

BERICHT

DER

PLANUNG DER AMBULANZEN

IM

KANTON WALLIS

März 2014

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|-----------|--|-----------|
| 1. | Einleitung | 4 |
| 2. | Geschichtlicher Abriss und Ausgangslage | 4 |
| 2.1. | Geschichtlicher Abriss und gesetzliche Grundlagen | 4 |
| 2.2. | Rettungsplanung 2003 | 5 |
| 2.3. | Heutige Situation | 5 |
| 2.4. | Neue Rettungsplanung erforderlich | 5 |
| 2.5. | Bericht vom Mai 2012 | 6 |
| 2.6. | Ergebnisse Vernehmlassungsverfahren | 6 |
| 3. | Ziele, Methoden und Definitionen | 8 |
| 3.1. | Entscheidungsprozess | 8 |
| 3.2. | Ziele | 8 |
| 3.3. | Datenquellen | 8 |
| 3.4. | Definitionen | 9 |
| 3.4.1. | Primär- und Sekundäreinsätze/-transporte | 9 |
| 3.4.2. | Definitionen und Normen für Rettungsfahrzeuge | 9 |
| 3.4.3. | Aufgabengerechte Zusammensetzung der Equipen (Anhang 1 und 3) | 9 |
| 3.4.4. | Hilfsfrist und "Interventionszonen" | 9 |
| 3.5. | Vorgaben für die Planung des Rettungswesens: Ausschluss von Verlegungen von Patienten ohne Beeinträchtigung der Vitalfunktionen und auf Vorbestellung (S3) | 10 |
| 4. | Demografie im Wallis | 11 |
| 4.1. | Kantonale Bevölkerungsverteilung | 11 |
| 4.2. | Alterspyramide | 11 |
| 4.3. | Gäste | 11 |
| 5. | Voraussetzungen für die Umsetzung der neuen Planung | 11 |
| 5.1. | Förderung der ärztlichen Grundversorgung in den Randgebieten | 11 |
| 5.2. | Förderung First Responder | 12 |
| 5.3. | Hilfsfristen | 14 |
| 6. | Statistische Erhebungen | 14 |
| 6.1. | Einsatzzahlen und Aufteilung | 14 |
| 6.1.1. | Entwicklung der Einsatzzahlen seit 2003 | 14 |
| 6.1.2. | Anzahl kantonale P1-, P2-, P3- und S1-Einsätze pro Jahr und nach Tageszeit | 15 |
| 6.1.3. | Anzahl P1-Einsätze nach Rettungsdienst und Tageszeit, 2012 | 15 |
| 6.1.4. | Anzahl P1-Einsätze nach Rettungsdienst und Tageszeit, 2012 | 16 |
| 6.1.5. | Anzahl P1-, P2-, P3- und S1-Einsätze nach Rettungsdienst und Tageszeit, 2012 | 17 |
| 6.1.6. | Anzahl P1-, P2-, P3- und S1-Einsätze nach Monaten, 2012 | 17 |

| | |
|--|-----------|
| 6.2. Ausrückzeit und Hilfsfristen | 18 |
| 6.2.1. Durchschnittliche Ausrückzeit nach Rettungsdienst, 2012 | 18 |
| 6.2.2. Durchschnittliche Hilfsfrist nach Rettungsdienst, Jahr und Tageszeit | 19 |
| 6.2.3. Durchschnittliche Hilfsfristen nach Rettungsdienst und Monat, 2012 | 19 |
| 6.2.4. Regionen, die den IVR-Kriterien bezüglich der P1-Hilfsfristen nicht entsprechen | 20 |
| 6.3. Anzahl P1-Einsätze und durchschnittliche Hilfsfrist in ausgewählten Regionen, 2012 | 21 |
| | 21 |
| 6.4. Simultaneinsätze 2012 | 21 |
| 6.5. Primäreinsätze und NACA (National Advisory Committee for Aeronautics) | 24 |
| 6.6. Statistische Schlussfolgerungen | 24 |
| 7. Vorschläge zur Anpassung der Planung | 25 |
| 7.1. Vorgeschlagene Änderungen | 25 |
| 7.2. Von der vorgeschlagenen Planung erwartete Verbesserungen | 27 |
| 7.2.1. Hilfsfrist, Simultaneinsätze, Einsatzrate | 27 |
| 7.2.2. Verbesserung der Schwelle für Simultaneinsätze | 27 |
| 7.3. Leistungsverträge | 28 |
| 7.4. Vorgeschlagener Zeitplan | 28 |
| 8. Subventionierung der Rettungsdienste | 29 |
| 8.1. Berechnungsmethode | 29 |
| 8.2. Finanzielle Auswirkungen | 30 |
| 8.3. Begrenzung der Subventionen | 31 |
| 9. Ergebnisse des Vernehmlassungsverfahrens zum Bericht bei den Rettungsdiensten | 31 |
| 9.1. Planung der Ambulanzen | 31 |
| 9.2. Subventionierung der Rettungsdienste | 33 |
| 10. Schlussfolgerungen | 35 |
| Abkürzungen | 36 |
| Anhänge | 36 |

1. Einleitung

Das Rettungswesen nimmt in unserem Kanton wegen seiner Topografie und seiner touristischen Ausrichtung einen besonderen Platz ein. 1996 wurde die Gesetzgebung über das Rettungswesen angenommen, die dem Staatsrat die Aufgabe überträgt, mittels der Gesundheitsplanung die kantonale Rettungspolitik festzulegen. Die Kantonale Walliser Rettungsorganisation (KWRO) unterbreitet dem Staatsrat die nötigen Planungsmassnahmen im Rahmen der Kommission für Gesundheitsplanung.

Die heutige Rettungsplanung wurde vom Staatsrat 2003 verabschiedet und seither nicht mehr verändert. Regionale Versorgungsunterschiede und wiederholte Anfragen der Rettungsdienste, das Subventionierungssystem zu überarbeiten, haben das Gesundheitsdepartement 2012 veranlasst, eine erste Studie in Auftrag zu geben. Diese wurde von einem externen Experten (Jean-Paul Jeanneret) verfasst und anschliessend in die Vernehmlassung gegeben.

Der vorliegende Bericht führt diese Aufgaben weiter. Er wurde von der Dienststelle für Gesundheitswesen in enger Zusammenarbeit mit der KWRO erarbeitet. Er vervollständigt die bis dahin durchgeführten Arbeiten und berücksichtigt die im Rahmen der verschiedenen Vernehmlassungsverfahren geäusserten Bemerkungen. Damit die Versorgungsqualität für die Patientinnen und Patienten im gesamten Kantonsgebiet unter Einhaltung der Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitskriterien gewährleistet wird, gehen die in diesem Dokument gemachten Feststellungen auf einen Vorschlag zur Änderung der Planung der Rettungsmittel hinaus. Der Bericht enthält zudem einen Vorschlag für ein neues Subventionierungssystem, das eine Gleichbehandlung der Rettungsdienste und die Nachhaltigkeit der Einsatzmittel im Rettungswesen garantiert.

2. Geschichtlicher Abriss und Ausgangslage

2.1. Geschichtlicher Abriss und gesetzliche Grundlagen

Das Rettungswesen ist ein (überlebens-) wichtiges Glied der Pflegekette. Die Rettungskräfte intervenieren schnell und effizient ausserhalb des Spitals für in Not geratene Personen.

Die Geografie und die touristische Ausrichtung des Kantons Wallis führen dazu, dass der Kanton über eine weit zurückreichende Tradition in der Bergrettung verfügt. Diese beiden Charakteristika tragen zu einer komplexen Organisation des Rettungswesens auf kantonaler Ebene bei. Die kantonale Geografie, aber auch saisonbedingte Schwankungen der Einsatzzahlen verlangen nach einer koordinierten und effizienten Organisation.

Mit dem Gesetz über das Rettungswesen vom 27. März 1996 wurden sowohl die kantonale Dachorganisation für das Rettungswesen (KWRO Kantonale Walliser Rettungsorganisation) geschaffen, in der alle Partner im Rettungswesen vereinigt sind als auch die Sanitätsnotrufzentrale 144. Artikel 4 des Gesetzes hat dem Staatsrat die Aufgabe übertragen, mittels der Gesundheitsplanung die kantonale Rettungspolitik festzulegen und die Oberaufsicht über das Rettungswesen im Kanton wahrzunehmen. Die Kantonale Walliser Rettungsorganisation (KWRO) ist dafür zuständig den Versorgungsbedarf im kantonalen Rettungswesen zu ermitteln. Sie schlägt dem Staatsrat über die kantonale Kommission für Gesundheitsplanung alle für die Deckung des Bevölkerungsbedarfs nötigen Entscheide und Planungsmassnahmen vor. Sie kann dabei gegebenenfalls auf Experten zurückgreifen (Verordnung über die Organisation des Rettungswesens vom 20. November 1996, Art. 4). Die KWRO ist nach der Annahme des Gesetzes beauftragt worden, ein koordiniertes Gesamtkonzept für das Rettungswesen zu erarbeiten. Der Verwaltungsrat der KWRO hat eine ad hoc-Kommission beauftragt, eine Bestandesaufnahme der existierenden Mittel zu erstellen, die Einsatzdaten zu analysieren und Korrekturmassnahmen unter Einhaltung der Arbeitsgesetzgebung vorzuschlagen. Im März 2003 hat die Kommission den Bericht über die Rettungsplanung eingereicht. Das Dokument wurde vom Staatsrat am 29. April 2003 angenommen.

2.2. Rettungsplanung 2003

Ab 2003 wurde die neue Organisation umgesetzt. Die Einsatzzonen für die Rettungsdienste und Helikopter wurden neu definiert. Vier mobile Notarztdienste (SMUR) wurden schrittweise geschaffen, die aus einem Notfallarzt und einem Rettungssanitäter bestehen, die rund um die Uhr einsatzbereit sind. Das Netzwerk ortsnaher Ärzte (SMUP) wurde geschaffen. Es umfasst rund 60 Grundversorger im beinahe gesamten Kantonsgebiet, damit Patientinnen und Patienten schnell medizinisch versorgt werden können, bis die Ambulanz, SMUP oder der Helikopter eintrifft. Die KWRO koordiniert ebenfalls die Einsätze der verschiedenen nebenamtlichen Rettungskräfte (Bergführer, Hundeführer, Rettungstaucher, Höhlenretter).

2.3. Heutige Situation

Die Rettungsdienste gewährleisten rund 75% aller Primär- und Sekundäreinsätze. Mit der Planung wurden die Einsatzsektoren der verschiedenen Unternehmen so angepasst, dass für Primäreinsätze die Norm von 20 Minuten zwischen dem Eingang des Alarms beim Rettungsdienst und dem Eintreffen der Mittel vor Ort eingehalten werden kann.

Auf der Grundlage der Statistik über die Simultaneinsätze hat das ursprüngliche Konzept vorgesehen, im Rahmen der Planung der Primär- und Sekundärnotfälle 15 Ambulanzfahrzeuge anzuerkennen - 5 im Oberwallis, 5 im Mittelwallis und 5 im Unterwallis – bestanden haben in diesen Regionen zu dem Zeitpunkt 7, 4 und 5 Ambulanzen.

Diese Aufteilung wurde namentlich aufgrund von verschiedenen rechtlichen Verfahren nie umgesetzt. Heute bestehen folgende von der Planung anerkannte Ambulanzen:

| Rettungsdienst | Standort | Anzahl |
|-----------------------|-----------------|---------------|
| Sanität Oberwallis | Münster (Goms) | 1 |
| | Visp | 3 |
| Ambulanz Saastal | Saas-Grund | 1 |
| Ambulanz Grächen | Grächen | 1 |
| Air Zermatt | Zermatt | 1 |
| Air Glaciers | Siders | 2 |
| Gemeinde Sitten | Sitten | 2 |
| Spital Wallis (GNW) | Martinach | 2 |
| Ambulanz Clerc | Monthey | 2 |

2.4. Neue Rettungsplanung erforderlich

Die Revision der Rettungsplanung ist aus folgenden Gründen erforderlich:

- Die Anzahl der Notfalleinsätze ist in den letzten 10 Jahren um 50% gestiegen, die zur Verfügung stehenden Mittel wurden aber seit der Planung 2003 nicht mehr angepasst. Zudem werden die Einsatzmittel mehrmals täglich für nicht notfallmässige Verlegungen verwendet, was regelmässig

zu potentiell gefährlichen Funktionsstörungen bei der Versorgung von Patientinnen und Patienten in Notfallsituationen führt.

- Ungleichheiten bei der Abdeckung der verschiedenen Regionen im Kanton.
- Die geringen Einsatzzahlen der kleinen Rettungsdienste im Oberwallis führen im Vergleich zum französischsprachigen Wallis zu einer proportional höheren finanziellen Beteiligung im Oberwallis (10 Franken pro Einwohner vs. 6.80 Franken pro Einwohner).
- Mit Ausnahme des Goms und des Saastals (je eine von der Planung anerkannte Ambulanz) und des Matternals (zwei anerkannte Ambulanzen) verfügen die anderen grossen Täler im Kanton über keine anerkannte Ambulanz.
- Die Anfragen um Anerkennung von weiteren Ambulanzen in der Planung, namentlich aus dem Entremont und Crans-Montana, verlangen nach einer Gesamtüberprüfung.
- Wiederholte Anfragen der Rettungsdienste das aktuelle Subventionierungssystem zu revidieren.

2.5. Bericht vom Mai 2012

Das für das Gesundheitswesen zuständige Departement hat einen externen Berater (Jean-Paul Jeanneret) beauftragt, die Organisation des Rettungswesens zu evaluieren und eine neue Planung vorzuschlagen. Zum Bericht¹ wurde von Mai bis September 2012 eine Vernehmlassung durchgeführt. Er hat gezeigt, dass die heutige Organisation der Ambulanzen grundsätzlich zufriedenstellend ist, wobei gewisse Punkte verbessert werden können. Die geografische Aufteilung der Ambulanzen ist nicht vollständig bedarfsgerecht. Es wird aus dem Bericht ersichtlich, dass die für Notfalleinsätze vorgesehenen Ambulanzen häufig für geplante Verlegungen zwischen Spitälern benutzt werden und für ihre eigentliche Aufgabe dementsprechend während einem gewissen Zeitraum nicht zur Verfügung stehen. Zudem fällt das Subventionierungsmodell sowohl aus Sicht der Rettungsdienste wie auch für den Kanton wenig zufriedenstellend aus.

Für eine verbesserte Organisation der Ambulanzen auf dem Kantonsgebiet hat der Experte insbesondere vorgeschlagen:

- die Aufteilung der Tätigkeiten zu überprüfen, ohne einen Rettungsdienst aufzuheben (Aufhebung einer Ambulanz in Visp, Anerkennung nur einer Ambulanz für das Matternal, die abwechselnd von der Air Zermatt und der Ambulanz Matternal in Täsch betrieben würde, zusätzliche Ambulanz während der Hochsaison in Sembrancher, in gewissen Regionen Einführung eines Pikettdienstes während der Nacht als Ambulanzersatz);
- die Ambulanzen, die für Notfälle vorgesehen sind, strikte von den Ambulanzen zu trennen, die Verlegungen zwischen Spitälern vornehmen, um eine bessere Verfügbarkeit zu gewährleisten;
- eine normative Finanzierung für Notfalleinsätze einzuführen, die eine Finanzierungsgarantie mit Fixkosten pro Ambulanz enthält sowie einen aktivitätsabhängigen Korrekturmechanismus;
- eine separate Finanzierung für Ambulanzen einzuführen, die für Verlegungen zwischen Spitälern vorgesehen sind.

2.6. Ergebnisse Vernehmlassungsverfahren

Die betroffenen Kreise konnten von Mai 2012 bis September 2012 zum Bericht Jeanneret im Rahmen eines Vernehmlassungsverfahrens Stellung nehmen.

Die Oberwalliser Rettungsdienste haben sich gegen die Aufhebung einer Ambulanz im Oberwallis ausgesprochen, namentlich aufgrund der Distanzen und der Topografie der Region, des zusätzlichen Gästeaufkommens und der Problematik des Nachwuchses von SMUP-Ärzten. Air Zermatt und Ambulanz Matternal machen darauf aufmerksam, dass ein geteilter Betrieb einer Ambulanz in Täsch weder medizinisch noch ökonomisch sinnvoll ist.

¹ Jean-Paul Jeanneret, "Planung der Ambulanzen und der zusätzlichen Einsatzmittel des Kantons Wallis", Mai 2012

Das Spital Wallis (GNW) stellt die Frage, ob eine Ambulanz in Sembrancher angesichts des schwachen Einsatzvolumens und Erfahrungen aus der Vergangenheit aus ökonomischen und qualitativen Gründen überhaupt realisierbar sei. Um ein solches Angebot zu gewährleisten, müsste die komplette Kostenfinanzierung garantiert sein.

Die KWRO hat sich für die Aufrechterhaltung der Ambulanzen in Saas-Grund, Grächen und Zermatt ausgesprochen und befürwortet eine zusätzliche Ambulanz im Entremont während der Wintersaison und gegebenenfalls sogar während dem Sommer. Zur Aufhebung einer Ambulanz in Visp wird die Stellungnahme von der für die Verlegungen getroffenen Lösung abhängig gemacht.

Die Walliser Ärztesgesellschaft hat sich für die Verstärkung der Ambulanzen in den Tourismusorten ausgesprochen und gegen die Reduktion des Angebots im Oberwallis. Die Walliser Vereinigung der Rettungssanitäter schlägt vor, die Ambulanz von Martinach ins Entremont zu verlegen und eine Ambulanz im Mittelwallis hinzuzufügen.

Der Vorschlag einen Pikettdienst einzuführen, wurde von allen Rettungsdiensten und der KWRO als nicht realistisch eingestuft, da dies eine Verlängerung der Einsatzfristen mit sich bringen würde, die mit den Normen des Interverbands für Rettungswesens (IVR) nicht vereinbar sei, da die Angestellten im Normalfall nicht direkt neben dem Rettungsdienst wohnen.

Die Rettungsdienste sind nicht grundsätzlich gegen ein Finanzierungsmodell, das auf normativen Kosten gründet. Es bestehen jedoch noch Unklarheiten zum vorgeschlagenen Modell und den finanziellen Auswirkungen. Die Problematik der Festlegung der normativen Kosten bleibt offen. Die Rettungsunternehmen vermuten, dass sie hinreichend detaillierte Daten abgeben müssen und die KWRO erwähnt angesichts der Heterogenität der Unternehmen die Schwierigkeit Vergleiche vorzunehmen.

Einige Rettungsdienste befürchten, dass der vorgeschlagene Korrekturmechanismus für unterschiedliche Einsatzzahlen die Wirtschaftlichkeit nicht fördert und Anreize schafft, nur ein Leistungsminimum anzubieten. Sie zweifeln auch daran, dass die Rettungsdienste im Talgrund bei den Notfalleinsätzen einen Überschuss erwirtschaften können, der dann im Rahmen des vorgeschlagenen Kompensationsmechanismus umverteilt werden könnte.

Die Trennung von Notfalleinsätzen und Verlegungen wird grundsätzlich als prüfenswert oder sogar unabdingbar eingestuft, damit die Verfügbarkeit der Ambulanzen für Notfälle gewährleistet ist. Hingegen wirft die Trennung zwischen Notfalltransporten und nicht dringlichen Verlegungen Fragen auf über die finanziellen Auswirkungen für die Rettungsdienste sowie auf die Gesamtkosten im Rettungswesen.

Die KWRO und einige Rettungsdienste weisen auf gewisse methodologische Grenzen hin, insbesondere die Nichtberücksichtigung der S1-Verlegungen bei den Notfalleinsätzen, die zu enge Eingrenzung der Nachtstunden (23.00 - 6 Uhr, anstelle von 19.00 - 7.00 Uhr), die Beschränkung der Erhebung auf das Jahr 2010, die Nichtberücksichtigung der Helikopterrettung und die Nichtberücksichtigung von Grossereignissen. Einige Unternehmen beklagen ebenfalls die zu starke Fokussierung der Analyse auf das Einsatzvolumen und eine damit einhergehende ungenügende Berücksichtigung von anderen Faktoren wie Distanz, Topografie und neue vom IVR vorgegebene Einsatzfristen.

Um diese Bemerkungen aus dem Vernehmlassungsverfahren zu berücksichtigen, hat die Kantonale Walliser Rettungsorganisation zusätzliche Analysen durchgeführt. Sie bilden Gegenstand des vorliegenden Berichts.

3. Ziele, Methoden und Definitionen

3.1. Entscheidungsprozess

Wie oben erwähnt ist die KWRO gesetzlich und statutarisch verpflichtet, dem Staatsrat über die Gesundheitsplanungskommission alle nötigen Entscheidungen und Planungsmassnahmen zu unterbreiten. Das folgende Schema stellt den Entscheidungsprozess dar:



Der Staatsrat budgetiert die jährlichen nötigen Mittel Gesetz über die Organisation des Rettungswesens, Art. 14) und das für das Gesundheitswesen zuständige Departement entscheidet über die für die Subventionierung berücksichtigten Ausgaben (Verordnung über die Organisation des Rettungswesens, Art. 14).

3.2. Ziele

Die vorgeschlagenen Einsatzmittel im Rettungswesen müssen:

- den kantonalen Bedarf an prähospitaler medizinischer Versorgung von lebensgefährlichen Notlagen oder akutsomatischen Behandlungen abdecken. Die Helikopterrettung ist eine Ergänzung zum Dispositif.
- den Bedarf an dringlichen Verlegungen der kantonalen Spitäler abdecken.
- die Qualitätskriterien des Interverbands für Rettungswesen (IVR) einhalten (Anhang 2).
- qualitativ hochstehende Einsätze mit einem Gleichgewicht in allen Regionen des Kantons ermöglichen.
- einem rationellen, objektiven, sachlichen und nachhaltigen Dispositif entsprechen.

3.3. Datenquellen

Die im Bericht Jeanneret berücksichtigten Kriterien sind sowohl auf der Ebene der Einsatztypen wie auch den Einsatzfristen nicht immer zweckdienlich. Deshalb stützt sich der vorliegende Bericht für die Erhebung und Datenanalyse auf die kantonalen Einsatzprotokolle von 2009 bis 2012. Die darin enthaltenen Tabellen beruhen auf diesen vier berücksichtigten Jahren. Es muss darauf hingewiesen werden, dass helikoptergestützte Einsätze nicht berücksichtigt wurden.

3.4. Definitionen

Die Rettungsdienste müssen über eine IVR-Anerkennung verfügen, um von den Unfall- und Krankenversicherern anerkannt zu werden und die geltenden Tarife anwenden zu können. Diese enthält sehr präzise Kriterien. Die erste Zertifizierung, die sämtliche Walliser Rettungsdienste erfolgreich abgeschlossen haben, wird in den nächsten Jahren erneuert (Anhang 1): die Kriterien werden sowohl bezüglich der technischen Ausrüstung (Anhang 2) wie auch bezüglich der Normen für die Zusammensetzung der Besatzungen verstärkt, ebenso werden die Qualitätskriterien für die Notfall-Einsatzzeiten erhöht. Unter diesen ist besonders die sogenannte Hilfsfrist (Zeit zwischen dem Eingang des Notrufs beim Rettungsdienst und dem Eintreffen der Rettungskräfte am Ereignisort) entscheidend.

3.4.1. Primär- und Sekundäreinsätze/-transporte

Die Begriffe Primär- und Sekundäreinsätze werden vom IVR wie folgt definiert (Anhang 3):

- Primäreinsatz 1 (P1): Notfall mit bestehender oder vermuteter Beeinträchtigung der Vitalfunktionen
- Primäreinsatz 2 (P2): Notfall ohne Beeinträchtigung der Vitalfunktionen
- Primäreinsatz 3 (P3): Einsatz auf Vorbestellung
- Sekundäreinsatz 1 (S1): Verlegung eines Patienten mit Beeinträchtigung der Vitalfunktionen (mit oder ohne Verwendung Sondersignal)
- Sekundäreinsatz 2 (S2): Verlegung eines Patienten ohne Beeinträchtigung der Vitalfunktionen und möglichst ohne Zeitverzug
- Sekundäreinsatz 3 (S3): Verlegung eines Patienten ohne Beeinträchtigung der Vitalfunktionen und auf Vorbestellung

3.4.2. Definitionen und Normen für Rettungsfahrzeuge

In Anhang 2 sind die vom IVR erstellten Dokumente über die erforderliche Ausrüstung nach Ambulanztyp fest (A, B, C) aufgeführt.

3.4.3. Aufgabengerechte Zusammensetzung der Equipen (Anhang 1 und 3)

Die Equipen müssen je nach Aufgabe gemäss dem IVR-Handbuch zusammengesetzt sein (Anhang 1 und 3).

3.4.4. Hilfsfrist und "Interventionszonen"

- Definition Hilfsfrist:
Zeit zwischen dem Eingang des Notrufs beim Rettungsdienst und dem Eintreffen der Rettungskräfte am Ereignisort.
- Definition Interventionszone:
Auf der nachstehenden Karte entsprechen die eingefärbten Zonen sogenannten "Interventionszonen", für welche die Frist zwischen dem Alarmeingang und dem Eintreffen vor Ort für einen P1-Einsatz (Primäreinsatz mit Sondersignal für lebensgefährliche Notfälle) weniger als 20 Minuten betragen muss. Die Farbe entspricht jeweils dem Rettungsdienst, der die Zone abdeckt.
- Einsatzregionen:
Es handelt sich um mehrere Gemeinden, die von einer Gruppe von Ambulanzen versorgt werden: es kann sich um Ambulanzen von einem einzigen Rettungsdienst handeln oder um Ambulanzen von verschiedenen Rettungsdiensten.

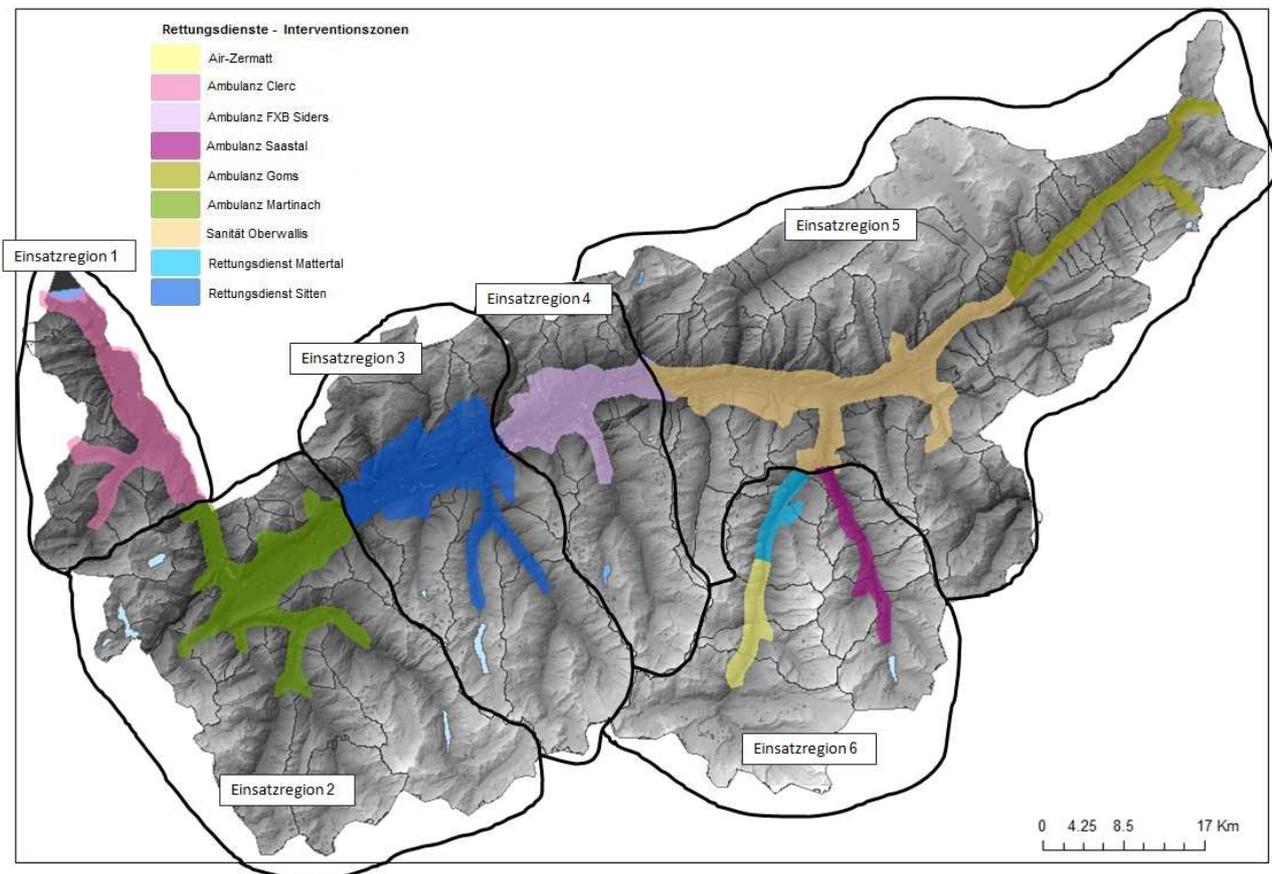


Abbildung 1: Karte der verschiedenen Rettungsdienste nach Interventionszonen und Einsatzregionen

3.5. Vorgaben für die Planung des Rettungswesens: Ausschluss von Verlegungen von Patienten ohne Beeinträchtigung der Vitalfunktionen und auf Vorbestellung (S3)

Geplante Verlegungen von Patienten ohne Beeinträchtigung der Vitalfunktionen werden seit einigen Jahren mit Rettungsmitteln vorgenommen, die für lebensbedrohliche Notfallsituationen vorgesehen sind. Die Fristen, erforderlichen Mittel und Herausforderungen der beiden Aufgaben (Notfallrettungseinsätze und nicht dringliche Verlegungen S3) unterscheiden sich komplett: eine gewisse Zeit mag die gemeinsame Nutzung bezüglich Personal und Fahrzeuge nützlich gewesen sein, die heutige Beanspruchung der beiden Bereiche (Notfälle und Verlegungen S3) verunmöglicht hingegen eine solche Einteilung. Damit die medizinische Versorgung und die Patientensicherheit nicht gefährdet werden, muss dies so schnell wie möglich angepasst werden, da mit der Zunahme der Einsatzzahlen das Risiko steigt, dass ein Notfall zu einem Zeitpunkt auftritt an dem alle Ambulanzen einer Region schon für einen anderen Notfall oder für eine Verlegung im Einsatz stehen. Dieser Punkt wurde ebenfalls im Bericht Jeanneret 2012 aufgeführt.

Um die Situation zu verbessern, wird im französischsprachigen Wallis ab März 2014 eine Ambulanz nur für Verlegungen ohne Beeinträchtigung der Vitalfunktionen (S3) während der Woche (5 von 7 Tage) im Einsatz sein, die rund 60% der in dieser Region gemachten Verlegungen abdecken kann.

Das Dispositiv für nicht dringliche Verlegungen wird ab 2015 vervollständigt, so dass 95% der Verlegungen abgedeckt werden können.

4. Demografie im Wallis

4.1. Kantonale Bevölkerungsverteilung

Anhang 4 enthält die Aufteilung nach Gemeinde, Bezirk und Region 2011.

4.2. Alterspyramide

Die Prognosen des Bundesamtes für Statistik (BFS) sehen einen schrittweisen Anstieg der Alterung der Bevölkerung voraus (Anhang). Damit einhergehend wird eine Steigerung der Einsatzzahlen im Rettungswesen erwartet.

4.3. Gäste

Im Wallis verbringen im Winter vor allem Schneesportler und im Sommer Wanderer ihre Freizeit. Das entsprechende Profil der Feriengäste und ihre Interessen müssen deshalb berücksichtigt werden. Es handelt sich eher um sportliche Personen, die relativ jung und bei guter Gesundheit sind. Am häufigsten treten Traumas auf, die meistens nicht sehr schwerwiegend sind. Die Rettungsversorgung von Personen mit schweren Traumas erfolgt mehrheitlich mit dem Helikopter. Die saisonale Schwankung der Bevölkerungszahlen verhält sich deshalb nicht proportional zur Anzahl der Primäreinsätze. Dieser Punkt wird später im Bericht vertieft.

In vorliegendem Bericht werden sämtliche Einsätze berücksichtigt, auch jene für Feriengäste oder Personen auf der Durchreise.

5. Voraussetzungen für die Umsetzung der neuen Planung

Die ärztliche Grundversorgung in den Seitentälern nimmt schrittweise immer stärker ab (etwas weniger in der Talebene). Die KWRO hat aus diesem Grund seit 2003 bzw. 2007 zwei neue Konzepte eingeführt: die First Responder (FR) und die SMUP-Ärzte (Service Mobile d'Urgence de Proximité, Netzwerk ortsnahe Ärztinnen und Ärzte).

5.1. Förderung der ärztlichen Grundversorgung in den Randgebieten

Einige Ärztinnen und Ärzte in Randgebieten – die SMUP-Ärztinnen und Ärzte – haben sich bereit erklärt, von der Sanitätsnotrufzentrale 144 jederzeit für Notfälle aufgeboden zu werden, um innert kürzester Zeit ärztliche Versorgung für Patienten zu gewährleisten, die sich in einer Notlage befinden. 2013 stehen dafür 56 ortsnahe Ärztinnen und Ärzte zur Verfügung. Gewisse Regionen sind unterversorgt (siehe Karte), dies führt zu einer Verlängerung der Hilfsfristen und einem damit einhergehenden ungleichen Versorgungszugang. Eine von Prof. Pécoud präsierte Expertenkommission «Ambulante Versorgung und Grundversorgung» arbeitet aktiv an der Niederlassung von jungen Ärztinnen und Ärzten und an der Schaffung von sogenannten „maison de santé“. Die kürzliche Niederlassung eines Arztes in Champéry könnte weitere Gemeinden inspirieren: die aktive Suche nach einem motivierten Arzt und eine finanzielle Beteiligung der Gemeinde an den Einrichtungskosten erleichterten das Vorhaben. Die SMUP-Ärzte leisten im Jahr durchschnittlich 500 Einsätze. Die nachstehende Karte zeigt die Regionen, in denen es noch Anstrengungen braucht, um die Niederlassung von jungen Ärztinnen und Ärzten zu fördern, die ins Regionalkonzept aufgenommen werden können. Es handelt sich insbesondere um den Bezirk Monthey, indem sich momentan ein Projekt in Arbeit befindet, die Region Leukerbad, das Lötschental und das Goms. Jeder rot umrandete, orangefarbene Kreis entspricht einem SMUP-Arzt.

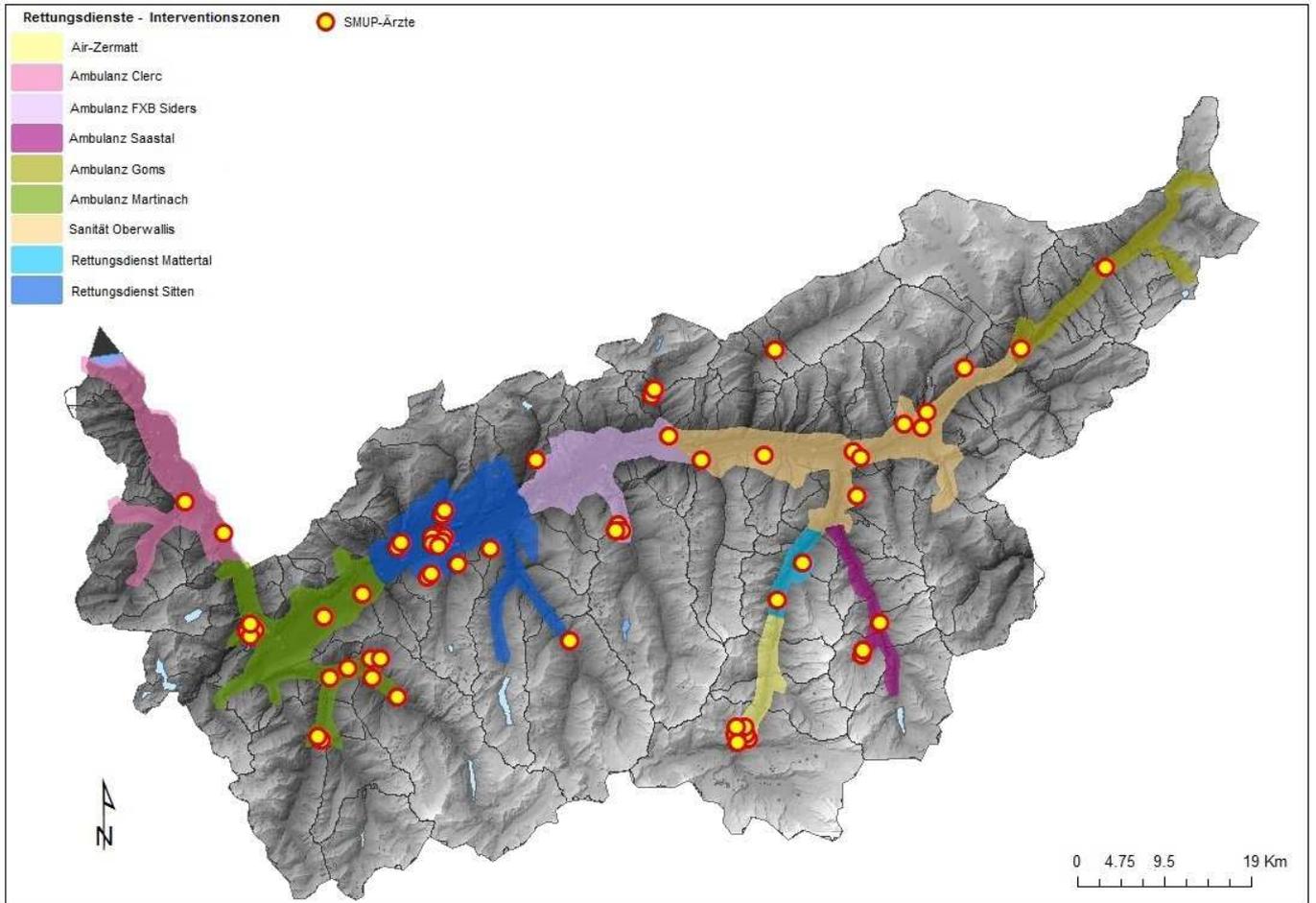


Abbildung 2: Geografische Aufteilung SMUP-Ärztinnen und Ärzte (Stand Januar 2013)

5.2. Förderung First Responder

First Responders leisten bei Notfällen erste Hilfe (beispielsweise Herzmassagen), sichern die Patientinnen und Patienten und bereiten die Ankunft der professionellen Rettungskräfte vor. Obwohl sie den Arzt nicht ersetzen können, dienen ihre Massnahmen dazu, Zeit zu gewinnen, bis die definitive Versorgung des Patienten eintrifft und dieser so schnell wie möglich an den endgültigen Behandlungsort transportiert werden kann. Um die Qualität der Erstversorgung zu gewährleisten, absolviert jeder First Responder eine sogenannte BLS-AED Ausbildung ("Basic Life Support" und "Automatic External Defibrillation") und verfügt über eine minimale Einsatzrüstung. Abbildung 3 „Geografische Aufteilung der First Responder“ zeigt, dass im Saas- und Mattertal noch kein entsprechendes Angebot besteht und geschaffen werden muss. Jeder weiss umrandete, schwarze Kreis stellt einen First Responder dar; die dazugehörige Zahl weist auf die Verfügbarkeit von mehreren First Responders hin. Insgesamt stehen im Kanton Wallis 230 First Responders zur Verfügung (Stand Februar 2013).

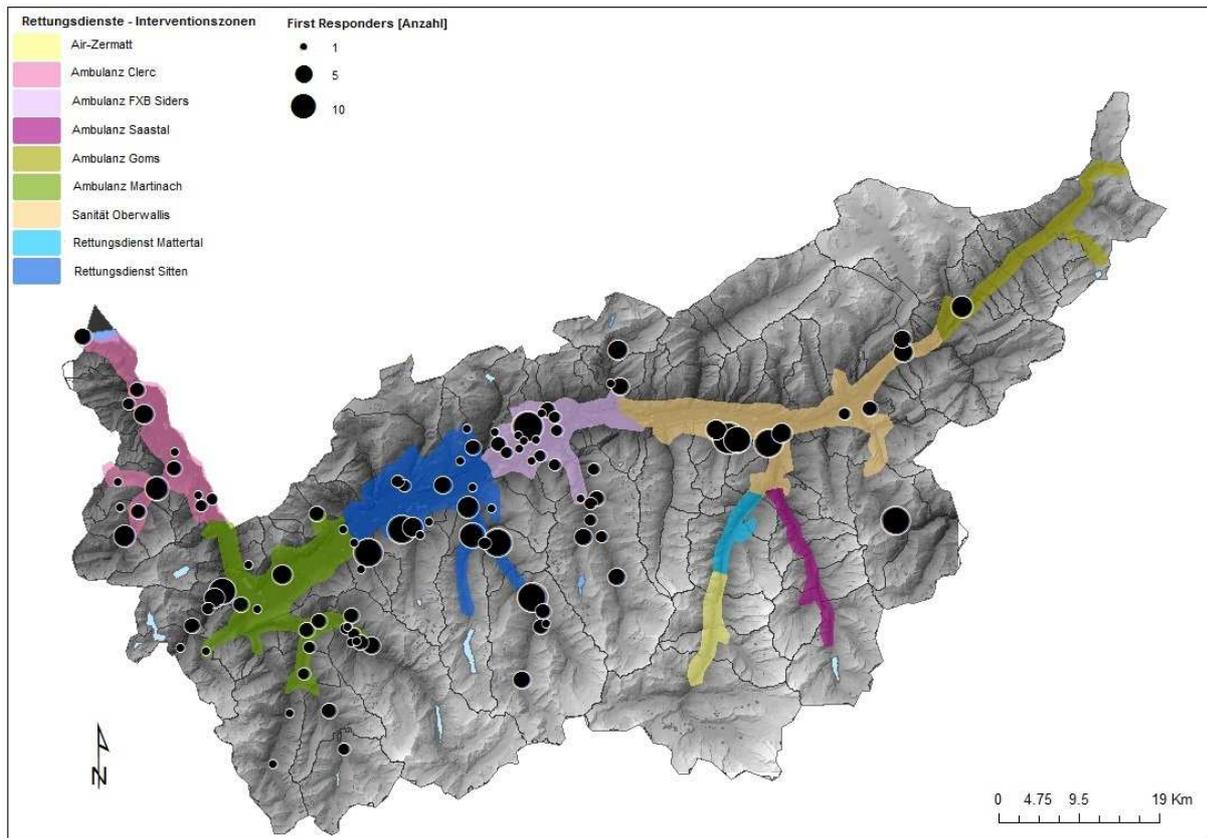


Abbildung 3: Geografische Aufteilung First Responder (Stand Januar 2013)

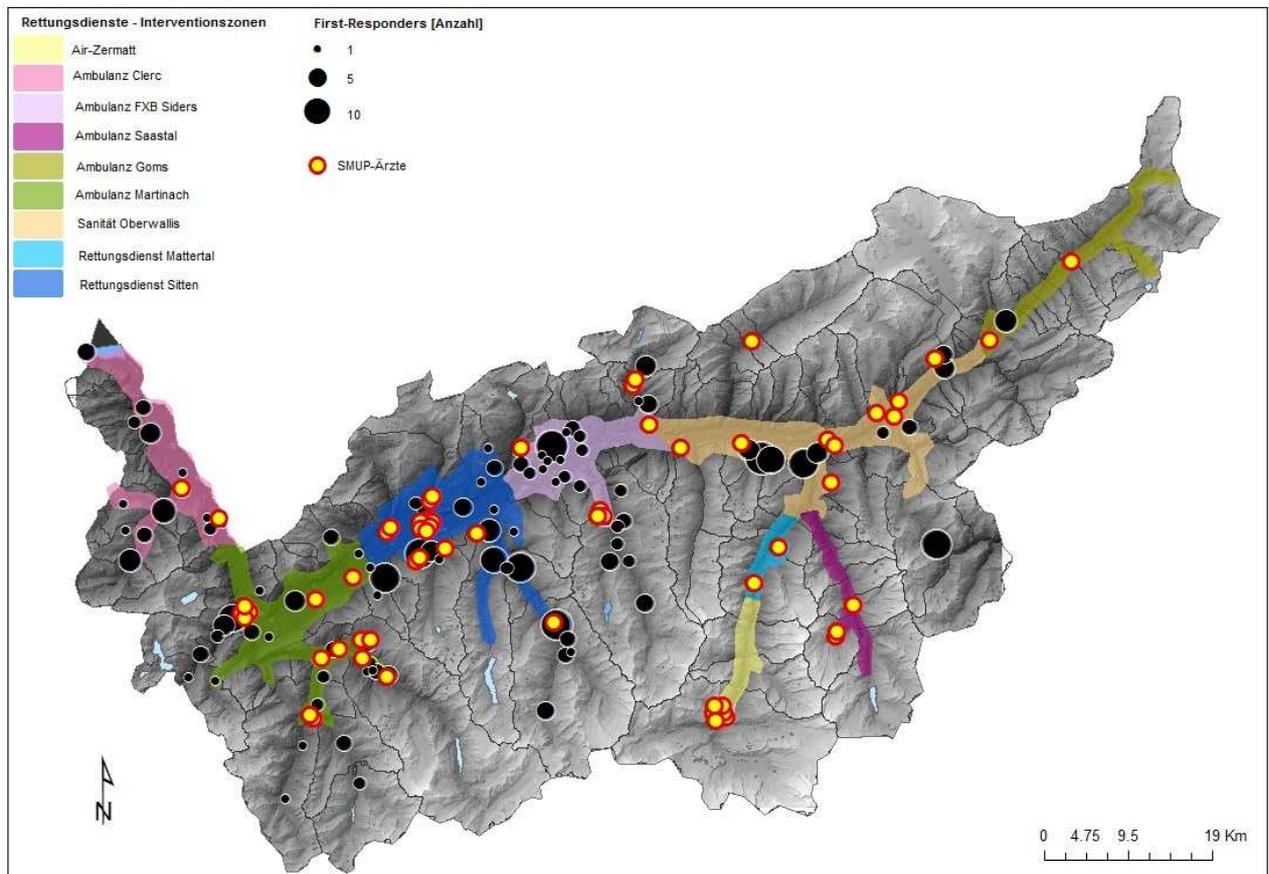


Abbildung 4: Geografische Aufteilung SMUP-Ärzte und First Responder (Stand Januar 2013)

5.3. Hilfsfristen

Die IVR-Empfehlungen legen die Regeln für Rettungseinsätze fest, deren Einhaltung als Qualitätskriterium für die Versorgung gilt.

Die Hilfsfrist zwischen dem Eintreffen des Alarms und dem Eintreffen am Einsatzort muss in 90% der Fälle sowohl während dem Tag als auch in der Nacht weniger als 15 Minuten betragen. Im Kanton Wallis kann diese Frist gemäss IVR aufgrund der besonderen Geografie, den schwierigen meteorologischen Bedingungen in der Höhe und entsprechend erschwerem oder behindertem Zugang in den Seitentälern auf 20 Minuten verlängert werden.

Die IVR beabsichtigt diese Frist im Talgrund auf 10 Minuten zu senken und in Regionen wie dem Wallis eventuell auf 15 Minuten; solche Vorhaben machen die in den Kapiteln 5.1, 5.2 und 5.3 vorgestellten Erstversorgungsmaßnahmen umso wichtiger.

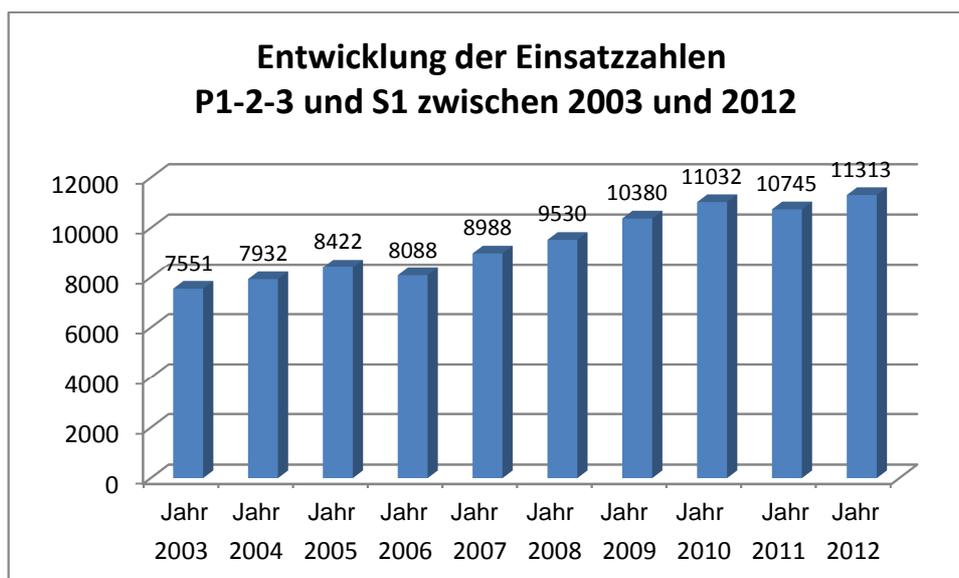
Der Kanton Wallis verfolgt seit einigen Jahren ein regionales Rettungskonzept, das sich auf eine grosse Zahl Spezialisten aus sehr spezifischen Bereichen abstützt (Taucher, Höhlenretter, Bergführer, Hundeführer, etc.). Heute wird die Hilfsfrist wie dargelegt auf der Grundlage der Eintreffzeit der ersten professionellen Rettungskraft (Ambulanz, SMUR, Helikopter) berechnet. Die anderen zur Verfügung stehenden Rettungskräfte, die von der KWRO aus- und weitergebildet werden, werden dabei nicht berücksichtigt. Es wird vorgeschlagen, die Eintreffzeit sämtlicher Rettungskräfte vor Ort zu berücksichtigen und nicht nur die Eintreffzeit der professionellen Rettungskräfte. Der Kanton Waadt verwendet dasselbe Vorgehen. Die ärztliche Kommission und der KWRO-Verwaltungsrat haben einen diesbezüglichen Vorschlag im März 2013 positiv aufgenommen. Für die zweifache Erfassung der Hilfsfristen (professionell und nicht professionell) müssen entsprechende Instrumente geschaffen werden. Aus praktischen Gründen kann die Berücksichtigung dieser zwei Fristen nicht vor 2014 erfolgen.

6. Statistische Erhebungen

6.1. Einsatzzahlen und Aufteilung

6.1.1. Entwicklung der Einsatzzahlen seit 2003

Der starke Anstieg der Primäreinsätze P1-2-3 und S1 von rund 50 % innerhalb von weniger als 10 Jahren wird auf folgender Grafik ersichtlich.



6.1.2. Anzahl kantonale P1-, P2-, P3- und S1-Einsätze pro Jahr und nach Tageszeit

Die folgende Tabelle zeigt, dass 2/3 der Einsätze P1-2-3 und S1 zwischen 7.00 Uhr und 19.00 Uhr erfolgen. Die restlichen 1/3 verteilen sich hälftig auf die Zeit zwischen 19.00 Uhr und 23.00 Uhr (4 Stunden) und zwischen 23.00 Uhr und 7.00 Uhr (8 Stunden).

| Jahr\Tageszeit | 7-19 | 19-23 | 23-7 | Total |
|----------------|--------------|-------------|-------------|--------------|
| 2009 | 7070 | 1647 | 1663 | 10380 |
| 2010 | 7624 | 1715 | 1693 | 11032 |
| 2011 | 7288 | 1718 | 1739 | 10745 |
| 2012 | 7759 | 1731 | 1823 | 11313 |
| Total | 29741 | 6811 | 6918 | 43470 |

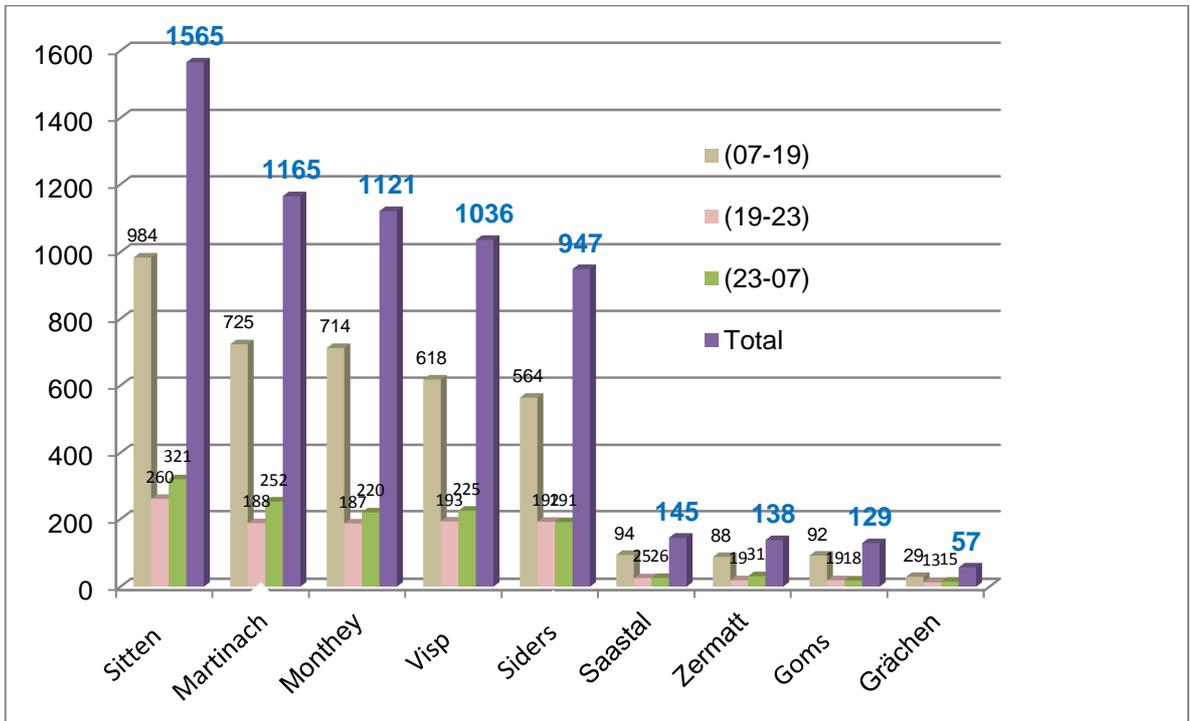
6.1.3. Anzahl P1-Einsätze nach Rettungsdienst und Tageszeit, 2012

Die untenstehende Tabelle zeigt die Anzahl P1-Einsätze nach Rettungsdienst (2012) und Tageszeit gemäss der Anzahl von der Planung vorgesehenen Ambulanzen. Die roten Kästchen zeigen ein sehr hohes Beanspruchungsniveau, orange ein erhöhtes Niveau, dunkelgelb ein mittleres Niveau und hellgelb ein tiefes Beanspruchungsniveau.

| | (07-19) | Ambulanzen | (19-23) | Ambulanzen | (23-07) | Ambulanzen |
|-----------|---------|------------|---------|------------|---------|------------|
| Sitten | 984 | 2 | 260 | 1 | 321 | 1 |
| Martinach | 725 | 2 | 188 | 1 | 252 | 1 |
| Monthey | 714 | 2 | 187 | 1 | 220 | 1 |
| Visp | 618 | 3 | 193 | 2 | 225 | 2 |
| Siders | 564 | 2 | 192 | 1 | 191 | 1 |
| Saastal | 94 | 1 | 25 | 1 | 26 | 1 |
| Zermatt | 88 | 1 | 19 | 1 | 31 | 1 |
| Goms | 92 | 1 | 19 | 1 | 18 | 1 |
| Grächen | 29 | 1 | 13 | 1 | 15 | 1 |

Zwischen den Einsatzzahlen der Rettungsdienste im Talgrund (Sitten, Martinach, Monthey, Visp, Siders) und den Rettungsdiensten in den Seitentälern (Saastal, Zermatt, Goms, Grächen) werden grosse Unterschiede ersichtlich. Dies zeigt sich auch in folgender Tabelle.

6.1.4. Anzahl P1-Einsätze nach Rettungsdienst und Tageszeit, 2012

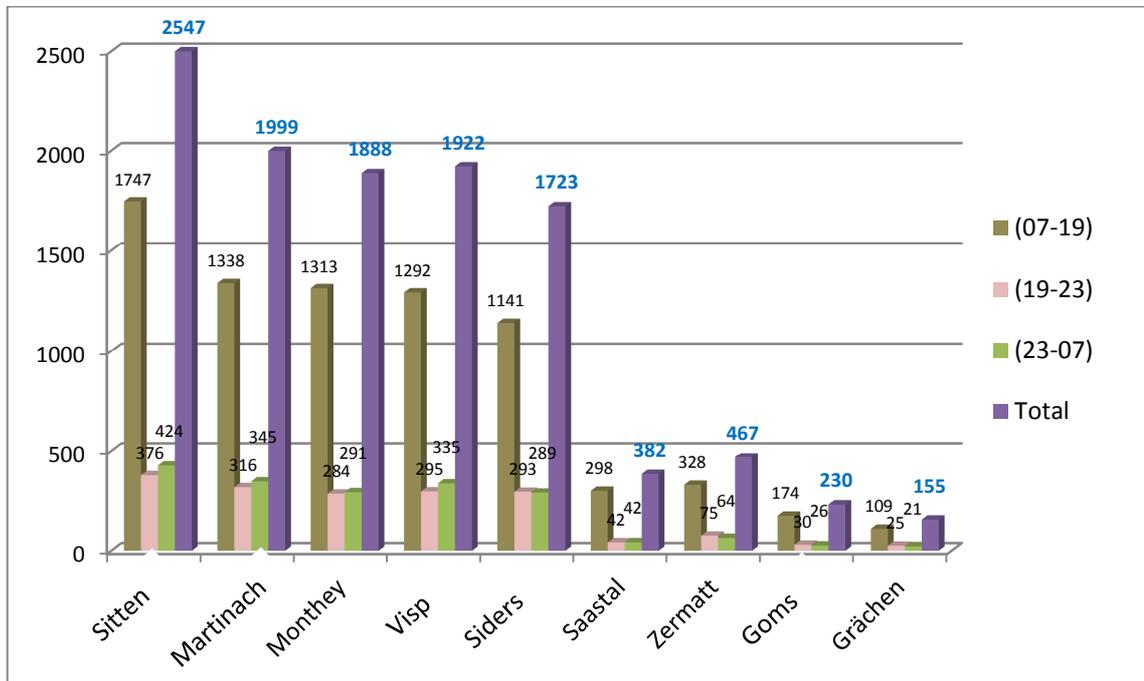


Gemäss der Planung 2003 verfügen Monthey, Martinach, Sitten und Siders über zwei Ambulanzen während dem Tag und über eine Ambulanz während der Nacht. Visp verfügt über drei Ambulanzen während dem Tag und zwei während der Nacht für eine Aktivität, die im Durchschnitt der Rettungsdienste liegt, die sich in der Talebene befinden. Im Vergleich zu den anderen zeichnet sich entsprechend eine Überdotierung ab.

Die Grafik zeigt zudem, dass für die stärker beanspruchten Rettungsdienste (Sitten, Martinach, Monthey, Visp und Siders) im Durchschnitt pro Tag weniger als 3 P1-Einsätze zwischen 7.00 und 19.00 Uhr erfolgen und weniger als ein P1-Einsatz zwischen 19.00 und 23.00 Uhr und weniger als ein P1-Einsatz zwischen 23.00 und 7.00 Uhr. Das Aktivitätsvolumen der anderen Rettungsdienste liegt deutlich tiefer.

6.1.5. Anzahl P1-, P2-, P3- und S1-Einsätze nach Rettungsdienst und Tageszeit, 2012

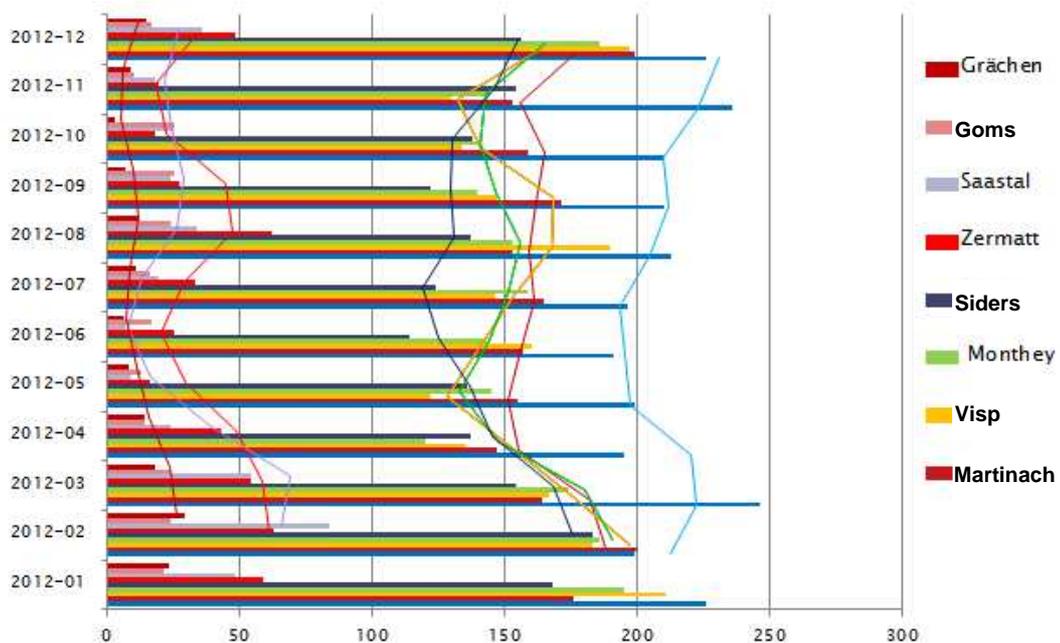
Diese Grafik zeigt die gesamten Notfalleinsätze, die von den verschiedenen Rettungsdiensten geleistet wurden (ohne nicht notfallmässige Verlegungen zwischen den Spitälern, sogenannte S3-Verlegungen).



Diese Grafik zeigt das durchschnittliche Beanspruchungsniveau jedes Rettungsdiensts für P1-2-3 und S1 Einsätze.

6.1.6. Anzahl P1-, P2-, P3- und S1-Einsätze nach Monaten, 2012

Untenstehende Grafik über die Anzahl Einsätze pro Monat zeigt, dass das Einsatzvolumen nur bedingt saisonal abhängig ist.



6.2. Ausrückzeit und Hilfsfristen

6.2.1. Durchschnittliche Ausrückzeit nach Rettungsdienst, 2012

| Zeitschnitte | 2012-01 | 2012-02 | 2012-03 | 2012-04 | 2012-05 | 2012-06 | 2012-07 | 2012-08 | 2012-09 | 2012-10 | 2012-11 | 2012-12 | Durchschnitt | Total Einsätze |
|--------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|--------------|----------------|
| (19-23) | 5 | 4 | 6 | 4 | 4 | 4 | 5 | 4 | 3 | 4 | 5 | 4 | 4 | 187 |
| (23-7) | 6 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 220 |
| (7-19) | 3 | 4 | 3 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 3 | 3 | 4 | 4 | 714 |
| (19-23) | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 4 | 3 | 3 | 192 |
| (23-7) | 3 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 191 |
| (7-19) | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 4 | 3 | 3 | 3 | 564 |
| (19-23) | 3 | 2 | 2 | 2 | | 2 | 3 | 2 | 1 | | 5 | 2 | 2 | 25 |
| (23-7) | 3 | 3 | 4 | 4 | | | 3 | 3 | 1 | 5 | 3 | 3 | 3 | 26 |
| (7-19) | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 94 |
| (19-23) | 3 | 4 | 5 | 8 | | | 9 | 5 | | | 13 | 3 | 5 | 19 |
| (23-7) | 7 | | 8 | 6 | | 10 | 11 | 11 | 8 | 12 | 7 | 8 | 8 | 31 |
| (7-19) | 4 | 5 | 6 | 7 | 5 | 5 | 3 | 4 | 6 | | 5 | 5 | 5 | 88 |
| (19-23) | 9 | 8 | 6 | | | 6 | 6 | | 6 | 8 | 9 | 9 | 7 | 19 |
| (23-7) | 13 | 13 | 10 | 9 | 8 | 8 | 8 | | 11 | 7 | | 11 | 10 | 18 |
| (7-19) | 5 | 4 | 5 | 2 | 4 | 5 | 4 | 3 | 3 | 3 | 4 | 4 | 4 | 92 |
| (19-23) | 3 | 3 | 4 | 3 | 2 | 2 | 4 | 4 | 3 | 5 | 5 | 3 | 3 | 188 |
| (23-7) | 5 | 5 | 6 | 4 | 4 | 6 | 7 | 5 | 5 | 5 | 6 | 5 | 5 | 252 |
| (7-19) | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 4 | 5 | 5 | 5 | 4 | 3 | 4 | 725 |
| (19-23) | | 3 | 6 | 7 | | | | 6 | 6 | 7 | 6 | | 6 | 13 |
| (23-7) | 11 | 8 | 8 | 11 | 7 | 5 | | 6 | 10 | | 9 | | 8 | 14 |
| (7-19) | 5 | 5 | 5 | 6 | | | 6 | 5 | 1 | | 2 | 11 | 6 | 29 |
| (19-23) | 4 | 4 | 11 | 3 | 3 | 3 | 3 | 4 | 3 | 3 | 4 | 3 | 4 | 260 |
| (23-7) | 5 | 6 | 5 | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 5 | 321 |
| (7-19) | 3 | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 984 |
| (19-23) | 3 | 4 | 3 | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 5 | 3 | 3 | 193 |
| (23-7) | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 5 | 4 | 4 | 4 | 3 | 3 | 4 | 225 |
| (7-19) | 4 | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 618 |

Grün unterlegt sind Ausrückzeiten nach Eingang des Alarms beim Rettungsdienst, die den IVR-Normen entsprechen.

Orange unterlegt sind Ausrückzeiten zwischen 4 und 7 Minuten.

Rot unterlegt sind Ausrückzeiten von mehr als 7 Minuten.

Weiss unterlegt sind Fälle, bei denen während dem entsprechenden Zeitraum kein Einsatz erfolgte.

Für diese Interpretation dieser Tabelle müssen folgende Punkte berücksichtigt werden:

- Einige Rettungsdienste haben in gewissen Monaten und zu gewissen Tageszeiten keine Einsätze: Air Zermatt, Goms, Grächen und - etwas weniger ausgeprägt - Saastal. Dies betrifft vor allem die Zeit zwischen 19.00 und 23.00 Uhr und zwischen 23.00 und 7.00 Uhr.
- In Zermatt, im Goms und in Grächen werden im Vergleich zu den anderen Rettungsdiensten ebenfalls deutlich häufiger erhöhte Ausrückzeiten zwischen 19.00 und 23.00 Uhr ersichtlich,

obwohl die Einsatzzahlen zu diesen Tageszeiten viel tiefer sind. Dies zeigt, dass diese Rettungsdienste während den entsprechenden Zeitbereichen mit einem Pikettdienst arbeiten.

6.2.2. Durchschnittliche Hilfsfrist nach Rettungsdienst, Jahr und Tageszeit

Die Hilfsfristen beziehen sich ausschliesslich auf P1-Einsätze.

| P1: Jahr | 2009 | 2009 | 2009 | 2010 | 2010 | 2010 | 2011 | 2011 | 2011 | 2012 | 2012 | 2012 |
|--------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| P1:Tageszeit Rettungsdienst | 07-19 | 19-23 | 23-07 | 07-19 | 19-23 | 23-07 | 07-19 | 19-23 | 23-07 | 07-19 | 19-23 | 23-07 |
| Monthey | 13 | 14 | 15 | 14 | 15 | 14 | 13 | 16 | 14 | 13 | 23 | 15 |
| Martinach | 12 | 16 | 13 | 13 | 16 | 15 | 13 | 16 | 14 | 15 | 23 | 16 |
| Sitten | 11 | 17 | 13 | 13 | 14 | 13 | 11 | 14 | 13 | 11 | 15 | 14 |
| Siders | 13 | 17 | 15 | 15 | 25 | 15 | 13 | 16 | 14 | 13 | 15 | 15 |
| Visp | 15 | 15 | 14 | 15 | 16 | 15 | 15 | 15 | 16 | 15 | 16 | 17 |
| Grächen | 16 | 20 | 13 | 16 | 16 | 19 | 16 | 15 | 16 | 15 | 19 | 14 |
| Zermatt | 10 | 12 | 12 | 13 | 10 | 10 | 10 | 11 | 12 | 10 | 14 | 10 |
| Saastal | 9 | 10 | 10 | 10 | 11 | 9 | 8 | 10 | 7 | 8 | 10 | 10 |
| Goms | 15 | 21 | 16 | 16 | 23 | 16 | 16 | 28 | 20 | 15 | 24 | 22 |

- Die Werte der einzelnen Rettungsdienste variieren über die Jahre nur schwach. Die durchschnittliche Hilfsfrist ist zwischen 15 und 20 Minuten angesiedelt (der Prozentsatz von 90% der Einsätze wird hier nicht berücksichtigt).
- Die längsten Hilfsfristen werden zwischen 19.00 und 23.00 Uhr gemessen. Dafür sind zwei Faktoren verantwortlich: das Rettungsdienstfahrzeug ist am Abend und in der Nacht deutlich kleiner als während dem Tag, dazu kommen Einsätze für nicht notfallmässige Verlegungen (S3), die das Ausrücken der Ambulanz von einem entfernteren Standort als vom Einsatzort für Primäreinsätze zur Folge hat.

6.2.3. Durchschnittliche Hilfsfristen nach Rettungsdienst und Monat, 2012

| 2012 | Januar | Februar | März | April | Mai | Juni | Juli | August | September | Oktober | November | Dezember |
|------------------|--------|---------|------|-------|-----|------|------|--------|-----------|---------|----------|----------|
| Monthey | 15 | 15 | 14 | 13 | 13 | 13 | 14 | 15 | 13 | 13 | 12 | 16 |
| Siders | 15 | 16 | 14 | 13 | 12 | 13 | 15 | 13 | 14 | 13 | 12 | 15 |
| Saastal | 7 | 8 | 12 | 7 | 8 | 7 | 8 | 9 | 10 | 8 | 9 | 9 |
| Zermatt | 10 | 12 | 10 | 11 | 12 | 12 | 9 | 12 | 11 | 19 | 11 | 10 |
| Goms | 21 | 18 | 22 | 15 | 15 | 17 | 14 | 16 | 15 | 19 | 21 | 19 |
| Martinach | 17 | 16 | 17 | 15 | 13 | 14 | 17 | 16 | 14 | 14 | 15 | 16 |
| Grächen | 17 | 15 | 14 | 14 | 16 | 18 | 11 | 14 | 18 | 19 | 16 | 30 |
| Sitten | 15 | 14 | 13 | 13 | 11 | 12 | 12 | 13 | 12 | 12 | 12 | 13 |
| Visp | 18 | 16 | 16 | 15 | 13 | 15 | 16 | 14 | 14 | 15 | 14 | 16 |

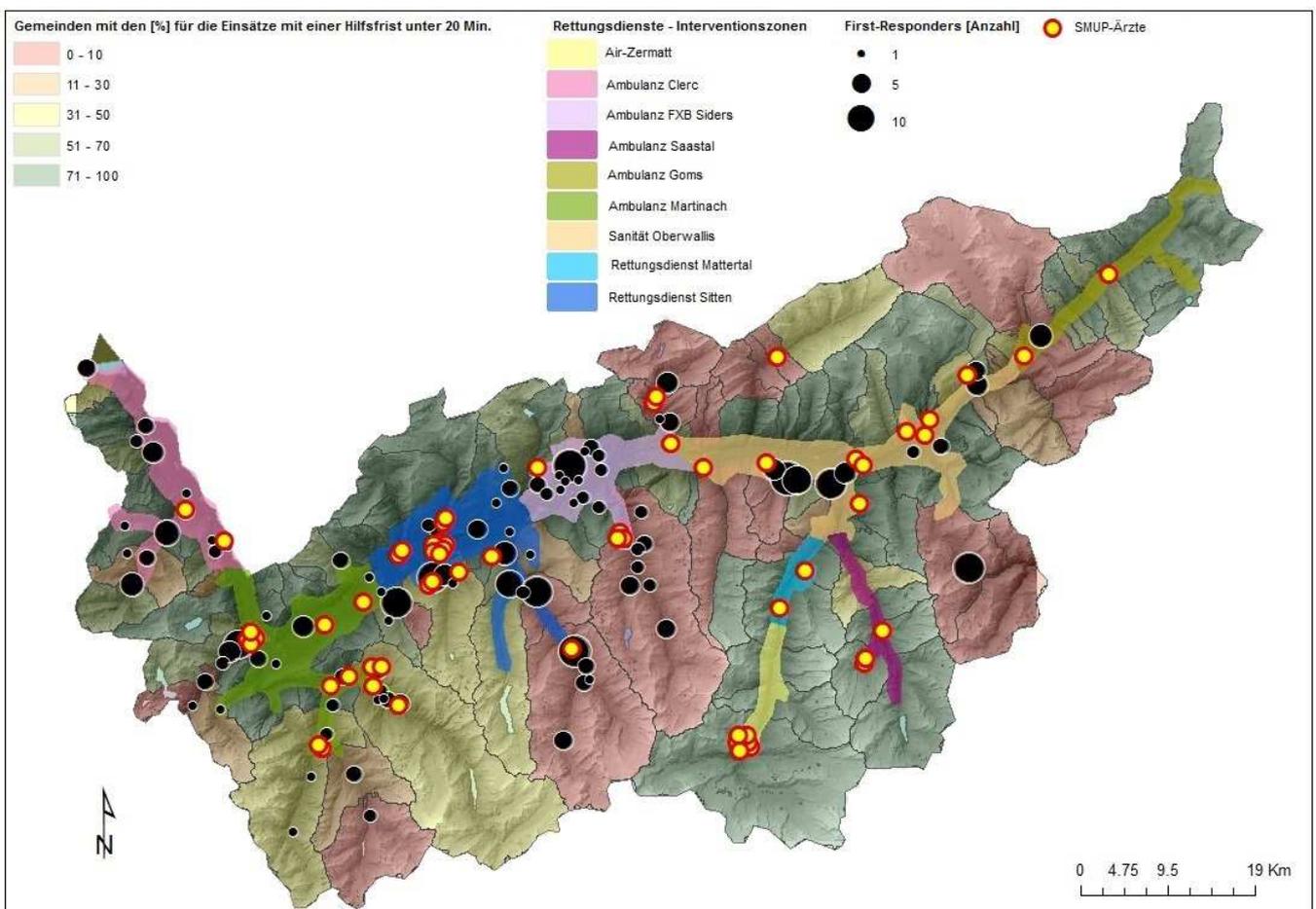
Die Hilfsfristen variieren saisonal nur schwach. Die Frist von 30 Minuten im Dezember in Grächen lässt sich aufgrund der sehr geringen Einsatzzahlen und der Jahreszeit mit sehr unterschiedlichen Strassenverhältnissen nicht interpretieren.

6.2.4. Regionen, die den IVR-Kriterien bezüglich der P1-Hilfsfristen nicht entsprechen

In diesen Regionen beträgt die Hilfsfrist in weniger als 90% der Einsätze unter 20 Minuten. Berücksichtigt wurden P1-Einsätze von 2009 bis 2012 nach Einsatzregion gemäss den zeitlichen Kriterien.

In der nachstehenden Karte zeigt die den verschiedenen Regionen zugewiesene Farbe der Anteil der Einsätze in Prozent mit einer Hilfsfrist unter 20 Minuten.

Das Mittel- und Unterwallis sind weniger gut erschlossen. Im französischsprachigen Wallis ist die Prozentzahl der nicht konformen Hilfsfristen häufig tiefer als im Oberwallis.



6.3. Anzahl P1-Einsätze und durchschnittliche Hilfsfrist in ausgewählten Regionen, 2012

Die folgende Tabelle zeigt die Anzahl P1-Einsätze und durchschnittlichen Hilfsfristen 2012 in den Regionen, die ein Gesuch um die Stationierung einer Ambulanz gestellt haben (Montana und Entremont), im Vergleich zu anderen Regionen.

| | Anzahl P1 | Durchschnittliche Hilfsfrist |
|--------------|-----------|------------------------------|
| Montana | 298 | 18 |
| Entremont | 255 | 26 |
| Hérens | 114 | 23 |
| Goms | 114 | 20 |
| Leukerbad | 62 | 35 |
| Anniviers | 47 | 27 |
| Val d'illiez | 45 | 22 |

In Montana beträgt die Hilfsfrist weniger als 20 Minuten. Dies ist nicht der Fall im Entremont, das ein ähnlich grosses Einsatzvolumen aufweist, jedoch eine durchschnittliche Hilfsfrist von mehr als 20 Minuten verzeichnet.

Im Val d'Hérens, Val d'Anniviers und Val d'Illiez beträgt die durchschnittliche Hilfsfrist ebenfalls mehr als 20 Minuten, aber bei einem tieferen Einsatzvolumen.

Leukerbad gehört zu den Regionen mit der längsten durchschnittlichen Hilfsfrist. Hier steht jedoch ein grosses First Responder- und SMUP- Dispositiv zur Verfügung, das bei medizinischen Notfällen einen schnellen Einsatz gewährleistet. Dies wird für die Berechnung der Hilfsfrist jedoch erst ab 2014 berücksichtigt werden können.

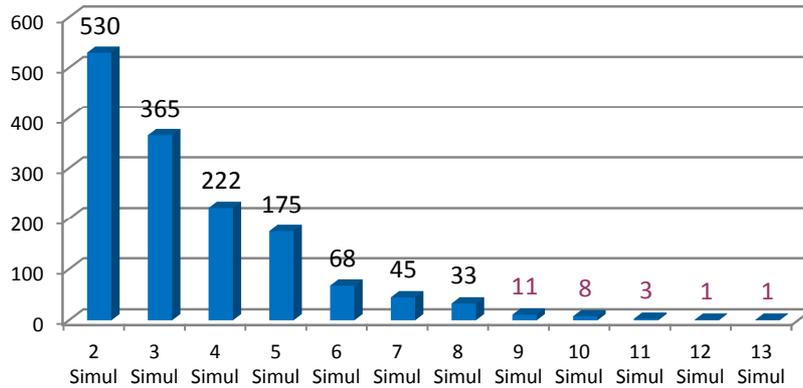
6.4. Simultaneinsätze 2012

Die folgenden Grafiken zeigen die Anzahl Ambulanzen, die jeweils gleichzeitig im Einsatz sind (Tag/Nacht).

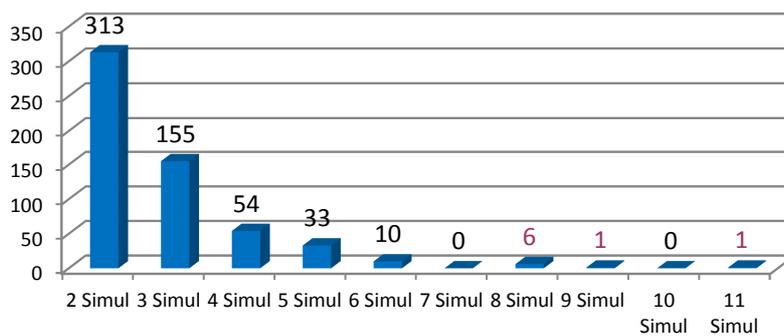
Im französischsprachigen Wallis werden tagsüber 530 gleichzeitige Einsätze von zwei Ambulanzen gezählt, 365 gleichzeitige Einsätze von drei Ambulanzen usw.

Im französischsprachigen Wallis werden tagsüber doppelt so viele Simultaneinsätze von zwei Ambulanzen gezählt wie im Oberwallis sowie drei- bis viermal mehr für Simultaneinsätze von drei und mehr Ambulanzen.

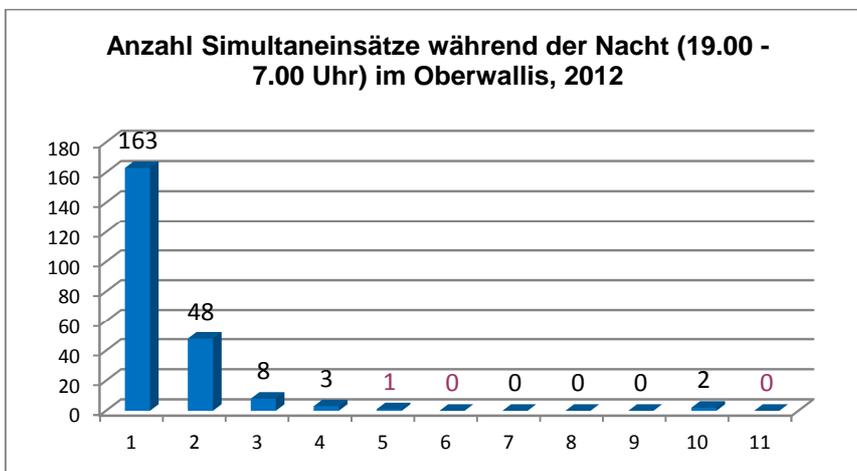
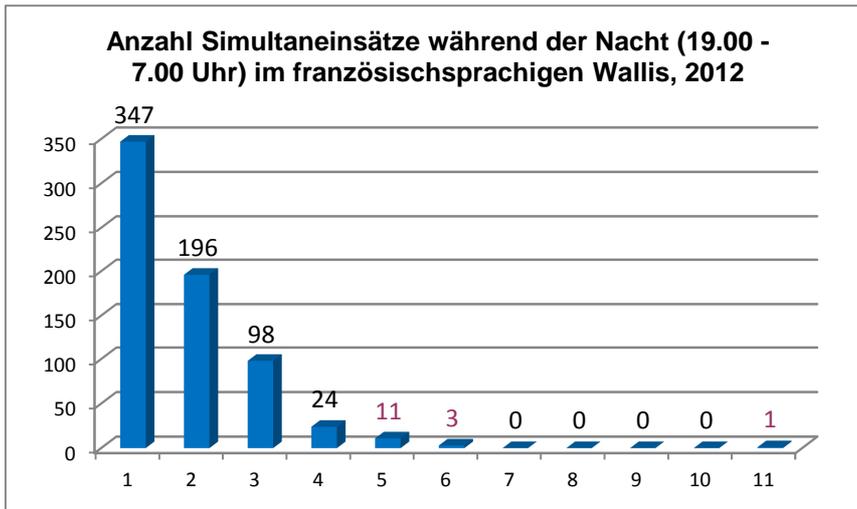
Anzahl Simultaneinsätze während des Tages (7.00-19.00 Uhr) im französischsprachigen Wallis, 2012



Anzahl Simultaneinsätze während des Tages (7.00 - 19.00 Uhr) im Oberwallis, 2012



Im Oberwallis werden pro Jahr von den 6 anerkannten Ambulanzen rund 60 nächtliche Simultaneinsätze geleistet. Im französischsprachigen Wallis sind es während der Nacht rund 250 Einsätze, die von 4 in der Planung anerkannten Ambulanzen geleistet werden. Dies führt im französischsprachigen Wallis zu einem erhöhten Risiko, das in der gleichen Region eine Ambulanz gleichzeitig für zwei Notfalleinsätze aufgeboten wird. Die heutigen anerkannten Mittel führen zu Einsätzen mit einer unannehmbar erhöhten Hilfsfrist.



In den Anhängen 6.1-6.2-6.3 werden die Simultaneinsätze detailliert dargelegt. Die Simultaneinsätze wurden unter Ausschluss der Einsätze der Ambulanzen für S3-Verlegungen ausgewertet. Die Analysen zeigen, dass die Simultaneinsätze die zur Verfügung stehenden Mittel klar übersteigen. Ein Teil der Überbeanspruchung ist jedoch dem gewählten mathematischen Modell zuzuschreiben: wenn eine Ambulanz einen langen Einsatz leistet, werden alle Ambulanzen in diesem Zeitfenster gezählt, obwohl diese in derselben Zeit zwei Einsätze hätten leisten können oder während einem Grossteil der berücksichtigten Zeit frei und einsetzbar gewesen wäre.

Zudem sagt die Tatsache, dass die Anzahl Simultaneinsätze die Kapazitäten einer Region übersteigt, nichts darüber aus, ob die Einsätze auch geleistet werden konnten oder nicht; im Gegenteil, wenn sie mit Einsatzmittel der Nachbarregionen geleistet wurden (sehr wahrscheinlich), dann führt dies zu einer langen Hilfsfrist und dem Risiko, dass die zweite Region ohne Mittel dasteht.

Die Anzahl Notfalleinsätze am Tag, am Abend und in der Nacht, in der gar keine Einsatzmittel zur Verfügung stehen, bleibt sehr gering, wobei der Abend und die Nacht am anfälligsten sind. Auf diese Situation wird in Kapitel 7.2 sowie in den Anhängen 6.1-6.2-6.3 über die Auswirkungen der neuen Planung noch näher eingegangen.

6.5. Primäreinsätze und NACA (National Advisory Committee for Aeronautics)

Der NACA-Score beschreibt die Schwere der traumatischen und nicht traumatischen Verletzungen; der Index wurde vom National Advisory Committee for Aeronautics entwickelt: Anhang 8 enthält die exakten Definitionen: NACA 4 definiert eine schwere Beeinträchtigung, bei der die kurzfristige Entwicklung einer Lebensbedrohung nicht ausgeschlossen werden kann, NACA 5 umschreibt eine Lebensbedrohung. NACA 6 bedeutet, dass Wiederbelebungsmaßnahmen ergriffen werden müssen und NACA 7 beschreibt den Tod des Patienten, der Patientin. NACA 9 bedeutet es sind keine Angaben erfassbar (z.B. kein Patient).

Untenstehende Tabelle zeigt den NACA-Score der geleisteten Einsätze (**P1-Einsätze**) der verschiedenen Rettungsdienste im Kanton.

| Jahr 2012: P1-Einsätze | NACA 0 | NACA 1 | NACA 2 | NACA 3 | NACA 4 | NACA 5 | NACA 6 | NACA 7 | NACA 9 | Total |
|-----------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|--------------|
| Monthey | 14 | 31 | 233 | 582 | 150 | 59 | 13 | 21 | 14 | 1117 |
| Siders | 14 | 22 | 247 | 405 | 138 | 65 | 19 | 27 | 8 | 945 |
| Saastal | | 1 | 12 | 71 | 44 | 14 | | 1 | | 143 |
| Zermatt | 3 | 5 | 16 | 72 | 28 | 10 | 1 | 2 | 1 | 138 |
| Goms | 2 | 1 | 14 | 46 | 43 | 11 | 1 | 4 | 6 | 128 |
| Martinach | 16 | 35 | 249 | 585 | 160 | 53 | 11 | 31 | 16 | 1156 |
| Grächen | | 2 | 4 | 21 | 21 | | 1 | 3 | 5 | 57 |
| Sitten | 30 | 44 | 361 | 698 | 220 | 105 | 20 | 49 | 29 | 1556 |
| Visp | 3 | 9 | 114 | 514 | 298 | 34 | 13 | 32 | 14 | 1031 |
| Total | 82 | 150 | 1250 | 2994 | 1102 | 351 | 79 | 170 | 93 | 6271 |

6.6. Statistische Schlussfolgerungen

Folgende statistische Elemente weisen darauf hin, dass eine Anpassung der Planung erforderlich ist:

- **Steigende Einsatzzahlen P1-2-3 und S1, mit einem Anstieg von beinahe 50% während den letzten 10 Jahren (von 7'551 im Jahr 2003 auf 11'313 im Jahr 2012).**
- **Steigendes Risiko, dass ein Notfall zu einem Zeitpunkt eintritt, an dem alle Ambulanzen einer Region schon für einen anderen Notfall oder eine Verlegung im Einsatz stehen.**
- **Geringe Einsatzzahlen der Unternehmen in den Seitentälern (Saastal, Zermatt, Goms) und insbesondere in Grächen.**
- **In Visp ähnliche Einsatzzahlen wie die anderen Unternehmen im Talgrund, aber mit einer zusätzlichen in der Planung von 2003 anerkannten Ambulanz.**
- **Im Entremont eine höhere Anzahl Einsätze mit einer erhöhten Hilfsfrist als in den anderen Seitentälern ohne Ambulanz.**
- **Im französischsprachigen Wallis eine grosse Anzahl von Simultaneinsätzen während der Nacht.**

7. Vorschläge zur Anpassung der Planung

7.1. Vorgeschlagene Änderungen

Es werden im Bereich des Rettungswesens folgende Anpassungen vorgeschlagen:

- **Sitten:** zusätzliche Ambulanz während der Nacht.
- **Entremont:** zusätzliche Ambulanz am Tag, die im Jahresmittel 12 von 24 Stunden einsatzbereit ist. Das Dispositif wird anhand der saisonbedingten Variation des monatlichen Einsatzvolumens organisiert.
- **Visp:** Übergang von 3 auf 2 Ambulanzen tagsüber und von 2 auf 1 Ambulanz während der Nacht, unter Beibehaltung einer zusätzlichen Ambulanz mit 24 Std. Pikettdienst.
- **Grächen:** Aufhebung der Ambulanz während der Nacht.

Für die weiteren Regionen und Rettungsdienste wird sich nichts ändern. Die anderen Elemente der Planung 2003 bleiben ebenfalls in Kraft, insbesondere bezüglich der helikoptergestützten Rettung, SMUR und SMUP sowie den regionalen Rettungskräfte.

In Anbetracht des weitläufigen Einsatzgebietes, welches vom Ambulanzdienst in Visp abgedeckt wird, wird vorgeschlagen, eine Ambulanz mit Pikettdienst am Tag und in der Nacht beizubehalten, bis die Evaluation der Umsetzung der vorher erwähnten Vorschläge vorliegt.

Was das Ambulanzunternehmen in Grächen betrifft, ist dieses weiterhin autorisiert, Einsätze während der Nacht durchzuführen. Falls gewünscht kann es den Ambulanzdienst in der Nacht beibehalten, dies aber ohne Subventionsanspruch, da der Bedarf nicht erwiesen worden ist. In der Tat, hat dieses Unternehmen im ganzen Jahr 2012 nur 28 Einsätze in der Nacht (19.00 Uhr - 7.00 Uhr) durchgeführt (siehe Punkt 6.1.3). Zudem befindet sich der Ambulanzdienst in Grächen im Zentrum des Dreieckdispositifs Zermatt/Saas-Grund/Visp.

Die untenstehende Tabelle zeigt die Aufteilung der Ambulanzen gemäss der heutigen Situation und gemäss der neuen vorgeschlagenen Planung. Nicht notfallmässige Verlegungen zwischen Spitälern wurden nicht berücksichtigt. Die Änderungen sind hervorgehoben.

| Standort | Heutige Situation | | Vorschlag | |
|--------------|-------------------|-----------|-----------------|-----------------|
| | Tag | Nacht | Tag | Nacht |
| Goms | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Visp | 3 | 2 | 2 ^{a)} | 1 ^{a)} |
| Saastal | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Grächen | 1 | 1 | 1 | 0 ^{b)} |
| Zermatt | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Siders | 2 | 1 | 2 | 1 |
| Sitten | 2 | 1 | 2 | 2 |
| Martinach | 2 | 1 | 2 | 1 |
| Entremont | 0 | 0 | 1 | 0 |
| Monthey | 2 | 1 | 2 | 1 |
| Total | 15 | 10 | 15 | 9 |

a) Beibehaltung einer Ambulanz mit Pikettdienst am Tag und in der Nacht

b) Einsätze in der Nacht sind erlaubt; es besteht aber kein Subventionsanspruch, da der Bedarf nicht erwiesen ist.

Unten aufgeführte Karte zeigt die neu vorgeschlagene Organisation im Rettungswesen. Sie bietet eine gut lesbare Übersicht des kantonalen Rettungsdienstes.

▲ Ambulanz 12/24 ▲ Ambulanz 24/24 ▲ Ambulanz 12/24 Nebensaison und 24/24 Dez. - März

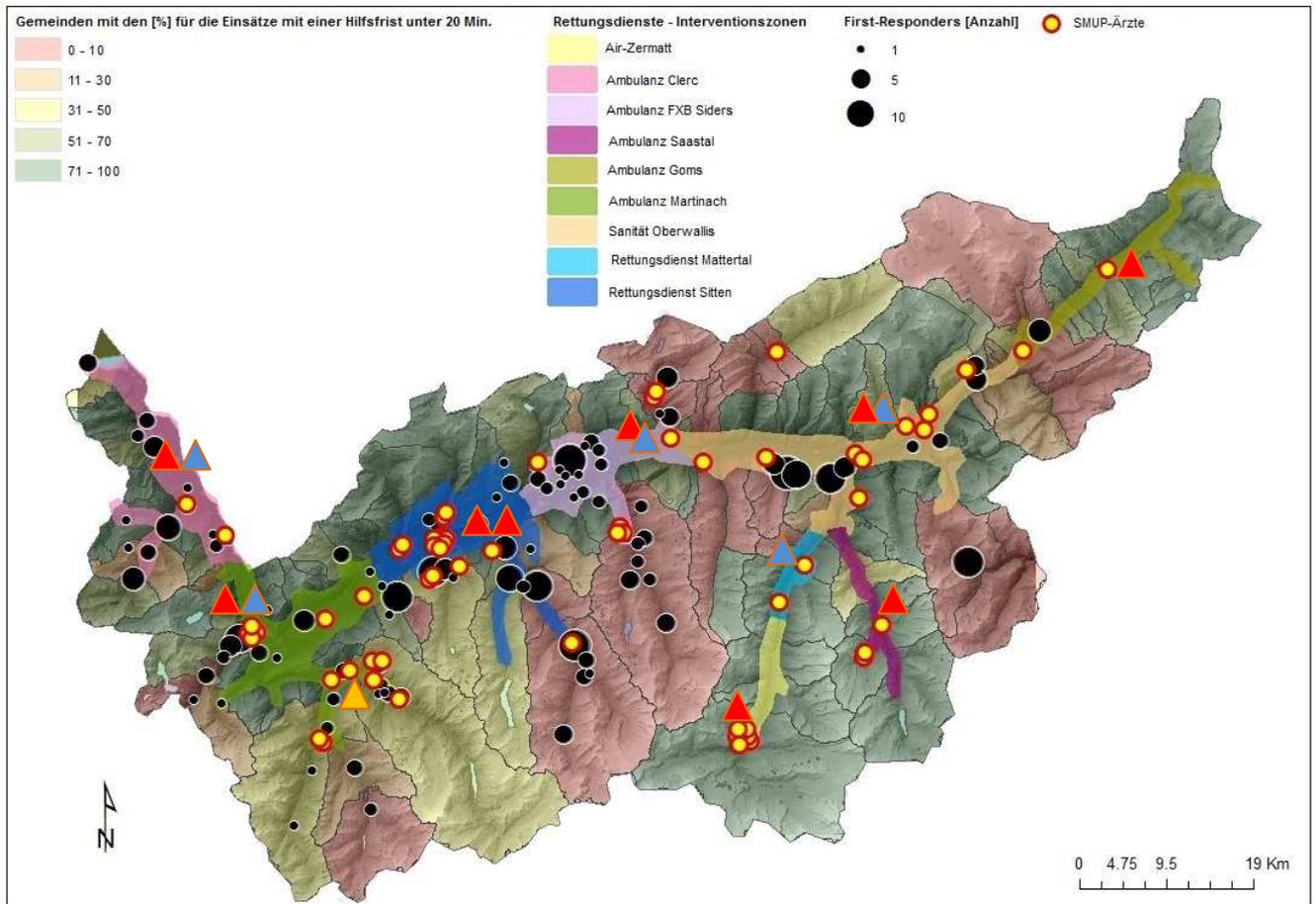


Abbildung 7: Planungsvorschlag

Dieser Vorschlag erscheint unter Berücksichtigung der gesamten Rettungskräfte am bedarfsgerechtesten (inklusive SMUP-Ärzte und regionale Rettungskräfte).

Das Matter- und Saastal bleiben im Vergleich zu den anderen Regionen im Kanton "überdotiert". Es wurden weitere Optionen diskutiert (siehe Anhang 7), insbesondere die Aufhebung der Ambulanz in Grächen sowie eine Aufteilung der Einsätze zwischen Grächen und Saastal. Diese Optionen wurden nicht weiterverfolgt, besonders wegen des grossen Tourismusaufkommens in der Region (Saas-Fee, Zermatt) und der geografische Länge der betroffenen Täler (Saastal, Mattertal), die drei Interventionszonen umschliessen. Es wurde auch der regionale Wille berücksichtigt, die existierenden Rettungsdienste beizubehalten.

Die Ambulanz in Grächen befindet sich in einer Umgebung mit einem schon reichlich bemessenen Rettungsdienst. Die Statistiken zeigen, dass die Aufrechterhaltung der Ambulanz während der Nacht keine medizinische oder wirtschaftliche Legitimität aufweist. Wenn ein solches Modell im ganzen Kanton angewendet werden würde, müssten aus Gründen der Gleichbehandlung in allen Seitentälern Rettungsdienste geschaffen werden, mit Ambulanzen deren Notwendigkeit mehr als fraglich wäre.

7.2. Von der vorgeschlagenen Planung erwartete Verbesserungen

7.2.1. Hilfsfrist, Simultaneinsätze, Einsatzrate

Die positiven Auswirkungen der vorgeschlagenen Planung sind in untenstehender Tabelle ersichtlich:

- Hilfsfristen im Mittel- und Unterwallis (grün unterlegte Felder);
- Verbesserung der Einsatzrate der Unternehmen in Visp und Grächen.

Die blau unterlegten Felder betreffen das aktuell geltende Rettungsdispositiv, das mit der neuen Planung geändert wird. Die Anzahl 12-stündiger Zeitfenster, die von allen Ambulanzen gedeckt werden, ist abhängig von der Anzahl Ambulanzen, die am Tag oder während der Nacht einsatzbereit sind. In Sitten sind 3 Zeitfenster à 12 Stunden durch sämtliche Ambulanzen abgedeckt, die erste Ambulanz deckt zwei Zeitfenster ab und ist rund um die Uhr einsatzbereit, die zweite Ambulanz deckt nur ein Zeitfenster ab und ist 12/24 Stunden einsatzbereit.

| PROJEKT PLANUNG | Anzahl P1 | Häufigkeit P1/24h | Anzahl P1-2-3-S1 | Häufigkeit P1-2-3-S1/24h | Hilfsfrist Tag | Hilfsfrist Nacht | Ambulanzen Tag | AmbulanzenNacht | Anzahl Zeitfenster à 12h abgedeckt von allen Ambulanzen | Einsatzrate P1 pro Zeitfenster à 12h | Einsatzrate P1-2-3-S1 pro Zeitfenster à 12h |
|---------------------|-------------|-------------------|------------------|--------------------------|----------------|------------------|----------------|-----------------|---|--------------------------------------|---|
| Sitten | 1565 | 4.3 | 2465 | 6.8 | 11 mn | | 2 | 2 | 4 | 1.1 | 1.7 |
| Martinach-Entremont | 1165 | 3.2 | 1830 | 5.0 | | | 3 | 1.33 | 4.33 | 0.7 | 1.2 |
| Monthey | 1101 | 3.0 | 1736 | 4.8 | | | 2 | 1 | 3 | 1.0 | 1.6 |
| Visp | 1036 | 2.8 | 1779 | 4.9 | 15 mn | 17 mn | 2 | 1 | 3 | 0.9 | 1.6 |
| Siders | 947 | 2.6 | 1533 | 4.2 | 13 mn | 15 mn | 2 | 1 | 3 | 0.9 | 1.4 |
| Saastal | 145 | 0.4 | 382 | 1.0 | 8 mn | 10 mn | 1 | 1 | 2 | 0.2 | 0.5 |
| Zermatt | 138 | 0.4 | 467 | 1.3 | 10 mn | 10 mn | 1 | 1 | 2 | 0.2 | 0.6 |
| Goms | 129 | 0.4 | 230 | 0.6 | 15 mn | 22 mn | 1 | 1 | 2 | 0.2 | 0.3 |
| Grächen | 57 | 0.2 | 135 | 0.4 | 15 mn | 14 mn | 1 | 0 | 1 | 0.2 | 0.4 |
| Total | 6283 | | 10557 | | | | 15 | 9.33 | 24.33 | 0.7 | 1.2 |

Die zusätzlichen Mittel im Entremont haben über die Verstärkung der heutigen Mittel einen direkten Einfluss auf die Region, aber auch indirekt über die Integration dieser Mittel in ein dynamisches Dispositiv. Dies wird im folgenden Kapitel dargelegt.

7.2.2. Verbesserung der Schwelle für Simultaneinsätze

Mit der vorgeschlagenen Änderung der Planung wird die Anzahl Situationen deutlich reduziert, bei denen die Einsatzmittel überlastet sind (siehe Anhänge 6.1-6.2-6.3), insbesondere im Mittel- und Unterwallis, wo es relativ häufig zu Simultaneinsätzen kommt.

Diese Verbesserung mit der Schaffung eines Vorgehens für einen dynamischen Einsatz der Mittel kann noch optimiert werden.

- Dynamische Einsatzmittel

Sobald die letzte Ambulanz von zwei benachbarten Regionen für einen Einsatz aufgeboden wird, kann bei einem solchen Konzept die Ambulanz eines weiter entfernten Rettungsdienstes verschoben werden. Mit diesem Vorgehen wird eine neue Anfrage aus der Region ohne Mittel antizipiert und eine zufriedenstellende Hilfsfrist ermöglicht.

- Umsetzung System „dynamisches Rettungsdispositiv“ (Tag/Nacht)

Die Bereitstellung einer zweiten Ambulanz in Sitten macht ein solches Vorgehen während der Nacht ganzjährig möglich, von Dezember bis März wird es noch verstärkt durch die Ambulanz im Entremont.

Tagsüber kann die Ambulanz im Entremont zur Verstärkung in den Talgrund beordert werden, in erster Linie für die Region Monthey-Martinach (wenn Martinach seine Mittel nach Sitten verschieben muss ebenfalls in zweiter Linie – Domino-Effekt).

7.3. Leistungsverträge

Ab 2014 wird jeder Rettungsdienst einen Leistungsvertrag mit der KWRO abschliessen. Dieser legt die Leistungen, die jede Seite erbringen muss sowie die Aufgaben, die von der KWRO dem jeweiligen Rettungsdienst übertragen werden, im Detail fest. Ebenfalls festgelegt werden Monitoring- und Kontrollindikatoren, grundlegende Elemente der kantonalen Finanzierung und die entsprechenden Auszahlungsmodalitäten sowie die Bedingungen, die erfüllt werden müssen, um Zugang zur Finanzierung zu erhalten. Die Verträge treten gleichzeitig mit der neuen Planung in Kraft. Ein entsprechender Vertragsentwurf wird derzeit ausgearbeitet.

7.4. Vorgeschlagener Zeitplan

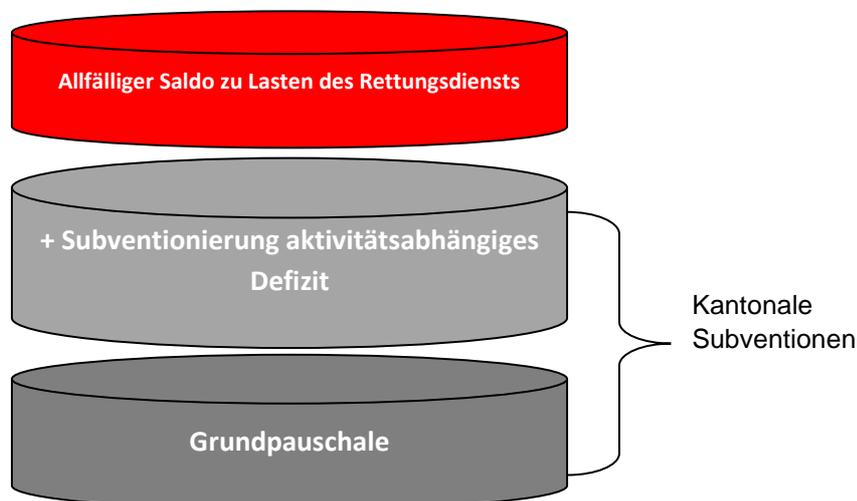
Für den Entscheidungsprozess und die Umsetzung der entsprechenden Vorschläge wird folgender Zeitplan vorgeschlagen:

| Etappen | Zeitplan |
|---|---------------------------|
| Vernehmlassung für Ambulanzunternehmen und der Kommission für Planung | November 2013 - März 2014 |
| Vormeinung der Kommission für Planung | April 2014 |
| Staatsrat: Entscheidung | Mai 2014 |
| Schrittweise Umsetzung der neuen Planung | Juli 2014 |

8. Subventionierung der Rettungsdienste

8.1. Berechnungsmethode

In der Planung anerkannte Ambulanzen haben das Anrecht auf kantonale Subventionen. Es wird folgendes Subventionierungsprinzip vorgeschlagen:



Für eine 12h/24h einsatzbereite Ambulanz gilt eine Subvention von CHF 100'000.- und für eine 24h/24h einsatzbereite Ambulanz werden dem Rettungsdienst CHF 200'000.- garantiert. Es handelt sich um einen pauschalen Subventionsbetrag. Dazu kommen aktivitätsabhängige zusätzliche Subventionen für jeden Rettungsdienst.

Für den Pikettdienst der Ambulanz in Visp ist eine jährliche Subvention von CHF 50'000.—vorgesehen.

2014 werden für eine rund um die Uhr einsatzbereite Ambulanz gemäss folgender Aufstellung normative Kosten von CHF 1'383'000.-- berechnet:

| | |
|---|-------------------------|
| Personalkosten für 10.1 Rettungssanitäter/innen ¹⁾ | CHF 1'138'000.-- |
| Fahrzeug, Betriebskosten und Abschreibungen | CHF 35'000.-- |
| Räumlichkeiten | CHF 30'000.-- |
| Verwaltung/Direktion und weitere Kosten ²⁾ | CHF 180'000.-- |
| Total berücksichtigte normative Kosten | CHF 1'383'000.-- |

¹⁾ Referenzlohn: 12b gemäss GAV Spital Wallis - inkl. 0.1 VZÄ für Qualitätskontrolle IVR

²⁾ 15% für die erste Ambulanz, 10% für die zweite Ambulanz und 5% für die dritte Ambulanz

Zusätzlich zu den anerkannten normativen Kosten wird ein jährlicher Aufwand in der Höhe von CHF 10'000.- für den verantwortlichen Arzt des Rettungsdienstes gewährt. Die Berechnung der normativen Kosten wurde im Anschluss an die Anhörung der Rettungsdienste angepasst (siehe Punkt 9.2 des vorliegenden Berichts).

Die Subventionen für die Ambulanzen, die in der Planung aufgeführt sind, werden für jeden Rettungsdienst gemäss der berücksichtigten normativen Kosten und den Einsatzeinnahmen bestimmt, die von diesen Ambulanzen generiert werden.

Die anerkannten Ausgabenüberschüsse für Rettungsdienste mit schwachen Einsatzzahlen werden mit einem Gewichtungsfaktor als Wirtschaftlichkeitskriterium angepasst. Damit können Rettungsdienste, unter Einhaltung des Kantonsbudgets, in der Planung beibehalten werden, die aufgrund der Anwesenheit von anderen Rettungsdiensten in der Region tiefe Einsatzzahlen vorweisen. Die betroffenen Rettungsdienste sind nicht nur im Rettungswesen tätig, sondern verfügen über weitere Geschäftszweige. Der Gewichtungsfaktor trägt dazu bei, eine hochstehende Versorgung zu gewährleisten. Es müssen gewisse Mindesteinsatzzahlen vorliegen, damit die Fachkenntnisse der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aufrechterhalten werden.

Der Gewichtungsfaktor wird anhand der Einsatzraten jedes Rettungsdienstes berechnet. Die Einsatzrate entspricht dabei der Anzahl Einsätze pro 12-Stunden-Schicht pro Ambulanz und Rettungsdienst. Je nach Höhe der Rate wird gemäss einer vordefinierten Skala ein Gewichtungsfaktor vergeben, mit dem der Subventionsbeitrag bestimmt wird. Bei Einsatzraten, die höher als 1.5 Einsätze pro 12-Stunden-Schicht ausfallen, beträgt der Faktor 1 (keine Korrektur). Die Anzahl anerkannter Einsätze pro Unternehmen entspricht dem Total der Primär- und Sekundäreinsätze, die von der Zentrale 144 ausgelöst werden.

Der Kanton subventioniert zusätzlich zu den Rettungsdiensten Investitionen in der Höhe von CHF 140'000.- pro Fahrzeug für den Kauf von neuen, in der Planung aufgeführten Ambulanzen.

8.2. Finanzielle Auswirkungen

Die finanziellen Auswirkungen werden unter der Berücksichtigung folgender Elemente berechnet:

- neue Planung der Ambulanzen während des ganzen Jahres;
- vollständige Trennung der Mittel für notfallmässige Einsätze und nicht notfallmässige Verlegungen;
- neue Einsatztarife, die mit den Krankenversicherern vereinbart werden und am 1. Januar 2014 in Kraft treten.

| Bezeichnung | Budget 2013 | Schätzung 2014 | Differenz |
|--|-------------------|-------------------|-------------------|
| Löhne und Sozialleistungen | 3'376'500 | 3'336'000 | -40'500 |
| Administration, Technischer Dienst, Räumlichkeiten, nicht rückstattbare Kosten | 800'000 | 723'500 | -76'500 |
| Ambulanzunternehmen (Subventionen) | 3'878'000 | 4'317'000 | 439'000 |
| SMUR, SMUP, regionale Rettungskräfte und weitere Partner | 1'763'500 | 1'729'000 | -34'500 |
| Fortbildung | 465'000 | 430'000 | -35'000 |
| Santitätsdienstliche Grossereignisse | 452'000 | 485'500 | 33'500 |
| Betriebskosten | 10'735'000 | 11'021'000 | 286'000 |
| Einsatzgebühren | 2'960'000 | 1'820'000 | -1'140'000 |
| Verschiedenes | 100'000 | 104'000 | 4'000 |
| Betriebseinnahmen | 3'060'000 | 1'924'000 | -1'136'000 |
| Ausgabenüberschuss | 7'675'000 | 9'097'000 | 1'422'000 |

Wie dargelegt sind **finanzielle Auswirkungen in der Höhe von CHF 1'422'000.-- zu erwarten**. Die Tatsache, dass die Umsetzung der Planung schrittweise über das ganze Jahr verteilt erfolgt, beeinflusst die Ausgaben der KWRO positiv und das vom Grossen Rat zugesprochene Budget 2014 kann eingehalten werden (Ausgabenüberschuss von CHF 9 Millionen).

8.3. Begrenzung der Subventionen

Anhand der vom Grossrat gewährten Budgets, könnte der Staatsrat die anerkannte Subventionierung mit Hilfe eines Koeffizienten proportional anpassen.

In diesem Fall würden alle anerkannten Ambulanzunternehmen im gleichen Ausmass von der kantonalen Subventionsanpassung betroffen sein.

9. Ergebnisse des Vernehmlassungsverfahrens zum Bericht bei den Rettungsdiensten

Die Dienststelle für Gesundheitswesen hat den Entwurf des Berichts über die Planung der Ambulanzen im Kanton Wallis den verschiedenen Rettungsdiensten am 29. Oktober 2013 zur Anhörung zugestellt. Am 30. Januar hat eine Informationssitzung mit Vertretern sämtlicher Rettungsdienste, der Dienststelle für Gesundheitswesen und der Kantonalen Walliser Rettungsorganisation (KWRO) stattgefunden, bei der namentlich die in der Bedarfsanalyse berücksichtigten Elemente näher dargelegt wurden, auf die sich das vorgeschlagene Rettungsdispositiv stützt.

Die neue Planung der Einsatzmittel einerseits und die Berechnung der Subventionen für die Unternehmen andererseits lösten bei den Rettungsdiensten am meisten Bemerkungen und Fragen aus.

Die verschiedenen Bedenken der Rettungsdienste, die anlässlich der Vernehmlassung eingegangen sind, werden im folgenden Kapitel aufgeführt.

9.1 Planung der Ambulanzen

Die Rettungsdienste sind der Meinung, dass nicht nur die Einsatzzahlen, sondern auch die Einsatzdauer berücksichtigt werden muss.

Bei der Analyse wird die Einsatzdauer über die Hilfsfristen abgebildet: wenn zuwenig Ambulanzen zur Verfügung stehen würden, liesse sich dies in einem Anstieg der Hilfsfrist ablesen, da damit eine tiefere Verfügbarkeit der Ambulanzen einhergehen würde. Es konnte jedoch gezeigt werden, dass die Hilfsfristen zufriedenstellend ausfallen und damit die zur Verfügung stehenden Mittel mehrheitlich ausreichen und die Distanzen keine negative Auswirkung auf die Verfügbarkeit haben.

Die Rettungsdienste mutmassen, dass die Primäreinsätze P2 und Sekundäreinsätze S1 bei der Bedarfsanalyse nicht berücksichtigt wurden.

Für die Bedarfsanalyse wurden sämtliche Primäreinsätze P1, P2 und P3 sowie Sekundäreinsätze S1 berücksichtigt. Die Hilfsfrist wurde nur für lebensbedrohliche Notfälle (Primäreinsätze P1) berechnet. Die Einsatzprioritäten wurden gemäss dem für den ganzen Kanton unabhängig vom angebotenen Einsatztyp anhand eines Schweregradcode (AMPDS: Advanced Medical Priority) festgelegt. Als Grundlage für die Datenanalyse dienten die Einsatzprotokolle, die sämtliche Einsätze jedes Rettungsdienstes abbilden.

Die Rettungsdienste Visp, Saastal und Mattertal befürchten angesichts der Anzahl Simultaneinsätze eine mögliche Unterversorgung mit Ambulanzen.

Die Rettungsdienste haben zusätzliche Informationen zur Berechnung der Anzahl Simultaneinsätze erhalten. Der gewählte Algorithmus führt zu einer absichtlichen Überbewertung der Einsatzzahlen im Vergleich zu den tatsächlich angebotenen Mitteln und enthält daher bezüglich des tatsächlichen Bedarfs eine Sicherheitsmarge. Die Verlegungen zwischen den Spitälern haben quasi keine Auswirkungen auf die von der Planung anerkannten Ambulanzen mehr. Dies führt ebenfalls zu einer klaren Verbesserung bei der Verfügbarkeit der Ambulanzen und zu einer Reduktion der

Simultaneinsätze. Es muss zudem darauf hingewiesen werden, dass mit den geplanten Mitteln die Mehrheit der Einsätze abgedeckt werden müssen, aber beispielsweise sanitätsdienstliche Grossereignissen nicht eigenständig bewältigt werden müssen: in solchen Fällen wird Hilfe aus anderen Regionen und/oder Nachbarkantonen aufgeboten.

Die Rettungsdienste machen gewisse Bedenken geltend bezüglich der Frage, ob der von einigen Rettungsdiensten in den Seitentälern praktizierte Pikettdienst den geltenden Normen entspricht.

Der Pikettdienst steht in Einklang mit den geltenden arbeitsrechtlichen Vorgaben. Bewilligungsgesuche müssen beim Staatssekretariat für Wirtschaft (SECO) eingereicht werden, um den Rettungsdienst zu validieren (gemäss Gespräch KWRO mit Dienststelle für Arbeitnehmerschutz vom 28.01.2014). Die Empfehlung des Interverbands für Rettungswesen, nach der ein Rettungsdienst die IVR-Anerkennung verliert, wenn er keinen 24-Stunden-Betrieb anbietet, muss von Fall zu Fall analysiert werden, unter anderem müssen dabei die Hilfsfristen in den entsprechenden Regionen berücksichtigt werden. Die KWRO hat dazu ein gemeinsames Treffen der Rettungsdienste mit dem IVR vorgeschlagen, um die Situation darlegen zu können.

Die Situation in Martinach und im Entremont muss getrennt von der Situation in Visp und im Goms betrachtet werden.

Die Ambulanz im Goms besteht seit vielen Jahren und wird momentan als Zweigstelle der Sanität Oberwallis (Visp) mit Mitarbeitern im Goms betrieben, die während dem Tag arbeiten und während der Nacht Pikettdienst leisten.

Der Bezirk Entremont umfasst drei Täler (Bagnes, Entremont und Ferret), in denen heute keine Ambulanz zur Verfügung steht. In diesem Bezirk wird ein Volumen von 255 Primäreinsätzen mit Dringlichkeit 1 (lebensbedrohliche Notfälle) mit einer mittleren Hilfsfrist von 26 Minuten durchgeführt. Aus diesem Grund wird in der zukünftigen Planung eine Ambulanz am Tag mit einer jährlichen Einsatzbereitschaft von 12 von 24 Stunden vorgeschlagen. Als Ideallösung wird dabei angestrebt, dass der Rettungsdienst Spital Wallis, der in Martinach stationiert ist, die Einsatzmittel zur Verfügung stellt. Dies sowohl für einen optimalen Personal- und Materialeinsatz wie auch aus Gründen der Aufrechterhaltung der Fachkompetenz des Einsatzpersonals.

Im Goms sind in den drei Jahren 2010, 2011 und 2012 insgesamt 750 bodengebundene Einsätze durchgeführt worden. Zusätzlich dazu wurden im gleichen Zeitraum rund 500 helikoptergestützte Rettungseinsätze durchgeführt, dies ergibt insgesamt rund 1'250 Einsätze.

Im Bezirk Entremont wurden während der gleichen Zeitspanne 1'500 bodengebundene Einsätze durchgeführt und mit den helikoptergestützten Rettungseinsätze steigt die Einsatzzahl auf rund 2'400.

Der Vergleich der beiden Regionen bringt einen Faktor von eins zu zwei zum Vorschein.

Eine 24-Stunden-Ambulanz im Goms lässt sich nur aus geografischen Gründen rechtfertigen. Dabei muss sowohl die zu bewältigende Distanz als auch die Tatsache berücksichtigt werden, dass das Goms während mehreren Tagen im Jahr komplett von der Aussenwelt abgeschnitten ist und es keine Möglichkeit für bodengebundene Einsätze gibt. Auch helikoptergestützte Einsätze sind im Winter aus wettertechnischen Gründen nicht immer möglich. Zu solchen Situationen kommt es vor allem zwischen Dezember und April. Ausserhalb dieses Zeitraums könnten praktisch alle Einsätze (mit einigen Ausnahmen) über die helikoptergestützte Rettung abgedeckt werden. Damit würde ein Anstieg der helikoptergestützten Einsatzzahlen im Goms in der Grössenordnung von 170 Einsätze pro Jahr einhergehen.

Die im Vorfeld des Planungsentwurfs durchgeführten Analysen zeigen, dass die primären Einsatzzahlen des Bezirks Entremont zu den höchsten gehören, obwohl kein professionelles

prähospitalen Versorgungsdispositiv besteht. Daneben gehören auch die Hilfsfristen zu den längsten. Diese übersteigen die vom IVR empfohlenen Qualitätskriterien bei Weitem. Damit die Situation verbessert werden kann, ist einzige Alternative zur bodengestützten Rettung das systematische Aufbieten des Helikopters. Diese rund 500 zusätzlichen Rettungen pro Jahr stellen eine signifikante Erhöhung dar und würde das heutige Luftrettungsdispositiv vor logistische Probleme stellen.

Eine weitere Option im Goms könnte unabhängig vom geschichtlichen Hintergrund und unter Berücksichtigung der dargelegten Elemente so aussehen, dass von Dezember bis April eine Ambulanz von Visp (SOW) aus verlegt wird und während dem restlichen Jahr die Versorgung mit dem Helikopter gewährleistet wird.

Im Bezirk Entremont würde, wie schon dargelegt, tagsüber ganzjährig eine Ambulanz (12h/24h) einsatzbereit sein. Die Ambulanz würde von Spital Wallis in Martinach zur Verfügung gestellt.

Das Modell für den Bezirk Entremont kommt den IVR-Richtlinien aus Gründen der schon erwähnten Aufrechterhaltung der Fachkompetenzen näher als das Modell für das Goms. Dies hängt aber auch davon ab, wie diese Ambulanz in das Rettungsdispositiv im Talgrund eingebunden wird.

Der Subventionsbeitrag für den Rettungsdienst Goms wäre für einen 24-Stunden-Betrieb während der Hochsaison im Winter (4 Monate) mit Bereitschaftsdienst, der bei der Sanität Oberwallis angegliedert ist, gleich hoch wie für einen ganzjährigen 24-Stunden-Betrieb mit Pikettdienst, der nicht in die SOW eingebunden ist (heutige Situation).

Es liegen hier also bezüglich Einsatzvolumen, Patientenzugang und saisonabhängige Nachfrage zwei verschiedene Situationen vor. Das Gommer Rettungsdispositiv ist auf Betriebsebene nicht in die SOW integriert, das für das Entremont wäre ins Spital Wallis Martinach integriert; die beiden Organisationen sind nicht vergleichbar.

Für die statistischen Analysen im Rahmen der Überarbeitung der Planung wurden unabhängig vom Subventionsmodus verschiedene Kriterien wie die Angaben der Rettungsdienste oder die Anzahl versorgter Gemeinden herangezogen. Dabei beeinflusst der gewählte Subventionstyp für das Goms vs. Entremont weder die statistische Analyse noch die Ergebnisse.

Die Subventionierung der beiden Versorgungsmodelle muss überdacht werden. Unter der Berücksichtigung der hier dargelegten Unterschiede kann kein Gleichheitskriterium angewandt werden, sondern eher ein „Gerechtigkeitskriterium“. Die Berechnungen für das Goms gelten nur für das heutige Modell; die Berechnung für die Subventionierung der Ambulanz im Bezirk Entremont fliesst in die Subventionierung der Ambulanzen von Spital Wallis in Martinach ein. Damit können sowohl die Bedarfsansprüche wie auch wirtschaftliche Kriterien erfüllt werden. Dies entspricht dem Ansatz, der dem ganzen Planungsentwurf zugrunde liegt.

9.2 Subventionierung der Rettungsdienste

Gemäss den Rettungsdiensten muss das Volumen der Verlegungen zwischen den Spitälern in die Subventionsberechnung einfließen.

Die Subventionsberechnung wurde in diesem Sinne angepasst (siehe Bericht S. 31). Sie berücksichtigt die Gesamtanzahl Primäreinsätze und Sekundäreinsätze, die von der Zentrale 144 ausgelöst werden. Auf der Einnahmeseite werden die gesamten durchgeführten Einsätze der Ambulanzen berücksichtigt, die in der Planung aufgeführt sind.

Die Rettungsdienste möchten detailliertere Auskünfte über die Annahmen, auf denen die Berechnungen der normativen Kosten für eine 24h/24h- und 12h/24h- Ambulanz beruhen.

Zu den Hauptbestandteilen gehören die Löhne des Rettungspersonals, Sozialabgaben, Miete, Fahrzeugunterhalt, Abschreibung Fahrzeuge, allgemeine Kosten (Versicherung, Anlagegegenstände, Medikamente, Weiterbildung, persönliche Ausrüstungen, administrative Personalkosten, Büromaterial,...). Bei der Berechnung der normativen Kosten pro Ambulanz wurden die bestehenden Modelle und die tatsächlichen Kosten der verschiedenen Rettungsdienste berücksichtigt (siehe Anhang 10).

Die Rettungsdienste schätzen die Anzahl der anerkannten Vollzeitäquivalentstellen (VZÄ) als ungenügend ein. Die Leistungen des für die IVR-Zertifizierung verantwortlichen Rettungssanitäters wurden nicht berücksichtigt. Die Leistungen des verantwortlichen Arztes werden ebenfalls nur ungenügend berücksichtigt.

Die Berechnung der VZÄ pro Ambulanz erfolgt aufgrund der Anzahl Stunden, die pro Jahr abgedeckt werden müssen (unter Berücksichtigung der Zusätze für Nacht-, Feiertags- und Wochenendarbeit, Ferien, Feiertage und Fortbildung) (siehe Anhang 11). Die Lohnmasse wird für 10 Rettungssanitäter FH der Lohnklasse 12b - teilweise 12 berechnet. Eine Crew besteht jedoch aus Rettungssanitätern FH und Transportssanitätern, die einer tieferen Lohnklasse angehören. Damit kann ein 24-Stunden-Ambulanzbetrieb gewährleistet werden. Die Anzahl tatsächlicher VZÄ kann dabei aufgrund von möglichen Langzeitabwesenheiten von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die von der Lohnausfallversicherung übernommen werden, höher als 10 ausfallen. Der Aufwand sollte damit die normativen Kosten nicht übersteigen.

Für die Arbeiten im Zusammenhang mit der IVR-Zertifizierung wurde den Rettungsdiensten 0.1 zusätzliche VZÄ gewährt, die in die anerkannte Lohnmasse für die Berechnung der normativen Kosten einer Ambulanz einfließt. Der jährliche Aufwand von CHF 10'000.- entspricht den Leistungen des verantwortlichen Arztes des Rettungsdienstes und wird zu den anerkannten Kosten pro Rettungsdienst hinzugefügt (siehe Bericht S. 32).

Die normativen Kosten für eine Ambulanz in einem Seitental wird nicht gedeckt.

Mit der Neuaufteilung der Ambulanzmittel bleiben alle Rettungsdienste aufrechterhalten. Damit wird der Fortbestand der verschiedenen Tätigkeitsbereich der kleinen Unternehmen gesichert. Einige Rettungsdienste, die schwache Einsatzzahlen aufweisen, weil weitere Rettungsdienste in der Region anwesend sind, werden aus Wirtschaftlichkeitsgründen nicht vollständig subventioniert. Die Berechnung für die Subventionierung erfolgt für alle Rettungsdienste nach dem gleichen Schema und ist deshalb gerecht (siehe Bericht S. 32).

Die Rettungsdienste wurden darüber informiert, dass im Anschluss an die Umsetzung der neuen Ambulanzplanung falls erforderlich Korrekturmassnahmen angebracht werden können.

Für jedes Einsatzmittel muss unabhängig vom Rettungsdienst und der Subventionierung regelmässig überprüft werden, ob die Planung den Bedürfnissen entspricht.

10. Schlussfolgerungen

Die Analysen im vorliegenden Bericht zeigen die Notwendigkeit, die Planung der Ambulanzen anzupassen, die seit 2003 nicht mehr verändert wurde.

Die vorgeschlagenen Anpassungen führen einerseits zu einer verbesserten und bedarfsgerechteren Einsatzbereitschaft bei Simultaneinsätzen und einer allgemein höheren Verfügbarkeit der Einsatzmittel. Dank einer zusätzlichen Ambulanz während der Nacht in Sitten und der Stationierung einer Ambulanz im Entremont können die Hilfsfristen massgeblich verkürzt werden. Bei der Anpassung der Einsatzmittel im Oberwallis kann die aktuelle Dotation reduziert werden, dies unter Beibehaltung des gleichen Sicherheitsniveaus und unter Aufrechterhaltung aller bestehenden Rettungsunternehmen.

Die Auswirkungen der Änderungen der Ambulanzplanung werden jedes Jahr evaluiert (Monitoring). Wenn nötig, werden Anpassungsmassnahmen dem Staatsrat unterbreitet.

Die Verbesserung der Versorgungssicherheit, die Aufrechterhaltung aller Rettungsdienste und ein ausgeglichenes Finanzierungssystem verursachen einen Kostenanstieg, der eine Erhöhung des KWRO-Budgets in der Höhe von CHF 1'422'000.- mit sich bringt. Die schrittweise Umsetzung der Planung während eines Jahres wirkt sich positiv auf die Ausgaben der KWRO aus. Das vom Grossen Rat zugesprochene Budget für das Jahr 2014 kann eingehalten werden (Ausgabenüberschuss von CHF 9 Millionen).

Nachdem der Staatsrat die Planung genehmigt hat, könnte das neue Ambulanzdispositiv schrittweise ab Juli 2014 umgesetzt werden. Die anderen Elemente aus der Planung 2003 bleiben in Kraft, insbesondere diejenigen für die Helikopterunternehmen, die SMUR und SMUP sowie die regionalen Rettungskräfte. Wie von der Gesetzgebung über das Rettungswesen verlangt, werden sämtliche Einsatzmittel auf der Grundlage der jährlichen Statistiken, Leistungsverträge und Betriebsbewilligungen regelmässig einer Evaluation unterzogen.

Abkürzungen

BLS-AED: Basic Life Support-Automatic External Defibrillation

DGW: Dienststelle für Gesundheitswesen

FR: First Responder (Ersthelfer im Notfall)

IVR: Interverband für Rettungswesen

KWRO: Kantonale Walliser Rettungsorganisation

P1: Primäreinsatz/-Transport P1

P2: Primäreinsatz/-Transport P2

P3: Primäreinsatz/-Transport P3

S1: Sekundäreinsatz/-Transport S1

S2: Sekundäreinsatz/-Transport S2

S3: Sekundäreinsatz/-Transport S3

SMUP: Netzwerk ortsnahe Ärztinnen und Ärzte (Service Médical d'Urgence de Proximité)

SMUR: Mobiler Notarztdienst (Service mobile d'Urgence et de Réanimation),

WGO: Walliser Gesundheitsobservatorium

Anhänge

Anhang 1: Richtlinien über die Erneuerung der Anerkennung von Rettungsdiensten

Anhang 2: Ausrüstungscheckliste für Ambulanzen

Anhang 3: Handbuch für die Vorbereitung und Durchführung des Verfahrens zur Anerkennung der Rettungsdienste gemäss Richtlinien 2010, Interverband für Rettungswesen IVR

Anhang 4: Bevölkerungsverteilung nach Region, Bezirk und Gemeinde, 2011

Anhang 5: Demografie

Anhänge 6.1 - 6.2 - 6.3: Auswertung Simultaneinsätze 2012

Anhang 7: Nicht berücksichtigte Optionen für die Organisation der Einsatzmittel

Anhang 8: Definition NACA

Anhang 9: Subventionen

Anhang 10: Normative Kosten einer Ambulanz

Anhang 11: Bestimmung der normativen VZÄ