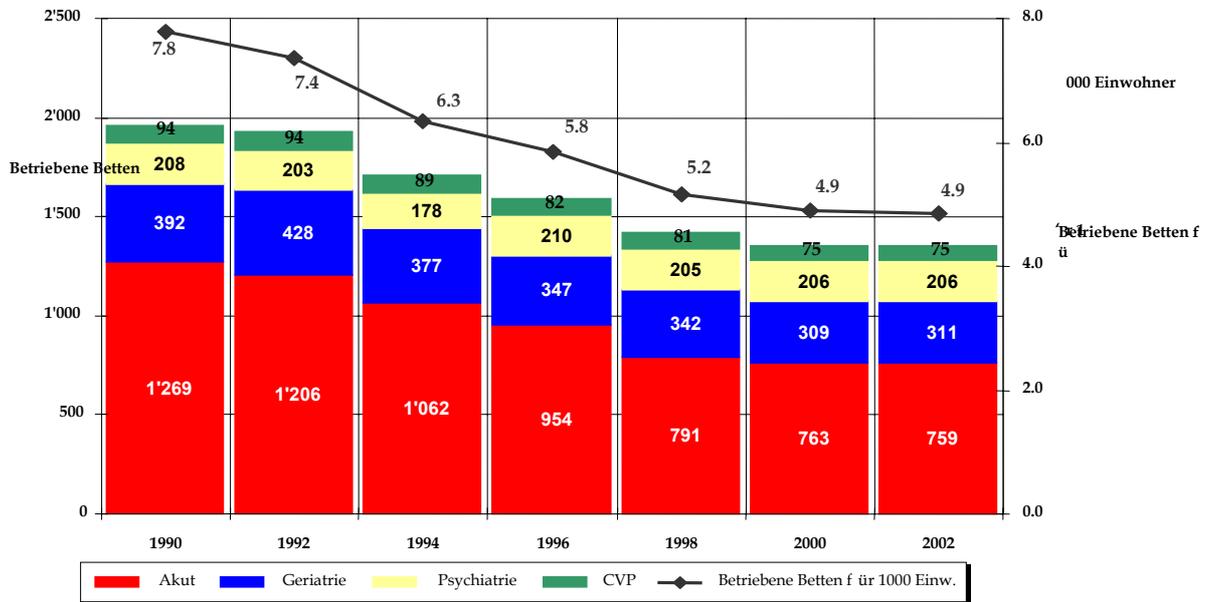
Bevor wir mit der Analyse der nachfolgenden Indikatoren beginnen, legen wir Wert darauf, einige Elemente in bezug auf die verschiedenen Kategorien von Pflegeleistungen zu präzisieren.

- **Akutflege:** diese Kategorie umfasst die Akutpflege der Spitäler von Brig, Visp, Siders, Sitten, Martinach und des Chablais (Anteil des Kantons Wallis),
- **Geriatric:** Diese Kategorie umfasst die geriatriche Pflege der Spitäler von Brig, Visp, Siders (Ste-Claire), Sitten (Gravelone), Martinach und der Klinik St-Amé,
- **Psychiatrie:** Diese Kategorie umfasst die Psychiatrie- Kinderpsychiatrie- und Psychogeriatriche Pflege der Spitäler von Brig, Siders, der Klinik St-Amé und der psychiatrischen Institutionen des Valais Romand (IPVR).



6.2.1 Betriebene Betten pro Kategorie der Pflege

Die nachfolgende Abbildung zeigt die Entwicklung der in den Walliser Spitälern seit 1990 betriebenen Betten auf.



Quelle : Departement für Gesundheit, Sozialwesen und Energie

Zwischen 1990 und 2002 hat die Anzahl von Betten von 1'665 bis auf 1'351 abgenommen, was einer Senkung von rund 31.2% entspricht. Diese Entwicklung fällt jedoch je nach Anstaltskategorie unterschiedlich aus:

Kategorie der Pflege	Reduktion in % der Anzahl von Betten zwischen 1990 und 2000
Akutupflege	-40.2%
Geriatrie	-20.7%
Psychiatrie	-1.0%
Walliser Zentrum für Pneumologie	-20.2%
Betriebene Betten	-31.2%

6.2.2 Entwicklung der Anzahl von betriebenen Betten pro 1'000 Einwohner

Betriebene Betten	1990	1992	1994	1996	1998	2000	2002
Akutupflege	5.0	4.6	3.9	3.5	2.9	2.8	2.7
Geriatrie	1.6	1.6	1.4	1.3	1.2	1.1	1.1
Psychiatrie	0.8	0.8	0.7	0.8	0.7	0.7	0.7
Walliser Zentrum für Pneumologie	0.4	0.4	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3
Total	7.8	7.4	6.3	5.8	5.2	4.9	4.9



Quelle : Departement für Gesundheit, Sozialwesen und Energie

Die Anzahl von Betten pro 1'000 Einwohner liegen für die Bereiche der Psychiatrie und der Rehabilitation unter 1.0. Überdies sind sie durch die Tatsache gekennzeichnet, dass sie gegenüber der Akut- und Geriatriesektoren relativ stabil sind.

Die Psychiatrie liegt nämlich seit 1998 bei 0.7 Betten pro 1'000 Einwohner und die Rehabilitation bei 0.3 seit 1996.

Die Akutpflege hingegen verzeichnete einen Rückgang von 3.8 auf 2.7 betriebenen Betten pro 1'000 Einwohner. Diese Reduktion erklärt sich weitgehend durch den technischen Fortschritt. Im Fall der Geriatrie fällt die Reduktion der Anzahl von betriebenen Betten weniger ausgeprägt aus, indem sie von 1.3 auf 1.1 Betten pro 1'000 Einwohner abnimmt.

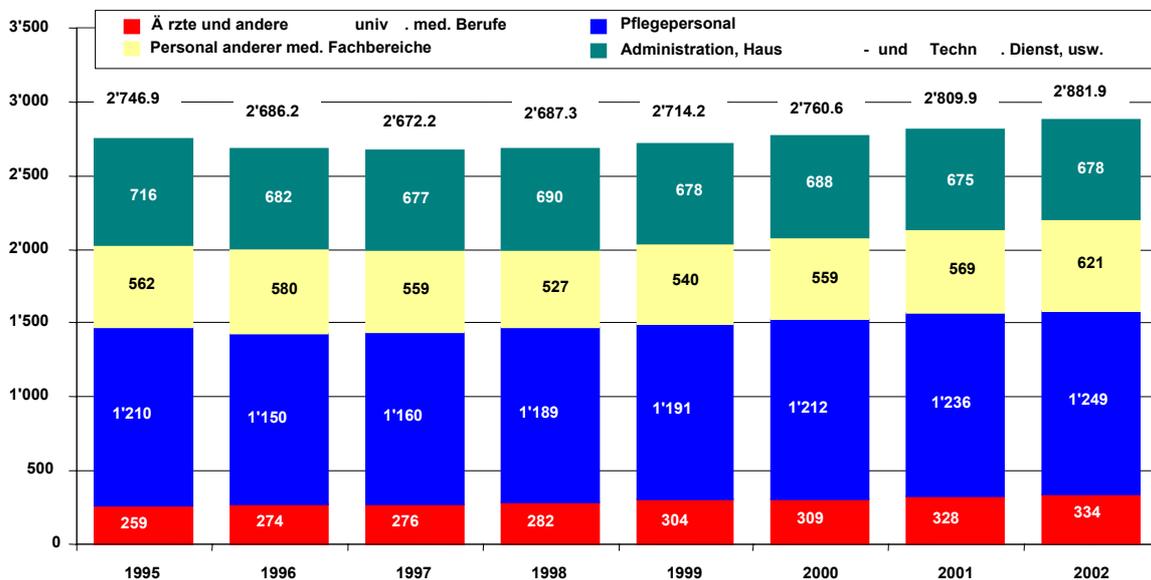
Die Entwicklung der Anzahl von betriebenen Betten widerspiegelt grösstenteils die Spitaltätigkeit, währenddem der Belegungssatz dieser Betten es ermöglicht, das Vorhandensein oder nicht von Überkapazitäten zu bestimmen.

6.2.3 Anzahl von Stellen

Die nachfolgenden Daten wurden durch die Spitäler dem Departement für Gesundheit geliefert.

6.2.3.1 Gesamtzahl von Vollzeitstellen sowie Anzahl Vollzeitstellen pro betriebenes Bett

Seit einiger Zeit treten die Schwierigkeiten im Zusammenhang mit dem Pflegepersonal immer mehr in den Vordergrund. Demnach zeigt diese Abbildung auf, dass das Personal in den Spitäler sich relativ stabil entwickelte, indem es zwischen 1995 und 2002 nur um 4.9% zunahm.



Quelle : Spitäler



Die verschiedenen, beruflichen Bereiche haben sich jedoch, wie dies die nachfolgende Tabelle aufzeigt, unterschiedlich entwickelt (Berechnung auf Indexbasis, 1995=100).

Funktionen	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Ärzte und übriges Personal mit universitärer Ausbildung (med)	100.0	105.8	106.7	108.8	117.5	119.4	126.9	129.1
Krankenpflegepersonal	100.0	95.0	95.8	98.2	98.4	100.1	102.1	103.2
Übriges Pflegepersonal	100.0	103.2	99.5	93.7	96.0	99.4	101.2	110.4
Admin, techn., Ökonomat, usw.	100.0	95.3	94.6	96.4	94.7	96.2	94.3	94.7
Total Personal	100.0	97.8	97.3	97.8	98.8	100.8	102.2	104.9
Pflegepersonal	100.0	98.7	98.2	98.3	100.2	102.4	105.0	108.5

Obschon die Ärzte und das Personal mit universitärer Ausbildung im medizinischen Bereich innert sieben Jahren um rund 29.1% zugenommen haben, hat das Krankenpflegepersonal sehr wenig zugenommen und die übrigen Pflegepersonen haben deutlich weniger rasch zugenommen (um ungefähr 10%). Betreffend das Verwaltungspersonal, das Personal der technischen Dienste sowie des Hausdienstes, belief sich die Zunahme auf 5.3%.

In der nachfolgenden, zusammenfassenden Tabelle zeigen wir die Aufteilung der Vollzeitstellen pro Anstalt und pro Berufskategorie vor:

	Brig	Visp	Siders	CVP	Sitten	Martinach	St-Amé	IPVR	Chablais (VS)	Total
Ärzte und übriges Personal mit universitärer Ausbildung (med)	49.5	35.6	41.1	8.1	90.0	36.0	6.7	39.1	28.1	334.1
Krankenpflegepersonal	155.8	141.2	147.5	41.3	339.0	125.5	79.7	112.5	106.8	1249.3
Übriges Pflegepersonal	96.9	58.4	83.6	20.2	190.6	87.3	13.3	16.4	54.2	620.8
Admin, techn., Ökonomat, usw.	71.9	79.5	77.2	43.8	177.4	69.4	48.6	74.2	35.8	677.7
Total Personal	374.0	314.8	349.3	113.4	797.0	318.1	148.2	242.2	225.0	2881.9

Aufgrund dieser Tabelle stellen wir fest, dass das Krankenpflegepersonal und das übrige Pflegepersonal mehr als 60% der Stellen der Spitäler darstellen. Die Ärzte und das übrige Personal mit universitärer Ausbildung im medizinischen Bereich entsprechen einem Anteil von ungefähr 11%. Was die durchschnittliche Anzahl von Stellen in der Verwaltung, im technischen Dienst und im Hausdienst anbelangt, liegt der betreffende Anteil bei ca 23%.

Gemäss der oben erwähnten Tabelle hätte das Spital des Chablais weniger Personal als zum Beispiel die Spitäler von Brig und von Siders. Es ist jedoch unabdingbar, daran zu erinnern, dass die Daten aller Spitäler vorgestellt werden. Indes weisen die Spitäler von Brig, Siders,



Sitten und Martinach mehrere Kategorien der Pflege in ihren Leistungsaufträgen auf. Demzufolge ist auf den Umstand zu verweisen, dass die Vergleiche mit der notwendigen Vorsicht anzustellen sind.

Das Spital des Chablais bietet nämlich weder geriatrische noch psychiatrische Leistungen an, die in diesem Spitalzentrum durch die Psychiatrischen Institutionen des Valais Romand sichergestellt werden. Indes ermöglicht uns die nachstehende Tabelle festzustellen, dass die Spitäler von Brig, Siders und des Chablais für denselben Leistungsauftrag ähnliche Personaldotationen aufweisen:

	Akutpflege		
	Brig	Siders	Chablais (VS)
Ärzte und übriges Personal mit universitärer Ausbildung (med)	28.1	36.9	28.1
Krankenpflegepersonal	89.5	93.6	106.8
Übriges Pflegepersonal	76.5	78.4	54.2
Admin, techn. Ökonomat usw.	42.4	55.8	35.8
Total Personal	236.5	264.8	225.0

6.2.3.2 Gesamtzahl von Angestellten im Jahre 2002

Der nachfolgende Abschnitt zeigt auf, dass die Anzahl Stellen sich im Jahre 2002 auf 2'881.9 belief. Es ist jedoch wichtig, daran zu erinnern, dass im Pflegebereich eine grosse Anzahl von Personen teilzeitlich arbeiten.

Nach den übermittelten Daten der Spitälern waren nahezu 4'200 Personen in den Walliser Spitälern tätig, wie die nachfolgende Tabelle nach regionaler Verteilung aufzeigt:

	Anzahl von beschäftigten Personen	Durchschnittlicher Beschäftigungsgrad
Brig	573	65.3%
Visp	480	65.6%
Oberwallis	1'053	65.4%
Siders	574	60.9%
Sitten	1135	70.2%
CVP	150	75.6%
Martinach	475	67.0%
Zentralwallis	2'334	67.6%
St-Amé	196	75.6%
Psychiatrie des Mittel- und Unterwallis	320	75.7%
Chablais (Wallis)	337	66.8%
Unterwallis	853	72.2%
Gesamter Kanton	4'240	68.0%



Die Berechnung des durchschnittlichen Beschäftigungsgrades für jede beschäftigte Person liegt demnach bei etwas weniger als 70%.

In Bezug auf die Aufteilung der Personen zwischen den verschiedenen Standorten umfassen die für die Anstalten von Brig, Visp, Siders, Sitten und Martinach vorgestellten Zahlen die Bereiche Akutpflege, Geriatrie und Psychiatrie.

6.3. Die tätigkeitsbezogenen Indikatoren

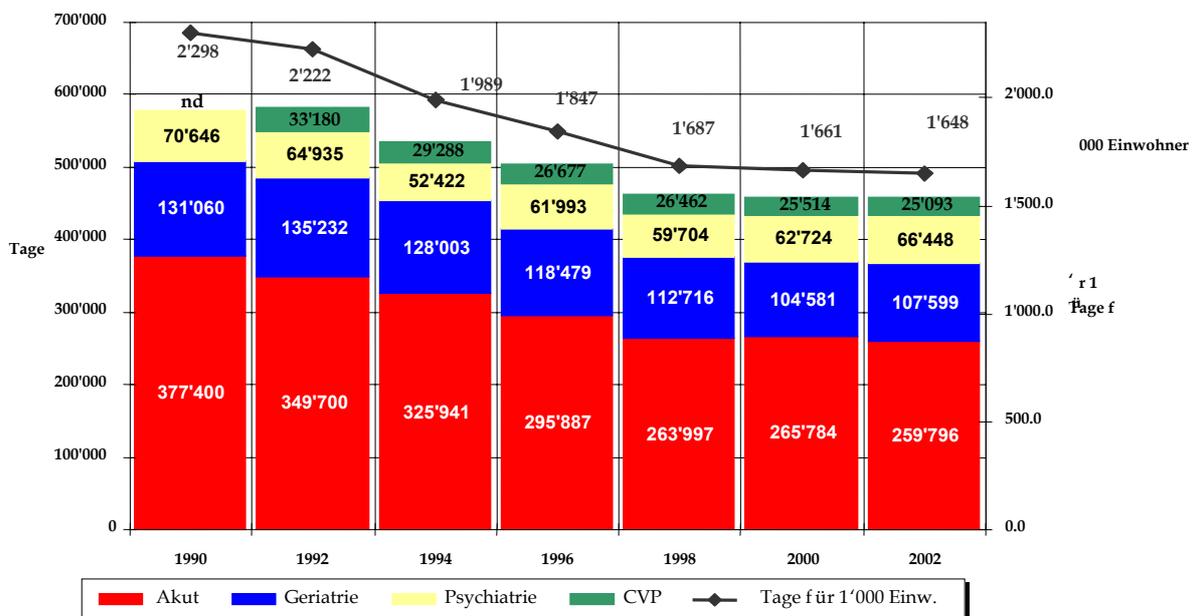
Das « Walliser Spitalkonzept » von 1996 zeigte bereits die Notwendigkeit auf, zu Handeln und die bestehenden Überkapazitäten abzubauen. Die hiermit vorgestellten Indikatoren bestätigen nochmals die Zweckmässigkeit des Vorgehens.

6.3.1 Entwicklung der Anzahl von Krankentagen zwischen 1990 und 2002

Die nachfolgende Abbildung präsentiert die Entwicklung der Krankentage im Spitalbereich. Insgesamt ist festzustellen, dass sämtliche Tätigkeitsbereiche eine Abnahme der Anzahl von Krankentagen registriert haben, mit Ausnahme der Psychiatrie, welche eine stabile Entwicklung aufweist. Die Entwicklung war jedoch nicht in allen Bereichen dieselbe.

Die Akutpflege hat in der Tat die grösste Reduktion registriert, indem die Abnahme sich seit 1990 auf 117'604 Tage (-31.2%) belief, währenddem sich in der Geriatrie die Anzahl Tage um 23'461 verminderte (-17.9%). Das Walliser Zentrum für Pneumologie hingegen registrierte eine Abnahme der Anzahl von Tagen um 8'087 Einheiten (-24.4%).

Insgesamt liegt die Reduktion der Anzahl Krankentage im Spitalbereich bei 120'170 Tagen, was einer Abnahme von rund 20.8% entspricht.



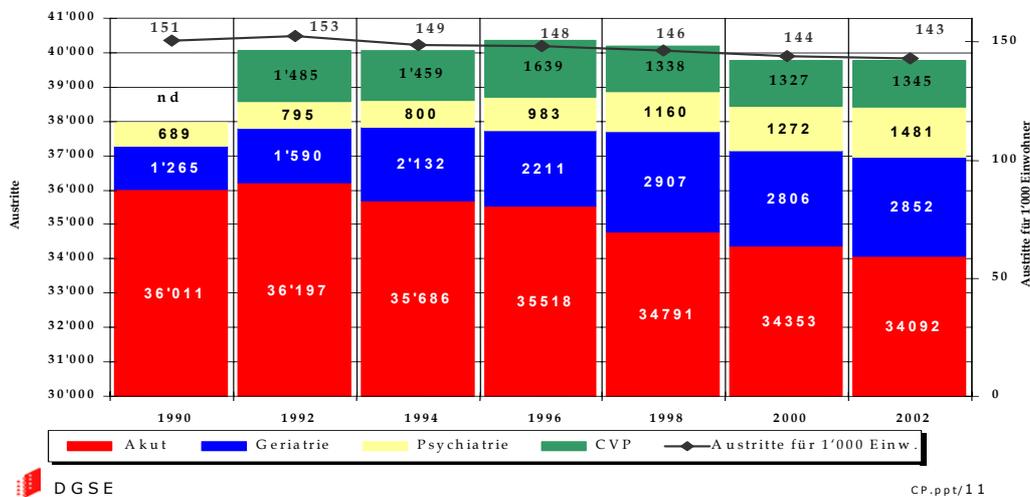
Quelle : Departement für Gesundheit, Sozialwesen und Energie.



Seit 1990 ist diese Entwicklung je nach Tätigkeitsbereich aus verschiedenen Gründen zu erklären:

- In der Akutpflege haben wahrscheinlich die Verschiebung einiger Aktivitäten auf den ambulanten Bereich, die neuen Technologien sowie der Übergang zur abteilungsbezogenen Fallpauschale bei dieser Entwicklung eine Rolle gespielt;
- In der Geriatrie ist eine weniger bedeutende Reduktion von 6.5% festzustellen. Dies erklärt sich teilweise durch eine stets aktivere Betreuung des Patienten. Diese veränderte Betreuung wirkt sich unmittelbar auf die Aufenthaltsdauer aus.
- In der Psychiatrie hat die Anzahl von Tagen stark abgenommen.

6.3.2 Entwicklung der Anzahl von Austritten zwischen 1990 und 2002



Quelle : Departement für Gesundheit, Sozialwesen und Energie
 Diese Abbildung, welche die Entwicklung der Anzahl von Fällen im Spitalbereich zwischen 1990 und 2002 darstellt, weist auf eine stabile Entwicklung der Anzahl Fälle im Spitalbereich bei rund 40'000 auf. So hat auch die Anzahl von Austritten pro 1'000 Einwohner nur sehr wenig Änderungen erfahren (innert 13 Jahren von 151 auf 143). In Prozentsätzen entspricht diese Entwicklung einer Abnahme von 5.3%.

Indes ist die Anzahl von Fällen stark unterschiedlich je nach Kategorie der Pflege. So nimmt die Anzahl von Fällen im Akutbereich ab, währenddem die Geriatrie und die Psychiatrie innert 12 Jahren eine Verdoppelung erfahren haben.

In bezug auf die Akutpflege präsentieren wir in der nachfolgenden Tabelle die Anzahl von Austritten in den wichtigsten Disziplinen (betreffend die Anzahl von Fällen) pro Spital.

	Brig	Visp	Siders	Sitten	Martinach	Chablais Valais	Valais
Medizin	1'531	1'526	1'943	2'661	2'072	1'482	11'215
Chirurgie	1'148	1'438	837	1'275	672	1'013	6'383
Orthopädie	340	362	558	903	616	354	3'133
Gynäkologie	179	242	324	378	350	156	1'629
Geburtshilfe	246	458	465	734	511	407	2'821
Pädiatrie	262	297	307	536	456	500	2'358
Übrige Disziplinen	667	647	627	3'381	678	553	6'553



TOTAL	4'373	4'970	5'061	9'868	5'355	4'465	34'092
--------------	--------------	--------------	--------------	--------------	--------------	--------------	---------------

Allgemein ist festzuhalten, dass diese Disziplinen mehr als 80% der Tätigkeit der Spitäler entsprechen. Dabei nehmen die innere Medizin und die Chirurgie eine bedeutende Stellung ein.

6.3.3 Hospitalisationssatz (Austritte pro 1'000 Einwohner)

Eine Analyse der Anzahl von Austritten pro 1'000 Einwohner ermöglicht es, die Entwicklung in diesen Bereichen zu vergleichen.

Austritte	1990	1992	1994	1996	1998	2000	2002
Akutupflege	143	138	132	130	127	124	123
Geriatrie	5.0	6.1	7.9	8.1	10.6	10.2	10.2
Psychiatrie	2.7	3.0	3.0	3.6	4.2	4.6	5.3
Walliser Zentrum für Pneumologie	nicht bekannt	5.7	5.4	6.0	4.9	4.8	4.8
Total	151	153	149	148	146	144	143

Der Akutbereich ist bei weitem der wichtigste, indem er nahezu 90% der Austritte pro 1'000 Einwohner entspricht. Die Anzahl von Austritten pro 1'000 Einwohner sank jedoch zwischen 1995 und 2002 um 7.5% und um 13.9% zwischen 1990 und 2002. Das Walliser Zentrum für Pneumologie ist ebenso mit einer Abnahme konfrontiert, indem die Anzahl von Austritten pro 1'000 Einwohner von 5.9 im Jahre 1995 auf 4.8 im Jahre 2002 gesunken ist. Dies entspricht einer Abnahme von 18.6%.

Der Geriatriebereich hat fortschreitend von 5.0 Austritten pro 1'000 Einwohner auf 10.2 Austritten pro 1'000 Einwohner zugenommen. Dies entspricht einer Progression von rund 100%. Wir stellen somit fest, dass die Entwicklung viel ausgeprägter als im Akutsektor ist. Der Psychiatriebereich hat um rund 96.3% zugenommen.

Die geriatrische Betreuung muss Gegenstand von globalen Überlegungen sein, so wie dies im Konzept definiert ist, dass durch den Staatsrat im Jahre 2001 angenommen wurde. Durch eine Abstimmung der Strukturen der Pflegeheime, der Sozialmedizinischen Zentren, usw. aufeinander sollte eine Anpassung der in der Geriatrie festgelegten Norm möglich sein.

6.3.4 Durchschnittliche Aufenthaltsdauer

	1990	1992	1994	1996	1998	2000	2002	Entwicklung in % zwischen 1990 und 2002
Akutupflege	10.5	9.7	9.1	8.3	7.6	7.7	7.6	-27.4%
Geriatrie	103.6	85.1	60.0	53.6	38.8	37.3	37.7	-63.6%
Psychiatrie	102.5	81.7	65.5	63.1	51.5	49.3	44.9	-56.2%
CVP	nd	22.3	20.1	16.3	19.8	19.2	18.7	-16.5%
Durchschnitt	15.3	14.6	13.4	12.5	11.5	11.5	11.5	-24.4%

Quelle: Departement für Gesundheit, Sozialwesen und Energie.



Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer entspricht der Anzahl von Tagen dividiert durch die Anzahl von Austritten. Demnach ist festzustellen, dass alle Tätigkeitsbereiche eine bedeutende Reduktion der Aufenthaltsdauer aufweisen und zwar zwischen -16.5% und -63.6%. In Bezug auf die verschiedenen Kategorien von Anstalten ist folgendes hervorzuheben:

- Die Akutpflege weist die kürzeste Aufenthaltsdauer auf, indem sie sich im Jahre 2002 auf 7.6 Tage beläuft. Wir stellen fest, dass dies der einzige Bereich ist, der sich unter dem Gesamtdurchschnitt befindet. Innerhalb von 12 Jahren hat die durchschnittliche Aufenthaltsdauer insbesondere dank der Entwicklung von neuen Technologien um 27.4% abgenommen.
- Die Bereiche der Geriatrie und der Psychiatrie weisen ähnliche Entwicklungen auf. In der Tat lagen diese beiden Tätigkeitsbereiche im Jahre 1990 sehr stark über dem Durchschnitt, indem 100 Tage erreicht wurden, was im Vergleich zum Gesamtdurchschnitt von 15.3 Tagen deutlich höher ist. Innerhalb von 13 Jahren haben diese beiden Tätigkeitsbereiche ihre durchschnittlichen Aufenthaltsdauern deutlich gesunken.
- Das Walliser Zentrum für Pneumologie weist eine Aufenthaltsdauer auf, die zwischen 1990 und 1997 um 3.7 Tage gesunken und in der Folge im Jahre 1998 um 4.2 Tage angestiegen ist. Diese Zunahme erklärt sich durch einen starken Anstieg der Aufenthaltsdauer im Bereich der Pneumologie.

6.3.5 Belegungsrate der betriebenen Betten

Die Belegungsrate der betriebenen Betten stellt ein Verhältnis zwischen der Anzahl von Hospitalisationstagen und den betriebenen Betten während des Jahres her. Die mathematische Formel ist die folgende:

$$\frac{\text{Anzahl von Tagen} * 100}{\text{Anzahl von betriebenen Betten} * 365} = \text{Belegungsrate der betriebenen Betten}$$

Die nachstehende Tabelle präsentiert die Belegungsrate der verschiedenen Tätigkeitsbereichen.

	1990	1992	1994	1996	1998	2000	2002
Akutpflege	81.5	79.4	84.1	85.0	91.4	95.4	93.8
Geriatrie	91.6	86.6	93.0	93.5	90.3	92.7	94.8
Psychiatrie	93.1	87.6	80.7	80.9	79.8	83.4	88.4
Walliser Zentrum für Pneumologie	Nicht bekannt	96.7	90.2	89.1	89.5	93.2	91.7
Kanton	80.8	82.7	86.0	86.5	89.4	92.9	93.1

Insgesamt kann festgestellt werden, dass ab dem Jahre 1998 der Akutbereich eine Belegungsrate von über 90% aufweist, währenddem dieser Prozentsatz in der Geriatrie seit 1990 erreicht wird.

Der Geriatriesektor hingegen verlief während der ganzen Periode relativ stabil. Die Belegungsrate variieren zwischen 91.6% im Jahre 1990 und 94.8% im Jahre 2002.



6.4. Die Entwicklung der Ausgaben der verschiedenen Tätigkeitsbereichen

6.4.1 Die Betriebsausgaben (Brutto – Akut, Geriatrie, Psychiatrie, Walliser Zentrum für Pneumologie)

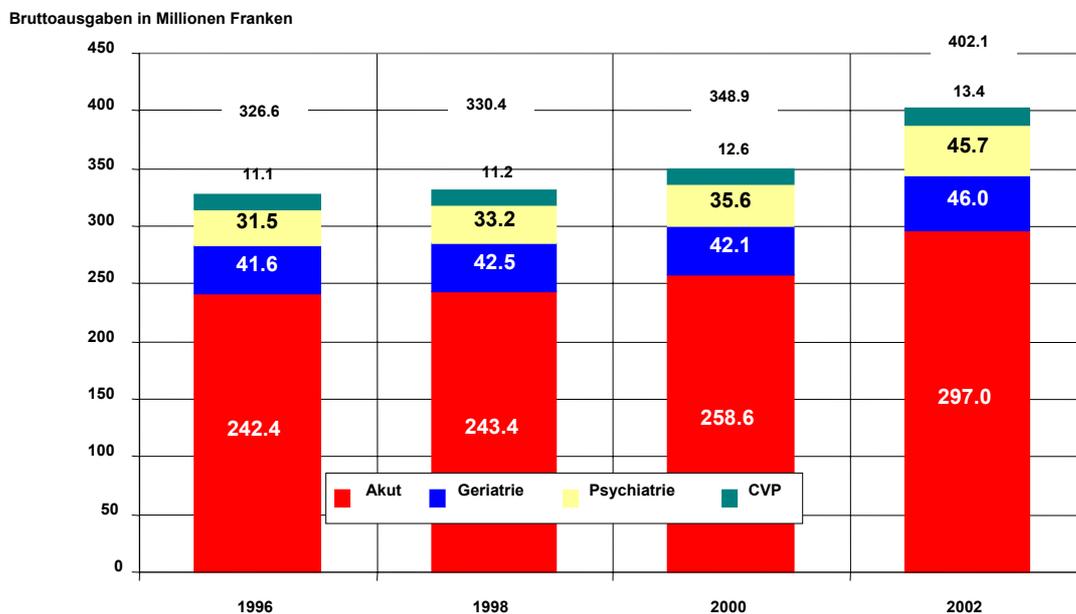
Seit 1995 sind die Bruttoausgaben der Spitäler von 321.3 auf 402.1 Millionen Franken angestiegen. Diese Zunahme von 80.8 Millionen entspricht einem Anstieg von rund 21%.

Genauer fiel die Zunahme der Betriebsausgaben der verschiedenen Tätigkeitsbereiche wie folgt aus:

- Akutpflege : + 22.5%
- Geriatrie : + 24.1%
- Psychiatrie + 48.9%
- Rehabilitation + 18.9%

Wir stellen fest, dass der Akutpflegebereich einen bedeutenden Anteil der Spitaliausgaben ausmacht, indem dieser Tätigkeitsbereich im Jahre 2002 73.9% der Kosten ausmacht.

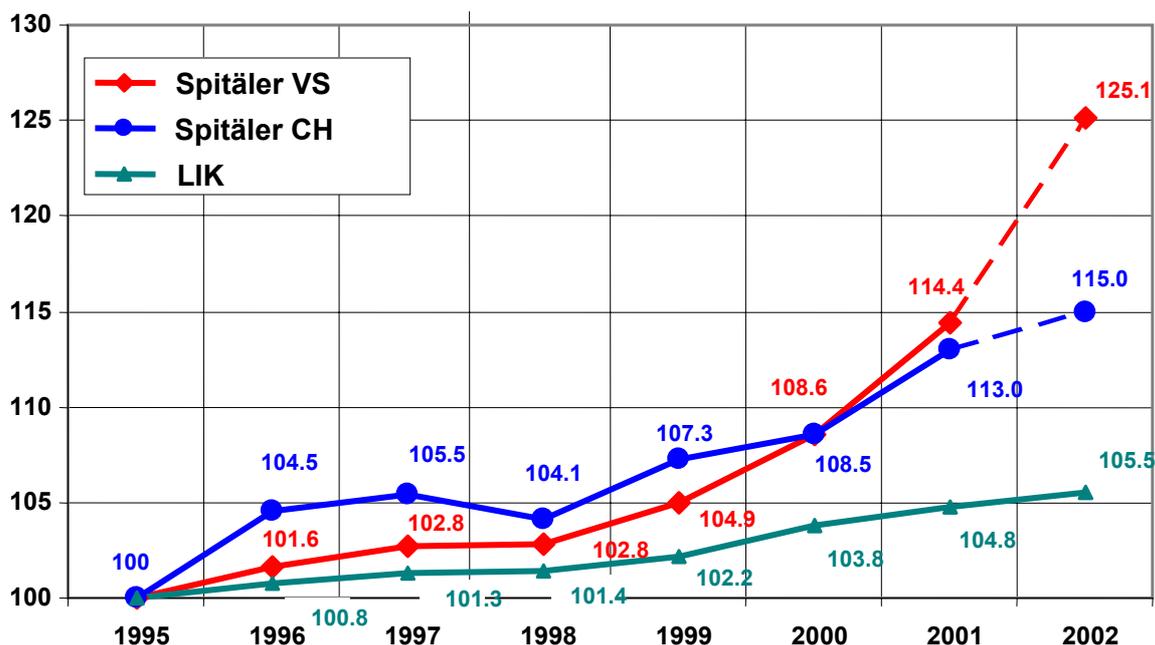
Die Ausgaben für die Tätigkeitsbereiche der Geriatrie und der Psychiatrie entsprechen rund 11% der Gesamtausgaben. Es ist dennoch darauf hinzuweisen, dass die Psychiatrie einen höheren Anstieg als die Geriatrie aufwies. Dieser Umstand wird durch eine starke Zunahme der Anzahl Austritte sowie durch eine Senkung der Aufenthaltsdauer erklärt. Dementsprechend erfordert die psychiatrische Versorgung eine intensivere Betreuung und entsprechend mehr Personal.



Quelle: Departement für Gesundheit, Sozialwesen und Energie



6.4.2 *Entwicklungsindex der Bruttoausgaben der Spitäler (Schweiz und Wallis) und Landesindex der Konsumentenpreise*



Quelle: Departement für Gesundheit, Sozialwesen und Energie und Bundesamt für Statistik

Diese Abbildung präsentiert die Entwicklung der Ausgaben der Walliser und Schweizer Spitäler im Vergleich zu der Entwicklung der Konsumentenpreise.

Insgesamt können wir sagen, dass der Spitalsektor ein höheres Wachstum als dasjenige des LIK aufwies, indem der Spitalsektor stets höhere Wachstumsraten aufwies. Es ist dennoch zu erwähnen, dass bis 1998 die Walliser Spitäler Ausgaben aufwiesen, die im Vergleich zur Schweiz stets weniger anstiegen.

Seit 1998 war der Kanton Wallis stets mit hohen Wachstumsraten konfrontiert. Innerhalb vier Jahren hat die Zunahme sogar diejenige der Schweizer Spitäler überschritten. Dies erklärt sich grösstenteils durch die Lohnerhöhungen, die in den letzten Jahren gewährt worden sind.



7. Die Finanzierung

Dieses Kapitel enthält eine Synthese über die Finanzierung der Walliser Spitäler.

Im Spitalwesen hat der Kanton diesbezüglich Reformen unternommen, indem ab dem Jahre 1998 im Rahmen des Globalbudgets eine abteilungsbezogene Fallpauschale eingeführt wurde. Dieses sehr innovative System erforderte Anpassungen und gewisse Korrekturmassnahmen, damit der Übergang zu der mittelfristig anvisierten Finanzierung pro Pathologie vollzogen werden kann.

Die abteilungsbezogenen Fallpauschalen haben ihre Zielsetzung als Zwischenetappe erfüllt: sie widerspiegeln viel besser die Tätigkeiten der Anstalten als das vormalige System der Tagespauschalen und die innerhalb jeder Abteilung festgestellten Unterschiede sind weniger hoch als befürchtet. Das System ermöglichte es, in Richtung einer Finanzierung pro Pathologiegruppen zu gehen (APDRG, siehe Abschnitt unten).

7.1. Spitaltarife 2001

Mit Datum vom 20. Dezember 2000 haben die Vereinigung der Walliser Spitäler und die Krankenversicherer einen Vertrag für die Spitaltarife 2001 unterzeichnet.

Infolge dieses Vertrages hat die Kantonsregierung als zuständige Behörde für die Genehmigung der Tarifverträge gemäss der Bundesgesetzgebung die Preisüberwachung um eine Vormeinung gebeten. Letztere Instanz hat ihre Empfehlungen abgegeben und hat den Staatsrat gebeten, den Vertrag nicht zu genehmigen.

Trotz dieser Empfehlung und auf Gesuch des Grossen Rates wurde der Vertrag durch den Staatsrat genehmigt. Die beiden Verbände der Krankenversicherer (Oberwallis und Unterwallis) haben in der Folge Beschwerde beim Bundesrat eingereicht.

In seinem Entscheid vom 2. Juli 2003 über die Tarife 2001 der Walliser Spitäler hat der Bundesrat die Beschwerde der Versicherer teilweise angenommen und die Angelegenheit für einen neuen Entscheid an den Staatsrat zurückgewiesen.

Am 18. Juli und am 15. Oktober 2003 hat der Staatsrat den Bundesrat um eine Interpretation seines Entscheides gebeten. Der Bundesrat hat dies in seiner Stellungnahme vom 15. Dezember 2003 getan.

7.2. Spitaltarife 2002

Die Tarifverhandlungen 2002 zwischen der GEHVAL und den Krankenversicherern haben nicht zur Unterzeichnung eines Vertrages geführt. Demzufolge haben die Partner von der Regierung verlangt, die Spitaltarife 2002 behördlich festzulegen.

Bevor diese Tarife definitiv festgelegt werden, werden die Partner gemäss Art. 47 Abs. 1 KVG konsultiert. Die Preisüberwachung wird ebenfalls konsultiert.

Gegen diesen Entscheid der Regierung für das Jahr 2002 wurden Beschwerden an den Bundesrat gerichtet.

Mit Datum vom 15. Dezember 2003 hat der Bundesrat seinen Entscheid über die Tarife 2002 veröffentlicht. Gleich wie für das Jahr 2001 hat der Bundesrat nicht die Tarife 2002 festgelegt doch den Antrag an den Staatsrat gerichtet, die neuen Tarife unter Berücksichtigung von seiner Erwägungen zu veröffentlichen.



Sobald die notwendigen Berechnungen durchgeführt worden sind, werden die Tarife 2001/2002 im offiziellen Amtsblatt (Anfang Februar 2004) veröffentlicht.

In Bezug auf die Finanzierung der Auswirkungen, welche aus der mangelnden Transparenz und aus den Kosten für Forschung und Lehre für die Jahre 2001 und 2002 resultieren, wird der Grosse Rat die Modalitäten in einem spezifischen Dekret festlegen sobald die Tarife für diese Jahre anwendbar sind.

7.3. Spitaltarife 2003

Die Tarifverhandlungen 2003 für **den stationären Bereich 2003 des KVG (Akutpflege)** zwischen dem GNW und den Versicherern haben nicht zu einem Vertrag geführt. Demzufolge haben die Partner von der Regierung verlangt, die Spitaltarife 2003 behördlich festzulegen. Dabei bildet das Spital des Chablais die Ausnahme, indem für diese Anstalt ein Vertrag abgeschlossen werden konnte.

In den übrigen Tätigkeitsbereichen (Geriatric, Psychiatrie und Psychogeriatric) wurde für das Jahr 2003 ein Tarifvertrag mit santésuisse abgeschlossen.

Bevor diese Tarife definitiv festgelegt werden, wurden die Partner gemäss Art. 47, Abs. 1 KVG konsultiert. Gleichsam wurde die Preisüberwachung im Sinne des Gesetzes über die Preisüberwachung (Art. 14) ebenfalls konsultiert.

Mit Datum vom 12. November 2003 hat die Preisüberwachung ihre Empfehlungen abgegeben. Demzufolge ist der Staatsrat dafür zuständig, die KVG-Tarife des stationären Bereiches der Akutspitäler (Martinach, Sitten, Siders, Visp und Brig) festzulegen. Die Tariffestlegung 2003 wird anfangs Februar 2004 beschlossen werden.

7.4. Die Auswirkungen des Vollzuges des Dekretes über das Gesundheitsnetz Wallis auf die neuen Modalitäten der Spitalfinanzierung

Mit dem Vollzug des Dekretes über das Gesundheitsnetz Wallis vom 4. September 2003 sind die Finanzflüsse zwischen dem Staat und den Spitälern verändert worden durch die Tatsache, dass die Beteiligung der Gemeinden aufgehoben wird.

7.4.1 Die neuen Modalitäten der Spitalfinanzierung

Die neuen Modalitäten der Finanzierung der als gemeinnützig anerkannten Spitäler können wie folgt zusammengefasst werden:

- Das Budget des Gesundheitsnetzes Wallis (GNW), welches die Budgets der als gemeinnützig anerkannten Spitäler umfasst, unterliegt dem Departement für Gesundheit, Sozialwesen und Energie zur Genehmigung. Die gleiche Vorgehensweise ist auf die Rechnung des GNW anwendbar, die ebenso die Rechnungen aller Spitäler umfasst.
- Der Staatsrat gewährt auf dem Budgetweg den Betrag der finanziellen Beteiligung des Staates an das GNW. Dieser Betrag wird durch den Grossen Rat festgelegt. Das Gesundheitsnetz Wallis teilt die finanzielle Beteiligung des Kantons zwischen den Spitälern auf. Dabei ist der Planung, den Leistungsaufträgen sowie den berücksichtigten Ausgaben Rechnung zu tragen.
- Das Gesundheitsnetz Wallis wird beauftragt, die Verhandlungen zu führen, einerseits mit den Versicherern betreffend die Tarifverträge, andererseits mit den Gewerkschaften betreffend die Gesamtarbeitsverträge.



8. Das Gesundheitsnetz Wallis (GNW)

8.1. Die Struktur des GNW

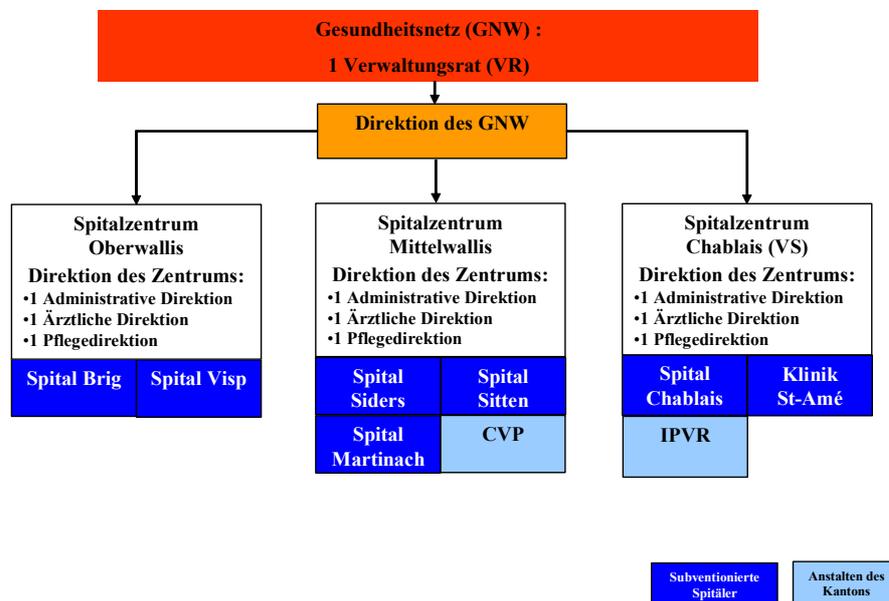
Mit der Schaffung des Gesundheitsnetzes Wallis (GNW) im Februar 2002 hat der Kanton eine eigenständige, öffentlich-rechtliche Einrichtung geschaffen, welche die Zielsetzung verfolgt, **die Staatsratsentscheide in Sachen Spitalplanung umzusetzen sowie die Tätigkeiten der Spitäler sowie der medizinischen-technischen, öffentlichen und als gemeinnützig anerkannten Instituten zu verwalten.**

Mit der Vernetzung der Spitäler ziehen sich die Gemeinden aus der Finanzierung dieser Anstalten zurück. In Bezug auf die Spitäler führt die Vernetzung zu einer Übertragung der Kompetenzen von den Spitalverbänden zum GNW.

Demzufolge werden gemäss dem klar durch den Staatsrat in seiner Botschaft an den Grossen Rat kundgetanen Willen drei Spitalzentren geschaffen, die allesamt ein umfassendes Leistungsangebot anbieten. Dieses Leistungsangebot wird ergänzt durch gewisse Disziplinen mit kantonalem Charakter, die durch nur eine Anstalt im Kanton angeboten werden. Überdies gibt es Leistungen, die nur ausserkantonale und durch Universitätspitäler angeboten werden.

Wie dies der Staatsratsentscheid vom 15. Oktober 2003 vorsieht, ist auf den 1. Januar 2004 die nachfolgende Struktur in Kraft getreten.

Spitalorganisation 2004
(Quelle : DGW)





8.2. Eine Spitalzone

8.2.1 Zielsetzung der Spitalzonen : zwischen 1996 und 2003

Bis heute entsprach **die Spitalzone** einer geographischen Aufteilung des Kantons, womit gemäss dem Gesundheitsgesetz die Verpflichtungen und Modalitäten **der finanziellen Beteiligung** der Gemeinden festgelegt werden konnten.

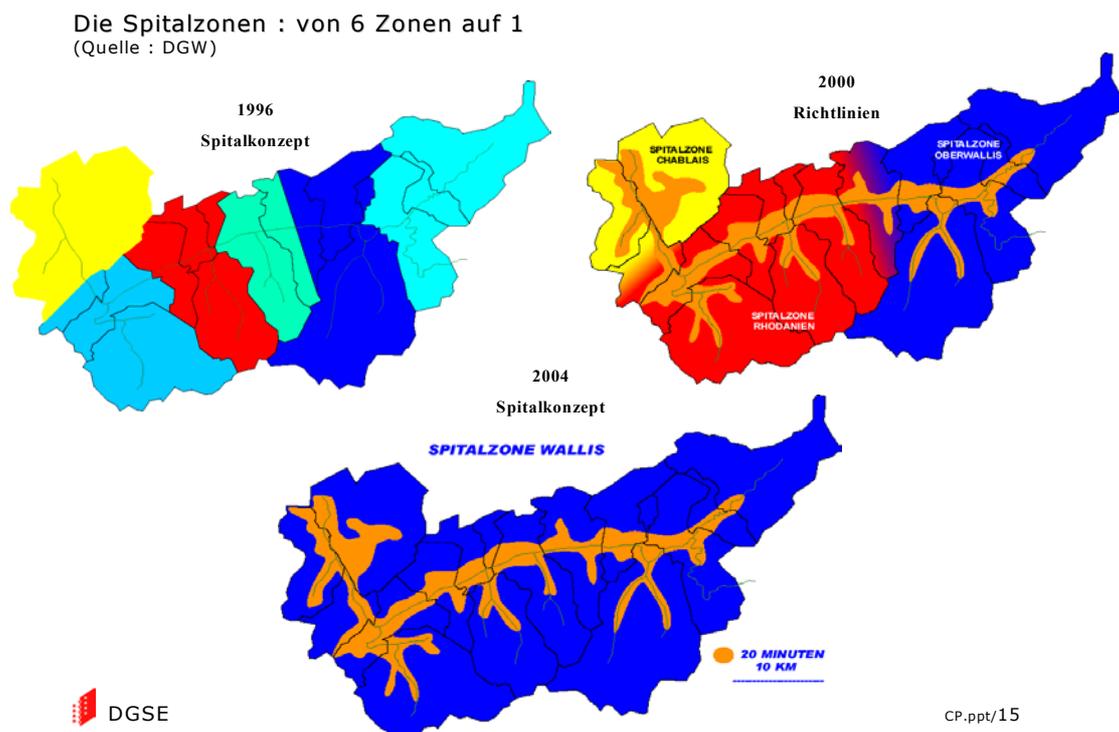
Die Zuteilung der Gemeinden an eine Spitalzone wurde insbesondere gemäss den Artikeln 98 und 99 des Gesundheitsgesetzes durchgeführt. Diese Artikel **setzten insbesondere eine gewisse Anzahl von Verpflichtungen für die Gemeinden einer selben Zone** voraus. So wurden die Spitalausgaben, welche nicht mit der Planung und mit den Regeln der Subventionierung konform waren, durch die Gemeinden der betreffenden Spitalzone übernommen. Für die übrigen Leistungen hingegen, so wie die kantonalisierten Disziplinen, waren die Gemeinden nicht finanziell daran beteiligt.

Überdies waren die Gemeinden einer Zone Mitglieder des öffentlich-rechtlichen oder privatrechtlichen Gemeindeverbandes. Die Gemeinden waren dementsprechend direkt an der Verwaltung der Spitäler der Zone beteiligt, welcher sie zugeteilt sind.

Die Spitalzone bestimmte hingegen nicht den Behandlungsort der Patienten. Letztere konnten immer die Anstalt des Kantons auswählen, in welcher sie sich pflegen wollten unter der Bedingung, dass die betreffende Anstalt die im Verhältnis zur Behandlung angepasste Leistungen anbot.

8.2.2 Von sechs Spitalzonen auf eine Spitalzone: 1. Januar 2004

Mit der Annahme, am 4. September 2003, der Revision des Dekretes über das GNW, wird der Begriff der Spitalzone so wie er im Walliser Gesetz umschrieben wird, hinfällig, indem **die Kompetenzen der Gemeinden an das GNW** übertragen werden. Überdies ist gemäss dem neuen Artikel 98 des Gesundheitsgesetzes **das GNW für die Zuteilung der Betriebsergebnisse und für die Deckung der Betriebsdefizite zuständig**.





9. Massnahmen zur Rationalisierung der Geschäftsführung

Mit der Verwirklichung von Rationalisierungsmassnahmen wird die Zielsetzung verfolgt, die Geschäftsführung der Spitäler zu verbessern, ohne dass der Patient auf die erforderliche Pflege und Behandlung zu verzichten hat. Mittelfristig werden die aus den verwirklichten Massnahmen freiwerdenden Mittel genutzt werden können, um die Betreuung der Patienten weiter zu verbessern.

Die Reorganisation des administrativen Bereiches stellt somit die erste Etappe dieser Planung dar, wobei die nachfolgenden Massnahmen zu verwirklichen sind:

1. Informatisierung der Spitäler
2. Erstellung einer Kostenstellen- bzw. -trägerrechnung
3. Zentralisierung der Finanzbuchhaltung
4. Zentralisierung der Fakturation
5. Einführung des Tarmed für die Fakturation der ambulanten Spitalleistungen und der APDRG für den stationären Bereich,
6. Schaffung einer Zentrale für die Anschaffungen,
7. Zentralisierung der Codierung (Diagnosen und Eingriffe).

9.1. Informatisierung der Spitäler

Die Informatisierung der Spitäler liegt den übrigen Massnahmen zugrunde. Nur ein einheitliches Informationssystem wird es ermöglichen, die weiter unten vorgeschlagenen Rationalisierungsmassnahmen zu verwirklichen.

Am 7. Juli 2000 entschied der Staatsrat, einen Direktionsausschuss einzusetzen, welcher mit der Umsetzung des Informationssystems des Walliser Gesundheitswesens beauftragt wird. Dabei besteht die erste Etappe in der Informatisierung der Spitäler.

Gegenwärtig schreitet das Dossier der Informatisierung mit seinen Projekten gemäss dem nachfolgenden Zeitplan voran:

- Einheitliche **administrative Informatisierung (SIAD)** für alle Spitäler bis im Januar 2004,
- **Informatisierung des Patientendossiers (SICL):** somatische Behandlung und Pflege bis im Dezember 2004 und Psychiatriepflege bis im Dezember 2005
- **Datawarehouse: Datenbank, welche mit synoptischen Tabellen versehen ist, die für die Sammlung und für die Auswertung der Daten der Systeme SIAD und SICL bestimmt sind (bis im Januar 2004)**
- **Server zur Identifizierung des Patienten:** Dieser Server ermöglicht es, den Patienten individuell im Rahmen des Informationssystems zu identifizieren. **Dabei werden Doppelspurigkeiten vermieden.**

Dank der Verwirklichung des SIAD wird das GNW auf effiziente Weise die vorgeschlagenen Rationalisierungsmassnahmen umsetzen können. Dementsprechend ist es unbedingt notwendig, dass diese erste Frist eingehalten wird.



9.2. Verwirklichung einer Kostenstellen- bzw. Kostenträgerrechnung

Gemäss dem Artikel 49, Abs. 6 KVG sind die nachfolgenden Bestimmungen anwendbar: « Die Spitäler ermitteln ihre Kosten und erfassen ihre Leistungen nach einheitlicher Methode, sie führen hierzu eine Kostenstellenrechnung und eine Leistungsstatistik ». Überdies präzisiert Abs. 7 folgendes: « Die Kantonsregierungen und, wenn nötig, der Bundesrat, ordnen Betriebsvergleiche zwischen Spitälern an. (...) Ergibt der Betriebsvergleich, dass die Kosten eines Spitals deutlich über den Kosten vergleichbarer Spitäler liegen oder sind die Unterlagen eines Spitals ungenügend, so können die Versicherer den Vertrag nach Artikel 46 Abs. 5 kündigen und der Genehmigungsbehörde beantragen, die Tarife auf das richtige Mass zurückzuführen ».

Bis heute haben die Spitäler mit mehr oder weniger Erfolg eine für ihre Anstalt bestimmte Kostenstellenrechnung eingeführt. Indes ging aus der Intervention des Preisüberwachers hervor, dass die Qualität der Kostenstellenrechnung in den Anstalten nicht dieselbe ist. Infolge dieser Unterschiede ist der Deckungsgrad der Versicherer gesunken.

Künftig gilt es, eine einheitliche Kostenträgerrechnung einzuführen, die auf den « Leitfaden der Kostenstellen- und der Kostenträgerrechnung der Walliser Spitäler » basiert. Die Zielsetzungen dieser Vereinheitlichung bestehen darin:

- die gesetzlichen Anforderungen erfüllen,
- die Kostentransparenz fördern
- Leistungserhebungen durchführen,
- ein leistungsfähiges Instrument für das Management entwickeln,
- die Vergleichsindikatoren ermitteln,
- die Wirtschaftlichkeit der Leistungen untersuchen,
- als Grundlage für Vergleiche zwischen Anstalten dienen,
- als Grundlage für Tarifverhandlungen dienen,
- den Kostendeckungsgrad der Versicherer erhöhen.

Angesichts des Standes dieses Dossiers scheint es vernünftig zu sein, dass eine einheitliche Präsentation der Rechnungen bis **im Dezember 2004** erfolgen kann. Dies bedingt von verschiedenen Spitälern einen hohen Arbeitseinsatz ist aber unabdingbar für eine höhere Kostendeckung.

9.3. Zentralisierung der Finanzbuchhaltung

Die Verwirklichung einer einheitlichen Kostenträgerrechnung steht im engen Zusammenhang mit derjenigen der Finanzbuchhaltung. Dementsprechend wird es die Zentralisierung ermöglichen, sie schneller zu vereinheitlichen.

Gleichsam werden die Vergleiche zwischen den Spitälern deutlich leichter ausfallen, indem ein identischer Kontenplan und dieselben Praktiken der Buchführung eingehalten werden.

Die erwartete Frist für die einheitliche Präsentation der Finanzbuchhaltung ist dieselbe wie diejenige für die Kostenträgerrechnung, nämlich **per Dezember 2004**.



9.4. Zentralisierung der Fakturation

Im gegenwärtigen Finanzierungssystem erfolgt die Fakturation aufgrund von abteilungsbezogenen Fallpauschalen. In der Praxis hängt der Rechnungsbetrag von zwei Elementen ab:

- die Pauschalen für Medizin, Chirurgie, usw. werden jährlich mittels Vertrag zwischen dem GNW und den Versicherern festgelegt,
- die Abteilung, in welcher der Patient hospitalisiert wird. Demzufolge wird die Fakturation aufgrund von Unterlagen erstellt, die durch den Arzt (Austrittsschreiben) unterbreitet werden.

Einer der Vorteile der Zentralisierung der Fakturation der Spitäler besteht in den Fristen für die Fakturation. Die Erfahrung zeigt, dass die Spitäler in dieser Hinsicht unterschiedlich handeln. Demzufolge wird es die Zentralisierung der Fakturation ermöglichen, diese Fristen in bedeutendem Masse und dementsprechend auch die Zinse der Kontokorrenten der Spitäler herabzusetzen.

Diese Massnahme sollte vernünftigerweise bis im **Dezember 2004** durchgeführt werden.

9.5. Einführung des Tarmed für die Fakturation der ambulanten Spitalleistungen sowie der APDRG für den stationären Spitalbereich

Gemäss Art. 43 Abs. 5 KVG ist die folgende Bestimmung anwendbar: *«Einzelleistungstarife müssen auf einer gesamtschweizerisch vereinbarten, einheitlichen Tarifstruktur beruhen»*. Der Tarmed ist demnach die Bezeichnung der neuen Tarifstruktur, welche die erbrachten Leistungen – entweder in der privaten Arztpraxis oder im ambulanten Spitalbereich – umfasst. Diese erbrachten Leistungen können zu Lasten der Krankenversicherer oder der übrigen Bundesversicherer (UVG/IV/MV) in Rechnung gestellt werden.

Damit die Entscheide des Bundes eingehalten werden können, müssen die Kantone die Fakturation des ambulanten Bereiches durch den Tarmed **ab dem 1. Januar 2004** einführen.

Betreffend den stationären Bereich haben die Partner beschlossen, diesen Sektor ab dem **1. Januar 2005** aufgrund der Pathologien zu finanzieren. Im Jahre 2004 wird eine Testphase durchgeführt. Jeder statistische Fall wird somit codiert.

In Bezug auf **die stationären UVG-Fälle** wird die Fakturation **ab dem 1. Januar 2004** aufgrund von APDRG erfolgen.

9.6. Schaffung einer Einkaufszentrale

Die Schaffung einer gemeinsamen Einkaufszentrale für alle Spitäler wird es ermöglichen, eine einheitliche Politik in Bezug auf die Einkäufe zu vollziehen. Überdies sollten die gemeinsamen Einkäufe es ermöglichen, insbesondere mittels Einkäufen von grösserer Quantität Einsparungen zu erzielen.

Gemäss dem Geschäftsbericht des GNW für das Jahr 2002 wurde ein Zusammenarbeitsvertrag mit der CADES unterzeichnet. Dementsprechend befand sich das Projekt in der Umsetzungsphase. **Ab Dezember 2004 muss das Projekt durchgeführt werden können.**



Gleichlaufend mit diesem ersten Projekt hat das Gesundheitsnetz Wallis (GNW) **Verhandlungen betreffend das Fernmeldewesen oder die Energie** geführt. Ein Zeitplan der zu treffenden Massnahmen sollte dementsprechend erstellt werden.

9.7. Zentralisierung der Codierung (Diagnosen und Eingriffe)

Gegenwärtig sind die Spitäler dazu verpflichtet, eine medizinische Statistik für den Kanton und für den Bund zu liefern.

Wenn der Bund diese Daten verwendet um interkantonale Vergleiche anzustellen, braucht der Kanton dieselben Statistiken um:

- die gesundheitspolitischen Strategien zu entwickeln,
- über Grundlagen für die Finanzierung der Spitäler zu verfügen,
- die Geschäftsführung der Spitäler zu kontrollieren.

Diese Statistiken sind dementsprechend für den Kanton sehr wichtig. Damit die Richtigkeit und die Zuverlässigkeit dieser Statistiken gewährleistet werden kann, hat das Walliser Gesundheitsobservatorium die Codierung zentralisiert, indem das beschäftigte spezialisierte Personal der Spitäler unter seiner Leitung zusammengelegt wird.

Das Observatorium hat sich dazu verpflichtet, ab 2004 eine präzise und einheitliche Codierung der Diagnosen zu liefern. Mit diesem Instrument sollte es möglich sein:

- zutreffende Vergleiche zwischen den Spitälern zu erstellen, insbesondere in Bezug auf die Pflegequalität,
- die standardisierten APDRG unter den verschiedenen Spitälern zu berechnen.

9.8. Zeitplan der Umsetzung der Rationalisierungsmassnahmen

Nachfolgend präsentieren wir den Zeitplan für die Umsetzung der Rationalisierungsmassnahmen.

Rationalisierungsmassnahmen	Frist für die Umsetzung
Informatisierung der Spitäler	System für die einheitliche administrative Informatisierung für alle Spitäler für das Jahr 2004 Informatisierung des Patientendossiers - Somatische Pflege im Dezember 2004 - Psychiatrische Pflege Dezember 2005
Definitive Einführung der Kostenträgerrechnung	Dezember 2004
Zentralisierung der Finanzbuchhaltung	Dezember 2004
Präzise und einheitliche Codierung der Diagnosen	Januar 2004
Zentralisierung der Fakturation	Dezember 2004
Einführung der Finanzierung über den Tarmed und über die APDRG	Januar 2005 für die APDRG (KVG)
Schaffung der Einkaufszentrale	Dezember 2004



10. Aufteilung der Tätigkeiten und/oder der medizinischen Disziplinen

10.1. Allgemeines

Die Spitalplanung muss sich an das Gesundheitswesen des 21. Jahrhunderts anpassen, das insbesondere **aufgrund der Alterung der Bevölkerung** und aufgrund der medizinischen Technologie, welche die Organisation der Behandlung ändern wird, im Umbruch ist. **Die Gesundheitskosten werden auch in Zukunft weiter ansteigen. Ziel des Staatsrats wird es daher sein, ihre Entwicklung einzudämmen.**

Die Spitalplanung ist umso notwendiger geworden, als das **gegenwärtige Klima der Unsicherheit**, das alle im Pflegebereich tätigen Personen belastet, einen gewissen Mangel an Motivation mit sich bringt und **über kurz oder lang die Qualität der Behandlung beeinträchtigen wird**. Das derzeitige Klima hat sich wegen des **Personalmangels in zahlreichen Bereichen** (Intensivkrankenschwestern, Instrumentierschwestern, Anästhesieschwestern, Psychiatrieschwestern, usw.) noch weiter verschlechtert. Auch im medizinischen Bereich gibt es heute **einen Mangel an Spitalärzten** (Assistenzärzte, Radiologen, Anästhesisten, usw.) **zu beseitigen gilt**. Dieser Mangel wird sich im übrigen mit der Verringerung der Arbeitszeiten, dem zunehmenden Anteil der Frauen unter den Ärzten und der aktuellen fehlenden Attraktivität dieses doch sehr belastenden Berufs noch weiter verschlimmern.

Um die oben aufgeführten Ziele zu erreichen, muss **die Spitalplanung auf einer Behandlungskette beruhen**, zu der in erster Linie die praktischen Ärzte vor Ort, aber auch das **Rettungswesen** vor dem Spitaleintritt zählen, die mit den spitalinternen Notaufnahmestationen und den Transfers zwischen den Spitälern koordiniert und von den leistungsfähigen SMUR unterstützt werden¹.

10.2. Begründungen für die Aufteilung der medizinischen Tätigkeiten – eine notwendige Zusammenlegung der Disziplinen

Im Jahre 1996 schlug das « Walliser Spitalkonzept » vor, dass Synergien zwischen den Spitälern geschaffen werden, womit die Ärzte zur Verbesserung der Qualität und der Effizienz zur Zusammenarbeit veranlasst werden.

Die Zusammenlegung bestimmter Fachgebiete innerhalb dieser drei **Spitalzentren drängt sich heute aus Gründen der medizinischen Sicherheit, der Qualität und der Wirtschaftlichkeit auf**. Folgende Ziele werden anvisiert:

- Erreichung **der kritischen Patientenmasse** in allen Fachgebieten. Das ist die einzige Möglichkeit, die Qualität bei der Pflege und den Leistungen, eine optimale Beschäftigung der Mitarbeiter und hier insbesondere des Fachpersonals und die rationelle Nutzung der Einrichtungen zu garantieren. Die aktuellen Studien² zeigen, dass die optimale Grösse der versorgten Bevölkerung für ein qualitatives Spitalzentrum in der Grössenordnung zwischen 150'000 und 200'000 Einwohnern liegt.

¹ (Mobile Einheit für Notfälle und Reanimation mit Einsatz eines speziell für diesen Bereich ausgebildeten Arztes, damit Notfälle kantonsweit noch vor Spitaleintritt behandelt werden können in den Tälern wie auch in den Berggebieten.

² Vgl. dazu die Studien von ATAG 2000; CRIVELLI, LUNATI 2001; BOILLAT 2002.



- **Reagieren auf die kurzfristig von den Dachverbänden 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, einander 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 Fachgebiete steigt die Anzahl der Fälle/Abteilung an und die Notdienste lassen sich leichter organisieren.
- **Garantie der Weiterbildung**, die zur Anpassung an die technischen Fortschritte und die Entwicklung der medizinischen Forschung 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 Orten zuwenig beansprucht ist.
- Zusammenlegung und optimale Auslastung der sowohl in der Investition als auch im Betrieb kostspieligen technischen Mittel
- Anschaffung und Anpassung neuer Technologien unter Verhinderung von Doppelspurigkeiten.
- Die **Notfälle vor dem Spitaleintritt** weiterzuentwickeln, welche eines der wichtigsten Sektoren des Gesundheitswesens darstellen. In der Tat treten die Patienten in zahlreichen Fällen im Spital über ein Rettungsunternehmen (Ambulanz, Helikopter usw.) ein. Das Konzept, welches durch den Staatsrat im Jahre 2003 angenommen und durch die KWRO umgesetzt worden ist schlägt eine gewisse Anzahl von Massnahmen vor, damit die gegenwärtige Betreuung verbessert werden kann. Indes werden diese Massnahmen im Rahmen der Restrukturierung der Spitäler und ihres Leistungsauftrages noch anzupassen sein.

10.3. Die Grundsätze für die Aufteilung der Tätigkeiten und / oder der medizinischen Disziplinen

10.3.1 Drei Spitalzentren – eine Zusammenlegung der Disziplinen für eine verbesserte Qualität der Pflege

Es ist daran zu erinnern, dass die Zielsetzung darin besteht, die Planung **auf drei Spitalzentren** zu organisieren, womit **ein umfassendes Leistungsangebot** sichergestellt wird. Neben diesem umfassenden Leistungsangebot, welches durch jedes Spitalzentrum



angeboten wird, sieht die Planung vor, **dass gewisse Disziplinen aus Gründen der Qualität, der Erhaltung und der Kosteneindämmung in einer einzigen Anstalt des Kantons zentralisiert werden müssen. Schliesslich können gewisse hochspezialisierte medizinische Disziplinen ganz einfach im Kanton nicht angeboten werden;** die betreffenden Patienten werden demnach den Universitätsspitalern zugeteilt.

Die Fortschritte der Medizin erlauben es mittelfristig, das Angebot an Akutbetten auf eine Norm von rund 2 Betten pro 1'000 Einwohner zu limitieren, was einer Dotation von ungefähr 560 Betten für eine Bevölkerung von rund 280'000 Einwohner entspricht. **Diese Beschränkung ist nicht als eine Rationierung zu verstehen, sondern als eine verbesserte Qualität der Betreuung.** Zu diesem Zweck **steht nicht die Schliessung von Spitälern zur Frage, sondern eine Neudefinition ihres Leistungsauftrages.**

10.3.1.1 Erhaltung der Pflegequalität

Die erste Zielsetzung dieser Aufteilung besteht klar darin, eine qualitative Pflege zu erhalten, die sich durch Nähe zur Bevölkerung auszeichnet. In diesem Sinne ist es vorgesehen, ambulante Notfälle 24 Stunden am Tag und 7 Tage in der Woche in allen sechs Akutspitälern zu erhalten, wie dies die nachfolgende Abbildung aufzeigt.

Durch die Erhaltung dieser Dienstleistung wird es der Bevölkerung ermöglicht, sich für einen Notfall in Abwesenheit des behandelnden Arztes, in der Nacht oder am Wochenende in den nächstgelegenen Spital zu begeben. Gegenwärtig sind diese Notfalldienste oft überlastet und es ist nicht erwünscht, deren Anzahl zu reduzieren. Es scheint jedoch angezeigt, dass diese Dienstleistungen mittelfristig sowohl in Bezug auf die Arbeitsorganisation und auf die Qualität der Leistungen verbessert werden.

10.3.1.2 Differenzierte Leistungsaufträge

Damit die Qualität der Pflege, welche wie oben erwähnt sowohl von der kritischen Masse der Leistungen als auch von der Qualifikation des Personals abhängt, verbessert wird, ist es heute notwendig, die Disziplinen und/oder die medizinischen Tätigkeiten auf eine Anstalt pro Spitalzentrum zusammenzulegen. In wirtschaftlicher Hinsicht wird diese Zusammenlegung ebenfalls sehr positive Auswirkungen haben. In diesem Sinne **besteht die zweite Zielsetzung darin, den Spitälern, welche Bestandteil desselben Spitalzentrums sind, unterschiedliche Leistungsaufträge zu erteilen (Differenziertes Modell). Die einen werden beauftragt werden, die komplexen Leistungen zu erbringen, für welche eine Abteilung für Intensivpflege und ein multidisziplinäres Team sich in der Nähe befinden müssen, währenddem die anderen sich mit den programmierten Fällen sowie mit der Langzeitpflege beschäftigen werden.**

10.3.1.3 Erhaltung der Operationstrakten in allen Akutspitälern

Die dritte Zielsetzung besteht darin, Operationssäle in allen Anstalten beizubehalten, mit Ausnahme der Nacht und der Wochenenden. In letzteren Zeitabschnitten wird eine Anstalt pro Zentrum seine Operationssäle geöffnet halten. In der Tat ist es heute angesichts der Anforderungen der Qualität, des Mangels an Pflegepersonals sowie an medizinischem Personal sowie der Reduktion der Arbeitszeit und der ungenügenden Auslastung der Infrastrukturen nicht mehr erwünscht, dass die Operationssäle 24 Stunden am Tag und 7 Tage in der Woche in allen Spitälern geöffnet bleiben (wobei letztere nur wenige Minuten voneinander entfernt sind).

10.3.1.4 Schaffung eines Notfalldienstes vor dem Spitaleintritt, bzw. für Verlegungen zwischen den Spitälern



Schliesslich setzt die Aufteilung der Disziplinen aufgrund der Komplexität der Fälle voraus, dass die Spitäler eventuell die Patienten in die Anstalten verlegen können, die für die Betreuung am besten geeignet sind. Damit diese allfälligen Transfers innert kürzester Frist durchgeführt werden können, **ist es notwendig, einen leistungsfähigen Dienst zur Verlegung der Patienten von einem Spital in den anderen zu schaffen.**

10.3.2 Gibt es prestigeträchtigere Disziplinen oder Aktivitäten als andere? Eine Aufteilung der Tätigkeiten ohne Gewinner und ohne Verlierer auf regionaler Ebene

Vormals wagte man, gewisse medizinische Disziplinen für prestigeträchtiger als andere einzustufen. Die moderne Medizin hat diesen Ansatz überwunden. **Angesichts der gesellschaftlichen Alterung³, nehmen Disziplinen wie die Geriatrie, die Psychogeriatric, die Onkologie und die Palliativpflege eine früher nie erreichte, wichtige Stellung ein.** Es steht heute ausser Zweifel, **dass sie angepasste Strukturen und das notwendige Fachpersonal erfordern.** Die gegenwärtigen Studien deuten ebenso auf einen **erhöhten Bedarf in der Psychiatrie- und in der Kinderpsychiatrie** hin. Diese Studien erwähnen auch die wichtigen Lücken im gegenwärtigen Betreuungssystem⁴. Wenn es zukunftssträchtige Disziplinen gibt, die es zu entwickeln gilt und die Gegenstand von Investitionen sein sollten, dann sind es diese Disziplinen.

Aus diesen Gründen **stellt sich heute nicht mehr die Frage, gewisse Disziplinen als prestigeträchtiger als andere einzustufen.** Es gilt, von dieser Tatsache bewusst zu werden, nicht nur, um die übermässige Entwicklung gewisser medizinischen Tätigkeiten zu verhindern, sondern um es uns ermöglichen, **den gegenwärtigen und künftigen medizinischen Bedürfnissen unserer Bevölkerung mit qualitativ hochstehenden Leistungen zu entsprechen.**

Wie weiter oben erwähnt ist **die kritische Masse ein wichtiges Kriterium** in Bezug auf die Spitalplanung. Es handelt sich dabei nicht nur Rationalisierung und um Skalenerträge; neben diesem Aspekt ist es wichtig, daran zu erinnern, **dass es sich vorab um eine Frage der Pflegequalität handelt.** Mit der gegenwärtigen Spezialisierung der medizinischen Disziplinen und mit dem bekannten technologischen Fortschritt **ist es nicht mehr möglich, ein optimale Qualität der Leistungen im Rahmen von kleinen Strukturen anzubieten.**

Künftig wird es keine prestigeträchtigere Spitäler als andere geben, jedoch nur Spitäler, welche gezielt den Bedürfnissen der Bevölkerung entsprechen. Konkret wurden mit dem Staatsratsentscheid vom 15. Oktober 2003 drei Spitalzentren geschaffen, deren Zielsetzung darin besteht, die Bedürfnisse der Walliser Patienten an Spitalleistungen abzudecken. Demzufolge werden die Anstalten, welche sich im selben Spitalzentrum befinden, anstatt sich im Wettbewerb zu befinden, aufeinander abgestimmt sein.

10.3.3 Einige Begriffsklärungen

Bevor wir die Frage der Aufteilung der Disziplinen detailliert erörtern, ist es noch wichtig, eine gewisse Anzahl von Definitionen zu präzisieren. Letztere wirken sich unmittelbar auf diese Aufteilung aus:

³ Gemäss den Zahlen und den Prognosen des BFS, hat sich die Anzahl von über 90-jährigen Personen seit 1990 mehr als verdoppelt; diese Zahl sollte sich bis ins Jahre 2020 nochmals mindestens verdoppeln.

⁴ Vgl. diesbezüglich das weisse Buch der Psychiatrie in der Schweiz, Medizin und Hygiene, Juni 2000.



Programmierte Fälle: die Planung der Eingriffe erfolgt wöchentlich, damit die erforderlichen Ressourcen zur Verfügung gestellt werden können.

Nicht programmierte Fälle: Die Eingriffe werden als nicht programmiert eingestuft, wenn es sich um einen Notfall handelt.

Komplexe oder leichte Fälle: der Begriff der Komplexität der Fälle steht direkt mit dem Vorhandensein oder nicht von Intensivpflegeabteilungen in Zusammenhang. In der Tat werden die Leistungen, welche möglicherweise die Verfügbarkeit einer Intensivpflegeabteilung erfordern, als komplex eingestuft.

Gemäss Artikel 3 der Verordnung über das GNW – Planung und Subventionierung der Spitäler sind die „**Disziplinen mit kantonalem Charakter**“, die medizinischen Disziplinen, für die insbesondere aus Gründen der Qualität, des Fortbestands und der Kosteneindämmung eine Zentralisierung erforderlich ist. Diese Disziplinen werden durch den Staatsrat in Anwendung von Artikel 110 Abs. 2 des Gesetzes im Rahmen von Verträgen oder von Leistungsaufträgen festgelegt.

Die Berechnung der Anzahl von **belegten Betten** wird durchgeführt, damit die optimale Grösse der Abteilungen im Mutter-Kind Bereich ermittelt werden kann. Dieser Indikator wird aufgrund der Krankentage berechnet, indem die Aufenthaltsdauer zu berücksichtigen ist. Dementsprechend entspricht die Anzahl von belegten Betten der nachfolgenden Formel:

$$\text{Belegte Betten (zu 100\%)} = \frac{\text{Anzahl der Krankentage}}{365 \text{ Tage}}$$

Die Anzahl von **geplanten Betten** entspricht der maximalen Anzahl von Betten, die der Staatsrat bewilligt hat. Das GNW ist frei, aber es wird aufgefordert, eine tiefere Anzahl von Betten auszuwählen, damit sein Angebot gemäss den effektiven Bedürfnissen der Bevölkerung der drei Spitalzentren angepasst ist.

Allgemein bezieht sich der Staatsrat auf die Definitionen, Normen, Richtlinien und qualitativen Kriterien der medizinischen Dachverbänden (so wie zum Beispiel der Schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin), so wie der übrigen Instanzen oder zuständigen Bundesbehörden. Diese Elemente sind besonders wichtig insbesondere für **die Intensivpflege und für die Operationsäle**.

10.4. Die notfallmässigen Spitaleintritte

Eine effiziente Organisation des Gesundheitssystems führt zu einer klaren Unterscheidung zwischen den nicht programmierten Spitaleintritten und den Notfällen. In der Tat erfüllen die **Notfalldienste** den Auftrag, vorrangig **die Bedürfnisse an unmittelbaren Leistungen** zu erfüllen.

Im Rahmen dieses Dokumentes unterscheiden wir zwischen dem **ambulanten oder leichten Notfall** und der **schweren oder lebensbedrohenden Notfall**. Es ist jedoch wichtig zu präzisieren, **dass alle Spitäler ihre Notfalldienste behalten**, womit sie es der Bevölkerung ermöglichen, sich für einen Notfall bei Nichtanwesenheit des behandelnden Arztes, in der Nacht oder am Wochenende in den nächstgelegenen Spital zu begeben.



10.4.1 Der ambulante oder leichte Notfall

Der ambulante Notfall resultiert aus einem notfallmässigen Bedarf an Leistungen, **welcher die unmittelbare Inanspruchnahme eines Arztes** erfordert, welcher über die Kompetenzen und über die Mittel zum Einschreiten verfügt.

- Die ambulanten Notfalldienste sind **24 Stunden am Tag und 7 Tagen in der Woche** geöffnet. Sie betreuen die Patienten gemäss den nachfolgenden Schemen:
- ambulante Leistungen: der Patient tritt aus dem Spital aus nach der Konsultation,
- stationäre Leistungen: der Patient wird in die am besten geeignete Anstalt eingewiesen.

10.4.2 Der lebensbedrohende oder schwerwiegende Notfall

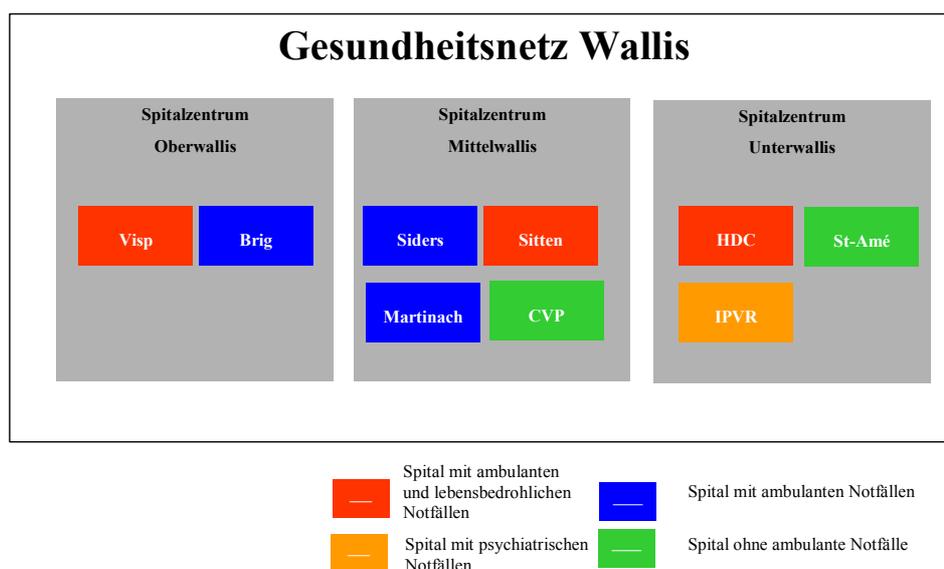
Die Patienten mit lebensbedrohenden Notfällen haben zu Hause oder im öffentlichen Lebensraum schwere Unfälle erlitten oder sind schwer krank, womit eine rasche Intervention oder ein Spitalaufenthalt notwendig wird. Alle Situationen, in welchen sich der Patient in Lebensgefahr befindet, werden als solche Fälle eingestuft.

Für alle Notfälle mit Lebensbedrohung besteht die richtige Reaktion darin, die Nummer 144 zu wählen. Die Zentrale 144 organisiert und koordiniert das Rettungswesen, indem sie sofort alle notfallmässigen Rettungstransportmittel sowie die Dienstleistungen der Fachärzte einsetzen kann. **Die durch die Zentrale eingesetzten Mittel (Ambulanzen, Helikopter) führen den Patienten automatisch zur richtigen Anstalt.**

Das Spital, welches solche Patienten aufnimmt, muss zu jedem Zeitpunkt des Tages oder der Nacht, über einen Operationssal, über eine sich im Betrieb befindende Intensivpflegestation und über ein breites Spektrum an rasch zur Verfügung stehenden Fachärzten verfügen können.

Schematisch dargelegt werden die Notfalldienste wie folgt verteilt:

Spitäler : Notfalldienst 24 Std. / 24 und 7 Tage / 7
(Quelle : DGW)





10.5. Die Intensivpflege

Gemäss den Richtlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin ist die folgende Definition der Intensivmedizin zu beachten : « *Die Intensivmedizin umfasst die Diagnose, die Prävention sowie die kurz- mittel- und langfristige Behandlung aller Formen des Versagens von vitalen Funktionen bei lebensbedrohlich gefährdeten Patienten mit potentiell guter Prognose. Sie wird durch ein Team betrieben, welches aus entsprechend geschulten ärztlichen, pflegerischen und technischen Mitarbeitern verschiedener Fachrichtungen zusammengesetzt ist. Sie wird in umschriebenen, dafür geeigneten Räumlichkeiten praktiziert.* »

In der Schweiz muss im Hinblick auf eine Anerkennung durch die Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin und demnach im Hinblick auf eine Rückvergütung durch die Krankenversicherer für die erbrachten Leistungen, eine Intensivstation (IPS) in ihrer Struktur und in ihrer Organisation die *Richtlinien zur Anerkennung der IPS durch die Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI)* einhalten.

In Bezug auf die Evaluation der Bedürfnisse in Intensivpflege legen zahlreiche Studien die Anzahl der notwendigen Betten für eine bestimmte Bevölkerung fest. Somit beläuft sich der Bettenbedarf für eine Bevölkerung von rund 500'000 Personen auf 30 Betten⁵. Neben diesen Betten der Intensivpflege fügen diese Studien eine gewisse Anzahl von Betten für „in hohem Masse“ abhängige Personen hinzu. Die Anzahl dieser Betten variiert je nach Quellen, doch ist die Rede von ungefähr 50 Betten für eine Bevölkerung von 500'000 Personen.

Wenn dieser Schlüssel von 30 Betten pro 500'000 Einwohner auf die Walliser Bevölkerung angewendet wird, **sollten 17 Betten der Intensivpflege für den gesamten Kanton genügen.**

Die durch die Walliser Spitäler übermittelten Daten sind die folgenden:

Spitäler: 2003	Brig	Visp	Oberwallis	Siders	Sitten	Martinach	Zentralwallis	Chablais VS	Total
Anzahl von Betten	6	5	11	6	11	6	23	4	38

Gewisse Bemerkungen können aufgrund der präsentierten Zahlen angestellt werden:

- Wenn man die Anzahl von Betten der heute in der Intensivpflege zur Verfügung stehenden Betten berücksichtigt, stellt man fest, dass wir über 38 Betten für eine Bevölkerung von 281'000 Personen verfügen (Dabei werden sämtliche Betten in der Intensivpflege des Spitals des Chablais miteinbezogen).
- In dem Masse, wie die Daten betreffend die Fälle und die Krankentage in der Intensivpflege sich durch gewisse Ungenauigkeiten infolge von uneinheitlicher Erfassung kennzeichnen hat das DGSE das Walliser Gesundheitsobservatorium beauftragt, in Zusammenarbeit mit dem GNW die Erfassung und die Darstellung dieser Indikatoren zu vereinheitlichen. Sobald diese Daten vereinheitlicht und überprüft worden sind, werden gewisse Bestandteile der vorliegenden Planung aufgrund der Bedürfnisse revidiert werden müssen.
- Es scheint klar zu sein, dass der Kanton Wallis nicht weiterhin so zahlreiche Betten betreiben kann. Die Überkapazitäten der Betten in der Intensivpflege widerspiegelt in der Tat eine Nutzung dieser Betten für andere Bedürfnisse; entweder für Fälle der intermediate-care-Behandlung (siehe weiter unten), oder für Probleme, die mit Betten einer Überwachungsstation gelöst werden können (siehe weiter unten).

⁵ Lancet, 2000



- Ein Kriterium zur Anerkennung der Schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin für eine Intensivstation besteht darin, jährlich mindestens **1'000 Krankentage pro Jahr** aufzuweisen. Gegenwärtig trifft dies nicht für alle Abteilungen im Kanton Wallis zu.
- Im Verlaufe des Monats Juni 2003 hat die Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin eine Liste veröffentlicht, welche die durch sie selbst anerkannten Intensivstationen aufführt, wobei diejenigen erwähnt werden, die für die Ausbildung der Ärzte anerkannt werden. Zu diesem Zeitpunkt anerkennt die Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin gesamtschweizerisch 93 Intensivstationen, wovon 5 im Kanton Wallis angesiedelt sind. Diese Intensivstationen befinden sich in Brig, Visp, Sitten, Martinach und im Spital des Chablais.

Zusammenfassend werden aus den oben aufgeführten Gründen, insbesondere der Pflegequalität und der Kosten, einzig die Standorte **Visp, Sitten sowie des Spitals des Chablais** eine Intensivpflegestation beibehalten.

Zusammenfassend werden die Spitalzentren über höchstens **23 Intensivpflegebetten sowie über 30 Betten in den Überwachungsstationen** verfügen. Dabei ist die nachfolgende Aufteilung zu beachten:

Anstalt	Intensivstation (IPS)	Betten für Intermediate care (Überwachungsstation)
Visp	6 Betten	
Brig		4 Betten
Siders		4 Betten
Sitten	14 Betten	14 Betten
Martinach		4 Betten
Chablais	3 Betten (VS)	4 Betten

Allgemein verfolgt die Reduktion der Anzahl von Betten der Intensivpflege die Zielsetzung, eine verbesserte Qualität der Leistungen sowie eine verbesserte Organisation dieser Abteilungen sowohl in Bezug auf die Wachen als auch auf das zur Verfügung stehende Personal zu erreichen.

Diese Reorganisation wird ebenfalls folgendes voraussetzen:

- Die Intensivpflegestationen werden durch **Betten für „intermediate care“ oder Betten für eine „Überwachungsstation“ ergänzt**. Diese Betten werden es ermöglichen, ein breites Spektrum von Patienten aufzunehmen, das vom instabilen Patienten, welcher nicht alle Infrastrukturleistungen eines Intensivpflegebett benötigt, bis zum stabilen Patienten mit Risiko der Herzinsuffizienz reicht. Diese Betten sind entweder in Ergänzung der Intensivpflegestation in unmittelbarer Nähe derselben anzusiedeln, oder im Rahmen von spezialisierten Abteilungen, ausserhalb der Intensivpflege vorzusehen. Diese Betten nehmen notwendigerweise weniger schwere Fälle auf und erfordern weder dieselbe Dotation an Krankenpfleger, noch dieselbe Ausrüstung wie die Betten der Intensivpflege.
- Gleichlaufend mit der neuen Organisation der Intensivpflege sollte eine verbesserte Auslastung der Aufwachsäle in den Standorten, welche mit den leichten und programmierten operativen Leistungen beauftragt werden, es ermöglichen, während des Tages gegebenenfalls die Überwachung einer operativen Komplikation und die Verlegung in die Anstalt mit der Intensivpflege durchzuführen.



- Gleichsam wird die Notfallabteilung der Spitäler mit leichten und programmierten Fällen so organisiert sein, dass gegebenenfalls ein Patient in das Spital mit der Intensivstation verlegt werden kann.
- Schliesslich ist es notwendig, die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Intensivpflegestationen während des ganzen Jahres und gegebenenfalls bei Überlastung zu nutzen, damit nicht notwendige, ausserkantonale Hospitalisationen verhindert werden können.

Aufgrund dieser Elemente wird die nachfolgende Verteilung der Intensivpflegebetten beschlossen:

Für den Standort Visp wird eine Intensivpflegestation der Kategorie 2 geschaffen, welche allgemeine Leistungen der Intensivmedizin sicherstellt. Unter Berücksichtigung der versorgten Bevölkerung, des Auftrages des Spitalzentrums Oberwallis und der Anzahl von Krankentagen in der Intensivpflege (Statistik 2001 bezogen auf die Walliser Bevölkerung: ca 2'064 Krankentage) wird diese Intensivpflegestation ein Total von insgesamt 6 Betten in Intensivpflege aufweisen.

Für das Spital des Chablais besteht gegenwärtig eine Intensivstation der Kategorie 2. Die Bedürfnisse der Bevölkerung des Walliser Chablais (Statistik 2001 bezogen auf die Walliser Bevölkerung: ungefähr 1'000 Krankentage) können auf ein Total von 3 Betten der Intensivpflege geschätzt werden.

Für das Spital Sitten ist angesichts des Vorhandenseins von zentralisierten Disziplinen eine Intensivpflegestation der Kategorie 1 vorzusehen, die alle allgemeinen und spezialisierten Leistungen der Intensivmedizin sicherstellt. Unter Berücksichtigung der versorgten Bevölkerung (im Zentralwallis und im gesamten Wallis) für die zentralisierten Disziplinen, des Auftrages dieses Spitals sowie der Anzahl von Krankentagen in der Intensivpflege (Statistik 2001: 5'733 Krankentage) sollte diese Intensivpflegestation mit 14 Betten versehen sein (wovon 6 bis 7 für die zentralisierten Disziplinen).

Unter dem Gesichtspunkt der **Intermediate care** kann der Entscheid wie folgt dargelegt werden:

Die Standorte Brig, Siders, Martinach und Monthey sind mit 4 intermediate care-Betten (Überwachungsstation) ausgestattet, währenddem **Sitten** 14 dieser Betten zugeteilt werden.



10.6. Die Operationssäle

Die chirurgische Tätigkeit wird in den nächsten Jahren eine bedeutende Veränderung erfahren. Diese Veränderungen werden sich auf die Qualität und auf die Sicherheit der Leistungen, aber auch auf die Zugänglichkeit für die Patienten auswirken. Demnach verdienen es gewisse Elemente, eingehend erläutert zu werden:

- der Personalmangel
- die Anforderungen der Sicherheit
- die Entwicklung der Technologien

10.6.1 Der Personalmangel :

Die Frage des Personalmangels sowohl im medizinischen als auch im pflegerischen Bereich ist in den chirurgischen Disziplinen besonders ausgeprägt. Diese Disziplinen setzen voraus, dass die Spitäler über eine ausreichende Anzahl von Chirurgen, Anästhesieärzten, Assistenzärzten aber auch von qualifiziertem Krankenpflegepersonal verfügt. Zahlreiche Stimmen in der Ärzteschaft weisen auf den vorherrschenden Mangel in diesem Bereich hin, sowohl in Bezug auf das Krankenpflegepersonal als auch auf das medizinische Personal. Im Verlaufe des Monats Mai 2003 gab die Schweizerische Gesellschaft für Thoraxchirurgie und für Herzchirurgie ihrer Besorgnis über den Mangel an Fachkräften Ausdruck.

Diese Frage ist umso wichtiger, als mit dem Personalmangel auch die Frage der Reduktion der Arbeitszeit und die zunehmende Spezialisierung des Personals in Zusammenhang stehen. Dies gilt insbesondere in gewissen Bereichen.

Dementsprechend verfolgt die vorliegende Planung die Zielsetzung, durch eine Erhöhung der kritischen Masse und durch eine bessere Wirtschaftlichkeit die Qualität weiter zu verbessern, sondern die Wachen zu erleichtern und dadurch die Arbeitsbedingungen zu verbessern, was die Attraktivität der medizinischen Berufe im Kanton Wallis erhöhen sollte.

10.6.2 Der Auslastungsgrad der Operationssäle

Der Kanton Wallis verfügt über Operationssäle in allen Akutspitälern sowie im Walliser Zentrum für Pneumologie. Wenn die Anzahl der verfügbaren Operationssäle im Wallis (ohne das Spital Chablais welches einen interkantonalen Charakter hat) mit derjenigen des CHUV in Lausanne vergleicht, kommt man zum folgenden Ergebnis:

	CHUV	WALLIS
Anzahl von Akutpflegebetten	850	700
Anzahl von Operationssälen	19	30
Saal/ Bett	1/45	1/23

Die Tabelle zeigt auf, dass das CHUV über einen Operationssaal pro 45 Akutpflegebetten verfügt, währenddem der Kanton Wallis mit einem Operationssaal pro 23 Betten versehen ist. Selbst wenn die angebotenen Leistungen eigentlich nicht mit denjenigen eines Universitätsspitals zu vergleichen sind, ist die Anzahl von Operationssälen im Kanton Wallis zweimal höher.

Wenn von der Annahme aus gegangen wird, dass das Verhältnis von einem Operationssaal pro 45 Betten für jede Anstalt korrekt ist, könnte sich der Kanton Wallis mit 15 Sälen anstatt 30 begnügen.



Die Frage **der Auslastung der Operationssäle** verdient es, erörtert zu werden, so wie dies bereits für die Spitäler des Zentralwallis im Jahre 1998 durchgeführt worden ist. Demnach präsentieren die nachfolgenden Tabellen die Anzahl von Stunden der Auslastung (Zeitraum, in welchem der Patient sich im Operationssaal und unter Anästhesie befindet). Diese Daten resultieren aus einer Erhebung für das Jahr 2002 (Zentralwallis). Da die vorgestellten Ergebnisse eine gewisse Anzahl von Verzerrungen aufgrund einer uneinheitlichen Erfassung aufweisen können, sind sie als Tendenzen und nicht als exakte Ergebnisse zu betrachten. Im Bewusstsein der Wichtigkeit, die Vergleichbarkeit dieser Daten zu verbessern, hat das DGSE das Walliser Gesundheitsobservatorium beauftragt, in Zusammenarbeit mit dem GNW für eine einheitliche Erfassung und Auswertung dieser Daten zu sorgen. Sobald diese Daten vereinheitlicht und überprüft worden sind, gilt es, gegebenenfalls gewisse Elemente der vorliegenden Planung zu revidieren.

2002	Siders	Sitten	Martinach	Total
Anzahl von Sälen	5	8	5	18
Anzahl Stunden der Auslastung	3'836	12'219	4'586	20'641
Anzahl Stunden pro Saal	767	1'527	917	1'147
Anzahl Stunden pro Monat	64	127	76	96
Anzahl Stunden pro Tag	2.07'	4.14'	2.32'	3.11'

Quelle : Spitäler

Im Vergleich zu den für die Jahre 1996 und 1997 verfügbaren Daten stellen wir fest, dass die durchschnittliche Zeitdauer der Auslastung der Säle pro Tag und pro Monat leicht tiefer ist, indem der Durchschnitt bei 3 Stunden und 37 Minuten liegt.

In Bezug auf das Spital Martinach ist es interessant, festzustellen, dass die Zeit der Auslastung der Säle unverändert blieb. Indes betreibt die Anstalt nur noch 5 Säle anstatt von 6 Sälen. Weiter hat dieses Spital angegeben, im Jahre 2003 4 Säle (im Operationsblock) betrieben zu haben.

Schliesslich präsentieren wir nachfolgend einige Vergleichsdaten betreffend die Auslastung der Operationssäle:

Operationsstrakte : Beispiele für die Auslastung der Spitäler

Quellen: Spitäler 2002

Spital	Jahr	Auslastung der Säle
Sierre	1998	5 Operationssäle, welche täglich zu je 2Stunden 20Min ausgelastet sind
	2002	5 Operationssäle, welche täglich zu je 2Stunden 06 Min ausgelastet sind
Martigny	1998	6 Operationssäle, welche täglich zu je 2Stunden 32 Min ausgelastet sind
	2002	5 Operationssäle, welche täglich zu je 2Stunden 30 Min ausgelastet sind
Visp	2001	3 Operationssäle, der Trakt ist während ungefähr 1 Stunde pro Nacht geöffnet
Chablais	2001	130 Personen während 365 Nächten: Dies bedeutet 2-3 Patienten in der Nacht während einer Woche



10.6.3 Die Anforderungen der Sicherheit

Heutzutage nehmen die Anforderungen an die Sicherheit tendenziell zu. Dies betrifft die Sicherheit in der Anästhesie, die Regelkonformität der Operationssäle, die qualitativen Normen in Bezug auf die Sterilisierung usw. Diese Anforderungen wirken sich sowohl auf die Qualität der Behandlung und Pflege als auch auf die Haftpflicht und auf die Rückvergütung durch die Krankenversicherer aus.

10.6.4 Die technologische Entwicklung

Die Entwicklung von neuen Technologien und insbesondere die Informatik sowie die Ersatztechnologien gegenüber der traditionellen Chirurgie (Eingriffe durch Laparoskopie), welche trotzdem multidisziplinäre Kompetenzen und komplexe Instrumente erfordern, werden die durch die chirurgische Tätigkeit entstehenden Kosten der Ausrüstungen und ebenso der Zusammenarbeit (Informatiker usw.) erhöhen.

Da in finanzieller Hinsicht die Budgets nicht unbegrenzt erhöht werden können, sind Zusammenlegungen der Standorte für Operationen notwendig, damit die chirurgischen Leistungen im Kanton Wallis beibehalten, bzw. weiterentwickelt werden können.

Demzufolge ist es heute besonders wichtig einen ganzheitlichen Ansatz für die operativen Tätigkeiten zu entwickeln. Damit die zahlreichen Beziehungsnetze in der Führung der medizinischen und paramedizinischen Ressourcen koordiniert sowie die Sicherheit der Patienten, der Zugang zur Pflege sowie die Permanenz des Angebots gewährleistet werden können.

Damit die operativen Tätigkeiten der verschiedenen Standorte festgelegt werden können, stellt sich die Frage nach den Bedürfnissen der Bevölkerung sowie der Risiken um gewisse Tätigkeiten und Tätigkeitsbereiche in allen Spitälern zu erhalten. Die Installation der technischen Ausrüstungen soll der Bevölkerung **den Zugang zu kompetenten, 24 Stunden am Tag zur Verfügung stehenden Teams sicherstellen, die in Notfallsituationen in der Lage sind richtig zu reagieren.**

10.6.5 Die Öffnung der Operationssäle

Infolge der in diesem Abschnitt vorgestellten Elemente ist gemäss dem nachfolgender Darstellung eine differenzierte Öffnung der Operationssäle vorzusehen:

Tage	Stunden	Visp	Brig	Siders	Sitten	Martinach	Chablais
Montag	7H00 -17H00						
	17H00-7H00						
Dienstag	7H00-17H00						
	17H00-7H00						
Mittwoch	7H00-17H00						
	17H00-7H00						
Donnerstag	7H00-17H00						
	17H00-7H00						
Freitag	7H00-17H00						
	17H00-7H00						
Samstag	7H00-17H00						
	17H00-7H00						
Sonntag	7H00-17H00						
	17H00-7H00						

	Offener Trakt
	Geschlossener Trakt



Demzufolge können nur die Spitäler Visp, von Sitten und des Chablais die Operationstrakte während der Nacht und an den Wochenenden offen halten.

Die übrigen Spitäler beschränken sich auf die programmierten Interventionen. Demnach können deren Operationstrakte während der Nacht und an den Wochenenden nicht geöffnet sein.

Sobald die Reorganisation der Operationssäle innerhalb jedes Spitalzentrums unter Berücksichtigung der verschiedenen Tätigkeiten (Notfälle, Wahloperationen, Fälle der spezialisierten Disziplinen, ambulante und stationäre Fälle) optimiert worden ist, wird es möglich sein, durch eine Zusammenarbeit zwischen den Spitalzentren den Spitzennachfragen zu entsprechen.

Überdies ist zu präzisieren, dass in Fällen von höherer Gewalt es möglich sein wird, die Operationstrakte mit der notwendigen Anpassungsfähigkeit zu nutzen.



10.7. Die Anästhesie

Die Anästhesieabteilungen stehen in engem Verhältnis mit der Chirurgie. Es ist demnach klar, dass alle Spitäler über solche Abteilungen verfügen.

Folgende Aufteilung hat für diese Disziplin Gültigkeit:

	Spitalzentrum Oberwallis		Spitalzentrum Mittelwallis			Spitalzentrum Unterwallis	
	Viège	Brigue	Sierre	Sion	Martigny	Monthey	Aigle
Anästhesie							

10.8. Die Radiologie

Die Spitäler, welche Akutdisziplinen anbieten, verfügen über eine Radiologieabteilung, wie die nachfolgende Tabelle aufzeigt:

	Spitalzentrum Oberwallis		Spitalzentrum Mittelwallis				Spitalzentrum Unterwallis	
	Visp	Brig	CVP	Siders	Sitten	Martinach	Monthey	Aigle
Radiologie								

Es ist jedoch wichtig, zu präzisieren, dass die für jeden Standort notwendigen Ausrüstungen dem Leistungsauftrag der Anstalt zu entsprechen haben. Im gegenwärtigen Kontext ist es nicht mehr in Betracht zu ziehen, dass jedes Spital über sämtliche neuen Technologien verfügt.



10.9. Aufteilung der Tätigkeiten und der chirurgischen Abteilungen

10.9.1 Chirurgie, Traumatologie und Orthopädie

Aufgrund der vorangehend präsentierten Elemente beschliesst der Staatsrat, diese operativen Tätigkeiten wie folgt aufzuteilen.

Oberwallis:

Nachdem Experten Spitalinfrastrukturen analysiert haben, wird der Standort **Visp** als am besten geeignet betrachtet, **die programmierten und / oder nicht programmierten, komplexen Fälle** aufzunehmen. Dieser Standort, welcher mit 4 Operationssäle ausgestattet ist, bietet somit die Disziplinen wie die allgemeine Chirurgie und die Traumatologie an⁶.

Konkret übernimmt dieses Spital alle Wahleingriffe, welche potentiell die Inanspruchnahme der Intensivpflege voraussetzen. Gleichlaufend mit dieser Tätigkeit wird dieses Spital die Patienten behandeln, welche notfallmässig direkt oder über das Spital Brig eingewiesen worden sind. Die Verlegung von **Brig** nach **Visp** rechtfertigt sich bei komplexen Fällen, welche insbesondere die Inanspruchnahme der Intensivpflegestation erfordern. Die notfallmässige Betreuung hat 7 Tagen in der Woche und 24 Stunden am Tag zu erfolgen.

Der Standort **Brig** übernimmt **die leichten und/oder programmierten Fälle**. Konkret verfügt dieses Spital über chirurgische und orthopädische Abteilungen für die leichten, programmierten oder nicht programmierten Fälle. Die wöchentliche Programmierung der chirurgischen Eingriffe sollte es dem Spital ermöglichen, das Management des medizinischen und pflegerischen Personals zu optimieren. Überdies können einzig die Patienten betreut werden, welche nicht die Intensivstation beanspruchen sollten. Weiter ist zu erwähnen, dass diese Anstalt programmierte Chirurgie durchführt. Demnach wird diese Tätigkeit von Montag bis Freitag zwischen 7 Uhr und 17Uhr stattfinden.

Das Zentralwallis:

Die Aufteilung der operativen Tätigkeiten zwischen den Spitälern von Siders, Sitten und Martinach basiert auf denselben Grundsatz wie für das Oberwallis. Demnach wird zwischen den komplexen, programmierten oder nicht programmierten Fälle und den leichten, programmierten oder nicht programmierten Fälle unterschieden. Demzufolge steht der Vollzug dieses Grundsatzes mit dem Vorhandensein oder nicht einer Intensivstation im Spital in Zusammenhang.

Aus diesen Erläuterungen resultiert folgendes:

- Das Spital Martinach und das Spital Siders übernehmen die Chirurgie und die Orthopädie für die leichten, programmierten oder nicht programmierten Fälle,
- Das Spital Sitten führt die Chirurgie, die Traumatologie und die Orthopädie für die komplexen, programmierten und/oder nicht programmierten Fälle durch.
- Das Spital Martinach übernimmt die Chirurgie und die Orthopädie für die leichten, programmierten oder nicht programmierten Fälle,

⁶ Die Traumatologie ist die medizinische Disziplin, die sich mit der Studie der physischen Traumas und mit der Behandlung von Patienten mit unfallbedingten, schweren Verletzungen auseinandersetzt.



Das Unterwallis:

Das Spital des Chablais weist unmittelbar und bis zur Inbetriebnahme des Spitals Riviera-Chablais die Aufteilung der Disziplinen auf, die per 1. Juli 2002 effektiv ist. Demzufolge übernimmt der Standort Monthey alle Disziplinen im Zusammenhang mit den Erwachsenen und insbesondere die Chirurgie.

Am Standort Aigle sind die Disziplinen des Bereiches Mutter-Kind angesiedelt, wobei gleichzeitig eine Abteilung programmierte Chirurgie für Erwachsene erhalten bleibt. An diesem Standort können somit einzig die eine Woche im voraus programmierten Eingriffe durchgeführt werden, damit die personellen und finanziellen Ressourcen optimal genutzt werden können.

In Bezug auf die chirurgischen Notfälle wird die gesamte Tätigkeit aus den nachfolgenden Gründen in Monthey angesiedelt:

- Qualität der chirurgischen Leistungen
- Ausreichende kritische Masse für die chirurgische Poliklinik in Aigle (ungefähr 5 Patienten pro Tag)
- Präzisere Aufteilung der Notfälle (Monthey : Erwachsene, Aigle : Mutter-Kind)

Die Analyse der Daten für das Jahr 2002

Gemäss den für das Jahr 2002 zur Verfügung stehenden Daten wurden 10'327 Patienten in der Chirurgie oder in der Orthopädie hospitalisiert, wobei 3'288 Patienten im Oberwallis, 5'672 Patienten im Mittelwallis und 1'367 Patienten im Chablais versorgt worden sind.

2002	Brig	Visp	Oberwallis	Siders	Sitten	Martinach	Zentral-Wallis	Chablais (VS)	Total
Sortie	1'488	1'800	3'288	1'395	2989	1'288	5'672	1'367	10'327

Die Aufteilung der Abteilungen

In Bezug auf die Aufteilung der Abteilungen der Chirurgie, der Traumatologie und Orthopädie ist zu erwähnen, dass gewisse Anstalten mit der Durchführung der komplexen Leistungen beauftragt werden. Für diese Leistungen muss sich eine Intensivstation in unmittelbarer Nähe befinden. Die anderen Spitäler werden die leichten Fälle übernehmen.

	<i>Spitalzentrum Oberwallis</i>		<i>Spitalzentrum Mittelwallis</i>			<i>Spitalzentrum Unterwallis</i>	
	<i>Visp</i>	<i>Brig</i>	<i>Siders</i>	<i>Sitten</i>	<i>Martinach</i>	<i>Monthey</i>	<i>Aigle</i>
Komplexe Chirurgie							
Leichte Chirurgie							
Traumatologie							
Orthopädie							



10.9.2 Die Urologie

Anhand der nachfolgenden Tabelle stellen wir fest, dass die Anzahl von stationär behandelten Patienten (inklusive die Privatpatienten) in der Urologie relativ klein ist, indem die Anzahl von Austritten pro Anstalt und pro Jahr zwischen 71 und 404 Fällen liegt.

2002	Brig	Visp	Oberwallis	Siders	Sitten	Martinach	Zentralwallis	Chablais (VS)	Total
Urologie	279	86	365	185	404	221	810	71	1'246

Demzufolge ist eine Konzentration der Betten aufgrund der sehr tiefen Anzahl von Patienten in den Walliser Spitäler gerechtfertigt. Somit ist klar die Zusammenlegung dieser Disziplin auf einen Standort pro Zentrum notwendig. **Obschon diese Tätigkeit vorrangig am Standort mit den leichten und programmierten Fälle durchgeführt wird, wird es möglich sein, die komplexen Urologiefälle am Standort mit der Intensivpflegestation zu behandeln. Für letztere Fälle ist eine Zusammenarbeit mit anderen medizinischen Disziplinen notwendig sowie die Anwesenheit anderer Spezialisten erforderlich.**

In diesem Sinne ist die nachfolgende Aufteilung gültig:

Tätigkeit	Spitalzentrum Oberwallis		Spitalzentrum Mittelwallis			Spitalzentrum Unterwallis	
	Visp	Brig	Siders	Sitten	Martinach	Monthey	Aigle
Urologie							

In Bezug auf die ambulante Urologie werden einzig die Standorte Brig, Siders und Monthey diese Leistungen erbringen.

Für den Fall eines mehrfach traumatisierten Patienten, welcher einen urologischen Eingriff erfordern würde, wird diese Operation am Standort durchgeführt werden, der die komplexen Fälle übernimmt.



10.9.3 Die Ophthalmologie

Anhand der nachfolgenden Tabelle ist festzustellen, dass die Anzahl von stationär behandelten Fällen (inklusive Privatpatienten) in der Ophthalmologie relativ klein ist, indem die Anzahl von Austritten pro Jahr und pro Anstalt zwischen 3 und 19 Fällen liegt.

Dieses Phänomen erklärt sich durch die Tatsache, dass in dieser Disziplin hauptsächlich ambulante Chirurgie betrieben wird.

2002	Brig	Visp	Oberwallis	Siders	Sitten	Martinach	Zentralwallis	Chablais (VS)	Total
Ophthalmologie	.-	3	3	.-	19	17	36	.-	39

In Bezug auf die Bettenplanung werden keine eigene Betten für diese Disziplin vorgesehen, da die Anzahl von Fällen zu gering ist. Auch wenn die Ophthalmologie **vorrangig am Standort für leichte oder programmierte Fälle ausgeübt wird, wird es möglich sein, die komplexen Fälle, für welche eine Zusammenarbeit mit anderen Disziplinen notwendig ist und die Anwesenheit von anderen Spezialisten erforderlich ist, am Standort mit der Intensivstation zu behandeln.**

In diesem Sinne beschliesst der Staatsrat die nachfolgende Verteilung:

Tätigkeit	Oberwalliser Spitalzentrum		Spitalzentrum des Mittelwallis			Spitalzentrum des Unterwallis	
	Visp	Brig	Siders	Sitten	Martinach	Monthey	Aigle
Ophthalmologie							

Wie für die Urologie vertritt das DGSE die Meinung, dass es nicht nützlich ist, eigene Ophthalmologie-Abteilungen zu schaffen. Diese Patienten werden dementsprechend in den Abteilungen für allgemeine Chirurgie versorgt, so wie dies heute bereits der Fall ist.

Hinsichtlich der Ophthalmologie ist zu erwähnen, dass die Behandlung zumeist ambulant erfolgt. Aus organisatorischen Gründen und zwecks Schaffung von Klarheit für die Patienten werden einzig die Standorte Brig, Martinach und Monthey diese Leistungen anbieten.



10.9.4 HNO

Anhand der nachfolgenden Tabelle stellen wir fest, dass die Anzahl von Patienten (inklusive Privatpatienten), welche im HNO –Bereich stationär behandelt wird, relativ gering ist, indem die Anzahl von Austritten pro Jahr und pro Spital zwischen 70 und 170 Fällen liegt.

2002	Brigue	Viège	Haut-Valais	Sierre	Sion	Martigny	Valais Central	Chablais (VS)	Total
ORL	170	170	340	84	157	71	312	117	769

In Bezug auf die Planung ist die Konzentration der Betten gerechtfertigt, indem die Zahl der in den Walliser Spitälern betreuten Patienten sehr gering ist. Dementsprechend ist die Notwendigkeit der Zusammenlegung dieser Disziplin an einem Standort offensichtlich. Selbst wenn die HNO **vorrangig am Standort für leichte oder programmierte Fälle ausgeübt wird, wird es möglich sein, die komplexen Fälle, für welche eine Zusammenarbeit mit anderen Disziplinen notwendig ist und die Anwesenheit von anderen Spezialisten erforderlich ist, am Standort mit der Intensivstation zu behandeln.**

In diesem Sinne ist die nachfolgende Verteilung gültig:

Aktivität	Oberwalliser Spitalzentrum		Spitalzentrum Mittelwallis			Spitalzentrum Unterwallis	
	Visp	Brig	Siders	Sitten	Martinach	Monthey	Aigle
ORL							

Wie in den beiden vorangehenden Abschnitten vertritt das DGSE die Meinung, dass es nicht nützlich ist, eigene HNO-Abteilungen zu schaffen. Diese Patienten werden dementsprechend in den Abteilungen für allgemeine Chirurgie der Spitälern von Brig, Martinach und Monthey versorgt.

Hinsichtlich der HNO ist zu erwähnen, dass die Behandlung zumeist ambulant erfolgt. Aus organisatorischen Gründen werden einzig die Standorte Brig, Martinach und Monthey diese Leistungen anbieten.



10.9.5 Plastische Chirurgie und Wiederherstellungschirurgie

Anlässlich der Ausarbeitung des Konzeptes von 1996 wurde zwischen den Partnern ein Konsens hergestellt, damit die Abteilung „plastische Chirurgie“ und „Wiederherstellungschirurgie“ an einem Standort zentralisiert wird.

Angesichts der geringen Anzahl von Patienten (311 Austritte, der Rest wird ambulant versorgt) scheint es logisch zu sein, über lediglich eine Abteilung zu verfügen. Da diese Abteilung **programmierte Leistungen** anbietet, wurde beschlossen, diese Abteilung am Standort Siders anzusiedeln. Selbst wenn die plastische Chirurgie und die Wiederherstellungschirurgie **vorrangig am Standort für leichte oder programmierte Fälle ausgeübt wird, wird es möglich sein, die komplexen Fälle, für welche eine Zusammenarbeit mit anderen Disziplinen notwendig ist und die Anwesenheit von anderen Spezialisten erforderlich ist, am Standort mit der Intensivstation zu behandeln.**

In diesem Sinne ist die nachfolgende Verteilung gültig:

Aufgrund der durchgeführten Schätzungen sollten die Bedürfnisse der Walliser Bevölkerung mit sieben Betten abgedeckt werden.

	<i>Oberwalliser Spitalzentrum</i>		<i>Spitalzentrum Mittelwallis</i>			<i>Spitalzentrum Unterwallis</i>	
	<i>Visp</i>	<i>Brig</i>	<i>Siders</i>	<i>Sitten</i>	<i>Martinach</i>	<i>Monthey</i>	<i>Aigle</i>
Plastische Chirurgie und Wiederherstellungschirurgie			7				



10.10. Die Disziplinen mit kantonalem Charakter

10.10.1 Die chirurgischen Disziplinen: die Herzchirurgie, die Neurochirurgie und die Thoraxchirurgie

2002	Anzahl Austritte
Herzchirurgie	248
Spezialisierte Neurochirurgie	202
Thoraxchirurgie	61
Total	511

Damit im Kanton Wallis gewisse, hoch spezialisierte Disziplinen erhalten werden können, hat der Kanton Wallis einen interkantonalen Vertrag für die Pneumologie und die Thoraxchirurgie mit den Universitätsspitalern von Genf unterzeichnet und für die Herzchirurgie mit dem CHUV in Lausanne. Ohne diese Verträge müssten die Walliser Patienten sich in Genf oder Lausanne behandeln lassen.

Bis heute wurden alle kantonalisierten Disziplinen im Spital Sitten angeboten, mit der Ausnahme der Pneumologie und der Thoraxchirurgie, welche im Walliser Zentrum für Pneumologie in Montana durchgeführt werden. Damit mittelfristig die schweren Infrastrukturen an einem Standort konzentriert werden und Synergien zwischen den spezialisierten Disziplinen geschaffen werden, **wird jedoch diese Disziplin in einer ersten Etappe im Walliser Zentrum für Pneumologie und im Spital Sitten angesiedelt sein, damit das Spital Sitten die notwendigen Vorkehrungen für die Betreuung dieser Kategorie von Pathologie treffen kann.**

Diese Konzentration rechtfertigt sich durch die für die hochspezialisierten Disziplinen (Intensivpflege, Herzchirurgie, Kreislauf ausserhalb des Körpers,...) notwendige Interdisziplinarität.

Schliesslich ist zweckmässigerweise daran zu erinnern, dass durch eine Konzentration der hochspezialisierten Disziplinen an einem Standort die kritischen Massen leichter erreicht werden können. Demzufolge fällt es auch leichter, bei der Behandlung die medizinischen Technologien einzusetzen.

10.10.2 Die medizinischen Disziplinen: die invasive Kardiologie, die Onkologie, die Radioonkologie/Radiotherapie sowie die Pneumologie

2002	Anzahl Austritte
Invasive Kardiologie	714
Radioonkologie	63
Pneumologie	387
Total	1'164

Die in der oben erwähnten Tabelle aufgeführten kantonalisierten Disziplinen wurden bis anhin in Sitten durchgeführt, mit Ausnahme der Pneumologie, die im Walliser Zentrum für



Pneumologie durchgeführt wurde. **Diese Disziplin wird jedoch in einer ersten Etappe weiterhin im Walliser Zentrum für Pneumologie durchgeführt werden, damit das Spital Sitten die notwendigen Vorkehrungen für die Versorgung dieser Pathologien treffen kann.**

10.10.2.1 Aufteilung

Aufgrund der oben erwähnten Ausführungen wird die nachfolgende Aufteilung der Betten gültig sein:

	<i>Oberwalliser Spitalzentrum</i>		<i>Spitalzentrum Mittelwallis</i>				<i>Spitalzentrum Unterwallis</i>	
	<i>Visp</i>	<i>Brig</i>	<i>Siders</i>	<i>Sitten</i>	<i>Martinach</i>	<i>CVP</i>	<i>Monthey</i>	<i>Aigle</i>
Invasive Kardiologie				12				
Herzchirurgie				4				
Neurochirurgie				9				
Onkologie - Radiotherapie				2				
Thoraxchirurgie				3		3		
Pneumologie				6		6		



10.11. Die Tätigkeiten und Abteilungen « Medizin »

Dieser Abschnitt umfasst die medizinischen Disziplinen wie die innere Medizin, die Neurologie, die Gastroenterologie, die Endokrinologie, die Kardiologie, die Dermatologie, die Liaisonpsychiatrie, die Nephrologie und die chronische Hämodialyse, die Onkologie und die Angiologie. Auch wenn heute nur die innere Medizin über eigene Abteilungen verfügt, soll dies nicht heissen, dass die übrigen Disziplinen weniger wichtig sind.

An dieser Stelle erinnern wir ebenso daran, dass die Planung permanent und gleitend zu erfolgen hat, womit für gewisse Disziplinen Evaluationen durchgeführt werden.

10.11.1 Die innere Medizin

Die innere Medizin ist wie andere Disziplinen mit dem Problem des Mangels an medizinischen und pflegerischen Personal konfrontiert. Dieser Personalmangel hat unmittelbare Auswirkungen auf die Qualität der Behandlung und der Pflege, aber auch auf die Arbeitsbedingungen des Personals, das einem stets grösseren Druck ausgesetzt ist.

Das Problem der Wachen ist besonders wichtig. Gegenwärtig verfügt jedes Spital über einen permanenten Wachdienst für die innere Medizin, obschon der Personalbestand ungenügend ist. Damit dieses Problem gelöst werden kann, ist es angezeigt, das System der Wachen innerhalb jedes Spitalzentrums zu reorganisieren.

Im Rahmen dieser Reorganisation der inneren Medizin sollten die Spitäler, welche die leichteren Fälle übernehmen, für jeden Standort nachts und an den Wochenenden über vom Bestand her weniger grosse Teams verfügen. Für die Standorte, welche die komplexeren Fälle aufnehmen, werden die Pflegeteams verstärkt werden müssen.

In Bezug auf die Tätigkeit der Medizin-Abteilungen wurden im Jahre 2002 nahezu 11'000 Patienten registriert, wie die nachfolgende Auflistung zeigt:

2002	Brig	Visp	Oberwallis	Siders	Sitten	Martinach	Zentralwallis	Chablais (vs)	Total
Medizin	1'531	1'526	3'057	1'943	2661	2'072	6'676	1'482	11'215

Was die Anzahl von belegten Betten anbelangt, liegt diese zwischen 34 und 72 Einheiten. Demzufolge ist die Anzahl der gegenwärtig in den Spitälern betriebenen Betten für diese Kategorie der Betreuung bei weitem ausreichend.

Wie wir bereits weiter oben in Bezug auf die chirurgischen Disziplinen erläutert haben, werden gewisse Spitäler mit den komplexen Leistungen beauftragt werden, für welche sich eine Intensivpflegestation in unmittelbarer Nähe befinden muss. Die übrigen Anstalten werden die leichten Fälle übernehmen. Diese neue Verteilung der Leistungsaufträge gilt ebenso für die Abteilungen „Medizin“.



Aufgrund dieser Ausführungen ist die nachfolgende Aufteilung vorzusehen:

	Oberwalliser Spitalzentrum		Spitalzentrum Mittelwallis			Spitalzentrum Unterwallis	
	Visp	Brig	Siders	Sitten	Martinach	Monthey	Aigle
Komplexe Fälle							
Leichte Fälle							

10.11.2 Die medizinischen Disziplinen ohne Abteilung

Im Spitalkonzept 1996 wurden eine gewisse Anzahl von Disziplinen angeboten, obschon sie nicht über eigene Abteilungen verfügten. Dieser Entscheid beruhte auf einen Konsens zwischen den Partnern.

Demzufolge sind die nachfolgenden Aufträge für die Disziplinen gültig:

	Oberwalliser Spitalzentrum		Spitalzentrum Mittelwallis				Spitalzentrum Unterwallis			
	Visp	Brig	CVP	Siders	Sitten	Martinach	Monthey	Aigle	IPVR	St-Maurice
Neurologie										
Infektionskrankheiten (Spitalh.)										
Gastroenterologie										
Endokrinologie										
Kardiologie										
Dermatologie										
Psychiatrie de liaison										
Nephrologie, Chronische Hämodialyse										
Onkologie										
Angiologie										

Diese Disziplinen erfordern nicht die Schaffung von eigenen Abteilungen. Die Patienten, welche diese Kategorie von Leistungen in Anspruch nehmen, werden generell in den „Medizin“-Abteilungen der verschiedenen Spitäler betreut.

in Bezug auf die Öffnung von spezifischen Abteilungen für gewisse Tätigkeiten werden Evaluationen durchgeführt. Diesbezüglich ist zu erwähnen, dass ein Konzept über die Neurologie derzeit ausgearbeitet wird.



10.12. Die Gynäkologie / die Geburtshilfe (inkl. Neugeborene), die Pädiatrie und die Neonatologie

Heutzutage scheint es vollkommen normal zu sein, den Bereich Mutter/Kind in die selben Überlegungen einzubeziehen. Somit werden wir in diesem Abschnitt die vier Disziplinen Gynäkologie, Geburtshilfe, Pädiatrie (inklusive die Kinderchirurgie) sowie die Neonatologie behandeln.

10.12.1 Anzahl von Patienten im Jahre 2002

Wir präsentieren nachfolgend die Anzahl von Fällen (inklusive die Privatpatienten), welche durch die verschiedenen Abteilungen während des Jahres 2002 behandelt worden sind. Die Anzahl Austritte ist relativ gering. Die Anzahl von Fällen pro Disziplin und pro Anstalt übersteigt nämlich im Jahre 2002 keinesfalls 750.

2002	Brig	Visp	Oberwallis	Siders	Sitten	Martinach	Zentralwallis	Chablais (VS)	Total
Gynäkologie	179	242	421	324	378	350	1'052	156	1'629
Geburtshilfe	246	458	704	465	734	511	1'710	407	2'821
Pädiatrie	262	297	559	307	536	369	1'212	500	2'271
Neugeborene	218	388	606	358	660	456	1'474	365	2'445
Neonatologie					54		54		54

Aufgrund der Gesamtzahl von Patienten haben wir die Anzahl der neuen Patienten pro Tag für die Gynäkologie, die Geburtshilfe und die Pädiatrie berechnet.

2002	Brig	Visp	Oberwallis	Siders	Sitten	Martinach	Zentralwallis	Chablais (VS)	Total
Gynécologie	0.5	0.7	1.2	0.9	1.0	1.0	2.9	0.4	4.5
Obstétrique	0.7	1.3	1.9	1.3	2.0	1.4	4.7	1.1	7.7
Pédiatrie	0.7	0.8	1.5	0.8	1.5	1.0	3.3	1.4	6.2

Beispielsweise werden im Oberwallis durchschnittlich weniger als zwei Geburten pro Tag registriert. Im Mittelwallis werden durchschnittlich 3 Pädiatriefälle pro Tag verzeichnet.

In Bezug auf die Neugeborenen wird allgemein angenommen, dass ein Minimum von 500 Geburten notwendig ist, damit eine qualitative und sichere Betreuung gewährleistet werden kann. Demnach stellen wir fest, dass einzig die Spitäler von Sitten und des Chablais (unter Berücksichtigung der Patienten des Kantons Waadt) über eine genügende Anzahl von Geburten verfügt, damit die Erhaltung einer Abteilung Geburtshilfe begründet werden kann. Das Spital Martinach befindet sich nahe an diesem Grenzwert. Aus diesem Grunde und unter Berücksichtigung der gegenwärtigen und zukünftigen Spitalorganisation im Unterwallis (insbesondere durch den Bau eines Spitals für die Region Riviera-Chablais) beauftragt der Staatsrat das Departement für Gesundheit und das GNW, die Erhaltung der Leistungen im Bereich Geburtshilfe (einschliesslich der Neugeborenen) am Standort Martinach zu prüfen. Diese Machbarkeitsstudie wird im Jahre 2004 durchgeführt werden und wird alle medizinischen, technischen (so wie die am Standort Martinach zur Verfügung stehenden Infrastrukturen) und wirtschaftlichen (finanzielle Auswirkungen) Kriterien berücksichtigen müssen.



Schliesslich ist es wichtig zu erwähnen, dass alle Bereiche der Medizin mit einem Problem des ungenügenden Personalbestandes in Bezug auf die Chefärzte, die Assistenzärzte und die spezialisierten Krankenschwestern konfrontiert sind. Die Richtigkeit dieser Aussage wird ebenso für die in diesem Abschnitt aufgeführten Disziplinen unter Beweis gestellt. Demzufolge sollte die Zusammenlegung dieser Disziplinen eine verbesserte Personaldotation ermöglichen.

10.12.2 Belegte Betten pro Jahr und pro Institution

Die nachstehende Tabelle präsentiert die Anzahl von belegten Betten pro Disziplin und pro Anstalt. Konkret verfügen die Spitäler jedoch im Vergleich zu den nachfolgend erwähnten Zahlen über eine höhere Anzahl von Betten. Indes sind diese Daten notwendig, um die durchschnittliche Anzahl von Betten zu berechnen, die für die Spitäler notwendig sind.

Belegte Betten	Gynäkologie	Geburtshilfe	Neugeborene	Pädiatrie	Neonatologie
<i>Oberwallis</i>	6.7	12.6	10.3	7.2	0.0
<i>Zentralwallis</i>	17.2	30.9	23.5	17.2	2.2
<i>Chablais VS</i>	2.2	6.6	5.0	8.0	0.0
Total	26.1	50.2	38.8	32.4	2.2

Gemäss dieser Tabelle stellen wir fest, dass im Jahre 2002 die Anzahl von belegten Betten in der Gynäkologie-Abteilung für den gesamten Kanton 26.1 Betten und in der Geburtshilfe 50.2 Betten entspricht.

Betreffend die Kinder sind 32.4 Betten in der Pädiatrie und 38.8 Wiegen für Neugeborene belegt. Für die Neonatologie werden 2.2 Betten belegt.

10.12.3 Aufteilung

Aufgrund der weiter oben vorgestellten Elemente ist die Konzentration der Disziplinen des Bereiches Mutter-Kind auf einige Zentren notwendig, damit eine qualitative Betreuung mit insbesondere einer ausreichenden kritischen Masse gewährleistet werden kann. An dieser Stelle ist zu erinnern, dass die Geburtshilfe aufgrund der eigenen Merkmale nur in den Spitälern durchgeführt werden kann, die mit einer Intensivpflegestation und mit 24 Stunden am Tag und 7 Tage in der Woche geöffneten Operationssälen ausgestattet sind.

In der nachfolgenden Tabelle präsentieren wir die Aufteilung der Disziplinen. Selbst wenn die Gynäkologie **vorrangig am Standort für leichte oder programmierte Fälle ausgeübt wird, wird es möglich sein, die komplexen Fälle, für welche eine Zusammenarbeit mit anderen Disziplinen notwendig ist und die Anwesenheit von anderen Spezialisten erforderlich ist, am Standort mit der Intensivstation zu behandeln.** In diesem Sinne beschliesst der Staatsrat die nachfolgende Verteilung:

	Spitalzentrum Oberwallis		Spitalzentrum Mittelwallis			Spitalzentrum Unterwallis	
	Visp	Brig	Siders	Sitten	Martinach	Monthey	Aigle
Gynäkologie							
Geburtshilfe					*		
Neugeborene					*		
Pädiatrie (inklusive Chirurgie)							
Neonatologie							

* siehe Kapitel 10.12.1



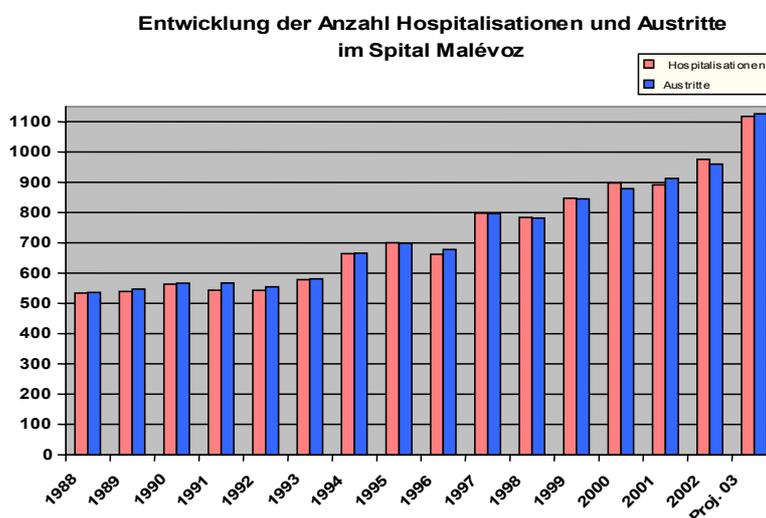
10.13. Die Psychiatriepflege

10.13.1 Die statistische Analyse

10.13.1.1 Die psychiatrischen Institutionen des Valais Romand

In Bezug auf das Mittel- und Unterwallis geht aus den beiliegenden Tabellen hervor, dass sich während des letzten Jahrzehntes die **Anzahl von Eintritten im Spital von Malévoz verdoppelt hat**.

Überdies nimmt nicht nur die Quantität der Fälle zu, sondern auch deren Schwere



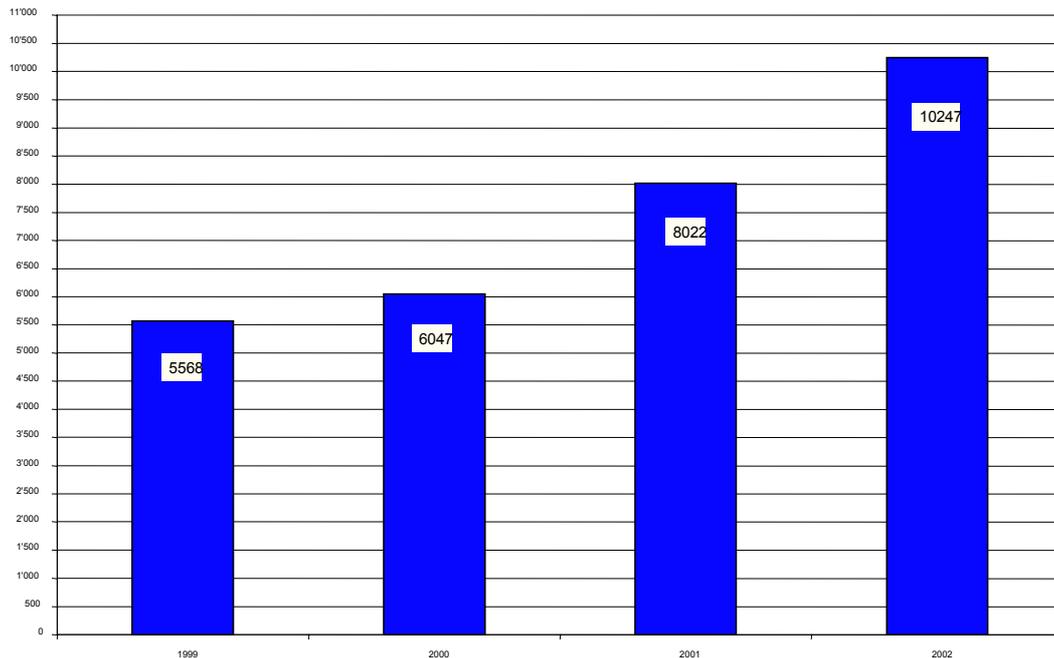
CP.ppt/17

: in der Tat ist festzustellen, dass für eine relativ stabile Anzahl von klassischen psychiatrischen Pathologien, jährlich eine Zunahme der Anzahl Fälle mit mehrfachen Pathologien zu verzeichnen ist: die Probleme der Angstzustände und Depressionen stehen oftmals mit schweren Persönlichkeitsstörungen im Zusammenhang, die wiederum zu beruflicher und sozialer Ausgliederung sowie zu gleichzeitigem Konsum von mehreren toxischen Substanzen führen. Letztere, insbesondere bei den jungen Erwachsenen und bei den Jugendlichen, erschweren die psychiatrische Pathologie in einem eigentlichen Teufelskreis, der durch den Verlust an sozialen Kontakten und an gesellschaftlich verankerten Werten weiter verschärft wird.

Die psychiatrischen Dienste im ambulanten und stationären Bereich sind überlastet und können nicht mehr der zunehmenden Nachfrage entsprechen.



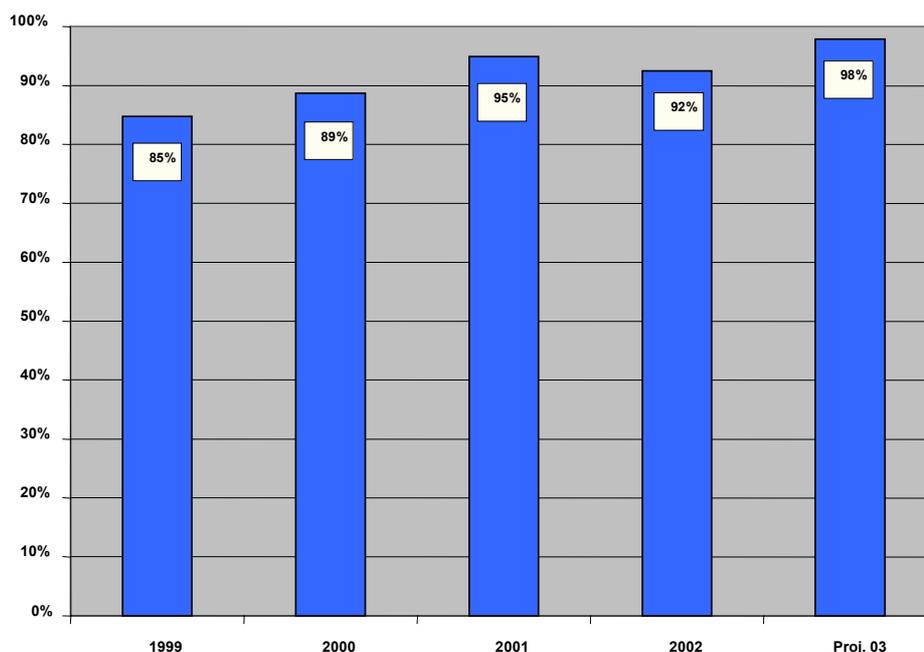
Anzahl kumulierte Leistungen der psychiatrischen Ambulatorien von Siders, Sitten, Martinach und Monthey



CP.ppt/18

Die psychiatrischen Institutionen des Mittel- und Unterwallis haben in den letzten Jahren oftmals die zunehmende Überlastung des Spitals sowie der ambulanten Dienste (die Anzahl der Konsultationen hat sich innert 4 Jahren verdoppelt) signalisiert.

Entwicklung des Belegungsgrades des Spitals



CP.ppt/19



10.13.1.2 Statistiken des PZO

Im vorliegenden Abschnitt präsentieren wir eine gewisse Anzahl von Indikatoren, die vom PZO geliefert worden sind.

	2001	2002	2003
Anzahl von Patienten in der Akutpsychiatrie	297	282	323
Anzahl von Patienten in der Psychogeriatric	38	89	109
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in der Akutpsychiatrie	30.6	29.3	27.8
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in der Psychogeriatric	-	39.2	41.4
Anzahl von Krankentagen in der Akutpsychiatrie	8'901	8'271	8'979
Anzahl von Krankentagen in der Psychogeriatric	2'036	3'685	4'276

Die nachstehende Tabelle zeigt klar auf, dass in den letzten Jahren die Anzahl der Patienten, welche durch das PZO in der Akutpsychiatrie aufgenommen worden sind zugenommen hat, währenddem die Anzahl von Krankentagen relativ stabil blieb. Da die Nachfrage stets zugenommen hat, müssen die Patienten schneller das Spital verlassen, damit dieses neue Patienten aufnehmen kann.

In Bezug auf die Psychogeriatric hat das PZO den Leistungsauftrag übernommen, der ursprünglich dem Pflegeheim Susten erteilt worden ist. Demzufolge ist eine gewisse Anpassungszeit notwendig, damit das Spital Brig diese stets zahlreicheren Patienten aufnehmen kann.

Wie in den psychiatrischen Institutionen des Mittel- und des Unterwallis stellen wir somit fest, dass der Bedarf an Psychiatriepflege tendenziell zunimmt.

10.13.1.3 Schlussfolgerung

In den beiden letzten Abschnitten haben wir Daten vorgestellt, die sich auf die stationäre Tätigkeit der Spitäler beziehen. Es ist jedoch wichtig zu präzisieren, dass die ambulante Tätigkeit in diesem Bereich besonders wichtig ist.

Die psychiatrische Betreuung zeichnet sich heute durch einen sehr starken Druck auf die Spitalleistungen sowie auf die ambulanten Leistungen aus. Die Psychiatriespitäler unseres Kantons müssen einer stets zunehmenden Nachfrage entsprechen

Die Fachleute der Psychiatrie anerkennen, dass die traditionellen Antworten nicht mehr genügen und dass das System der psychiatrischen Versorgung unseres Kantons vertieft zu verändern ist. Demzufolge sind gesamthafte Überlegungen anzustellen und rasch abzuschliessen, damit konkrete und zufriedenstellende Lösungen angeboten werden können. Zu diesem Zweck ist es wichtig, dass alle Partner sich in Bezug auf die zu erreichenden Zielsetzungen und auf die notwendigen Mittel zur Realisierung einigen.



10.13.2 *Entscheid*

Kurzfristig wird für den stationären Sektor die gegenwärtige Aufteilung der Disziplinen beibehalten, wobei die folgende Anzahl geplanter Betten Gültigkeit hat:

	<i>Spitalzentrum Oberwallis</i>		<i>Spitalzentrum Mittelwallis</i>			<i>Spitalzentrum Unterwallis</i>			
	<i>Visp</i>	<i>Brig</i>	<i>Siders</i>	<i>Sitten</i>	<i>Martinach</i>	<i>Monthey</i>	<i>Aigle</i>	<i>IPVR</i>	<i>St-Maurice</i>
<i>Akute Psychiatrie</i>									
PZO		28							
IPVR								100	
<i>Psychogeriatric</i>									
PZO		18							
Ste-Claire			18						
St-Amé									18
IPVR								20	
<i>Kinderpsychiatrie</i>									
Siders			8						

Insgesamt entspricht die Anzahl von geplanten Betten der Anzahl zur Verfügung stehenden Betten, mit der Ausnahme der Akutpsychiatrie der Psychiatrischen Institutionen des Mittel- und Unterwallis und der Kinderpsychiatrie, die infolge des steigenden Bedarfes eine Zunahme registriert hat.

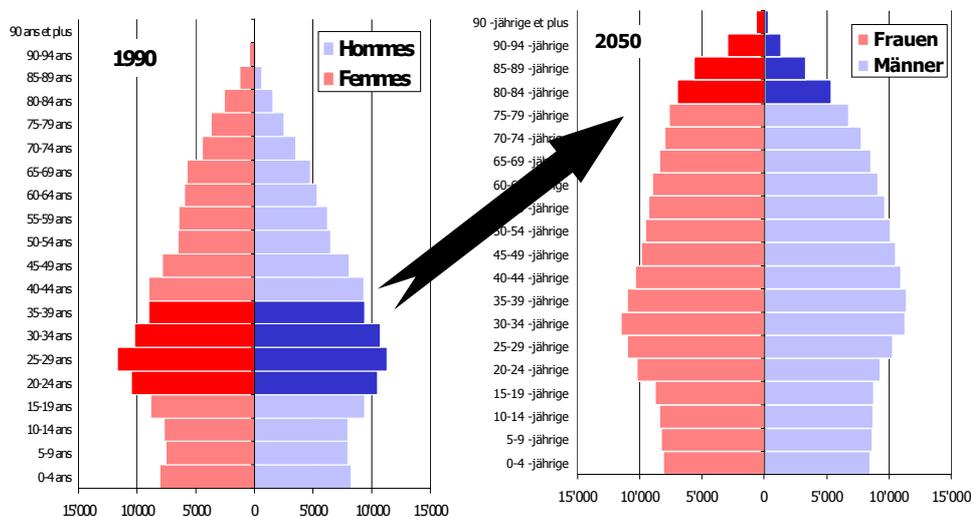


10.14. Die Geriatrie

10.14.1 Allgemeines

Gemäss den demographischen Perspektiven des BFS, wird die Walliser Bevölkerung zwischen der letzten Erhebung 1990 und den für 2050 berechneten Perspektiven die nachfolgende Entwicklung kennen:

Demographische Entwicklungsperspektiven im Zeithorizont bis 2050



Quelle : BFS

Die demographische Entwicklung im Kanton Wallis wird wie in der Gesamtschweiz durch eine markante Alterung geprägt sein. Der Vergleich zwischen den beiden Alterspyramiden wird eine starke Erweiterung der Pyramide im oberen Teil, d. h. eine Zunahme der betagten Bevölkerung aufzeigen. Es ist darauf hinzuweisen, dass die über 80-jährigen, betagten Personen im Jahre 2050 diejenigen sind, die im Jahre 1990 die zahlreichsten waren, das heisst der 25-44-jährigen.

Unter Berücksichtigung der Studien, die aufzeigen, dass die Betreuung der betagten Personen in den letzten beiden Lebensjahren wichtig wird, werden die Bedürfnisse der betagten Walliser im Jahre 2000 bedeutend grösser und sollten im Verlaufe der nächsten Jahre zunehmen.

Die Anzahl der über 90-jährigen, betagten Personen, hat sich seit 1990 mehr als verdoppelt. Gemäss den Prognosen des BFS kann der Beweis erbracht werden, dass die Zahl sich zwischen dem Jahr 2000 und dem Jahr 2020 erneut verdoppeln wird.

Indes hat sich in Bezug auf die Entwicklung des Pflegebedarfes die Zunahme der Anzahl betagter Personen teilweise durch eine tendenzielle Verbesserung des Gesundheitszustandes der zukünftigen Generationen ausgeglichen.



10.14.2 Analyse der Indikatoren

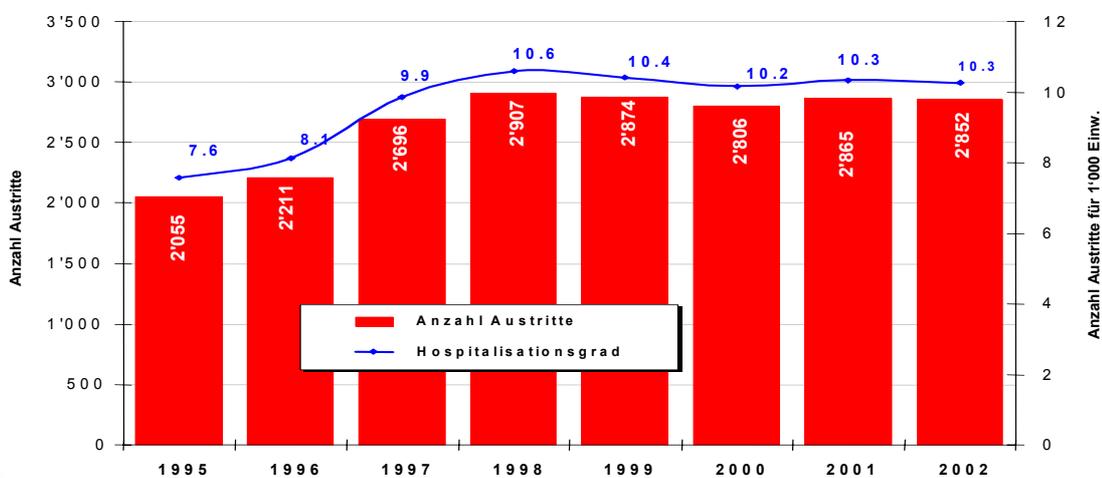
Die Spitäler und Abteilungen im Bereich der Geriatrie haben in den letzten Jahren insgesamt eine bedeutende Reduktion der Anzahl von Krankentagen und noch mehr der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer registriert. Hingegen wird eine Zunahme der Anzahl von Austritten festgestellt. Die Statistiken der Tätigkeit stellen diese Tatsache unter Beweis:

10.14.2.1 Die Anzahl von Austritten

Im Bereich der Geriatrie und der Rehabilitation hat die Anzahl von Austritten sowie des Hospitalisationssatzes in bedeutendem Masse zugenommen, wie dies die nachfolgende Abbildung aufzeigt:

Geriatrie : Anzahl Austritte und Hospitalisationssatz - Wallis

Quelle : D G W



D S S E

Indicateurs_höp.ppt / 24

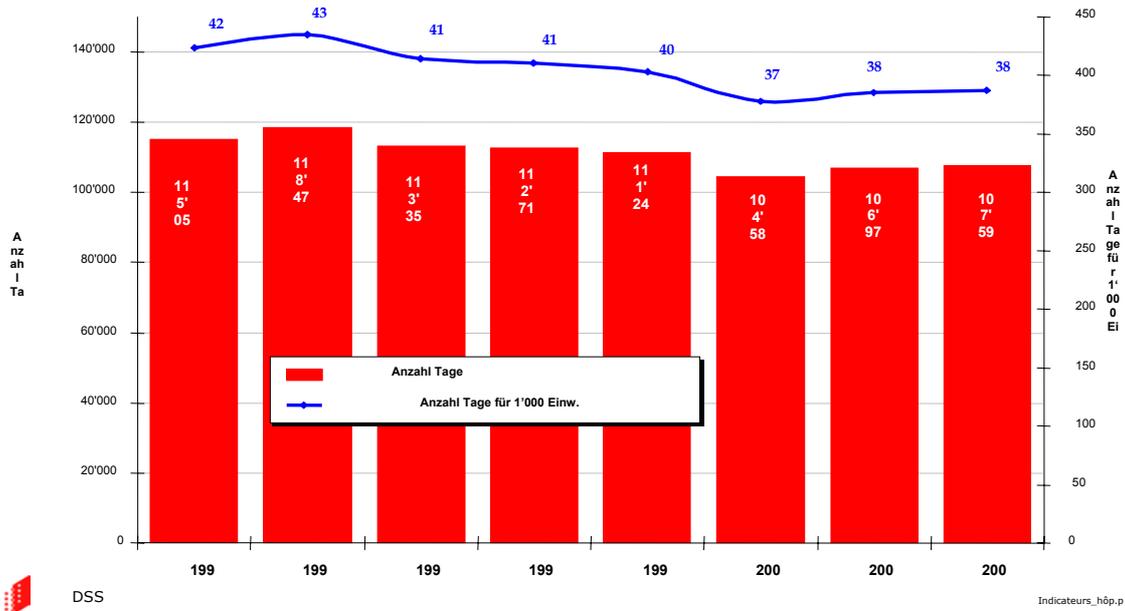


10.14.2.2 Entwicklung der Anzahl von Krankentagen

Die Anzahl von Krankentagen hat von 131'060 im Jahre 1990 auf 107'599 im Jahre 1998 abgenommen, was einer Abnahme von rund 18% entspricht.

Geriatric : Anzahl Tage

Quelle: DGW



Quelle : DFG.

10.14.2.3 Aufteilung

	Spitalzentrum Oberwallis		Spitalzentrum Mittelwallis				Spitalzentrum Unterwallis			
	Visp	Brig	CVP	Siders	Sitten	Martinach	Monthey	Aigle	IPVR	St-Maurice
Gériatrie	43	42		45	83	28				83



10.15. Die Wartebetten

Die Abteilungen mit Wartebetten sind bestimmt für Patienten, die aus dem Spital kommen und die auf einen Platz in einem Pflegeheim für Betagte warten. Diesbezüglich ist zu erwähnen, dass die Schaffung von solchen Abteilungen, die durch das DGSE seit 2001 durch die Gewährung einer kantonalen Subvention gefördert wird, bis zum Inkrafttreten der neuen Spitalorganisation auf den 1.1.2004 vom Willen der Spitalverantwortlichen abhing. So haben bis heute nur die Spitäler von Brig (seit 2001, 6 Betten), Visp (2003, 5 Betten) und Martinach (2003 – 6 Betten) derartige Abteilungen geschaffen. Das Departement hat ebenso den Betrieb einer Abteilung mit Wartebetten (6 Betten) im Rehaszentrum Leukerbad genehmigt. Die Eröffnung einer solchen Abteilung im Spital Sitten (Gravelone) befindet sich gegenwärtig in der Vorbereitungsphase.

10.15.1.1 Aufteilung der Betten

Angesichts der weiter oben dargelegten Situation behalten die Anstalten die bis anhin betriebenen Betten, wie die nachfolgende Tabelle es aufzeigt:

	<i>Oberwalliser Spitalzentrum</i>			<i>Spitalzentrum Mittelwallis</i>				<i>Spitalzentrum Unterwallis</i>			
	<i>Rehaszentrum Leukerbad AG</i>	<i>Visp</i>	<i>Brig</i>	<i>CVP</i>	<i>Siders</i>	<i>Sitten</i>	<i>Martinach</i>	<i>Monthey</i>	<i>Aigle</i>	<i>IPVR</i>	<i>St-Maurice</i>
Wartebetten	10	10	10		10	10	10				10



10.16. Die kantonale Rehabilitation

Im Februar 2001 nahm der Staatsrat ein neues Rehabilitationskonzept an, damit wird der Auftrag der Spitäler wie folgt neu definiert :

- Verlegung der Abteilung « Rehabilitation des Spitals von Gravelone sowohl in die SUVA-Klinik in Sitten (15 Betten) als auch im Walliser Zentrum für Pneumologie in Montana.
- Damit der Fortbestand der Kliniken in Leukerbad sichergestellt werden kann, welche in Bezug auf die Wirtschaftspolitik und die Beschäftigung sehr wichtig sind, ist eine enge Zusammenarbeit zwischen der „Rheumaklinik“ und der „Fachklinik für neurologische Rehabilitation“ notwendig.

Heute ist der Staatsrat bestrebt, den Fortbestand des Walliser Zentrums für Pneumologie sicherzustellen. Somit beschliesst er, den im Jahre 2001 erteilten Leistungsauftrag zu bestätigen und zwar:

- die Herzrehabilitation
- die pulmonale Rehabilitation
- die muskuloskelettale Rehabilitation (einfache Fälle)

Die Aufnahme des Walliser Zentrums für Pneumologie in das Gesundheitsnetz Wallis (GNW) wird eine optimale Zusammenarbeit mit den Akutspitälern des Kantons ermöglichen. Dank der Vernetzung der Walliser Spitäler werden die 75 zur Verfügung stehenden Betten den Bedarf des Kantons abdecken.

Konkret zeigen die Indikatoren der Nachfrage tendenziell eine Zunahme des Bedarfes an Rehabilitation in den nachfolgenden Bereichen auf:

Muskuloskelettale Rehabilitation

Der Bedarf in diesem Bereich wird leicht zunehmen, indem die orthopädischen Eingriffe heute nahezu ohne Probleme im vorgerückten Alter durchgeführt werden können.

Dazu sind die rheumatologischen Eingriffe in der Regel chronische Erkrankungen, die wiederholt Leistungen im Bereich der Rehabilitation erfordern.

Herzrehabilitation

Ein nicht unbedeutender Anteil der koronaren Eingriffe (Bypass und Dilatationen) sowie der Herzklappe betreffen immer mehr ältere Patienten. Für diese Patienten ist eine stationäre Rehabilitation zweckmässig.

Pulmonale Rehabilitation

Der Bedarf in diesem Bereich wird noch zunehmen, wenn man die Alterung der Bevölkerung berücksichtigt. Der Risikofaktor, welcher mit dem Tabakkonsum im Zusammenhang steht, konnte noch nicht beschränkt werden, damit dieser wichtige Grund von Lungenerkrankungen vermindert wird. Die Luftverschmutzung durch Schadstoffe stellt ein bedeutender Faktor für das Auftreten von Lungenerkrankungen dar.

Heute ist eine Zunahme der Anzahl von Personen festzustellen, die an Lungenkrankheiten und an Allergien leiden. Gewisse Patienten dieser Kategorie werden ebenfalls Rehabilitationspflege benötigen.



10.17. Die Privatkliniken

Der Kanton Wallis weist auf seinem Kantonsgebiet drei Privatkliniken auf, die gemäss KVG im Rahmen der kantonalen Planung zu berücksichtigen sind.

In Bezug auf die Rehabilitation beabsichtigt das DGSE, an den Beschlüssen von März 1999 und von 2001 betreffend die SUVA-Klinik und das Rehazentrum Leukerbad festzuhalten.

Demzufolge wurden Verträge zwischen dem Staat und der **SUVA-Klinik** erstellt, damit letztere Klinik den Walliser Patienten **12 Rehabilitationsbetten (vormals in Gravelone) sowie 3 Betten für Paraplegiker zur Verfügung** stellt. Die in der Klinik angebotenen Leistungen sind gemäss dem Konzept:

- die muskuloskelettale Rehabilitation,
- die neurologische Rehabilitation
- die Rehabilitation von Para- und Tetraplegikern.

Die Rheumaklinik Leukerbad und die Fachklinik für neurologische Rehabilitation wurden im Rahmen des **Rehazentrums Leukerbad** zusammengelegt. Diese Anstalt ist vollumfänglich privat. Der Kanton nimmt an der Verwaltung dieser Anstalt teil, indem er im Verwaltungsrat vertreten ist. Auf diese Weise versucht der Kanton, die Arbeitsplätze in der Region zu erhalten.

Schliesslich erhält das Rehazentrum Leukerbad gemäss dem Konzept 2001 aufgrund des KVG Leistungsaufträge in den nachfolgenden Bereichen:

- Muskuloskelettale Rehabilitation,
- Neurologische Rehabilitation,

Schliesslich ist **die Klinik Valère** ein privates Akutspital. Demzufolge hält das DGSE an den Leistungsauftrag fest, welcher im Konzept von 1996 definiert worden ist und zwar:

- die innere Medizin (inkl. Radiologie),
- die allgemeine Chirurgie (inkl. Orthopädie und Anästhesie)
- die Orthopädie
- die Gynäkologie

In Bezug auf die letztgenannte Anstalt erinnern wir daran, dass die Anstalt über keinen Leistungsauftrag in der Intensivpflege verfügt. Dies hat zur direkten Folge, dass diese Anstalt aus klaren Sicherheitsgründen keine komplexen Fälle wie diejenigen der Thoraxchirurgie und Herzchirurgie behandeln kann.



10.18. Das Zentralinstitut der Walliser Spitäler

Der Auftrag, welcher im Jahre 1996 dem Zentralinstitut der Walliser Spitäler erteilt worden ist, wird heute bestätigt. Die erbrachten Leistungen werden in den Abteilungen Laboratorium und Apotheke zusammengelegt.

Gemäss dem Dekret über das GNW kann das Institut im Rahmen der Gesundheitsplanung des Staatsrates und den in dieser Hinsicht erhaltenen Leistungsaufträge für gewisse Disziplinen oder medizinische Tätigkeiten mit Privatunternehmen zusammenarbeiten. Die Beziehungen mit diesen Privatunternehmen werden in Verträgen präzisiert, die das Institut mit dem GNW abschliesst und dem Departement zur Genehmigung unterbreitet.

10.18.1 Laborabteilung

Demnach erbringt das Institut Laborleistungen für die Gesundheitsinstitutionen sowie für die Walliser Privatpraxen.

Das Laboratorium umfasst die nachfolgenden Tätigkeitsbereiche:

- o Histo-Zyto-Pathologie,
- o Hämatologie,
- o Klinische Chemie,
- o Biochemie,
- o Mikrobiologie
- o Immunologie und Allergologie.

Es gilt zu präzisieren, dass die Pathologie im Zentralinstitut der Walliser Spitäler kantonalisiert ist.

10.18.2 Abteilung Arzneimittel

Der Auftrag der Apotheke des Zentralinstitutes der Walliser Spitäler besteht darin, für die Anstalten des GNW eine Auswahl an Medikamenten sicherzustellen sowie eine Reihe von zusätzlichen Dienstleistungen zu erbringen, womit das Kosten-Nutzen Verhältnis sowie das Nutzen-Risiken Verhältnis von jeder Arzneimittelbehandlung optimiert wird.

10.18.3 Die delegierten Tätigkeiten

Gemäss dem Dekret über das GNW kann das Institut im Rahmen der medizinischen Tätigkeiten, die in gesundheitlicher Hinsicht von besonderem Interesse sind oder in die Zuständigkeit des Kantons fallen, insbesondere im Bereich der übertragbaren Krankheiten, Abteilungen mit eigenständiger Geschäftsführung schaffen in Bezug auf durch den Kanton delegierte medizinische Tätigkeiten. Die Beziehungen mit dem Kanton für diese delegierten Tätigkeiten werden über Verträge mit der Stiftung präzisiert.

Dies ist vor allem der Fall beim Zentrum für Infektionskrankheiten und Epidemiologie. Dieses Zentrum übernimmt alle klinischen Aktivitäten im Zusammenhang mit ansteckenden Krankheiten. Diese Aktivitäten können in drei Sektoren unterteilt werden:

- o **bertragbare Krankheiten** (alle Aspekte die sich aus dem schweizerischen Epidemiengesetz ergeben)
- o **Spital Epidemiologie** (Kampf gegen nosokomiale Infektionen, Abschätzung der Infektionsrisiken für das Gesundheitspersonal, Qualitätsindikatoren)
- o **Konsultationen** (Ambulante und spitalinterne Konsultationen betreffend Infektionskrankheiten, Impfung der Asylanten, Beratung von Reisenden, anonyme Erfassung von HIV-Fällen.



11. Zeitplan für die Umsetzung der Planungsarbeiten

Wie dies das Dekret vom 4. September 2003 vorsieht, **fallen die Planungsentscheide in den Kompetenzbereich des Staatsrats. Die Umsetzung dieser Entscheide stellt zweifellos eine bedeutende Arbeit dar, für welche heute das GNW über alle notwendigen Kompetenzen verfügt**, indem es die Spitäler führt und verwaltet.

Der Staatsrat **beschliesst, die vorliegenden Planungsmassnahmen sofort in Kraft zu setzen**, welche dem neuen Leistungsauftrag der Spitäler entsprechen. Aufgrund der notwendigen Frist für die Verwirklichung der wichtigen Änderungen, die in dieser Planung vorgesehen sind, **verfügt dass GNW über eine erste Frist für die Umsetzung bis zum 31. Dezember 2004**. Die Umsetzung wird demnach mit dem GNW evaluiert und ein neuer Vertrag wird für das Jahr 2005 abgeschlossen werden.

Im Rahmen des Leistungsvertrages mit dem GNW wird der Staatsrat an die Zielsetzungen, die Prioritäten, die Fristen und an die finanziellen Ressourcen erinnern, welche mit der Verwirklichung der Leistungsaufträge in Zusammenhang stehen. **Das Departement für Gesundheit wird den Vollzug der vorliegenden Entscheide durch ein Controlling anlässlich der Rechnung und des Budgets überprüfen**.

Die vorliegende Planung ist sehr zukunftsorientiert und befindet sich an einem Scheidepunkt; dennoch ist sie anpassungsfähig. In diesem Sinne werden ihre Zielsetzungen regelmässig präzisiert werden, damit der Bedarf an Behandlung und Pflege unserer Bevölkerung berücksichtigt werden kann.



12. Die Aufteilung des Personals

Wie bei jeder Restrukturierung kommt dem Management des Personals eine wichtige Bedeutung zu. So legen wir im vorliegenden Kapitel Wert darauf, eine gewisse Anzahl von Elementen in Bezug auf die Aufteilung des Personals unter den verschiedenen Spitälern zu präzisieren.

In erster Linie ist die **Problematik des Personalmangels** im medizinischen und im pflegerischen Bereich in zahlreichen Disziplinen besonders relevant. In diesen Disziplinen müssen die Spitäler nämlich über eine genügende Anzahl von Chirurgen, Anästhesieärzten, Assistenzärzten und auch von Krankenpflegepersonal verfügen. Zahlreiche Stimmen unter den Ärzten werden laut um auf den gegenwärtig sowohl im medizinischen als auch im pflegerischen Bereich vorherrschenden Personalmangel hinzuweisen.

Diese Problemstellung ist um so wichtig, als gleichzeitig mit dem Personalmangel die Arbeitszeit verkürzt wird und eine stets grössere Spezialisierung des Personals erfolgt.

Mittelfristig wird sich der Personalmangel negativ auf die Pflegequalität für die Bevölkerung auswirken. Mit der Restrukturierung der Spitäler verfolgt das DGSE die Zielsetzung, gewisse Arbeitskräfte zusammenzulegen, damit die Leistungsqualität sichergestellt wird.

Demzufolge ist es angesichts der gegenwärtigen Situation nicht angezeigt, dem Personal zu kündigen. Hingegen könnten gewisse Stellen bei Abgängen nicht mehr ersetzt werden.

Was den Erhalt des Anteils an Stellen in jedem Spital anbelangt, wurden durch das Dekret über das GNW Garantien gewährt. Indes ist klar, dass das Personal Anstrengungen im Bereich der Mobilität (von einer Disziplin zur anderen und von einer Anstalt zur anderen) wird unternehmen müssen.

In Bezug auf das Personal zeigen die durch das Departement im Jahre 1998 durchgeführten Studien auf, dass eine Aufteilung der Posten innerhalb der Spitalzentren aufgrund der gegenwärtigen Anteile möglich ist.

Wir haben die nachfolgende Tabelle im Rahmen der Analyse der gegenwärtigen Situation bereits eingehend analysiert. Dementsprechend erinnern wir daran, dass die Daten für die Spitäler von Brig, Visp, Siders, Sitten und Martinach das Personal der Akutpflege, Geriatrie- und Psychiatriepflege umfassen.

Künftig sollte der gegenwärtige Anteil der Stellen erhalten werden (vgl. die nachstehende Tabelle)

2002	Brig	Visp	Siders	CVP	Sitten	Martinach	St-Amé	IPVR	Chablais (VS)	Total
Total der Vollzeitstellen	374.0	314.8	349.3	113.4	797.0	318.1	148.2	242.2	225.0	2'881.9
Aufteilung der Vollzeitstellen pro Standort	13%	11%	12%	4%	28%	11%	5%	8%	8%	100%

Innerhalb der Personalkategorien werden Anpassungen möglich sein. Zum Beispiel wird ein erhöhter Anteil an Verwaltungspersonal durch eine Reduktion des Personals des medizinischen und pflegerischen Bereiches ausgeglichen.



13. Die Region Riviera-Chablais

Die Zusammenarbeit zwischen den beiden Kantonen, welche im Spitalbereich seit mehreren Jahren verwirklicht worden ist, resultiert aus dem **interkantonalen Vertrag vom 7. Oktober 1997** für das Spital des Chablais und die Freizügigkeit der Waadtländer und Walliser Patienten. **Dieser Vertrag sah infolge der Fusion zwischen den Spitälern von Monthey und Aigle die Freizügigkeit der Waadtländer und der Walliser Patienten vor.**

Im Oktober 2001 haben die Kantonsregierungen der Kantone Waadt und Wallis eine gemeinsame Erklärung für die Verwirklichung eines einzigen interkantonalen Spitalzentrums an einem neuen Standort für die Regionen der Riviera und des Waadtländer und Walliser Chablais unterzeichnet (vgl. den Bericht Boillat). Die Erstellung eines Akutspitals an einem einzigen Standort sollte es ermöglichen, das Angebot an spezialisierten Disziplinen in einem neuen Spital von 300 Betten für eine Bevölkerung von rund 150'000 Einwohner zu optimieren.

In der selben Erklärung, **verpflichteten sich die beiden Regierungen dazu, eine Arbeitsgruppe** mit Vertretern der Spitäler, der Regionen und der kantonalen Dienststellen **zu beauftragen:**

- Den günstigsten Standort in Bezug auf die Deckung des gesundheitlichen Bedarfes, der sozio-ökonomischen Auswirkungen und der Zugänglichkeit zu definieren;
- Die Vorgehensweise festzulegen, damit dieses gemeinsame Projekt innert einer 10-jährigen Frist verwirklicht werden kann.

Infolge seiner Ernennung hat die Arbeitsgruppe unter dem Vorsitz des Advokaten und jurassischen Alt Regierungsrat Pierre Boillat während 10 Monaten gearbeitet. Sie hat insbesondere mit dem Bundesamt für Statistik und mit den Experten der EPFL in Lausanne zusammengearbeitet, damit der günstigste Standort gefunden werden kann. Nach einer detaillierten, auf mehreren Kriterien basierenden Analyse hat die Arbeitsgruppe ihren Bericht im November 2002 abgegeben. **Schliesslich wurde der Standort « la Grange des Tilles » in Rennaz, der sich im Besitz der Gemeinde Montreux befindet, als idealer Standort ausgewählt.**

Im November 2003 bestätigte der Waadtländer Staatsrat in seinem « Bericht des Staatsrates an den Grossen Rat über seine Gesundheitspolitik », dass die Region Riviera-Chablais eine stark verstädtete Region ist, die über eine angemessene Bevölkerung verfügt, um ein einziges Spital zu rechtfertigen.

Nachfolgend übernehmen wir einen Auszug aus diesem Bericht, den wir vollkommen genehmigen:

„Aufgrund der Situation ist das östliche Waadtland im Hinblick auf die Errichtung eines einzigen Spitalzentrums von rund 300 Betten als vorrangig einzustufen. Diese Priorität wurde durch die gemeinsame Erklärung vom 8. Oktober 2001 der Waadtländer und Walliser Regierungen zugunsten einer engeren Zusammenarbeit im Spitalwesen bestätigt. Die beiden Regierungen haben sich somit zugunsten eines interkantonalen Spitalzentrums für die Region Riviera-Chablais ausgesprochen, das an einem Standort angesiedelt wird und gemeinsam finanziert wird(...). Der Architekturwettbewerb und die detaillierte Studie des Projektes sollten zwischen 2004 und 2006 geführt werden. Die Bauarbeiten sollten in der Folge zwischen 2006 und 2010 durchgeführt werden (...).

Dieses zukünftige Spital wird das Spital des Chablais mit den Standorten Monthey und Aigle sowie die Standorte Vevey und Montreux des Spitals der Riviera ersetzen. Die beiden Spitäler



sind der Meinung, dass diese Zusammenlegung der Akutpflege Einsparungen von jährlich rund 15 Millionen pro Jahr zur Folge haben könnte (...). Ein Rehabilitationszentrum wird in Vevey am Standort des Samaritain oder der Providence errichtet, das durch den Auftrag von leichter Medizin und durch Permanenz für kleinere Notfälle ergänzt wird. Das gleiche gilt wahrscheinlich für den Standort Monthey, unter Vorbehalt der Entscheide der Walliser Gesundheitsbehörden.“

Der Kanton Wallis unterstützt besonders das Projekt für den Bau eines neuen Spitals. Überdies wurden **im Dekret über das GNW die Besonderheiten dieser Region in verschiedenen, unten vorgestellten Artikel** berücksichtigt.

Diese **Massnahmen werden durch eine gewisse Anzahl von Verträgen ergänzt**, die sich gegenwärtig zwischen den Waadtländer und Walliser Gesundheitsbehörden sowie dem Spital des Chablais in Kraft befinden, sowie durch **einen Vertrag zwischen dem GNW und dem Spital des Chablais**, der die Besonderheiten dieses interkantonalen Spitals berücksichtigt.

Heute stellt man demnach einerseits fest, dass das Spital des Chablais die vorgesehenen Zusammenlegungen vollzogen hat und dass andererseits ein neuer Standort in zehn Jahren für die gesamte Region errichtet wird. Aus diesen Gründen ist es leicht zu verstehen, dass die neue Spitalplanung die Organisation der Anstalten in dieser Region nicht in bedeutendem Masse beeinflusst. Indes tangieren die in den übrigen Spitälern des Kantons festgestellten Schwierigkeiten ebenso das Spital des Chablais (Personalmangel, organisatorische Probleme usw.). Dieses Spital wird jedoch ebenfalls Verbesserungen in der gegenwärtigen Organisation finden müssen demnach Einsparungen erzielen müssen.

Das Walliser Spitalkonzept 2004 wurde unter Berücksichtigung der Optionen definiert, die betreffend die Region Chablais-Riviera festgehalten worden sind (vorgesehener Bau in Rennaz). Es ist demzufolge notwendig, dass in diesem Sinne durch die Waadtländer Behörden sobald wie möglich Entscheide getroffen werden. Ansonsten wird die Walliser Regierung veranlasst werden, kurzfristig seine Spitalplanung im Unterwallis neu zu definieren.



14. Die mittelfristig zu erzielenden Einsparungen

Gemäss den im Wallis und in anderen Kantonen bereits durchgeführten Studien kann geschätzt werden, dass die Geldmittel, welche durch die Vernetzung der Spitäler freigesetzt werden, **je nach gewähltem Szenario mittel- und langfristig bei 4 bis 6 Millionen Franken für die Oberwalliser Spitäler und 8 bis 12 Millionen Franken für die Anstalten des Mittelwallis zu liegen kommen werden. Neben diesen Einsparungen sollte dies auch die Aufhebung eines grossen Teils der gegenwärtigen Nachteile zur Folge haben, die aus der mangelnden Transparenz gemäss KVG resultieren.**

Kurzfristig sind während der Umsetzungsphase der vorgesehenen Reform, **in einem so komplexen Bereich logischerweise einige zusätzliche Kosten der Restrukturierung zu erwarten.**

Die so freigewordenen Geldmittel werden teilweise der Verbesserung der Lohn- und Arbeitsbedingungen des Spitalpersonals sowie der Entwicklung von Spitaltätigkeiten und andere Aktivitäten zugeteilt, die den neuen Bedürfnissen der Patienten entsprechen.

Vergleiche mit anderen Kantone führen dazu, dass die vorgeschlagenen Grössenordnungen bestätigt werden. Gemäss dem Waadtländer Bericht des Staatsrates an den Grossen Rat sollte das künftige Spital des Chablais Einsparungen von rund 15 Millionen Franken für die Betriebskosten zur Folge haben.



15. Schlussbemerkungen

Am Ende dieses Dokuments angelangt legen wir Wert darauf, zu präzisieren, dass die Gesundheits- und Spitalplanung einen sich ständig entwickelnden Prozess darstellt. Die raschen Veränderungen der Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen erfordern eine ständige Überprüfung der Spitalplanung im Sinne einer permanenten Planung, die sich ständig den neuen Situationen anpasst.

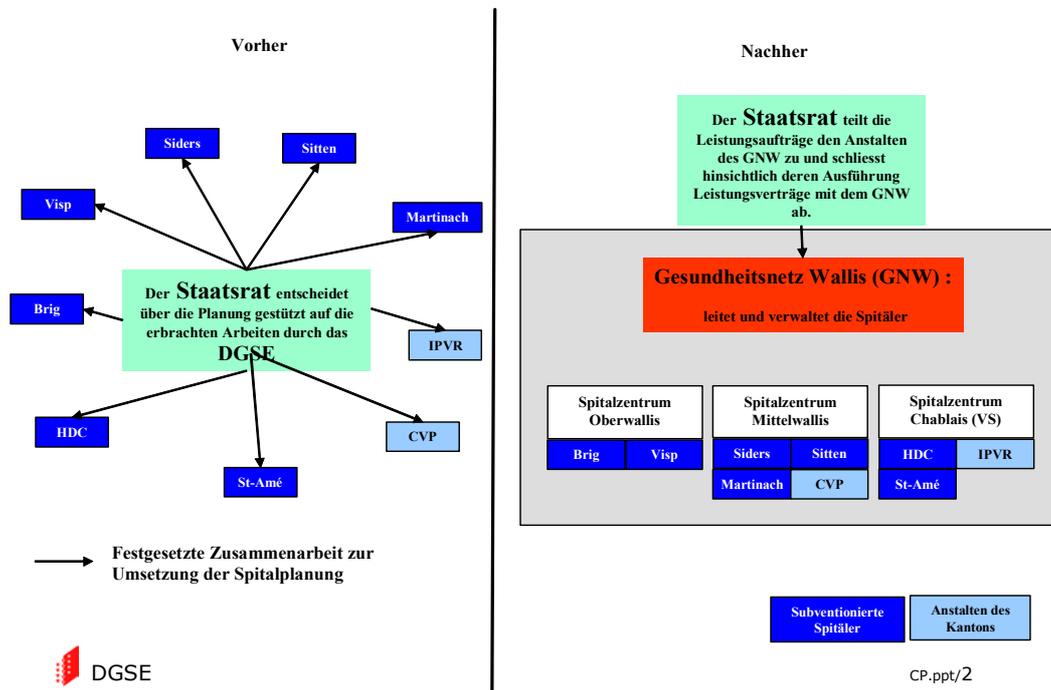
Das vorliegende Konzept stellt jedoch nur einen Bestandteil der Walliser Gesundheitspolitik dar: die Spitalplanung stellt die logische Folge der seit einigen Jahren durch den Staatsrat getroffenen Entscheide, nämlich:

- Das Walliser Spitalkonzept 1996, das die Aufteilung der Disziplinen vorsah und eine verbesserte Zusammenarbeit zwischen den Anstalten förderte;
- Die Berichte des DGSE von 1998 beschlossen, dass die Disziplinen gemäss differenzierten Modellen aufgeteilt werden, damit in den sechs Akutspitäler Akutpflegeleistungen erhalten bleiben;
- Der Entwurf der Richtlinien über die Gesundheits- und Spitalplanung, welcher im Februar 2000 zwei Varianten für die Schaffung von drei Spitalzentren vorsah;
- Die Richtlinien über die Gesundheits- und Spitalplanung, welcher im Februar 2000 die Schaffung von drei Spitalzentren beschloss.
- Im Februar 2002 und im Jahre 2003 nahm der Grosse Rat das Dekret über das GNW an. Die Zielsetzung seit dem Jahre 2002 besteht darin, innerhalb des GNW alle Walliser Spitäler zusammenzulegen. Diese neue Struktur hat seit 2004 die Aufgabe, die Spitäler zu führen und zu verwalten.

Einer der Leitgedanken des GNW bestand darin, die Chancen für eine Umsetzung der Politik des Staatsrates in Bezug auf die Spitalversorgung zu verbessern, indem die Zusammenarbeit mit den 10 Spitälern und medizinisch-technischen Instituten durch eine Zusammenarbeit mit einer einzigen Anstalt ersetzt wird. Dies wird durch die nachfolgende, schematische Darstellung präsentiert:



Spitalorganisation vor und nach dem Inkrafttreten des Dekretes über das GNW



Die wichtigste Motivation **der Reform besteht darin, die Qualität der spitalmässigen Betreuung zu fördern**, indem insbesondere nachfolgendes gewährleistet wird:

- das **vorrangige Interesse der Patienten** ist wichtiger als jede andere Betrachtung, womit auch die neuen Bedürfnisse der Patienten im Gesundheitswesen zu berücksichtigen sind;
- **der Patient erhält einen menschlichen Empfang und eine menschliche Betreuung**, die rasch und effizient über interdisziplinäre und aufeinander abgestimmte Teams zu gewährleisten ist;
- **die im Spitalbereich noch bestehenden Überkapazitäten sind fortschreitend abzubauen**, indem eine neue Bettennorm festgelegt wird und den Anstalten der drei Spitalzentren (Oberwallis, Mittel- und Unterwallis) Leistungsaufträge erteilt werden;
- **die kritische Masse der Patienten in jeder Spezialisierung** erreicht wird, indem dies das einzige Mittel darstellt, die Qualität der Pflege und der Leistungen im Akutbereich und die Beschäftigung der Mitarbeiter sicherzustellen;
- die **Attraktivität des Berufes für die Fachärzte, das medizinisch-technische und pflegerische Personal gefördert wird**, damit der Mangel in den medizinischen und pflegerischen Berufen behoben werden kann. Durch die Zusammenlegung von gewissen Disziplinen nimmt die Anzahl von Fällen pro Abteilung zu, womit der Wachdienst besser organisiert werden kann.
- Die zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel rationeller zu nutzen, damit den neuen Bedürfnissen einer alternden Bevölkerung besser entsprochen werden kann und die Arbeitsbedingungen der in den Akutspitälern und in den übrigen Gesundheitseinrichtungen tätigen Gesundheitsfachpersonen verbessert werden können;



- Die **notwendige Weiterbildung** gegenüber dem technologischem Fortschritt und der medizinischen Entwicklung ist zu gewährleisten. Dies ermöglicht, die Qualität und die beruflichen Kompetenzen sicherzustellen und auszuweiten.
- Durch **Reorganisationsmassnahmen Einsparungspotentiale** zu suchen, die mittel- bis langfristig sichtbar werden;
- das **Gelingen von organisatorischen Massnahmen sicherstellen**: die Informatisierung der Spitäler, die Einführung einer einheitlichen Kostenträgerrechnung, die Einführung einer Fakturation pro Pathologie (APDRG), die Zentralisierung und Verbesserung der Codierung und die Einführung des Tarmed;
- den **Reformprozess des gesamten Spitalsystems** mit der Hilfe der im Gesetz verankerten partnerschaftlichen Instanzen (das Gesundheitsnetz Wallis, die kantonale Kommission für Gesundheitsplanung, die Konventionskommission) **regelmässig zu evaluieren**.

Wir erinnern daran, **dass es in der gegenwärtigen Planung für den Staatsrat nicht darum geht, Spitäler zu schliessen oder bestehende Spitäler ausschliesslich in Akutspitäler oder in Geriatriespitäler bzw. psychiatrische Anstalten umzuwandeln**. In der Tat setzt sich der Staatsrat dafür ein, eine Tätigkeit an allen Standorten zu erhalten, damit in allen Regionen des Kantons Arbeitsplätze sichergestellt werden, **womit es weder Verlierer noch Gewinner gibt**.

Angesichts der gesellschaftlichen Alterung nehmen Disziplinen wie die Geriatrie, die Psychogeriatric, die Onkologie und die Palliativpflege eine früher nie erreichte, wichtige Stellung ein. Es steht heute ausser Zweifel, **dass sie angepasste Strukturen und das notwendige Fachpersonal erfordern**. Aus diesen Gründen steht es heute ausser Frage, **gewisse Disziplinen als prestigeträchtiger einzustufen**. Es gilt, von dieser Tatsache bewusst zu werden, nicht nur, um die übermässige Entwicklung gewisser medizinischen Tätigkeiten zu verhindern, sondern um es uns ermöglichen, **den gegenwärtigen und künftigen medizinischen Bedürfnissen unserer Bevölkerung mit qualitativ hochstehenden Leistungen zu entsprechen**.

Die Planung, welche in den nachfolgenden Seiten schematisch dargelegt wird, basiert auf den nachfolgenden Grundsätzen der Aufteilung:

- **Vernetzung der Walliser Spitäler**, (Gesundheitsnetz Wallis) mit gleichzeitig einer verbesserten Koordination zwischen denselben;
- Definition **einer einzigen Spitalzone** auf kantonaler Ebene;
- **Schaffung von drei Spitalzentren** (im Oberwallis, im Mittelwallis und im Unterwallis), welche **ein umfassendes Leistungsangebot** anbieten;
- **Zuteilung von Leistungsaufträgen an die Spitäler** und Aufteilung der medizinischen Tätigkeiten zwischen den Standorten sowie **Festlegung der Normen an Spitalbetten pro Anstalt und pro Kategorie der Pflege** (Liste der Spitäler, welche zugelassen sind, im Sinne von Art. 39 KVG zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tätig zu sein).
- Zentralisierung **gewisser medizinischen Disziplinen an einem Standort** im Kanton aus Gründen der Qualität, des Fortbestandes sowie der Kosteneindämmung;
- **Sicherstellung der Pflegequalität in der Nähe der Bevölkerung**, dank der Erhaltung der ambulanten Notfälle 24 Stunden am Tag und 7 Tage in der Woche in allen sechs Akutspitalern;
- **Zuteilung an die Spitäler des selben Spitalzentrums von verschiedenen Leistungsaufträgen gemäss dem Schema**: komplexe Fälle – leichte Fälle.



- **Erhaltung der Operationstrakte** in allen sechs Akutspitäler, ausser in der Nacht und an den Wochenenden, an welchen nur ein Spital pro Zentrum seine Operationssäle geöffnet haben wird.
- **Erstellung eines leistungsfähigen Dienstes zur Verlegung der Patienten von einem Spital in den anderen.**

Das Walliser Spitalkonzept 2004 wurde unter Berücksichtigung der Optionen definiert, die betreffend die Region Chablais-Riviera festgehalten worden sind (vorgesehener Bau in Rennaz). Es ist demzufolge notwendig, dass in diesem Sinne durch die Waadtländer Behörden sobald wie möglich Entscheide getroffen werden. Ansonsten wird die Walliser Regierung veranlasst werden, kurzfristig seine Spitalplanung im Unterwallis neu zu definieren.

Mit den unten erwähnten Leistungsaufträgen schlägt der Staatsrat **eine wichtige Restrukturierung des Walliser Spitalwesens vor**. Wenn das Inkrafttreten dieser Aufträge unverzüglich ist, sind sich die kantonalen Behörden davon bewusst, dass eine solche Reorganisation nicht von heute auf morgen erfolgen kann. **Das GNW verfügt somit über eine erste Frist zur Umsetzung bis am 31. Dezember 2004. Die Umsetzung wird dementsprechend mit dem GNW evaluiert und ein neuer Vertrag wird für das Jahr 2005 ausarbeitet.**

In diesem Zusammenhang erinnert der Staatsrat an die Zielsetzungen, die Prioritäten, die Fristen und an die finanziellen Ressourcen, die mit der Umsetzung der Leistungsaufträge verbunden sind. Indes betonen wir nochmals, dass die Planung ein gleitender Prozess darstellt, welcher die raschen Veränderungen im Gesundheitswesen zu berücksichtigen hat.



		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
Spezifi-sche Abteilungen	Schwere Notfälle										
	Ambulante Notfälle										
	Tagesklinik										
	Radiologie										
	Anästhesie										
	Intensivpflege										
	Intermediate care Überwachungsstation										
Chirurgische Tätigkeiten oder Abteilungen	Komplexe Chirurgie										
	Leichte Chirurgie										
	Traumatologie										
	Orthopädie										
	Urologie										
	Ophthalmologie										
	HNO										
	Plastische Chirurgie										
	Herzchirurgie										
	Neurochirurgie spez.										
	Thoraxchirurgie										



		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	Blue				Blue		Blue			
	Leichte Medizin		Blue		Blue		Blue				
	Invasive Kardiologie					Orange					
	Radio-Onkologie					Orange					
	Pneumologie	Light Blue		Orange	Light Blue	Orange	Light Blue	Light Blue			
Abteilung Mutter - Kind	Neonatalogie					Orange					
	Gynäkologie		Blue		Blue		Blue		Blue		
	Geburtshilfe	Blue				Blue	*		Blue		
	Säuglinge	Blue				Blue	*		Blue		
	Pädiatrie	Blue				Blue			Blue		
Medizinische Disziplinen ohne Abteilungen	Neurologie	Light Blue	Light Blue		Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue			
	Infektionskrankheiten (Spitalh.)	Light Blue		Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue
	Gastroenterologie	Light Blue	Light Blue		Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue			
	Endokrinologie	Light Blue	Light Blue		Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue			
	Kardiologie	Light Blue	Light Blue		Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue			
	Dermatologie	Light Blue	Light Blue		Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue			
	Liaisonpsychiatrie	Light Blue	Orange	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Orange	Light Blue
	Nephrologie, chron. Hämodialyse	Light Blue	Light Blue		Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue			
	Onkologie	Light Blue	Light Blue		Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue			
	Angiologie	Light Blue	Light Blue		Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue			

*sirhr Kapitel 10.12.1



		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 / Psychiatrie	Geriatric										
	Wartebetten										
	Psychogeriatric										
	Psychiatrie										
	Kinderpsychiatrie										
	Rehabilitation										

		Rehabilitationszentrum Leukerbad AG	SUVA	Klinik Valère
Privatkliniken	Rehabilitation			
	Allgemeine Chirurgie (inkl. Orthopädie und Anästhesie)			
	Medizin (inkl. Radiologie)			
	Gynäkologie			
	Wartebetten			

Zentralinstitut der Walliser Spitäler	
Histo-Zyto-Pathologie	Mikrobiologie
Zentrum für Infektionskrankheiten und Epidemiologie	Immuno-Allergie
Hämatologie	Medikamentenherstellung
Biochemie	Einkauf und Verteilung der Medikamenten für die Gesundheitsinstitutionen
Klinische Chemie	

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





16. Bibliographie

- Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 und seine Anwendungsverordnungen, Bern
- Gesundheitsgesetz vom 9. Februar 1996 und seine Anwendungsverordnungen, Wallis
- « Bericht des Staatsrates an den Grossen Rat über seine Gesundheits- und Spitalpolitik : von den 90. Jahren bis ins 21. Jahrhundert » : Departement für Gesundheit, Sozialwesen und Energie, Dienststelle für Gesundheitswesen: Februar 1999
- «Die Finanzierung der regionalen Akutspitäler im Kanton Wallis», Februar 2000
- « Das Spitalzentrum Sidiers-Sitten-Martinach », Departement für Gesundheit, Sozialwesen und Energie September 1998
- « Reorganisation des Oberwalliser Spitäler », Expertenbericht, Dezember 1998
- Entwicklung und Perspektiven des Gesundheitssystems, Departement für Gesundheit, Sozialwesen und Energie, September 1998
- « Spitalkonzept », Gesundheitsdepartement, Dezember 1996
- « Revue d'hospitalisation Analyse de cinq revues 1998-1999 », Departement für Gesundheit, Sozialwesen und Energie, März 2000
- « Sozialmedizinische Zentren : Hilfe und Pflege zu Hause / Regionale Gesundheitsnetze », Gesundheitsdepartement, Dezember 1995
- « Politikkontrakte der sechs Piloteinheiten für die Periode 1998-2001 » angenommen durch den Grossen Rat anlässlich der Novembersession 1997, Staat Wallis
- « Studie von verschiedenen Organisationsszenarien im Zusammenhang mit den Akutspitalern der Riviera und des Chablais“ Schlussbericht – Oktober 2000, Cap Gemini Ernst & Young
- « Planung der Notfälle – Bericht zu Händen des Staatsrates durch das Departement für Gesundheit, Sozialwesen und Energie , Kantonale Walliser Rettungsorganisation, Januar 2002
- „Betreuung der betagten Personen, - Koordination und Abstimmung der Leistungserbringer“, Departement für Gesundheit, Sozialwesen und Energie, Mai 2001
- « Langlebigkeit – gesellschaftliche Herausforderung und kulturelle Chance », Schweizerischer Beitrag zur zweiten Jahrestagung über die Alterung, Madrid, 2002