

 **Bericht zum Vorentwurf zum  
Gesetz über die Krankenanstalten  
und -institutionen (GKAI)**

Mai 2013

## Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>EINLEITUNG</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>AUSSERPARLAMENTARISCHE KOMMISSION</b>	<b>4</b>
2.1	Pflichtenheft	4
2.2	Zusammensetzung	5
2.3	Arbeitsgrundlagen	6
<b>3</b>	<b>AUSGANGSLAGE</b>	<b>7</b>
3.1	KVG-Änderungen vom 21. Dezember 2007 über die Spitalfinanzierung	7
3.2	Kantonale Gesundheitsgesetzgebung	15
3.3	Ergebnisse Audit GNW, ZIWS und WGO	17
3.4	Bericht der Geschäftsprüfungskommission des Grossen Rats (GPK)	18
3.5	Referendum gegen GKAI 2011	18
<b>4</b>	<b>ALLGEMEINE THEMENBEREICHE</b>	<b>19</b>
4.1	Versorgungsqualität und Patientensicherheit	19
4.2	Zweisprachigkeit	20
4.3	Gesundheitsplanung	20
4.4	Gesundheitsnetz Wallis (GNW)	22
<b>5</b>	<b>KOMMENTAR ZU DEN EINZELNEN ARTIKELN DES GKAI-VORENTWURFS</b>	<b>23</b>
5.1	1. Kapitel: Allgemeine Bestimmungen	23
5.2	2. Kapitel: Spital Wallis	34
5.3	3. Kapitel: Kontrollen und Sanktionen	41
5.4	4. Kapitel: Übergangs- und Schlussbestimmungen	41
<b>6</b>	<b>VORSCHLÄGE IM HINBLICK AUF EINE SPÄTERE TOTALREVISION DES GESUNDHEITSGESETZES</b>	<b>43</b>
6.1	Neues Erwachsenenschutzrecht	43
6.2	Arztgeheimnis	43
6.3	Aufklärung Patientinnen und Patienten und Bevölkerung	43
6.4	Mediation	44
<b>7</b>	<b>SCHLUSSFOLGERUNGEN</b>	<b>44</b>

## 1 Einleitung

Die Organisation der Krankenanstalten und -institutionen im Kanton Wallis hat sich in den letzten 20 Jahren stark weiterentwickelt und sieht sich aufgrund des medizinischen und technischen Fortschritts und der demographischen und rechtlichen Entwicklung vor neue Herausforderungen gestellt. Hinzu kommt, dass die Öffentlichkeit den Handlungen der Ärztinnen und Ärzte sowie der Spitalversorgung heute kritischer gegenübersteht.

Der Spitalsektor wurde grundlegend neu organisiert. Der Kanton hat nach einer Ausbauphase die Anzahl Betten in der somatischen Akutpflege von 1'400 im Jahr 1985 auf heute 700 Betten stark reduziert. Diese Reduktion der Bettenzahl war möglich dank dem Ausbau anderer Krankenanstalten und -institutionen insbesondere der Alters- und Pflegeheime sowie der Sozialmedizinischen Zentren (Spitex).

Bereits 1996 sind gewisse Disziplinen am Spital Sitten zentralisiert worden (Herzchirurgie, interventionelle Kardiologie, Neurochirurgie, Radio-Onkologie). 2002 wurden die Regionalspitäler in eine öffentlich-rechtliche Anstalt, dem Gesundheitsnetz Wallis (GNW) zusammengefasst. Eine erste Aufteilung der Disziplinen zwischen den verschiedenen Spitälern wurde 2004 umgesetzt. Da bisher jedes Spital alle Leistungen angeboten hatte, wurde die Versorgung in einer ersten Etappe konzentriert. Die Spitäler Visp, Sitten und Monthey übernahmen die Behandlung von komplexen Fällen. Am Spital Sitten wurden zusätzliche Disziplinen zentralisiert (Thoraxchirurgie, Pneumologie, Neonatologie).

Diese Neuorganisation stellt für die kantonale Spitalorganisation einen Wendepunkt dar. Die eingeschlagene Richtung wurde bei der Annahme des Gesetzes über die Krankenanstalten und -institutionen am 12. Oktober 2006 (nachfolgend GKAI 2006) bestätigt. Der Konzentrationsprozess der Versorgung wurde mit den Planungen der Jahre 2006, 2008 und 2011 weitergeführt.

Nach dem Abgang eines Chefarztes am GNW und verschiedenen Problemen ist 2010 eine heftige Debatte in der Öffentlichkeit entbrannt. In der Folge wurde im Grossen Rat ein Postulat eingereicht, das ein Audit des Gesundheitsnetz Wallis (GNW), des Zentralinstituts der Walliser Spitäler (ZIWS) und des Walliser Gesundheitsobservatorium (WGO) verlangte. Nach der Annahme des Postulats (siehe Memorial des Grossen Rats Maisession 2012) wurde die Fédération Hospitalière de France (FHF) mit dem Audit beauftragt. Der entsprechende Bericht wurde im März 2011 übergeben. Die Geschäftsprüfungskommission (GPK) des Grossen Rats hat ebenfalls im März 2011 einen Bericht über das Walliser Gesundheitswesen übergeben.

Parallel musste das kantonale Recht an die KVG-Revision vom 21. Dezember 2007 über die Spitalfinanzierung angepasst werden. Das neue Gesetz über die Krankenanstalten und -institutionen wurde am 17. März 2011 (nachfolgend GKAI 2011) angenommen. Gegen das Gesetz wurde das Referendum ergriffen. Es wurde vom Volk am 23. Oktober 2011 mit 54.5% abgelehnt. Die Anpassung des kantonalen Rechts an die neue Bundesgesetzgebung erfolgte anschliessend durch ein Dekret. Am 15. Dezember 2011 hat der Grosse Rat das Dekret über die Spitalfinanzierung angenommen, das am 1. Januar 2012 in Kraft getreten ist und solange gültig ist, bis das neue Gesetz verabschiedet wird (spätestens bis am 31. Dezember 2014).

Nach der Ablehnung des GKAI 2011 hat der Staatsrat am 17. Dezember 2011 entschieden, eine ausserparlamentarische Kommission mit der Erarbeitung eines neuen Gesetzesentwurfs zu beauftragen. Der vorliegende Bericht gibt einen Überblick über die Arbeiten und Vorschläge dieser Kommission.

## 2 Ausserparlamentarische Kommission

### 2.1 Pflichtenheft

Der Staatsrat hat eine ausserparlamentarische Kommission beauftragt, zusammen mit dem entsprechenden Begleitbericht einen Vorentwurf für ein Gesetz zu erarbeiten, welches das heutige Gesetz über die Krankenanstalten und -institutionen vom 12. Oktober 2006 (GKAI 2006) ersetzt.

Das GKAI 2006 in seiner heutigen Form legt die allgemeinen Bestimmungen über die Planung und Finanzierung fest, die für alle Gesundheitseinrichtungen gelten (Spitäler, Pflegeheime, Sozialmedizinische Zentren usw.). Es enthält des Weiteren besondere Bestimmungen für Spitäler und das Gesundheitsnetz Wallis (GNW).

Aufgrund der neuen Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) drängt sich die Erarbeitung eines neuen GKAI auf. Die wichtigsten Änderungen im KVG betreffen die freie Spitalwahl, die Leistungsfinanzierung inklusive Investitionen (ab 1. Januar 2012) sowie die Verpflichtung, die vom Bundesrat vorgegebenen Planungskriterien einzuhalten (bis spätestens am 31. Dezember 2014).

Die Kommission hat zudem den Auftrag, die Bestimmungen zum GNW zu überprüfen. Dabei soll insbesondere die Frage erörtert werden, wie autonom diese öffentlich-rechtliche Anstalt geführt werden soll. Die Kommission soll zudem abwägen, ob ein eigenes Gesetz angebracht wäre.

Das oder die neuen Gesetze müssen am 1. Januar 2015 in Kraft treten, da die Gültigkeit des Dekrets vom 15. Dezember 2011 über die Spitalfinanzierung zu diesem Zeitpunkt abläuft.

Das Pflichtenheft wird hier vollständig (Übersetzung der Kommission, Original in Französisch) wiedergegeben:

- "1. Die ausserparlamentarische Kommission wird damit beauftragt, die Bestimmungen des Gesetzes über die Krankenanstalten und -institutionen vom 12. Oktober 2006 im Lichte der folgenden gesetzgeberischen Arbeiten des letzten Jahrzehnts zu überprüfen:
- Dekret über das Gesundheitsnetz Wallis (GNW) vom 1. Februar 2002,
  - Revision des Dekrets über das Gesundheitsnetz Wallis vom 4. September 2003
  - Dekret zu den Übergangsbestimmungen für den Zeitraum 2001-2002 vom 11. November 2004,
  - Dekret über das für den Betrieb des GNW unerlässliche Umlaufvermögen vom 9. Juni 2004,
  - Gesetz über die Krankenanstalten und -institutionen vom 12. Oktober 2006 (GKAI),
  - Gesetz über die Krankenanstalten und -institutionen vom 17. März 2011, das an der Volksabstimmung vom 23. Oktober 2011 abgelehnt wurde,
  - Dekret betreffend die Spitalfinanzierung vom 15. Dezember 2011, das ausschliesslich die für das GNW geltenden KVG-Bestimmungen betrifft und nicht seinen Statut, Organisation oder Arbeitsweise.
  - Zu diesen Gesetzestexten zum GNW kommen folgende dazu, insofern diese auch das GNW betreffen:
    - die Überprüfung der Bestimmungen des Gesundheitsgesetzes vom 14. Februar 2008 und seine Ausführungsbestimmungen betreffend die Beziehungen zwischen Patienten und Pflegefachpersonen und den Krankenanstalten (Umgang mit Beschwerden), die Patientensicherheit (Umgang mit Zwischenfällen) und die Versorgungsqualität (Qualitätsindikatoren);
    - die Überprüfung des Gesetzes über die Langzeitpflege vom 14. September 2011 und das Dekret über die Finanzierung der Langzeitpflege vom 5. Mai 2010, das bis am 31. Dezember 2013 gültig ist.

2. *Die ausserparlamentarische Kommission diskutiert die Frage, ob zwei unterschiedliche Gesetzesanträge eingebracht werden könnten:*
  - *einen Vorentwurf für eine Botschaft und ein Gesetz über die Spitalfinanzierung, als Ersatz für das Dekret betreffend die Spitalfinanzierung vom 15. Dezember 2011, dessen Gültigkeit auf den 31. Dezember 2014 beschränkt wurde und das die Anwendung der KVG-Bestimmungen vom 21. Dezember 2007 über die Spitalfinanzierung regelt.*
  - *einen Vorentwurf für eine Botschaft und ein Gesetz über das Gesundheitsnetz Wallis, das vor allem seinen Status, Organisation, Arbeitsweise, Aufsicht und Oberaufsicht umfasst.*
3. *Die ausserparlamentarische Kommission analysiert das Ergebnis der Volksabstimmung vom 23. Oktober 2011 über das GKAI vom 17. März 2011.*
4. *Die ausserparlamentarische Kommission stützt sich auf die Empfehlungen der Fédération Hospitalière de France im Anschluss an das Audit über das GNW, das Zentralinstitut der Walliser Spitäler und das Walliser Gesundheitsobservatorium.*
5. *Die Kommission achtet darauf, ihre Vorschläge mit den weiteren Bestimmungen der kantonalen Gesundheitsgesetzgebung zu koordinieren.*
6. *Die ausserparlamentarische Kommission legt dem Staatsrat sachdienliche Vorschläge vor, namentlich*
  - *zur Frage nach der geeigneten Autonomie des GNW, damit es leistungsstark und wettbewerbsfähig ist und zur Frage nach der geeigneten Einflussnahme des Kantons (Staatsrat über das Gesundheitsdepartement und Parlament über seine Kommissionen).*
  - *zur Frage nach der Auswirkung der KVG-Anwendungsbestimmungen auf das Walliser Gesundheitswesen.*
7. *Die Arbeiten der ausserparlamentarischen Kommission erfolgen gemäss folgendem Zeitplan:*
  - *Ende Dezember 2012: Hinterlegung eines Zwischenberichts an das DFIG in der Form eines (gegebenenfalls zweier) Gesetzesvorentwürfe*
  - *Februar 2013: Hinterlegung eines Schlussberichts in der Form eines Vorentwurfs der Botschaft und des Gesetzes*
  - *April 2013: Staatsratsentscheid zur Eröffnung Vernehmlassungsverfahren*
  - *Mai bis Juli 2013: Vernehmlassungsverfahren*
  - *August bis September 2013: Auswertung Vernehmlassungsverfahren und Staatsratsentscheid*
  - *Dezember 2013: 1. Lesung Grosser Rat*
  - *Mai 2014: 2. Lesung Grosser Rat*
  - *Juni 2014: Veröffentlichung im Amtsblatt und Beginn Referendumsfrist*
  - *1. Januar 2015: Inkrafttreten*
8. *Die ausserparlamentarische Kommission kann gegebenenfalls externe Experten oder Berater beiziehen und insbesondere in medizinischen, juristischen und finanziellen Belangen Unterstützung anfordern.*

## **2.2 Zusammensetzung**

Die Kommission setzt sich zusammen aus Vertreterinnen und Vertretern des Staats, des GNW, des Referendumskomitees gegen das GKAI und Vertreterinnen und Vertretern aus dem Gesundheitsbereich, aus Patientinnen und Patienten sowie aus politischen Vertreterinnen und Vertretern.

Die Kommission hat sich in folgender Zusammensetzung getroffen:

- Rossini Stéphane, Nationalrat, Kommissionspräsident
- Bass Albert, Präsident der Vereinigung der Walliser Alters- und Pflegeheime (VWAP)
- Dr. Berclaz Raymond, Mitglied Referendumskomitee gegen das GKAI

- Bregy Philipp Matthias, Abgeordneter
- de Riedmatten Hildebrand, Mitglied GNW-Verwaltungsrat
- Derivaz Olivier, Advokat und Notar
- Dr. Ducrey Anne, Mitglied Referendumskomitee gegen das GKAI
- Ducrot Michel, Präsident der Association de défense des patients hospitalisés en Valais (ADPVal)
- Dr. Dupuis Georges, Chef der Dienststelle für Gesundheitswesen und Kantonsarzt, bis 30. Juni 2012
- Fournier Victor, Chef der Dienststelle für Gesundheitswesen, ab 1. Juli 2012
- Dr. Gobelet Charles, ehemaliger Direktor der Clinique romande de réadaptation
- Dr. Hildbrand Patrick, Mitglied Referendumskomitee gegen das GKAI
- Dr. Imsand Christophe, Mitglied Referendumskomitee gegen das GKAI
- Jacquier-Delaloye Anne, Direktorin Bereich Gesundheit-Soziales HES-SO Wallis
- Kleiber Charles, Verwaltungsratspräsident GNW
- Monnet Bernard, Mitglied GNW-Verwaltungsrat
- Nanchen Fernand, ehemaliger Gemeindepräsident Lens
- Perroud Bruno, Direktor Vereinigung, Suppleant
- Tavernier Georges, Präsident FDP Wallis
- Viaccoz Pascal, Präsident der Walliser Vereinigung der Sozialmedizinischen Zentren

Der neue Kantonsarzt, Dr. Christian Ambord, wurde ab August 2012 als Mitglied mit beratender Stimme ebenfalls in die Arbeiten der Kommission einbezogen.

Das Sekretariat der Kommission gewährleistet die Dienststelle für Gesundheitswesen (Yves Martignoni).

### **2.3 Arbeitsgrundlagen**

Die Kommission hat sich während zehn Sitzungstagen getroffen. Dabei wurde Guy Longchamps, ein auf das KVG spezialisierter Jurist, konsultiert. Ebenfalls angehört wurden die Klinik de Valère, die Vereinigung der Walliser Alters- und Pflegeheime (VWAP) und die Walliser Vereinigung der Sozialmedizinischen Zentren. Die Kommission wohnte verschiedenen Präsentationen bei – unter anderem von Ärztinnen und Ärzten, die sich für das Referendum einsetzten (Grunddisziplinen in den drei Regionen des Kantons und zentralisierte Disziplinen, Stellenwert medizinische Fragen bei Planungsentscheiden und der Spitalleitung, Zusammenarbeit private und öffentliche Spitäler und Vereinbarungen mit Universitätsspitalern). Auch die Dienststelle für Gesundheitswesen äusserte sich in einer Präsentation zu folgenden Themen: geschichtlicher Abriss über Gesundheitsgesetzgebung im Wallis, Spitalfinanzierung, Bundesgerichtsentscheid über das Tessiner KVG-Anwendungsgesetz. Die Kommission hat sich entschieden, den Vorentwurf auf der Grundlage des GKAI 2011 zu verfassen, das dem neuen KVG besser entspricht als das GKAI 2006.

Der von der Kommission erarbeitete Gesetzesvorentwurf wurde zur juristischen Genehmigung dem *Institut de droit de la santé* (IDS) der Universität Neuenburg vorgelegt. (Prof. Olivier Guillod, Direktor, Nathalie Brunner, wissenschaftliche Mitarbeiterin).

Die Kommission hat ebenfalls beschlossen, sich nicht dazu zu äussern, ob zwei unterschiedliche Gesetze geschaffen werden sollen, weil diese Frage in erster Linie politischer und gesetzestechnischer Natur ist.

### 3 Ausgangslage

Die Kommissionsarbeiten bewegten sich im vom Bundesrecht vorgegeben gesetzlichen Rahmen (insbesondere die KVG-Änderung vom 21. Dezember 2007 über die Spitalfinanzierung) und unter Berücksichtigung der heutigen kantonalen Gesundheitsgesetzgebung. Besondere Aufmerksamkeit wurde den Themen zugesprochen, die das Referendum gegen das GKAI dominiert haben. Im Mittelpunkt standen ausserdem die Ergebnisse des FHF-Audits und der GPK-Bericht.

#### 3.1 KVG-Änderungen vom 21. Dezember 2007 über die Spitalfinanzierung

##### 3.1.1 Übersicht

Die neue Spitalfinanzierung bringt für die Anstalten bedeutende Änderungen mit sich. Sie soll zu einer harmonisierten Finanzierung und zu mehr Wettbewerb zwischen den Spitälern über die Kantonsgrenzen hinaus führen. In der untenstehenden Tabelle werden die Neuerungen zusammengefasst, die seit dem 1. Januar 2012 vom Bundesrecht vorgegeben werden und die das neue GKAI berücksichtigen muss.

Bereich	bis am 31.12.2011	seit dem 01.01.2012
Spitalplanung	Planung nach Bevölkerungsbedarf für die stationäre Spitalversorgung und Pflegeheime. Keine Bundeskriterien.	Planung nach Bevölkerungsbedarf für stationäre Spitalversorgung, Geburtshäuser und Pflegeheime, auf der Grundlage von bundesrätlichen Kriterien. Planung der hochspezialisierten Medizin auf Bundesebene.
Finanzielle Beteiligung des Kantons	Kantonsbeteiligung ausschliesslich für gemeinnützig anerkannte Spitäler (GNW, Spital Chablais, SUVA). Keine Beteiligung für Privatkliniken (Valère, Leukerbad). Aufführung auf Spitalliste löst nur das Recht auf Vergütung durch Krankenversicherer aus.	Kantonsbeteiligung für alle Spitäler, die auf der Liste aufgeführt sind, inklusive Privatkliniken.
Ausserkantonale Hospitalisierung Freie Spitalwahl	Kantonsbeteiligung nur wenn medizinische Gründe im Sinne des KVG vorliegen (ausserkantonaler Notfall oder im Kanton nicht verfügbare Leistung).	Kantonsbeteiligung auch ohne medizinische Gründe im Sinne des KVG, aber nur für Spitäler, die auf der Walliser Spitalliste oder auf der Liste des Kantons aufgeführt sind, in denen sie sich befinden und dies bis zur Höhe des im Wallis geltenden Tarifs.
Finanzierung der Investitionen	Kantonale Subventionen für Investitionen der öffentlichen Spitäler. Keine Beteiligung der Krankenversicherer.	Investitionen werden in die Tariffberechnung zu Lasten der Krankenversicherer und des Kantons integriert, auch für Privatkliniken.
Deckungsgrad des Kantons	Zwischen 50% und 56%, je nach Verhandlungen mit den Krankenversicherern.	Mindestens 55%. Da der Kanton Wallis tiefere Prämien als der schweizerische Durchschnitt aufweist, erfolgt die Anpassung des Deckungsgrads schrittweise. Er wird 2012 auf 52.5% festgelegt und steigt pro Jahr um 0.5 bis 2017 55% erreicht werden.

Bereich	bis am 31.12.2011	seit dem 01.01.2012
Tarifstruktur	Verschiedene Tarifstrukturen nach Anstalten, je nach Kanton und Behandlungskategorie (Akutsomatik, Psychiatrie, Langzeitpflege, Rehabilitation).	Einheitliche Tarifstruktur in der ganzen Schweiz mit leistungsabhängigen Fallpauschalen. Anwendung SwissDRG für somatische Akutpflege ab 01.01.2012. Einheitliche Tarifstruktur für weitere Bereiche in Erarbeitung (Psychiatrie, Rehabilitation).
Gemeinwirtschaftliche Leistungen	Betriebskosten aufgrund von Überkapazitäten und Kosten für Lehre und Forschung sind von den KVG-Tarifen ausgenommen. Möglichkeit der Übernahme durch den Kanton.	Kosten für die nicht-universitäre Bildung werden in KVG-Tarife integriert. Überkapazitäten sowie universitäre Forschung und Lehre bleiben ausgenommen. Möglichkeit der Übernahme durch den Kanton.

### 3.1.2 Planung

Artikel 39 Abs. 1 KVG legt die Anforderungen fest, damit eine Anstalt als Spital im Sinne des KVG anerkannt wird (ausreichende ärztliche Betreuung, erforderliches Fachpersonal, zweckentsprechende medizinische Einrichtungen und pharmazeutische Versorgung). Die Kantone sind zuständig für die Kontrolle der Einhaltung der Bedingungen.

Dieser Artikel weist den Kantonen ebenfalls die Aufgabe zu, eine Planung für die bedarfsgerechte Spitalversorgung zu erstellen. Die Kantone können mit anderen Kantonen zusammenarbeiten und müssen private Trägerschaften angemessen in die Planung einbeziehen. Diese Bedingungen gelten sinngemäss ebenfalls für Geburtshäuser und Pflegeheime.

Diese Bestimmungen wurden seit dem Inkrafttreten des KVG 1996 nicht mehr verändert, abgesehen von der Aufnahme der Geburtshäuser. Folgende Punkte wurden hingegen mit der KVG-Revision über die Spitalfinanzierung verändert, die von der Bundesversammlung im Dezember 2007 verabschiedet wurde und schrittweise eingeführt wird:

#### Planungskriterien

Das Parlament hat dem Bundesrat die Aufgabe erteilt, einheitliche Planungskriterien auf der Grundlage von Qualität und Wirtschaftlichkeit zu erlassen (Art. 39, Abs. 2ter KVG). Diese Kriterien sind in Artikel 58a bis 58e in der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) festgehalten.

Die Kantone müssen unter Anwendung dieser Kriterien in nachvollziehbaren Schritten eine Bedarfsermittlung durchführen und die Einrichtungen auswählen, die auf ihrer Spitalliste aufgeführt werden. Dabei gilt es folgende Elemente zu berücksichtigen:

- Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung, insbesondere die Effizienz der Leistungserbringung, den Nachweis der notwendigen Qualität und im Spitalbereich die Mindestfallzahlen und die Nutzung von Synergien;
- den Zugang der Patientinnen und Patienten zur Behandlung innert nützlicher Frist;
- die Bereitschaft und Fähigkeit der Einrichtung zur Erfüllung des Leistungsauftrags.

Gemäss Artikel 49 Absatz 8 KVG muss der Bundesrat in Zusammenarbeit mit den Kantonen schweizweit Betriebsvergleiche zwischen Spitälern durchführen, insbesondere zu den Kosten und der medizinischen Ergebnisqualität. Diese Vergleiche unterstützen die Kantone bei der Auswahl der Spitäler, die auf der kantonalen Spitalliste aufgeführt werden.



Die KVV (Art. 58c) verlangt eine Versorgungsplanung für akutsomatische Behandlungen. Die Planung stützt sich auf leistungsorientierte Daten und nicht mehr auf betriebsorientierte Angaben (beispielsweise Aufenthaltsdauer oder Belegungsrate der Betten). Letztere werden für die sogenannte kapazitätsorientierte Planung genutzt. Im Rehabilitationsbereich kann die Planung leistungs- oder kapazitätsorientiert erfolgen, für die Versorgung in Pflegeheimen erfolgt die Planung kapazitätsbezogen.

Die schweizweite Einführung der SwissDRG ermöglicht Vergleiche im Rahmen einer leistungsorientierten Planung. Diese wiederum sollen im Vergleich zu Hochrechnungen auf der Grundlage von beobachteten Trends zu besseren Resultaten führen (im Sinne eines Benchmarking).

Die Kantone verfügen bis am 31. Dezember 2014 über eine Übergangsfrist, um diese Bedingungen zu erfüllen.

### Hochspezialisierte Medizin

Im Bereich der hochspezialisierten Medizin sind die Kantone beauftragt, eine gemeinsame gesamtschweizerische Planung vorzunehmen (Art. 39, Abs2bis KVG). Es wurde keine Frist festgelegt, im KVG ist jedoch festgehalten, dass der Bundesrat entsprechende Entscheide fällen kann, wenn die Kantone diese Aufgabe nicht erfüllen.

Zu diesem Zweck haben alle Kantone eine Interkantonale Vereinbarung zur Hochspezialisierten Medizin (IVHSM) unterzeichnet. Für die hochspezialisierte Medizin liegt die Planungskompetenz nicht mehr bei den einzelnen Kantonen. Die Planungsentscheide werden von einem gemeinsamen Organ getroffen, das von den kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und Gesundheitsdirektoren ernannt wird. Dieses Organ setzt sich zusammen aus fünf Mitgliedern der Vereinbarungskantone mit Universitätsspital und aus fünf Mitgliedern aus den anderen Vereinbarungskantonen.

Gemäss der Vereinbarung umfasst die hochspezialisierte Medizin die medizinischen Bereiche und Leistungen, die sich durch ihre Seltenheit, durch ihr hohes Innovationspotential, durch einen hohen personellen oder technischen Aufwand oder durch komplexe Behandlungsverfahren auszeichnen. Für die Zuordnung müssen mindestens drei der genannten Kriterien erfüllt sein, wobei das Kriterium der Seltenheit immer vorliegen muss.

Im Rahmen der Umsetzung der IVHSM wurden die Leistungszuteilungen in folgenden Teilbereichen der hochspezialisierten Medizin bisher verbindlich geregelt:

- hochspezialisierte Pädiatrie und Kinderchirurgie;
- Neurochirurgie;
- Hochspezialisierte Behandlung von Hirnschlägen;
- Behandlung von Schwerverletzten;
- Behandlung von schweren Verbrennungen beim Erwachsenen;
- Organtransplantationen beim Erwachsenen;
- Cochlea Implantate;
- Protonentherapie;
- Allogene hämatopoietische Stammzelltransplantationen beim Erwachsenen.

In weiteren Bereichen sind Diskussionen im Gange, insbesondere für die hochspezialisierte Viszeralchirurgie, die pädiatrische Onkologie und für seltene Krebserkrankungen bei Erwachsenen.

Das Gesundheitsnetz Wallis (Standort Sitten) wurde als "Trauma Center" für die Behandlung von Schwerverletzten anerkannt. Im Bereich der Viszeralchirurgie wird eine Anerkennung angestrebt, da es für die hochspezialisierte Behandlung von Hirnschlägen noch nicht anerkannt ist.

Mehreren Kantonen und Einrichtungen geht die angestrebte Konzentration im Rahmen der Vereinbarung zu weit. Sie befürchten eine Schwächung der Spitäler der mittleren Kategorie.

### Freie Spitalwahl

Seit dem 1. Januar 2012 sind die Bestimmungen über die freie Spitalwahl in Kraft. Jede versicherte Person kann für eine Behandlung im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Grundversicherung) frei unter den Spitälern wählen, die auf der Spitalliste ihres Wohnkantons oder jener des Standortkantons aufgeführt sind (Art. 41, Abs. 1 bis KVG). Der Wohnkanton und der Versicherer übernehmen die Kosten der Vergütung anteilmässig höchstens bis zum Tarif, der in einem Listenspital des Wohnkantons gilt. Der Tarifunterschied geht gegebenenfalls zu Lasten der versicherten Person oder ihrer Zusatzversicherung.

Der Versicherer und der Wohnkanton übernehmen die Vergütung gemäss dem Tarif des behandelnden Spitals (Art. 41, Abs. 3 und 3 bis KVG) weiterhin, wenn ein medizinischer Grund im Sinne des KVG vorliegt (erforderliche Leistung wird im Wohnkanton nicht angeboten oder es liegt ein Notfall vor, der ausserhalb des Wohnkantons auftritt). In solchen Fällen ist eine Bewilligung des Wohnkantons notwendig.

### Interkantonale Vereinbarungen

Im Rahmen ihrer Leistungsaufträge und ihrer Kapazitäten sind die Listenspitäler verpflichtet, für alle versicherten Personen mit Wohnsitz im Standortkanton des Listenspitals eine Aufnahmebereitschaft zu gewährleisten. Für versicherte Personen mit Wohnsitz ausserhalb des Standortkantons des Listenspitals gilt die Aufnahmepflicht nur aufgrund von Leistungsaufträgen sowie in Notfällen (Art. 41a KVG).

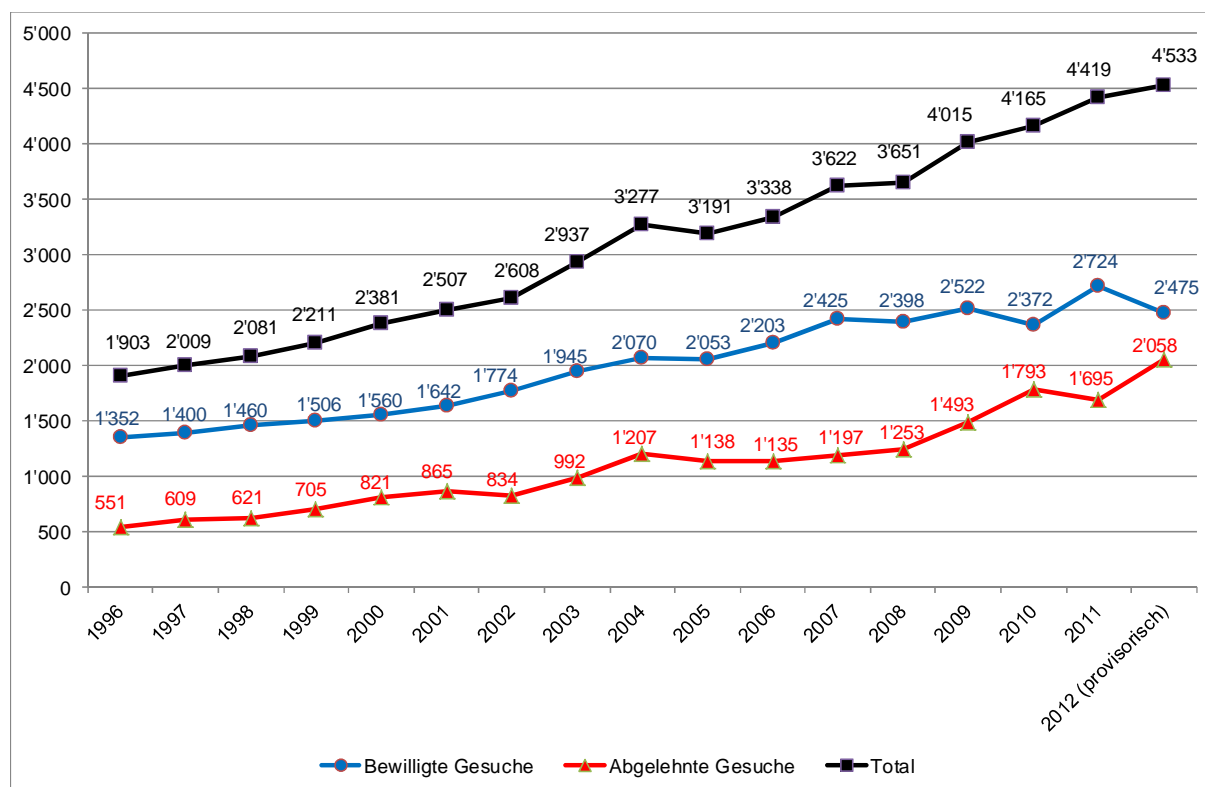
Die fünf Universitätsspitäler der Schweiz sind seit 1996 auf der Spitalliste des Kantons Wallis aufgeführt. Seitdem wurden mit diesen Einrichtungen Vereinbarungen für die Aufnahme von Walliser Patientinnen und Patienten und die dabei anwendbaren Tarife abgeschlossen. Die Vereinbarungen wurden 2011 aufgrund der KVG-Änderungen im Bereich Spitalfinanzierung (insbesondere freie Spitalwahl) aktualisiert.

Der Kanton Wallis hat ebenfalls seit vielen Jahren Vereinbarungen für die Zusammenarbeit mit Universitätsspitalern abgeschlossen (CHUV seit 1993, HUG und Inselspital seit 1997), die regelmässig aktualisiert werden. Entsprechende Vereinbarungen machen es möglich, dass Walliser Patientinnen und Patienten im Wallis von Spezialisten der Universitätsspitäler – oder unter ihrer Aufsicht – behandelt werden können. Auf diese Weise kann eine qualitativ hochstehende Behandlung im Kanton gewährleistet werden. Diese im Wallis tätigen Spezialistinnen und Spezialisten arbeiten insbesondere im Bereich der Spitzenmedizin weiterhin für die Universitätsspitäler und gewährleisten gleichzeitig deren Ausübung im Wallis. Risikofälle werden ausserhalb des Kantons behandelt. Die Ärzteschaft und die Pflegefachpersonen der Walliser Spitäler können ihre Fort- und Weiterbildung in den Universitätsspitalern mit Spezialistinnen und Spezialisten absolvieren, so dass der Walliser Bevölkerung stets die neuesten Methoden und medizinischen Techniken angeboten werden können.

### Entwicklung Anzahl Gesuche für Kostengutsprachen für ausserkantonale Hospitalisierungen (KVG Versicherte)

Die Zahl der Gesuche um Kostengutsprachen für ausserkantonale Hospitalisierungen (KVG-Versicherte) von 1'903 Gesuchen im Jahr 1996 auf 4'533 Gesuche im Jahr 2012 (provisorische Zahlen) gestiegen. Die Anzahl der gewährten Kostengutsprachen stieg im selben Zeitraum von 1'352 auf 2'475 (siehe Grafik).

*Entwicklung Anzahl Gesuche für Kostengutsprachen für ausserkantonale Hospitalisierungen (KVG-Versicherte, 1996-2012, (Zahlen 2012 provisorisch)*



Dieser Anstieg der Gesuche für Kostengutsprachen für ausserkantonale Hospitalisierungen lässt sich mit der stetigen Spezialisierung der Medizin erklären. Alle Kantone ohne Universitätsspital erleben die gleiche Entwicklung. Und dennoch bleibt das Wallis der Westschweizer Kanton, in dem am wenigsten Patientinnen und Patienten ausserkantonale behandelt werden müssen. Dies aufgrund der spezialisierten Disziplinen, die dank der Zentralisierung am Spital Sitten und dank der Zusammenarbeit mit den Universitätsspitalen weiterhin im Kanton angeboten werden können.

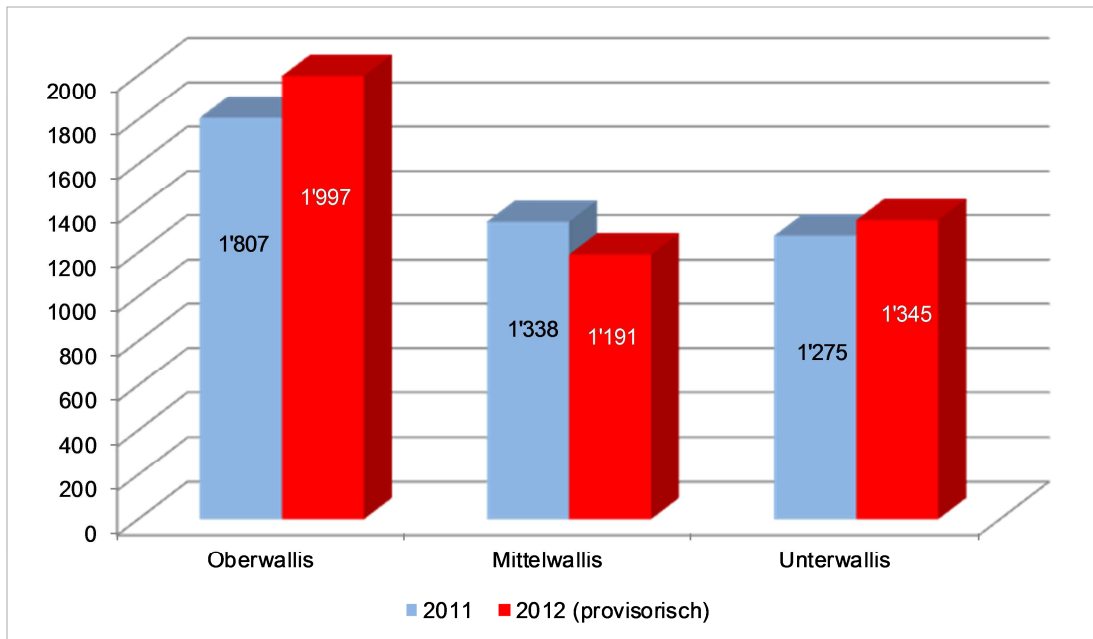
### Regionale Verteilung der Gesuche

Die Anzahl Gesuche für Kostengutsprachen für ausserkantonale Hospitalisierungen fällt im Oberwallis im Verhältnis zur Bevölkerung zweimal höher aus (24.61 Gesuche auf 1'000 Einwohner 2012) als im Mittelwallis<sup>1</sup> (9.53) und Unterwallis<sup>2</sup> (12.13). Diese Zahlen zeigen im Oberwallis eine stärkere Tendenz für ausserkantonale Spitalbehandlungen.

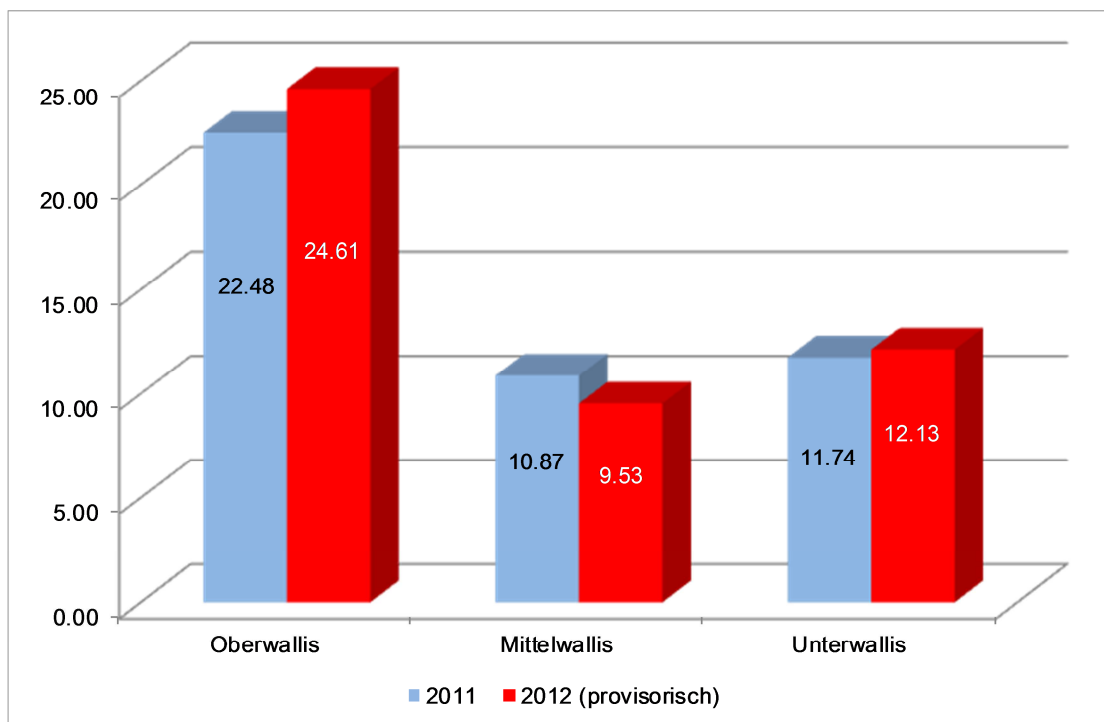
<sup>1</sup> Bezirke Siders, Sitten, Hérens et Conthey.

<sup>2</sup> Bezirke Martinach, Entremont, St-Maurice und Monthey

Anzahl Gesuche für Kostengutsprachen für ausserkantonale Hospitalisierungen (KVG-Versicherte), nach Region, 2011-2012 (Zahlen 2012 provisorisch)



Anzahl Gesuche für Kostengutsprachen für ausserkantonale Hospitalisierungen (KVG-Versicherte) pro 1'000 Einwohner, nach Region, 2011-2012, (Zahlen 2012 provisorisch)



### Entwicklung Anzahl ausserkantonale Hospitalisierungen (KVG-Versicherte)

Gemäss der Bundesstatistik stieg die Anzahl der Walliser Patientinnen und Patienten, die im Rahmen des KVG ausserhalb des Kantons hospitalisiert wurden, von 2'602 im Jahr 2000 auf 4'587 im Jahr 2010. Die Zahlen der Bundesstatistik 2011 und 2012 liegen noch nicht vor.

Gemäss den provisorischen Zahlen der Dienststelle für Gesundheitswesen (Gesuche für Kostengutsprachen und eingegangene Rechnungen) wird die Gesamtzahl der ausserkantonalen Hospitalisierungen (KVG-Versicherte) im Jahr 2012 5'500 übersteigen. Diese Zahl muss noch von den konsolidierten Daten aus der Bundesstatistik bestätigt werden.

Die Anzahl ausserkantonomer Hospitalisierungen wird weiterhin ansteigen. Der Anstieg, der sich für 2012 abzeichnet, geht hingegen nicht mit einem Rückgang der Hospitalisierungen im GNW einher, dieses hat seine Tätigkeit 2012 sowohl im französischsprachigen Wallis wie auch im Oberwallis steigern können.

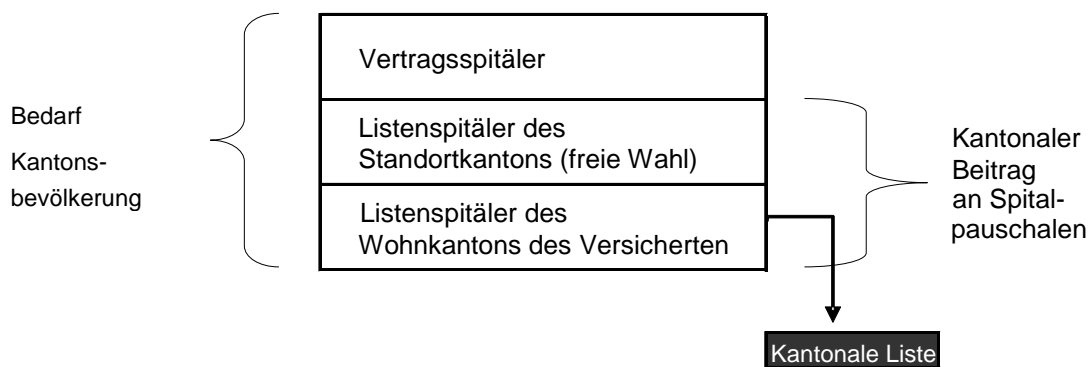
### Vertragsspitäler

Das KVG (Art. 49a Abs. 4) lässt Einrichtungen, die nicht auf einer Spitalliste aufgeführt sind, die Möglichkeit offen, mit Versicherern Verträge abzuschliessen. Der Versicherer übernimmt in diesem Rahmen Leistungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Grundversicherung) maximal bis zu 45% der Vergütung. Der Kanton hingegen beteiligt sich nicht.

### Verfahren für die Erarbeitung der Spitalliste

Gemäss den neuen bundesrätlichen Planungskriterien müssen die Spitallisten der Kantone nach dem Bevölkerungsbedarf ermittelt werden, unter Abzug des Bedarfs, der von Vertragsspitalern und ausserkantonomalen Spitalern abgedeckt wird, die auf der Liste des Standortkantons aufgeführt sind.

Die neuen Bestimmungen können wie folgt dargestellt werden:



## **3.1.3 Finanzierung**

### Grundsätze

Mit der KVG-Revision über die Spitalfinanzierung werden private und öffentliche Einrichtungen auf gleiche Stufe gestellt. Zu diesem Zweck sind am 1. Januar 2012 folgende Änderungen eingeführt worden:

- Pflicht der Kantone, sich an der Finanzierung aller Einrichtungen zu beteiligen (öffentlich und privat), die auf der Spitalliste des Wohnkantons der versicherten Person oder auf jener des Standortkantons aufgeführt sind (Art. 41 Abs. 1bis KVG);
- Einführung einer schweizweit einheitlichen Tarifstruktur mit Fallpauschalen (SwissDRG) (Art. 49 Abs. 1 KVG);

- Einbezug der Investitionen in die Fallpauschalen (Art. 49 Abs. 3 KVG);
- Kantonale Beteiligung mindestens 55% (Art. 49a Abs. 2 KVG); die Kantone mit Erwachsenenprämien, die tiefer als der schweizerische Durchschnitt ausfallen, können diesen Prozentsatz schrittweise bis 2017 anpassen (KVG-Übergangsbestimmungen).

### Tarifstruktur

Die Tarifstruktur SwissDRG wurde am 1. Januar 2012 für akutsomatische Behandlungen in der ganzen Schweiz eingeführt. Jedes Spital verhandelt mit den Versicherern einen Basispreis aus. Um die Vergütung zu berechnen, wird der Basispreis mit dem "Casemix"-Index (Kostengewicht) multipliziert, der je nach Behandlungsart und bezogenen Leistungen unterschiedlich hoch ausfällt. Im Moment wird ebenfalls die Einführung einer einheitlichen schweizweiten Tarifstruktur für die Psychiatrie und die Rehabilitation erarbeitet.

### Investitionen

Seit 2012 ist die Abgeltung der Investitionskosten (Zinsen und Abschreibungen) in den Tarifen enthalten. Der Bundesrat hat für die Abgeltung der Investitionskosten im Bereich der akutsomatischen Behandlungen für das Jahr 2012 einen normativen Betrag von 10% des Tarifs beschlossen. Die Abgeltung der Investitionskosten schliesst mit einer Erhöhung um rund 5% ebenfalls die Pauschalen für die Psychiatrie und Rehabilitation mit ein. Für die ambulante Spitalversorgung gibt es keinen Zusatz, um die Investitionskosten abzugelten, da dies bei den Tarifverhandlungen nicht vereinbart wurde.

### Gemeinwirtschaftliche Leistungen

Gemeinwirtschaftliche Leistungen werden nicht über das KVG vergütet. Die Kantone entscheiden, ob und wie sie diese finanzieren. Das KVG gibt keine abschliessende Definition dieser Leistungen. Es wird lediglich festgehalten, dass insbesondere folgende Leistungen dazugehören (Art. 49, Abs. 3):

- die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen;
- die Forschung und universitäre Lehre.

Im Wallis werden mit dem Staatsratsbeschluss vom 21. Dezember 2012 folgende Leistungen zu den gemeinwirtschaftlichen Leistungen gezählt: Notfalldienste, Neonatologie, Memory-Klinik, mobiler Palliativdienst, Organspende-Koordination, Suizidprävention und universitäre Lehre. Es wird ebenfalls überprüft, gewisse Psychiatrie-Leistungen als gemeinwirtschaftliche Leistungen anzuerkennen (Beratungszentrum, Tagesspital).

### Finanzielle Auswirkungen für den Kanton: Schätzungen für 2012

Die zusätzlichen Kosten für den Kanton aufgrund der neuen Spitalfinanzierungen belaufen sich 2012 schätzungsweise auf 20.9 Millionen Franken, wie in der Tabelle dargestellt:

GNW (inkl. Spitalzentrum Chablais): Anpassung kantonaler Deckungsgrad und Integration Investitionen in Tarif	0.6 Mio.
GNW (inkl. Spitalzentrum Chablais): Fakturierung Restwert Infrastrukturen im Eigentum des Kantons (Miete)	-12.5 Mio.
Beteiligung Kanton an ausserkantonalen Hospitalisierungen aufgrund der freien Spitalwahl	20.9 Mio.
Beteiligung Kanton an Tarif für Privatkliniken mit Leistungsauftrag	11.9 Mio.
<b>Total</b>	<b>20.9 Mio.</b>

Die zusätzlichen Kosten im Zusammenhang mit der freien Spitalwahl in der Höhe von 20.9 Millionen Franken entlasten vor allem die Zusatzversicherungen. Es handelt sich um ausserkantonale Hospitalisierungen ohne medizinischen Grund gemäss KVG, die vorher von den Zusatzversicherungen getragen wurden.

### **3.1.4 Handlungsspielraum der Kantone**

Das KVG lässt den Kantonen in folgenden Bereichen Handlungsspielraum:

- Festlegung der Bedingungen, damit ein Spital als solches im Sinne des KVG anerkannt wird (Art. 39, Abs. 1, Bst. a bis c);
- Festlegung des Bedarfs an stationärer Spitalversorgung, Geburtshäuser und Pflegeheime;
- Anwendung der Planungskriterien;
- Bedingungen für die in der Planung berücksichtigten Privatkliniken;
- Zusammenarbeit mit anderen Kantonen;
- Aufteilung der medizinischen Disziplinen;
- Festlegung der Investitionen und Entscheidungsmodalitäten im Zusammenhang mit den Investitionen;
- Festlegung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen und ihrer Abgeltung durch den Kanton.

## **3.2 Kantonale Gesundheitsgesetzgebung**

### **3.2.1 Geschichtlicher Abriss**

Erste Richtlinien bezüglich der Aufsicht über die Gesundheitsberufe, die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten und der öffentlichen Gesundheit wurden im 19. Jahrhundert festgelegt. Angesichts der wachsenden Spitalkosten für die Gemeinden wurde im Jahr 1961 das Gesundheitsgesetz von 1896 ersetzt. Das neue Gesundheitsgesetz brachte eine Erhöhung des Kantonsbeitrags, eine stärkere Aufsicht über die Spitäler und die Einführung einer Spitalplanung mit sich.

Im Jahr 1988 wurde ein neues Gesetz angenommen (Gesetz über die finanzielle Beteiligung der öffentlichen Hand an den Investitions- und Betriebskosten der öffentlichen Gesundheitsanstalten). Der kantonale Beitrag an den Spitalkosten erhöhte sich erneut. Die Spitalschulden (Abschreibungen und Zinsen) fielen auf den Kanton zurück. Die Einhaltung der Planung wurde zur Subventionsbedingung erklärt.

Die Einführung des KVG im Jahr 1996 war ausschlaggebend für die Erarbeitung eines neuen kantonalen Gesundheitsgesetzes, das am 9. Februar 1996 angenommen wurde. Das Gesetz von 1961 umfasste zahlreiche Anwendungsverordnungen. Um dieses Problem zu lösen, wurde ein Rahmengesetz mit Grundsätzen verfasst, nach denen die verschiedenen Partner vorzugehen haben (Aufsicht, Planung, Finanzierung, Patientenrechte usw.).

Nach einem Jahrzehnt, das geprägt war von finanziellen Schwierigkeiten der öffentlichen Hand, und nach dem Scheitern der Richtlinien aus dem Jahr 2000 wurden die öffentlich anerkannten Spitäler und medizinisch-technischen Einrichtungen (namentlich das Zentralinstitut der Walliser Spitäler ZIWS) mit dem Dekret vom 1. Februar 2000 im Gesundheitsnetz Wallis (GNW) zusammengefasst. Das Dekret wurde am 4. September 2003 revidiert, um dem GNW die volle Kompetenz über den Betrieb und die Leitung der Spitäler, die es umfassten, zu übergeben. Mit dem zweiten Dekret wurde die finanzielle Beteiligung der Gemeinden an den Investitions- und Betriebskosten der Spitäler aufgehoben. Die Gemeinden wurden damit von einer jährlichen finanziellen Beteiligung von mehr als 30 Millionen Franken entlastet (2003: 33.5 Millionen Franken).

### **3.2.2 Aktuelle Situation**

Mit der Schaffung des GNWs in Dekretsform und den schrittweisen KVG-Revisionen unterteilte sich die kantonale Gesetzgebung in drei Bereiche: Gesetz über die Krankenanstalten und -institutionen, Gesundheitsgesetz und Gesetz über die Langzeitpflege.

Die Planungs- und Finanzierungsbestimmungen für die Krankenanstalten und -institutionen wurden ins Gesetz über die Krankenanstalten und -institutionen vom 12. Oktober 2006 übertragen (GKAI 2006). Dieses Gesetz enthält einen allgemeinen Teil, der für alle Krankenanstalten und -institutionen gilt (einschliesslich Pflegeheime und sozialmedizinische Zentren) sowie besondere Bestimmungen für Spitäler. Als Ersatz für das Dekret von 2003 enthält es daneben auch die Bestimmungen zum GNW und bestätigt die Vernetzung der öffentlich anerkannten Anstalten und Einrichtungen. Es enthält zudem Bestimmungen für die Eigentumsübertragung der Infrastrukturen (Grundstücke und Bauten) an den Kanton.

Die übrigen Bestimmungen des Gesundheitsgesetzes von 1996 wurden mit dem neuen Gesundheitsgesetz vom 14. Februar 2008 umfassend revidiert und vervollständigt (Organisation der Gesundheitsbehörden, Patientenrechte, Aufsicht, Gesundheitsförderung und Prävention sowie Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten).

Wie einleitend erwähnt, wurde am 17. März 2011 im Anschluss an die KVG-Änderungen über die Spitalfinanzierung vom 21. Dezember 2007 ein neues Gesetz über die Krankenanstalten und -institutionen angenommen, das jedoch an der Volksabstimmung vom 23. Oktober 2011 abgelehnt wurde. Die kantonale Gesetzgebung wurde anschliessend mit dem Dekret über die Spitalfinanzierung vom 15. Dezember 2011 angepasst.

Parallel dazu sind aufgrund von neuen Bundesbestimmungen über die Finanzierung der Langzeitpflege (Spitex, Pflegeheime) weitere Anpassungen des Kantonsrechts nötig geworden. Diese erfolgten mit der Annahme des Dekrets über die Finanzierung der Langzeitpflege vom 5. Mai 2010, das am 1. Januar 2011 in Kraft getreten ist und solange gültig bleibt, bis ein entsprechendes Gesetz in Kraft tritt (spätestens bis am 31. Dezember 2013). Der Grossrat hat am 14. September 2011 ein Gesetz über die Langzeitpflege angenommen. Dagegen wurde im Dezember 2011 das Referendum hinterlegt. Die dazugehörige Volksabstimmung hat noch nicht stattgefunden.



Geltendes Recht	Bemerkungen
Gesetz über die Krankenanstalten und -institutionen vom 12. Oktober 2006 (GKAI)	in Kraft seit dem 1. Februar 2007 (soll durch das künftige GKAI ersetzt werden)
Gesundheitsgesetz vom 14. Februar 2008	in Kraft seit dem 1. Juli 2009
Dekret über die Finanzierung der Langzeitpflege vom 5. Mai 2010	in Kraft seit dem 1. Januar 2011, höchstens gültig bis am 31. Dezember 2013 (soll durch das künftige Gesetz über die Langzeitpflege ersetzt werden)
Dekret über die Spitalfinanzierung vom 15. Dezember 2011	in Kraft seit dem 1. Januar 2012, höchstens gültig bis am 31. Dezember 2012 (soll durch das künftige GKAI ersetzt werden).

### 3.3 Ergebnisse Audit GNW, ZIWS und WGO

Die wichtigsten Feststellungen und Empfehlungen des Audits, das von der Fédération Hospitalière de France (FHF) zum Gesundheitsnetz Wallis (GNW), dem Zentralinstitut der Walliser Spitäler (ZIWS) und dem Walliser Gesundheitsobservatorium (WGO) durchgeführt wurde, werden hier noch einmal aufgeführt.

#### 3.3.1 Gesundheitsnetz Wallis (GNW)

Im FHF-Audit wurde die Versorgungsqualität des GNW als "*allgemein zufriedenstellend*" eingestuft (Auditbericht S. 143<sup>3</sup>). Die Auditoren wiesen auf den "*visionären*" Charakter der Spitalplanung 2004 hin (Auditbericht S. 144). Sie erwähnten daneben verschiedene Verbesserungsmöglichkeiten. Im Audit wurde unterstrichen, dass es nötig sei, den Konzentrationsprozess der medizinischen Disziplinen weiterzuführen, da die heutige Aufteilung zu einer Aufspaltung der Teams und zu zahlreichen Verlegungen von Patientinnen und Patienten zwischen den Standorten führe. Um die hohe Versorgungsqualität aufrechtzuerhalten, empfiehlt das Audit den in den vorgängigen Planungen begonnenen Konzentrationsprozess weiterzuführen.

Im administrativen Bereich schlägt das Audit vor, die Organisationsstruktur des GNW zu vereinfachen. Vorstellbar sind dabei zwei Szenarien:

- Integration – Spitalzentren werden ersetzt durch Departemente, die von der Generaldirektion geleitet werden (Auditbericht S. 132);
- Differenzierung – zwei Spitalzentren: ein Spitalzentrum des französischsprachigen Wallis und ein Spitalzentrum Oberwallis (Auditbericht S. 134).

Das Audit enthält des Weiteren folgende Empfehlungen: ärztliche Tätigkeit ins Zentrum stellen; die Zusammensetzung des Verwaltungsrats überprüfen, um eine strategische Schnittstelle zwischen der Politik und der Generaldirektion zu schaffen; ein internes Audit einsetzen und die externe und interne Kommunikation verbessern (insbesondere zu Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen).

Auf der Ebene der medizinischen Organisation empfiehlt das Audit, den institutionellen Stellenwert der Ärzteschaft und des Pflegefachpersonals zu verbessern. Dies erfordert eine Anpassung der Zusammensetzung des Verwaltungsrats, die Einführung einer Konsultations- und Ansprechstelle für die Ärzteschaft und das Pflegefachpersonal sowie ein medizinisches Konzept.

Weitere empfohlene Massnahmen sind: Abschluss vertraglicher Vereinbarungen mit den Departementen (Kontraktualisierung), Verstärkung der Beziehungen zwischen dem Spital

<sup>3</sup> [http://www.vs.ch/NavigData/DS\\_63/M16284/de/2011\\_Audit\\_FHF\\_Bericht\\_GNW\\_de.pdf](http://www.vs.ch/NavigData/DS_63/M16284/de/2011_Audit_FHF_Bericht_GNW_de.pdf)  
([www.vs.ch/gesundheit](http://www.vs.ch/gesundheit) -> Spitäler -> Gesundheitsnetz Wallis (GNW))

und den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie die Reorganisation der berufs- und fachethischen Strukturen für Ärztinnen und Ärzte und das paramedizinische Personal.

### **3.3.2 Zentralinstitut der Walliser Spitäler (ZIWS)**

Die Auditoren sprechen vom ZIWS als einer erstrangigen multidisziplinären Plattform mit qualitativ hochstehenden Leistungen. Sie empfehlen, seinen Status als ins GNW integrierte Stiftung von öffentlichem Nutzen zu überdenken. Falls die Stiftung nicht aufgelöst werden kann oder sich die Auflösung als zu komplex herausstellen würde, könnte als minimale notwendige Vereinheitlichung der Verwaltungsrat des GNW gleichzeitig als Stiftungsrat des ZIWS fungieren.

### **3.3.3 Walliser Gesundheitsobservatorium (WGO)**

Im Audit wird festgehalten, dass der Kanton Wallis mit dem WGO über ein leistungsstarkes und qualitativ hochstehendes Informationssystem verfügt. Die Positionierung des WGO sollte hingegen präzisiert werden, damit es gegenüber dem GNW und dem Kanton einen unabhängigeren Status erhält. Zudem soll seine Leitung überdacht werden. Es wird ebenfalls empfohlen, extern und intern besser über die vorhandenen Indikatoren zu kommunizieren.

## **3.4 Bericht der Geschäftsprüfungskommission des Grossen Rats (GPK)**

In ihrer Funktion als Oberaufsichtsbehörde hat die Geschäftsprüfungskommission des Grossen Rates (GPK) 2010 nach dem Abgang eines Chefarztes entschieden, das Walliser Gesundheitswesen zu untersuchen. Im Bericht vom 30. März 2011 werden besonders bezüglich Aufsicht und Leitung verschiedene Kritiken geäussert und Forderungen gestellt.

Die GPK erinnert daran, dass sich die Aufsichtsbehörde nicht in den operativen Bereich einmischen solle, dass aber *"die Aufsichtseinheiten aktiviert werden müssen und/oder dass sie eingreifen müssen, wenn ihnen potenziell schwerwiegende Tatsachen bekannt sind, welche mit den operativen Einheiten im Zusammenhang stehen"* (GPK-Bericht S. 8<sup>4</sup>). Die GPK verlangt vom Staatsrat, dass die wichtigsten Qualitätskriterien in den Leistungsaufträgen mit dem GNW und weiteren Leistungserbringern festgelegt werden. Sie verlangt ebenfalls, dass der Staatsrat sich rasch zur effektiven Organisation äussert, welche bezüglich Aufsicht und Pflegequalität herrschen muss.

Auf der Ebene der Spitalorganisation ist die GPK der Meinung, dass die Zusammenarbeit und Ergänzung zwischen den verschiedenen Standorten noch stärker gesucht werden muss. Sie verlangt vom Staatsrat, dass er sich erneut zu den Rollen der Standorte ausspricht und die Aufteilung der Disziplinen zwischen den Standorten und den Regionen überprüft, damit die Entwicklung der Infrastruktur kohärent und konsequent vorangetrieben werden kann. Sie verlangt vom Staatsrat ebenfalls, dafür zu sorgen, dass das GNW die Motivation seines Personals und ein gutes Arbeitsklima sicherstellt.

## **3.5 Referendum gegen GKAI 2011**

Walliser Ärztinnen und Ärzten haben gegen das GKAI vom 17. März 2011 das Referendum ergriffen, da das Gesetz ihrer Meinung nach erarbeitet wurde, ohne die Meinung der Ärzteschaft genügend einzubeziehen und ohne die Ergebnisse des Audits über das GNW und den Geschäftsprüfungsbericht abzuwarten.

<sup>4</sup> [http://www.vs.ch/vos\\_files/2011.05\\_Gesundheitswesen\\_BER\\_KOM.pdf](http://www.vs.ch/vos_files/2011.05_Gesundheitswesen_BER_KOM.pdf)  
([www.vs.ch/parlament](http://www.vs.ch/parlament) -> Vergangene Sessionen -> Alle Dokumente -> 2011 -> Geschäftsprüfungskommission)

Die wichtigsten Vorwürfe des Referendumskomitees gegen das GKAI betrafen die Aufhebung der Bestimmungen über die Zuteilung der hochspezialisierten medizinischen Disziplinen an das Spital Sitten; die Weigerung, die Zweisprachigkeit für die zentralisierten Disziplinen ins Gesetz aufzunehmen; die Schwächung der Vertretung der drei Regionen in gewissen Gesetzesartikeln; die fehlende Verstärkung der Rolle der Ärzteschaft bei der Spitalplanung und der Spitalleitung sowie das Fehlen einer vom GNW unabhängigen Struktur, die die Patienteninteressen vertritt und die Versorgungsqualität bewertet.

Das Referendumskomitee verlangte, dass die Zuteilung der zentralisierten Disziplinen am Spital Sitten, die Zweisprachigkeit für diese Disziplinen sowie die Empfehlungen des Audit und der GPK ins GKAI aufgenommen werden, insbesondere die Verstärkung des Stellenwerts der Ärzteschaft bei der Spitalplanung und der Spitalleitung.

Für einen besseren Einbezug der Ärzteschaft wurde vorgeschlagen, dass die Walliser Ärztesgesellschaft als Konsultationsorgan bei der Spitalplanung fungieren soll – mit der Möglichkeit zur offiziellen Stellungnahme zuhanden des Grossen Rats. Im Bereich des GNW verlangte das Referendumskomitee, dass die niedergelassenen Ärzte und Spitalärzte im Verwaltungsrat vertreten sein sollen und dass die Ärzteschaft im Spital eine stärkere Entscheidungsgewalt erhält, namentlich mit der Schaffung eines Ärzte- und Pflegefachpersonalrats. Allgemein wurde vorgeschlagen, dass eine neutrale politische Informationsplattform geschaffen wird, die für eine objektive, schnelle und einfach verständliche Orientierung der Bevölkerung und der Fachpersonen verantwortlich ist.

Diese Elemente wurden von der Kommission ausführlich diskutiert. Der Gesetzesentwurf enthält verschiedene Vorschläge zu diesen Problematiken.

## **4 Allgemeine Themenbereiche**

Die Kommission diskutierte und überprüfte zahlreiche Gestaltungsvorschläge zum GKAI. Die Themen können in folgende vier Bereiche unterteilt werden: Versorgungsqualität und Patientensicherheit, Zweisprachigkeit, Gesundheitsplanung und das Gesundheitsnetz Wallis (GNW). Die Vorschläge, die die Kommission übernommen und angepasst hat, werden im Rahmen der Besprechung der einzelnen Artikel unter Punkt 5 und 6 aufgeführt.

### **4.1 Versorgungsqualität und Patientensicherheit**

Fragen rund um die Versorgungsqualität und die Patientensicherheit standen im Zentrum der Diskussionen der Kommission. Verschiedene Vorschläge wurden sowohl in den Gesetzesvorentwurf wie auch ins Gesundheitsgesetz aufgenommen.

#### **4.1.1 Bessere Vertretung der Ärzteschaft**

Das GNW-Audit hat empfohlen, die medizinische Tätigkeit ins Zentrum des Spitals zu rücken und den institutionellen Stellenwert der Ärztinnen und Ärzte und der Pflegefachpersonen zu stärken. Dieses Thema hat auch die Referendumskampagne geprägt. Der Gesetzesvorentwurf enthält eine Reihe von Vorschlägen in diesem Sinne, insbesondere im Bereich der Zusammensetzung der Gesundheitsplanungskommission und des Verwaltungsrats des Gesundheitsnetz Wallis (GNW). Es wird ebenfalls empfohlen, innerhalb des GNW einen Ärzterrat einzuführen.

#### **4.1.2 Aufsicht und Qualitätskontrolle**

Verschiedene Empfehlungen sehen eine Verstärkung der Aufsicht über die Krankenanstalten und -institutionen vor. Sie beziehen sich unter anderem auf die Qualitätskontrolle, die Verstärkung der Aufsicht, die Erarbeitung von Indikatoren, die Mediation und den Zugang zu den Patientendossiers.

#### **4.1.3 Koordination zwischen den Leistungserbringern**

Zu den Vorschlägen gehört auch die Verstärkung der Koordination zwischen den verschiedenen Leistungserbringern. Dazu wurden die Generalsekretariate der Walliser Vereinigung der Sozialmedizinischen Zentren und die Vereinigung der Walliser Alters- und Pflegeheime (VWAP) angehört. Sie haben die Probleme der heutigen Organisation der kantonalen Koordinationsinstanz dargelegt, insbesondere die Notwendigkeit der Neutralität vis-à-vis den Partnern und Schwierigkeiten im Zusammenhang mit der Übergabe der Patientendossiers. Die Kommission erachtet es als notwendig, dass die Betreuung der Patienten beim Spitalaustritt besser koordiniert wird – vor allem auch aufgrund der kürzeren Aufenthaltsdauer. Die Koordination soll ebenfalls auf alle Pflegeheimeintritte ausgeweitet werden und die entsprechende Information der Bevölkerung soll verbessert werden.

#### **4.2 Zweisprachigkeit**

Im Rahmen der Referendumskampagne wurde die Zweisprachigkeitsproblematik breit diskutiert. Für die Kommission stellt sie einen wichtigen politischen Schwerpunkt dar, um die kantonale Einheit in der Gesundheits- und Spitalpolitik sowie die Versorgungsqualität zu wahren.

In der Kantonsverfassung wird die Zweisprachigkeit für die Verwaltung, die Justiz und die Gesetzgebung festgehalten, nicht aber für das Gesundheitswesen. Die Kommission schlägt vor, eine gesetzliche Grundlage einzuführen, um die deutsche und französische Sprache für die Betreuung der Patientinnen und Patienten in jenen Spitälern zu gewährleisten, denen durch die Planung zentralisierte Aufgaben zukommen.

Die Patientinnen und Patienten haben das Recht in ihrer Muttersprache betreut zu werden, und dieses Recht soll in einem Gesetz verankert werden. Darüber hinaus gilt es als wichtiges Kriterium für die Spitalwahl. Die Gewährleistung der Zweisprachigkeit in den zentralisierten Disziplinen dient dazu, ein genügend grosses Patientenvolumen zu erreichen, damit diese Leistungen weiterhin im Wallis angeboten werden können und im Kanton ein hohes medizinisches Niveau erhalten bleibt.

#### **4.3 Gesundheitsplanung**

Die Gesundheitsplanung und insbesondere die Frage, welche Rolle die künftige Planung übernehmen soll, stellte für die Kommission ein zentrales Thema dar.

##### **4.3.1 Entwicklung der Spitalplanung**

In der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts bestand noch keine eigentliche Spitalplanung. Jede Region unterhielt ein eigenes Spital (Brig, Visp, Siders, Sitten, Martinach, St-Maurice und Monthey).

Die Voraussetzungen für die Gesundheitsplanung wurden mit dem neuen Gesundheitsgesetz von 1961 geschaffen, das dem Kanton den Auftrag erteilte, die Mittel zu koordinieren und zu harmonisieren. Auf dieser Grundlage entstand eine Planung, die im Jahr 1966 angenommen wurde. Sie sah vor, die Anzahl Spitäler auf drei zu reduzieren

(Martinach, Sitten und Visp). Aus Mangel an verbindlichen gesetzlichen Vorgaben ist sie aber nie in Kraft getreten.

Zwischen 1970 und 1990 sind alle sieben Regionalspitäler um- und ausgebaut oder neu gebaut worden (Brig 1978, Sitten 1979 und später Siders 1997). Die heutige Walliser Spitallandschaft ist immer noch vom Erhalt dieser sieben Einrichtungen geprägt.

Um den Anstieg der Gesundheitskosten in den Griff zu bekommen, machte ein neues Gesetz im Jahr 1988 die Einhaltung der Gesundheitsplanung zu einer Bedingung für den Erhalt von Subventionen. Mit dem Inkrafttreten des KVG 1996 wurde die Einhaltung der kantonalen Planung zu einer notwendigen Bedingung für den Zugang zur Finanzierung über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (Grundversicherung). Diese Gesetzgebungen erlaubten es dem Staatsrat eine starke Reduktion der Anzahl Betten für akutsomatische Behandlungen (1'400 1985 auf heute 700) und die Zentralisierung von gewissen Disziplinen am Spital Sitten durchzusetzen (Herzchirurgie, interventionelle Kardiologie, spezialisierte Neurochirurgie, Radio-Onkologie).

Mit der Vernetzung der öffentlichen Spitäler wurde 2004 eine erste kantonale Aufteilung der Disziplinen vorgenommen. Die Intensivpflege, komplexe und/oder nicht geplante Eingriffe sowie lebensbedrohliche Notfälle wurden den Spitälern Visp, Sitten und Monthey zugeteilt. Den übrigen Einrichtungen wurden leichtere und/oder geplante Eingriffe sowie Geriatrie und Psychiatrie zugesprochen. Sie verfügen nicht über Intensivstationen und die Operationssäle sind in der Nacht und am Wochenende nicht in Betrieb. Die Zentralisierung gewisser Disziplinen am Spital Sitten wurde weiter vorangetrieben (Thoraxchirurgie, Pneumologie, Neonatologie).

#### **4.3.2 Die Planung gemäss den neuen Bundesbestimmungen**

Die neuen KVG-Bestimmungen über die Spitalfinanzierung haben hinsichtlich der Rolle der kantonalen Planung zahlreiche Fragen aufgeworfen und unterschiedliche Interpretationen zugelassen. Die freie Spitalwahl setzt die öffentlichen und privaten Spitäler im Bereich der Finanzierung auf dieselbe Stufe. Dies hat die Privatkliniken veranlasst, einen schwächeren Einfluss der öffentlichen Hand zu verlangen.

Die Klinik Valère hat bei der Anhörung durch die Kommission Forderungen geltend gemacht, auf die sie schon bei der Erarbeitung des GKAI 2011 verwiesen hat, namentlich:

- Keine Kapazitätskontrolle durch Begrenzung der Anzahl Betten;
- Verzicht auf die Pflicht für private Einrichtungen, ihr Budget dem Gesundheitsdepartement zur Genehmigung zu unterbreiten;
- Aufgabe der Bezeichnung "Disziplin mit kantonalem Charakter", um den Wettbewerb nicht einzuschränken;
- Begrenzung der kantonalen Zusatzsubventionen, diese dürfen keine KVG-Leistungen betreffen, ohne dass eine ungleiche Behandlung zwischen öffentlichen und privaten Einrichtungen geschaffen wird.

Die Klinik Valère hat zudem darauf hingewiesen, dass 80% ihrer Tätigkeit (ambulant und stationär) der obligatorischen Krankenpflegeversicherung entstammt (Grundversicherung), da nur 5 bis 7% der Walliser Bevölkerung über eine Zusatzversicherung für Aufenthalte in privater oder halbprivater Abteilung verfügen.

Die Rolle der Kantone im Bereich der Spitalplanung wird vom Urteil des Bundesgerichts vom 10. Juli 2012 betreffend die Beschwerde gegen die beschlossene Änderung des Tessiner Einführungsgesetzes zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung erheblich erhellt. Das Bundesgericht kommt zum Schluss, dass folgende Bestimmungen des Tessiner Gesetzes KVG-konform sind:

- Festlegung von Mengen (Festsetzung von maximalen Leistungsmengen pro Einrichtung) als Faktor zur Wahrung der Wirtschaftlichkeit im Rahmen der kantonalen Planung;
- Sanktionen bei Überschreitung der Höchstgrenzen;
- Jährlicher Globalbetrag für jeden Leistungserbringer;
- Pflicht, mindestens über einen Anteil von 50% der Patienten zu verfügen, die nur über die obligatorische Krankenpflegeversicherung verfügen, um auf der kantonalen Spitalliste aufgeführt zu werden.
- Investitionen werden für die Bestimmung des Anteils des Tarifs, der auf die Investitionen entfällt, nur berücksichtigt, wenn sie für die Erfüllung des Leistungsauftrags nötig sind (mit gesonderter Buchführung der zu diesem Zweck eingezogenen Beträge);
- Bewertung der Qualität und Wirtschaftlichkeit über Mindestzahl der Fälle und Nutzung von Synergien;
- Möglichkeit, im Leistungsauftrag festzuhalten, dass die im Spitalbereich branchenüblichen Arbeitsbedingungen eingehalten werden müssen;
- Möglichkeit des Kantons, die Tarifverhandlungen zu unterstützen.

Das Bundesgericht hat in seinen Erwägungen namentlich aufgeführt, dass dem Preismechanismus, der das Angebot unter Marktbedingungen steuert, im Gesundheitswesen nur beschränkte Bedeutung zukommt, da diejenigen, die über die Nutzung der Spitalleistungen entscheiden (Patienten, Ärzte usw.), die daraus resultierenden Kosten nicht direkt tragen müssen. Es unterstreicht, dass die Spitalplanung einerseits Überkapazitäten verhindern muss und andererseits den gerechtfertigten Bedarf decken muss. Gerade der Umstand, dass die Kantone unter dem geänderten Recht auch Beiträge an in Privatspitälern erbrachte Leistungen ausrichten müssen, führt für das Bundesgericht zur Feststellung, dass die Kantone im Rahmen der Spitalplanung die Möglichkeit zum Erlass von Mengenbeschränkungen haben müssen, um einen ungebremsten Anstieg der Kosten zu verhindern.

#### **4.4 Gesundheitsnetz Wallis (GNW)**

Ein grosser Teil des GKAI betrifft die Organisation des GNW. Angesichts der Wichtigkeit des GNW in der Walliser Spitallandschaft – 95% der Hospitalisierungen im Kanton finden hier statt – widmete die Kommission diesem ein Grossteil der Diskussionszeit.

##### **4.4.1 Positionierung im schweizerischen Umfeld**

Mit der Einführung der freien Spitalwahl und den neuen Finanzierungsbestimmungen aus dem Jahr 2012 sieht sich das GNW dem schweizweiten Wettbewerb ausgesetzt. Sein Platz muss entsprechend neu definiert werden.

Es sind drei Bereiche medizinischer Disziplinen zu unterscheiden:

- hochspezialisierte Medizin, Planung auf Bundesebene;
- Grunddisziplinen (Allgemeine Innere Medizin, Allgemeine Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Orthopädie);
- Spezialisierte Disziplinen, die sich zwischen diesen beiden Ebenen bewegen

Im GKAI 2006 werden diese unter der Bezeichnung "Spitzenmedizin-Disziplinen" (Art. 3, Abs. 2, Bst. e) aufgeführt. Diese Formulierung ist insofern nicht angebracht, als sie auf Disziplinen verweist, die an der Spitze der Pyramide und nicht auf intermediärem Niveau stehen. Es wird vorgeschlagen, künftig die Bezeichnung "spezialisierte Disziplin" zu verwenden. Die Kommission ist der Ansicht, dass das GNW weiterhin spezialisierte Leistungen anbieten soll, die in Zusammenarbeit mit den Universitätsspitälern im Spital

Sitten zentralisiert werden. Der vorliegende Gesetzesentwurf soll die dazu erforderlichen Rahmenbedingungen schaffen. Damit diese Disziplinen im Wallis aufrechterhalten werden können, muss eine erforderliche kritische Masse erreicht werden. Dies wird nur durch eine Konzentrierung an einem Standort möglich. Es braucht ein gewisses Patientenvolumen, um die Versorgungsqualität, die Patientensicherheit, die Attraktivität für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und eine gute Positionierung des Spitals sicherzustellen.

Bei der Festlegung der spezialisierten Disziplinen müssen Kriterien bezüglich der kritischen Masse und der Wirtschaftlichkeit dieser Leistungen berücksichtigt werden (nationale und internationale Standards). Der Gesetzesvorentwurf sieht vor, die Grunddisziplinen in allen drei Regionen des Kantons anzubieten – dies im Hinblick auf eine patientennahe Betreuung angesichts der geographischen Gegebenheiten des Kantons und im Hinblick auf die sprachlichen Gegebenheiten.

#### **4.4.2 Autonomie**

Das GNW fordert im Rahmen seines aktuellen Status als öffentlich-rechtliche Anstalt mehr Autonomie. Diese betrifft vor allem die Organisation, die Strategie, die Regeln und die Verfahren zur Zielerreichung. Es handelt sich um Entwicklungsschwerpunkte, ärztliche und pflegerische Strategien, Sicherstellung der Qualität, Mediation, Mittelzuteilung, Abgeltung der Ärztinnen und Ärzte usw. Das GNW will ebenfalls die Verantwortung über seine Leistung übernehmen. Die Finanzierungsmöglichkeiten mit SwissDRG fallen in die Verantwortung des Spitals.

Zu diesem Zweck möchte es mit dem Kanton einen Leistungsvertrag abschliessen, in dem die Ziele und erwarteten Ergebnisse festgelegt sind. Die Ziele betreffen insbesondere die Entwicklung der Infrastruktur gemäss der Gesundheitsplanung, die Koordination mit den niedergelassenen Ärzten, den sozialmedizinischen Zentren, den Pflegeheimen und den Universitätsspitalern usw. Ergebnisse werden in der Form von Indikatoren geliefert (Versorgungsqualität und Nutzen, Patientenzufriedenheit usw.).

## **5 Kommentar zu den einzelnen Artikeln des GKAI-Vorentwurfs**

Der Kommentar zu den einzelnen Artikeln verweist auf die Empfehlungen der Kommission, die diese bei der Erarbeitung des Vorentwurfs zum Gesetz berücksichtigt hat. Ebenfalls erwähnt und kommentiert werden Elemente aus dem GKAI 2006, dem GKAI 2011 und dem Dekret betreffend die Spitalfinanzierung vom 15. Dezember 2011.

### **5.1 1. Kapitel: Allgemeine Bestimmungen**

#### **1. Abschnitt: Allgemeines**

##### **Art. 1: Zweck**

Die Kommission schlägt vor einen neuen ersten Artikel einzuführen, der den allgemeinen Zweck des Gesetzes enthält (Deckung des Versorgungsbedarfs durch die Krankenanstalten und -institutionen). Es handelt sich nicht nur um Behandlungen im Spital, sondern auch Leistungen der Langzeitpflege (Alters- und Pflegeheime, sozialmedizinische Zentren (Spitex), Tages- und Nachstrukturen). Der spitalexterne ambulante Bereich wird vom GKAI nicht abgedeckt.

## **Art. 2: Gegenstand**

Der Gegenstand des Gesetzes wurde im Vergleich zum GKAI 2011 nicht verändert. Das GKAI regelt die allgemeinen Planungs- und Subventionierungsbestimmungen für alle Krankenanstalten und -institutionen (Spitäler, Pflegeheime, sozialmedizinische Zentren, etc.), und enthält besondere Bestimmungen zu den Spitälern und dem GNW (siehe Punkt 3.2 oben).

## **Art. 3: Definitionen**

Der Artikel "Definitionen" wurde aus dem GKAI 2006 übernommen und bei der Erarbeitung des GKAI 2011 überarbeitet.

Buchstabe a verweist nicht nur auf Artikel 39 KVG zu den Spitälern und weiteren Einrichtungen, sondern auch auf Artikel 84 Absatz 2 des Gesundheitsgesetzes. Diese Präzisierung ist notwendig, da Artikel 39 KVG die Organisationen der Pflege und Hilfe zu Hause (Spitex) nicht umfasst. Damit die betroffenen Anstalten und Institutionen ausführlicher dargelegt werden, schlägt die Kommission vor, auf den Artikel 85 Absatz 1 Buchstaben a, c, d und f des Gesundheitsgesetzes zu verweisen, das heisst Spitäler, Pflegeheime für Betagte, sozialmedizinische Zentren und an Spitäler angegliederte medizinisch-technische Institute. Sie schlägt ebenfalls vor, auf der Grundlage von Artikel 39 Absatz 2 GKAI 2006 in Buchstabe b eine Definition der anderen Anstalten und Institutionen aufzuführen. Der Begriff "Fürsorgerische Freiheitsentziehung" wird gemäss dem neuen Bundesrecht (ZGB) durch "Fürsorgerische Unterbringung" ersetzt.

In Buchstaben c und d ist die vom KVG vorgesehene Pflicht des Kantons festgehalten, sich an der Spitalfinanzierung und an allfälligen Subventionen, die er den Spitälern aufgrund der Kantonspolitik, seiner Zuständigkeiten und seiner Gesetzgebung zusprechen kann, zu beteiligen (siehe Kommentar zum Abschnitt 4 des Kapitels 1 des Gesetzes unten). Die Buchstaben e, f und g übernehmen die Begriffe und Definitionen des KVG.

## **Art. 4: Gleichstellung**

Der Titel des Artikels wurde angepasst und entspricht nun Artikel 4 des Gesundheitsgesetzes.

## **Art. 5: Zweisprachigkeit**

Wie unter Punkt 4.2 angegeben, schlägt die Kommission vor, einen besonderen Artikel aufzunehmen, der für die Behandlung von Patienten in Anstalten, denen die Planung eine zentralisierte Aufgabe zuordnet, die Verwendung der deutschen und französischen Sprache gewährleistet. Dieser Entscheid wurde von der Kommission einstimmig mit einer Enthaltung getroffen.

Obwohl es schwierig ist, qualifiziertes zweisprachiges Personal zu finden, weist die Kommission darauf hin, dass Lösungen möglich sind. Es muss zudem nur ein Teil der Angestellten zweisprachig sein. Um die Zweisprachigkeit zu fördern, müssen Massnahmen im Bereich der Weiterbildung getroffen werden. Programme zum Mitarbeiteraustausch zwischen den Spitalstandorten sollen begünstigt und ausgeweitet werden. Es müssen Mittel freigestellt werden, damit die Förderung der Zweisprachigkeit finanziert werden kann. Die Kommission weist ebenfalls darauf hin, dass in gewissen Spitälern (z.B. im Berner Inselspital) bereits zweisprachige Abteilungen existieren, was einen Wettbewerbsvorteil mit sich bringt. Im Hinblick auf die Entwicklung der ausserkantonalen Hospitalisierungen ist dies in den Augen der Kommission ein ausschlaggebender Punkt.



## **Art. 6: Zuständige Behörden**

Artikel 5 übernimmt die Bestimmungen des GKAI 2006 (Art. 3, 10, 11 und 12) und vereinigt alle zuständigen Behörden im Bereich der Planung und Subventionierung.

Die Kommission schlägt vor, in Absatz 1 zu präzisieren, dass die Planung gemeinsam mit den betroffenen Ansprechpartnern erarbeitet wird. Dies entspricht den im Rahmen der Referendumskampagne gestellten Forderungen sowie den Empfehlungen des GNW-Audits. Der Einbezug der Partner wird in weiteren Artikeln präzisiert, insbesondere im Artikel über die Kommission für die Gesundheitsplanung.

Die Periodizität der Planung, die sowohl im GKAI 2006 und im GKAI 2011 vorgesehen ist, wird beibehalten. Die Kommission hat diskutiert, ob es angebracht wäre, die Regelmässigkeit ausführlicher zu definieren (beispielsweise alle vier Jahre). Sie hat darauf verzichtet, damit der Staatsrat den evolutionären Charakter der Planung berücksichtigen und eine gewisse Flexibilität und langfristige Ausrichtung behalten kann. Es muss auch berücksichtigt werden, dass der Rhythmus der Planungen nach Bereichen unterschiedlich aussieht (Spitalversorgung, Langzeitpflege, Rettungswesen).

Die Bestimmungen aus Artikel 4 GKAI 2011 (Abs. 2) betreffend den schriftlichen Jahresbericht über die Gesundheitspolitik zu Händen des Grossen Rates werden ins Gesundheitsgesetz verlegt (Art. 5, Abs. 4 neu) (siehe Art. 50 unten).

Bezüglich der Aufsicht über die Krankenanstalten und -institutionen durch den Staatsrat wird der Verweis auf die weiteren Bestimmungen der Gesundheitsgesetzgebung aufgehoben, diese gelten auch ohne erneute Aufführung.

Ebenfalls aufgehoben werden die Bestimmungen in Artikel 4 GKAI 2011 (Abs. 5), die auf die Zuständigkeiten des Staatsrats und des Grossen Rates bezüglich des GNW verweisen. Die diesbezüglichen Zuständigkeiten sind in Artikel 24 und 25 festgehalten.

## **2. Abschnitt: Gesundheitsplanung**

### **Art. 7: Gesundheitsplanung**

Dieser Artikel übernimmt die Bestimmungen aus dem GKAI 2006 und 2007 und vervollständigt diese hinsichtlich verschiedener Aspekte.

#### Berücksichtigung der öffentlichen und privaten Institutionen (Abs. 1, Bst. d)

Unter Buchstabe d wird präzisiert, dass die Liste der Krankenanstalten und -institutionen sowohl öffentliche wie auch private Einrichtungen angemessen berücksichtigen muss. Im GKAI 2011 wurde nur auf die angemessene Berücksichtigung der privaten Anstalten und Institutionen verwiesen.

#### Mengensteuerung (Abs. 1, Bst. e und f)

Gemäss den bundesrätlichen Planungskriterien (KVV, Art. 58c) muss die Planung für die Versorgung der versicherten Personen in Spitälern zur Behandlung von akutsomatischen Krankheiten leistungsorientiert erfolgen. Für die Versorgung in Spitälern zur rehabilitativen Behandlung kann die Planung leistungsorientiert oder kapazitätsbezogen erfolgen, für die Versorgung in Pflegeheimen erfolgt die Planung kapazitätsbezogen (KVV, Art. 58c, Bst. b und c).

Die Planung stützt sich neu auf leistungsorientierte Daten und nicht mehr auf betriebsorientierte Daten (beispielsweise Aufenthaltsdauer oder Belegungsrate der Betten). Letztere werden für die kapazitätsorientierte Planung verwendet.

Die leistungsorientierte Planung stützt sich auf eine detaillierte Analyse des Bedarfs nach Leistungsgruppen. Sie legt für jede Leistungsgruppe Höchstmengen fest. Sie ist aus diesem Grund genauer als vorgängige Planungen, die eine Gesamtzahl Betten für alle Einrichtungen festgelegt hat.

In Anwendung dieser Kriterien wird unter Buchstabe e und f vorgesehen, dass die Planung der akutsomatischen Behandlungen die Leistungen jedes Anbieters umfasst. Die Planung von rehabilitativen oder psychiatrischen Behandlungen und die Planung für alle Pflegeheime für betagte Menschen umfasst die Gesamtanzahl Betten für jeden Anbieter.

Die Kommission hat verschiedene Optionen diskutiert und schlussendlich entschieden, nur auf die Leistungen für akutsomatische Behandlungen zu verweisen, ohne Angaben zur Höchstmenge, damit eine grössere Marktöffnung möglich ist und betroffene Einrichtungen nicht mit Fällen konfrontiert werden, bei denen sie Patienten die Behandlung verweigern müssen, weil die bewilligte Höchstmenge erreicht wird.

#### Spitalzonen (Abs. 5)

Das GKAI 2006 (Art. 3, Abs. 2, Bst. e) sieht eine Beschränkung auf drei Spitalzonen vor – Oberwallis, Mittelwallis und Chablais – mit mindestens einem Akutspital pro Zone. Im Vorentwurf zum GKAI 2011 wurde der Verweis auf die Spitalzonen aufgehoben, da gemäss den neuen KVG-Bestimmungen über die Spitalfinanzierung die Zuweisung von Aufträgen an Spitäler nicht gesetzlich vorgegeben werden darf. Die Zuweisung muss gemäss den bundesrätlichen Planungskriterien erfolgen. Diese werden in der Verordnung über die Krankenversicherung in Art. 58b festgehalten. Zu den Kriterien gehört namentlich, dass zur Auswahl des auf der Liste stehenden Angebots die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung, der Zugang der Patienten zur Behandlung innert nützlicher Frist und die Bereitschaft und die Fähigkeit der Einrichtung zur Erfüllung des Leistungsauftrags besonders berücksichtigt werden muss. Im Rahmen der Parlamentsdebatte hat der Grosse Rat folgende neue Bestimmung hinzugefügt: "Die stationäre Grund- und Akutpflege sowie die stationäre Rehabilitation werden zwingend und je einzeln in allen drei Regionen des Kantons Wallis angeboten (GKAI 2011, Art. 5, Abs. 5)".

Die Kommission hat sich einstimmig für die Aufrechterhaltung dieser Bestimmung ausgesprochen und diese mit der Bemerkung vervollständigt, dass die Regionen dem Oberwallis, dem Mittelwallis und dem Chablais entsprechen. Sie erinnert daran, dass im Rahmen der Schaffung des Spitals Riviera-Chablais Waadt-Wallis der Walliser Chablais auf den Bezirk Monthey sowie fünf Gemeinden des Bezirks St-Maurice beschränkt wurde.

Bezüglich der Vereinbarkeit dieser Bestimmungen mit den neuen KVG-Bestimmungen über die Spitalfinanzierung muss gesagt werden, dass das KVG den Kantonen die Möglichkeit zuspricht, Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen aufrechtzuerhalten. Die vom KVG nicht gedeckten Kosten müssen dabei jedoch vom Kanton als gemeinwirtschaftliche Leistungen getragen werden (Art. 49 Abs. 3 KVG).

#### Gesundheitsregionen

Im GKAI 2006 (Art. 3, Abs. 2, Bst. d) und GKAI 2011 (Art. 5, Abs. 1, Bst. d) ist vorgesehen, dass die Gesundheitsplanung namentlich die Abgrenzung der Gesundheitsregionen umfasst. Da die Bezeichnung Gesundheitsregion alle Gesundheitsbereiche (Spitalversorgung, Langzeitpflege, Rettungswesen) umfasst, wird diese Bezeichnung ins Gesundheitsgesetz

verlegt (Art. 5 Abs. 1) und dahingehend umformuliert, dass die verschiedenen Regionen nach Versorgungsart festgelegt werden können (s. Artikel 50 nachstehend).

#### Spezialisierte Disziplinen und Kantonsspital (Abs. 6)

Die Kommission schlägt vor, zu diesem Thema einen besonderen Absatz einzufügen, um die Vereinbarkeit mit den KVG-Bestimmungen über die Spitalfinanzierung zu erreichen. Unter spezialisierte Disziplinen des GNW (gemäss der neu vorgeschlagenen Benennung "Spital Wallis", siehe Punkt 5.2 nachstehend) werden Disziplinen verstanden, die am Spital Sitten zentralisiert werden. Insofern trägt das Spital Sitten die Bezeichnung Kantonsspital. Diese Entscheide wurden von der Kommission einstimmig gefällt.

Dank dieser Formulierung können auch andere Einrichtungen Leistungen in spezialisierten Disziplinen anbieten, unter der Bedingung, dass die Anforderungen für eine Betriebsbewilligung und die Planungskriterien erfüllt werden (insbesondere Mindestanzahl Fälle (KVV Art. 58b, Abs. 5, Bst. c)). Es handelt sich dabei immer um Disziplinen, die an einem Standort zentralisiert werden müssen, um ein genügendes Patientenvolumen zu erreichen und so den Anforderungen bezüglich Qualität, Sicherheit und Wirtschaftlichkeit zu genügen.

Die Zentralisierung gewisser Disziplinen im Spital Sitten wurde schon mit der Planung 1996 beschlossen. Das Spital Sitten verfügt über eine grosse Fachkompetenz und über Zusammenarbeitsvereinbarungen mit den Universitätsspitalern. Zudem ist durch seine geografische Lage der Zugang zu diesen Disziplinen für alle Walliserinnen und Walliser einfach möglich. Artikel 5 über die Zweisprachigkeit gewährleistet für diese Disziplinen die Betreuung der Patientinnen und Patienten auf Französisch und Deutsch.

Durch die Benennung als Kantonsspital wird das Spital Sitten als Standort identifiziert, an dem spezialisierte Disziplinen angeboten werden. Sie führt zu einer besseren Erkennbarkeit auf schweizerischer Ebene in Bezug zu den anderen Kantonsspitalern. Seine Position gegenüber den Universitätsspitalern wird auf diese Weise gestärkt. Zugleich werden – auf einem Markt der mehr und mehr von einem Mangel geprägt ist – die Personalgewinnung und Ausbildung der Ärztinnen und Ärzte und des Fachpersonals vereinfacht.

#### **Art. 8: Spitalliste und Leistungsaufträge**

Dieser Artikel wurde im Vergleich zum GKAI 2011 nicht verändert. Er bezieht sich auf die Bestimmungen der Bundesgesetzgebung in diesem Bereich (s. Punkt 3.1.2 oben).

#### **Art. 9: Bedingungen für die Aufnahme in die kantonale Spitalliste und für die Erteilung von Leistungsaufträgen an die im Wallis gelegenen Anstalten**

Dieser Artikel hält die Bedingungen für die Aufnahme in die kantonale Spitalliste fest. Dank diesen Bedingungen kann der Kanton die Informationen und Indikatoren einholen, die er benötigt, um zu überprüfen, ob die Planungskriterien des Bundesrats eingehalten werden (KVV Art. 58a und 58e). Diese Bestimmungen gewährleisten, dass der Beitrag an die Spitaltarife richtig angewendet (z.B. Finanzierung der Investitionen) und die Wirtschaftlichkeit der Leistungen evaluiert wird.

Diese Bedingungen müssen eingehalten werden, um in die kantonale Spitalliste aufgenommen zu werden und um nach Erteilung eines Leistungsauftrags Anspruch auf die duale Finanzierung von Kanton und Krankenversicherern für Spitalaufenthalte zu erhalten. Sie dürfen nicht mit den allgemeinen Subventionsbedingungen (Artikel 14) verwechselt werden, die ausschliesslich vom Kantonsrecht abhängen und als gemeinnützig anerkannte Einrichtungen betreffen.

Im Vergleich zum GKAI 2011 hat die Kommission folgende Änderungen hinzugefügt:

- Buchstabe b bezüglich der Budgeterstellung und der Rechnungsabschlüsse wurde mit dem Verweis versehen, dass diese Bestimmung nur für Tätigkeiten gilt, die sich aus dem Leistungsauftrag ergeben. Die Unterlagen müssen zur Kontrolle der Wirtschaftlichkeit in Anwendung von Artikel 49 Absatz 7 KVG eingereicht werden. Im KVG ist die Pflicht der Spitäler festgehalten, über geeignete Führungsinstrumente (namentlich eine Kostenrechnung) zu verfügen. Es wird präzisiert: "Diese beinhalten alle für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit, für Betriebsvergleiche, für die Tarifierung und für die Spitalplanung notwendigen Daten. Die Kantonsregierung und die Vertragsparteien können die Unterlagen einsehen".
- Unter Buchstabe c wurde hinzugefügt, dass die Modalitäten zur Erstellung der Statistiken gemeinsam mit den betroffenen Einrichtungen festgelegt werden. Es handelt sich hauptsächlich um vom Bund verlangte Statistiken. Der Kanton ist Garant für die Qualität der übertragenen Daten. Er ist für die Erstellung der Gesundheitsplanung zudem auf besondere Angaben angewiesen, die von der Bundesstatistik nicht geliefert werden.
- Unter Buchstabe g wurde eine zusätzliche Bedingung hinzugefügt: um in die Spitalliste aufgenommen zu werden, muss die Anstalt vom Schweizerischen Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) als ärztliche Weiterbildungsstätte anerkannt sein.

#### **Art. 10: Leistungsaufträge**

Dieser Artikel wurde von der Kommission vollständig neu formuliert. In Anwendung des KVG (Art. 39) erteilt der Staatsrat jeder Einrichtung, die in der kantonalen Spitalliste aufgeführt ist, einen Leistungsauftrag. Gemäss den bundesrätlichen Planungskriterien (KVV Art. 58a bis 58e) und den Empfehlungen der GDK über die Spitalplanung, die am 14. Mai 2009 genehmigt wurden, können gewisse Anforderungen in den Aufträgen festgehalten werden.

Für die Deckung des Versorgungsbedarfs (KVG Art. 39) kann der Leistungsauftrag die Pflicht vorsehen, über einen Notfalldienst zu verfügen und ein festgelegtes Leistungsspektrum anzubieten. Weiter kann der Leistungsauftrag eine regionale Aufteilung des Angebots vorsehen, die den Patienten den Zugang zur Behandlung innert nützlicher Frist ermöglicht. Aus Gründen der Leistungsqualität und der Patientensicherheit können für gewisse Leistungen besondere Anforderungen in den Bereichen Infrastruktur, Personaldotation und unterstützende Dienste vorgesehen werden.

Zusätzlich zu den Bundeskriterien für die Planung und zu den GDK-Empfehlungen kann im Auftrag die Pflicht zur Teilnahme an Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention vorgesehen werden. Diese Bestimmung leitet sich nicht direkt vom KVG ab. Sie widerspiegelt hingegen die Wichtigkeit, die der Kanton der Gesundheitsförderung und Prävention zukommen lässt und der Rolle, die die Spitäler in diesem Bereich spielen können.

Gemäss KVG können zusätzlich zu den Leistungsaufträgen Leistungsverträge abgeschlossen werden, die die Ausführungsbestimmungen der Aufträge enthalten – insbesondere Angaben über Mengen, Preise und Qualität (gemäss Empfehlungen aus dem Leitfaden der GDK zur leistungsorientierten Spitalplanung vom Juli 2005).

Bei den Leistungsaufträgen im Sinne des KVG handelt es sich nicht direkt um Aufträge, die für gewisse Leistungen vom Kanton den Anstalten übertragen werden, sondern um die Beschränkung der Möglichkeit in bestimmten Bereichen zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung (Grundversicherung) tätig zu sein. Die Leistungsverträge hängen vom kantonalen Recht ab und sind nicht integraler Bestandteil der KVG-Spitalliste, im Gegensatz

zu den Leistungsaufträgen im Sinne des KVG, die ihrerseits auf der Spitalliste KVG aufgeführt sind.

### **Art. 11: Leistungsverträge**

Die Bestimmungen im GKAI 2011 über die Leistungsverträge wurden übernommen und vervollständigt. Der Abschluss von Verträgen ist für Einrichtungen obligatorisch, die in der Spitalliste aufgeführt sind. Die Verträge werden mit dem Departement abgeschlossen, diese Aufgabe erfolgt auf operativer Ebene in Umsetzung des Auftrags.

Die Verträge werden in regelmässigen Abständen abgeschlossen. Wie im Leitfaden der GDK zur leistungsorientierten Spitalplanung vom Juli 2005 vorgesehen, werden die allgemeinen Elemente in einem mehrjährigen Rahmenvertrag festgehalten; Elemente die jährlich variieren (Mengen, Vergütungen) können in jährlichen Vertragszusätzen festgehalten werden.

Wie schon im GKAI 2011 vorgesehen, umfassen die Verträge die erwarteten Ergebnisse, die Evaluationsmodalitäten, die Begleitung, Kontrolle und den Beitrag des Kantons, die auferlegten Bedingungen und Auflagen und die Konsequenzen im Falle eines Nichteinhaltens der Pflichten.

Unter Berücksichtigung von Artikel 39 KVG über die Spitalplanung und Artikel 41a KVG über die Aufnahmepflicht, schliesst das Departement ebenfalls Leistungsverträge mit den Universitätsspitalern ab, um die Versorgung der Walliser Patientinnen und Patienten mit Behandlungen sicherzustellen, die im Wallis nicht angeboten werden. Diese Verträge mit den Universitätsspitalern wurden auf der Grundlage eines von den Westschweizer Kantonen und dem Kanton Tessin gemeinsam erarbeiteten Modells bereits abgeschlossen.

### **Art. 12: Kommission für Gesundheitsplanung**

Die Kommission hat diesen Artikel vollständig neu formuliert, um die Rolle der Planungskommission zu stärken und eine bessere Vertretung der Gesundheitsfachpersonen und der Patientinnen und Patienten einzuführen. Sie soll als gesundheitspolitische Diskussions- und Koordinationsplattform dienen.

#### Rolle (Abs. 1)

Die Planungskommission ist ein vorberatendes Organ für den Staatsrat im Bereich der Gesundheitsplanung. Es wird vorgeschlagen, dass die Kommission in allen Bereichen ihres Aufgabengebiets obligatorisch angehört wird. Die Kommission wurde in der Vergangenheit nicht immer in die Planungsentscheide einbezogen.

#### Aufgabenbereich (Abs. 2)

Der Aufgabenbereich der Gesundheitsplanungskommission umfasst die Erarbeitung der Gesundheitsplanung und der Leistungsaufträge. Die Leistungsverträge gehören nicht zum Aufgabenbereich der Kommission. Hingegen nimmt die Kommission die in Artikel 11 vorgesehenen Evaluationen zu den Leistungsverträgen zur Kenntnis. Die Gesundheitsplanungskommission begutachtet nur die vom Staatsrat genehmigten Elemente (Aufträge), nicht aber die Umsetzungsmodalitäten zwischen dem Kanton und den Einrichtungen (Verträge). Die Abgabe einer Vormeinung zu allen Leistungsverträgen würde zu einem unverhältnismässigen Arbeitsaufwand führen. Zudem macht die leistungsorientierte Planung einen viel höheren Präzisionsgrad als früher möglich, die eine Einbindung der Planungskommission auf Ebene der Leistungsverträge unnötig macht.

### Unterkommissionen (Abs. 3)

In Bereichen, die besondere Fachkenntnisse verlangen, werden Unterkommissionen geschaffen – insbesondere im Bereich der Versorgungsqualität, der interkantonalen Vereinbarungen und der spezialisierten Disziplinen. Dadurch wird eine Vervielfachung der in der Gesetzgebung vorgesehenen Kommissionen vermieden.

Für die Festlegung der spezialisierten Disziplinen, die zentralisiert werden müssen, um eine genügend hohe kritische Masse zu erreichen, muss die entsprechende Kommission mit Spezialisten zusammenarbeiten. Ihre Rolle wird es sein, den Perimeter für die Grundversorgung und die zentralisierten Leistungen abzugrenzen. Diese Abgrenzung ist heute noch nicht bekannt, sie verändert sich über die Zeit und hängt insbesondere vom technologischen Fortschritt ab.

Im Bereich der interkantonalen Vereinbarungen sollen Leistungsverträge abgeschlossen werden, damit die Versorgung von Walliser Patientinnen und Patienten mit Behandlungen gewährleistet ist, die im Wallis nicht verfügbar sind. Mit Rahmenverträgen zur Zusammenarbeit mit den Universitätsspitalern soll insbesondere in den spezialisierten Disziplinen eine hohe Versorgungsqualität im Wallis aufrechterhalten werden. Diese Art von Vereinbarungen existieren bereits seit Beginn der 1990er Jahre (siehe Punkt 3.1.2).

### Arbeitsweise (Abs. 4)

In Absatz 4 wird die Arbeitsweise der Kommission festgehalten (Sitzungskalender, Sekretariat).

### Bericht (Abs. 5)

Die Kommission verfasst einen Tätigkeitsbericht und veröffentlicht diesen.

### Zusammensetzung (Abs. 6)

Die Zusammensetzung der Kommission wurde überarbeitet und verdeutlicht. Die Vertretung der Ärztinnen und Ärzte und des Pflegefachpersonals wird ausgebaut. Die Kommission wird mit einer Vertretung der privaten Spitäler und der Patientinnen und Patienten vervollständigt. Das Aufgabengebiet der Kommission umfasst ebenfalls die Langzeitpflege und das Rettungswesen, aus diesem Grund wird die Vertretung der Alters- und Pflegeheime und der sozialmedizinischen Zentren aufrechterhalten und ein Vertreter des Rettungswesens hinzugefügt. Die Kommission zählt damit 15 Mitglieder (im Vergleich zu 11 bis 15 im heutigen GKAI).

Die Vertretung der Gemeinden wird aufgehoben, die Regionsvertretung wird über die Vertretungen der spitalexternen Ärztinnen und Ärzte und der Patientinnen und Patienten gewährleistet. Die Vertretung der Gemeinden ist nicht mehr notwendig, da sich die Spitäler nicht mehr in ihrem Eigentum befinden und sie sich nicht mehr an der Spitalfinanzierung beteiligen. Hingegen sind sie im Bereich der Langzeitpflege in den regionalen Gesundheitskommissionen vertreten.

Die Kommissionsmitglieder achten bei der Schaffung der Unterkommissionen auf eine ausgeglichene Vertretung der Regionen.

### 3. Abschnitt: KVG-Finanzierung: allgemeine Grundsätze

#### Art. 13: Spitalleistungen gemäss KVG

Dieser Artikel übernimmt alle neuen Bestimmungen des KVG über die Spitalfinanzierung, die unter Punkt 3.1 beschrieben werden. Der Inhalt entspricht dem GKAI 2011. Die Kommission fügt Absatz 2 hinzu, und gibt dem Kanton dadurch die Möglichkeit, für die Finanzierung von gewissen Leistungen ein Globalbudget im Sinne von Artikel 51 KVG festzulegen. Dieses Instrument dient der Mengensteuerung. Ausserdem erhalten die Spitäler auf diese Weise eine Finanzierungsgarantie, falls die tatsächliche Tätigkeit von der vorgesehenen Tätigkeit abweicht.

#### Konventionskommission

Die Artikel 12 und 13 des GKAI 2011 betreffend die Konventionskommission werden aufgehoben. Diese Kommission hatte seit 1988 den Auftrag, die Spitäler beim Übergang zur leistungsorientierten Finanzierung zu begleiten. Dieser Prozess endete 2005 mit der Einführung der APDRG. Heute ist die Kommission nicht mehr nötig. Sie hat bereits an Bedeutung verloren, als gewisse Versicherer entschieden, die Vereinbarungen separat zu verhandeln. Aufgrund des Geschäftsgeheimnisses dürfen Vereinbarungsentwürfe einer Versicherungsgruppe nicht mehr anderen Versicherern unterbreitet werden.

### 4. Abschnitt: Subventionierung der Krankenanstalten und -institutionen durch den Kanton: allgemeine Grundsätze

Während Abschnitt 3 ausschliesslich die KVG-Finanzierung (Beteiligung des Kantons und der Versicherer an der Finanzierung von Spitalaufenthalten) betrifft, gilt Abschnitt 4 für die Finanzierung der Leistungen, die vom KVG nicht vorgesehen ist, insbesondere die gemeinwirtschaftlichen Leistungen (darunter universitäre Lehre und Forschung) und die delegierten Tätigkeiten.

Finanzierung Spitalaufenthalte (Kanton, Krankenversicherer)	➔ KVG
Finanzierung gemeinwirtschaftliche Leistungen, delegierte Tätigkeiten usw.	➔ GKAI

#### Art. 14: Allgemeine Subventionsbedingungen

Artikel 14 legt die Bedingungen fest, die eingehalten werden müssen, um Zugang zur kantonalen Finanzierung zu erhalten, die ausschliesslich aus Kantonsrecht hervorgeht – insbesondere die Finanzierung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen und delegierten Tätigkeiten. Diese Bedingungen gelten nicht für die Beiträge der öffentlichen Hand, die in Anwendung des KVG geleistet werden (Finanzierung der Spitalaufenthalte).

Die festgelegten Bedingungen beruhen auf Artikel 5 und 7 des GKAI 2006. Sie wurden im Rahmen der Erarbeitung des GKAI 2011 ergänzt und umformuliert.

Die Bedingung, dass die Anstalten keiner gewinnorientierten Tätigkeit nachgehen, wird aufrechterhalten. Sie ist schon in den vorgängigen kantonalen Gesetzen enthalten (Art. 5 GKAI 2006). Damit wird verhindert, dass Subventionen als Dividenden ausgeschüttet werden. Wird ein Gewinn erarbeitet, muss dieser für die subventionierte Tätigkeit verwendet werden. Der Text wurde von den parlamentarischen Kommissionen bei der Erarbeitung des GKAI 2011 dahingehend umformuliert, dass es möglich ist, Bereiche einer Anstalt oder

Institution mit nichtgewinnorientierten Tätigkeiten zu subventionieren, die in anderen Tätigkeitsbereichen gewinnorientiert arbeitet. Bei der Erarbeitung des GKAI 2011 wurden zudem die Buchstaben a, b und c hinzugefügt.

Im Vergleich zum GKAI 2011 hat die Kommission folgende Änderungen eingeführt:

- Buchstabe e wurde um die Pflicht ergänzt, die Leistungsverträge ebenfalls einzuhalten.
- Buchstabe j verlangt die Einhaltung von Gesamtarbeitsverträgen oder subsidiär von vom Departement vorgegebenen Vorschriften über die Sozial- und Lohnbedingungen. Die Bestimmung wurde mit dem Verweis auf Personalstatuten vervollständigt, die von gemeinnützig anerkannten Dachorganisationen festgelegt werden, wenn kein Gesamtarbeitsvertrag vorliegt.
- Zusätzlich wird mit Buchstabe l die Bedingung eingeführt, Staatsratsbeschlüsse betreffend die elektronische Verarbeitung der Patientendossiers und der Datenübermittlung einzuhalten.

#### **Art. 15: Rückzug der kantonalen Subventionierung**

Dieser Artikel legt die Modalitäten für den Rückzug der kantonalen Subventionierung fest, wenn die in Artikel 14 festgelegten Bedingungen nicht eingehalten werden. Diese Bestimmungen wurden aus dem GKAI 2006 übernommen (Art. 5, Abs. 2 bis 4).

#### **Art. 16: Berücksichtigte und nicht berücksichtigte Ausgaben**

Dieser Artikel bestimmt den Umfang der für die kantonale Subventionierung berücksichtigten und nichtberücksichtigten Ausgaben. Der Inhalt entspricht Artikel 9 des GKAI 2006.

#### **Art. 17: Versicherte von anderen Sozialversicherungen als jener des KVG**

Dieser Artikel wurde bei der Erarbeitung des GKAI 2011 umformuliert. Er übernimmt und erweitert die Bestimmungen von Artikel 33 GKAI 2006. Die Formulierung wurde der Praktik in anderen Kantonen angepasst. Die Leistungen, die anderen Sozialversicherungen als dem KVG unterliegen (Unfallversicherung, Invalidenversicherung oder Militärversicherung) werden gemäss den auf Bundesebene festgelegten Regeln vergütet. Garantieren diese Regeln keine vollständige Deckung der Leistung, kann die Differenz vom Staat übernommen werden.

#### **Art. 18: Interkantonale Anstalten**

Dieser Artikel verweist auf die geltenden Regeln für interkantonale Krankenanstalten. Eine analoge Bestimmung befand sich bereits im GKAI 2006 (Art. 35 und 36). Die Kommission schlägt vor, den Verweis auf das künftige Spital Riviera-Chablais Waadt-Wallis zu streichen, da dieses Spital künftig existiert. Ein besonderer Artikel wird vorgeschlagen, um die Beziehungen zu dieser Einrichtung festzulegen (siehe Art. 26 nachstehend).

#### **Kantonale Krankenanstalten**

Die Artikel, die sich auf die kantonalen Krankenanstalten beziehen (Art. 27 GKAI 2006 und Art. 20 GKAI 2011) werden aufgehoben, da die ehemaligen kantonalen Krankenanstalten (Pneumologiezentrum Montana und psychiatrische Institutionen des französischsprachigen Wallis) ins GNW integriert wurden und die Schaffung einer neuen kantonalen Anstalt dem Grossen Rat obligatorischerweise vorgelegt wird.



### **Art. 19: Delegierte Tätigkeiten – Betriebs- und Investitionsausgaben**

Diese Bestimmung wurde schon im GKAI 2006 (Art. 29 und 31) und dem GKAI 2011 (Art. 21) vorgesehen. Übernommen wird die Formulierung aus dem GKAI 2011. Es handelt sich um medizinische oder spitalgebundene Leistungen, die aufgrund der Bundesgesetzgebung in die Zuständigkeit des Kantons fallen oder um medizinische Tätigkeiten mit einem besonderen Interesse für die Volksgesundheit. Der Kanton kann die operationelle Durchführung der Aufgaben, die einzig in seine Zuständigkeit fallen, (ganz oder teilweise) an eine Krankenanstalt oder -institution delegieren – dabei wahrt der Kanton seine Verantwortlichkeit. Heute ist dies beispielsweise bei der Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten und bei der Epidemiologie der Fall.

### **Art. 20: Übrige Anstalten und Institutionen**

Dieser Artikel wurde aus dem GKAI 2006 übernommen. Er sieht die Möglichkeit für den Kanton vor, weitere Krankenanstalten und -institutionen zu subventionieren. Die Definition dieser Einrichtungen wird in Artikel 3 verlegt.

### **Art. 21: Gemeinwirtschaftliche Leistungen**

Wie unter Punkt 3.1.3. angegeben, werden gemeinwirtschaftliche Leistungen nicht vom KVG vergütet. Die Kantone bestimmen, ob und in welchem Umfang sie diese finanzieren. Das KVG gibt keine abschliessende Definition dieser Leistungen vor. Es gibt an (Art. 49 Abs. 3), dass sie namentlich folgende Elemente umfassen können:

- die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen;
- die Forschung und universitäre Lehre.

Der heute geltende Artikel 30 des GKAI 2006 sieht die Möglichkeit vor, gemeinwirtschaftliche Leistungen zu finanzieren, insbesondere den ärztlichen Bereitschaftsdienst und rund um die Uhr geöffnete Notfallstationen.

Die Möglichkeit, gemeinwirtschaftliche Leistungen zu finanzieren, ist ebenfalls im Dekret betreffend die Spitalfinanzierung vom 15. Dezember 2011 aufgeführt (Art. 7). Sie gilt für die universitäre Lehre und Forschung sowie für "gewisse nicht gedeckte Betriebs- oder Investitionskosten des Spitals in Bereichen, welche Gegenstand eines Leistungsauftrags sind".

Die Kommission schlägt vor, die Möglichkeit aufrechtzuerhalten, Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen und die universitäre Lehre und Forschung weiterhin zu finanzieren. Sie schlägt ebenfalls vor, die offene Liste der als gemeinwirtschaftlich anerkannten Leistungen zu ergänzen und folgende Punkte hinzuzufügen:

- Punktuelle Massnahmen, die zur Verhinderung eines Personalmangels beitragen,
- Seelsorge,
- Vorbereitung und Prävention für den Fall ausserordentlicher Lagen im Gesundheitsbereich,
- Gefängnismedizinischer Dienst.

Die Kommission schlägt zudem vor, die Möglichkeit einzuführen, Anstalten und Institutionen zu verpflichten, gemeinwirtschaftliche Leistungen anzubieten.

Gemäss Artikel 3 kann der Kanton gemeinwirtschaftliche Investitionen finanzieren, deren Kosten nicht in die Tarife einbezogen werden können. Diese Bestimmung wurde aus dem GKAI 2011 übernommen (Art. 23, Abs. 3). Die Investitionen müssen gemäss den neuen KVG-Bestimmungen zwar grundsätzlich über die Tarife finanziert werden, es kann aber sein,

dass gewisse Investitionskosten nicht vollständig von den Tarifen gedeckt werden (beispielsweise die vom Grossen Rat beschlossene Erdbebensanierung oder die Sanierung von Spitalinfrastrukturen, die Asbest enthalten).

#### **Art. 22: Kompetenzen des Staatsrates**

Dieser Artikel sieht vor, dass der Staatsrat die Anforderungen und Modalitäten für die Finanzierung von delegierten Tätigkeiten, von weiteren Krankenanstalten- und institutionen sowie von den gemeinwirtschaftlichen Leistungen in einer Verordnung festhält. Diese Bestimmung wurde aus dem GKAI 2011 (Art. 24) übernommen, jedoch fehlt der Verweis auf die kantonalen Krankenanstalten, da der dazugehörige Artikel aufgehoben wurde.

### **5. Abschnitt: Koordination der Leistungserbringer**

#### **Art. 23: Kantonale Koordinationsinstanz**

Die Kommission unterstreicht die Bedeutung der Koordination zwischen den Institutionen, vor allem zum Wohl der Patienten, aber auch um die Aufenthaltsdauer im Spital zu reduzieren und die Arbeitsorganisation für die Alters- und Pflegeheime und die sozialmedizinischen Zentren durch eine bessere Antizipation zu vereinfachen. Die Koordination betrifft nicht nur Spitalaustritte, sondern auch Eintritte in ein Alters- und Pflegeheim sowie Aufenthalte in Kurzaufenthaltsbetten und Tages- und Nachtstrukturen.

Das Gesetz über die Langzeitpflege vom 14. September 2011 enthält ein Artikel zur Koordination zwischen den Leistungserbringern (Art. 36). Gegen das Gesetz wurde das Referendum ergriffen. Die Kommission schlägt im GKAI einen neuen Artikel vor, mit einer umfassenderen Formulierung, die die organisatorischen Grundlagen der kantonalen Koordinationsinstanz und ihre administrative Angliederung festhält. Der Artikelentwurf wird zurückgezogen, falls das Gesetz über die Langzeitpflege vom Volk angenommen wird.

Der neue Artikel sieht vor, dass neben dem Spital Wallis (GNW), der Walliser Ärztesgesellschaft und den Dachorganisationen der als gemeinnützig anerkannten Alters- und Pflegeheime und der sozialmedizinischen Zentren auch die Privatkliniken in der kantonalen Koordinationsinstanz vertreten sind. Weitere Institutionsarten können sich anschliessen.

Die kantonale Koordinationsinstanz wird unter die Leitung eines Vorstands gestellt, dem das Personal untersteht. Im Vorstand sind alle Ansprechpartner vertreten.

Im Rahmen der Parlamentsdebatten zum Gesetz über die Langzeitpflege wurde entschieden, der kantonalen Koordinationsinstanz keine eigene Rechtspersönlichkeit zu verleihen, damit keine zusätzliche rechtliche Einheit mit den entsprechenden Kosten entsteht. Die Kommission schlägt vor, die kantonale Koordinationsinstanz administrativ einer der Partnerinstitutionen anzugliedern. Die Angliederung könnte beispielsweise am ZIWS erfolgen, das eine neutralere Position als die anderen Partner einnimmt, letztere sind direkte Nutzer der kantonalen Koordinationsinstanz.

Die Kommission schlägt vor, dass die kantonale Koordinationsinstanz als delegierte Tätigkeit der Aufsicht und Verantwortung des Departements untersteht und folglich als solche vom Kanton gemäss Art. 19 finanziert wird.

### **5.2 2. Kapitel: Spital Wallis**

Anlässlich der Erarbeitung des GKAI 2011 wurde entschieden, die Benennung „Gesundheitsnetz Wallis“ in „Spital Wallis“ zu ändern, damit dieses ab dem Inkrafttreten der freien Spitalwahl besser als Spital erkannt wird. Die Kommission übernimmt diesen

Vorschlag im Vorentwurf zum Gesetz. Der neue Name erlaubt es, auf die Spitaltätigkeit hinzuweisen, da die Idee eines Netzwerks, das auch die Alters- und Pflegeheime und die sozialmedizinischen Zentren (Spitex) umfasste, aufgegeben wurde.

Die Bezeichnung "Spital Wallis" entspricht dem Erscheinungsbild, für das sich das Gesundheitsnetz Wallis entschieden hat, um seine Sichtbarkeit und seine interne und externe Identifikation zu verstärken. Es ist tatsächlich so, dass der Name „Gesundheitsnetz Wallis“ nicht genügend mit einer Betriebsführung, einer Kultur und einer gemeinsamen Unternehmensstrategie assoziiert wird. Zahlreiche Personen (Patientinnen und Patienten, Partnerinstitutionen usw.) verstehen nicht, dass das GNW einen einzigen Betrieb darstellt. Der Begriff GNW ist nicht explizit mit dem Spitalbegriff verbunden, deshalb muss das GNW in der externen Kommunikation ständig darauf hinweisen, dass es sich um ein Spital handelt.

## **1. Abschnitt: Statut und Organisation**

### **Art. 24: Statut und Ziele des Spitals Wallis**

Die Rechtspersönlichkeit als öffentlich-rechtliche Anstalt wird beibehalten (GKAI 2006, Art. 13). Es wird hinzugefügt, dass das Spital Wallis im Handelsregister eingetragen ist, um die Identifizierung des Spitals Wallis zu vereinfachen und Verwechslungen mit dem Kanton zu vermeiden.

Die Kommission schlägt vor, die Ziele des Spitals Wallis umzuformulieren und seine allgemeine Aufgabe unter Absatz 2 und die angebotenen Leistungen unter Absatz 3 festzuhalten. Absatz 2 überträgt dem Spital Wallis Aufgaben im öffentlichen Interesse der Walliser Bevölkerung und anderen Patientinnen und Patienten, denen es eine hochwertige Versorgungsqualität anbietet. In Absatz 3 wird das Leistungsangebot präzisiert, namentlich die Spitalversorgung (stationär, ambulant und Notfallstation), die Prävention, die Lehre und Forschung.

Wie vom GKAI 2006 vorgesehen (Art. 13) wird die Möglichkeit, dass der Staatsrat dem Spital Wallis weitere Aufträge erteilen kann, aufrechterhalten. Von dieser Bestimmung wird bereits Gebrauch gemacht, da der Staatsrat das GNW beauftragt hat, das Alters- und Pflegeheim Gravelone zu betreiben sowie den gefängnismedizinischen Dienst wahrzunehmen.

### **Art. 25: Zusammensetzung Spital Wallis**

Die Zusammensetzung des Spitals Wallis wird gemäss den heute geltenden Bestimmungen beibehalten (GKAI 2006, Art. 14). Eine Ausnahme bildet das Spital Chablais, für das angesichts seiner baldigen Aufhebung und der Tatsache, dass seine Tätigkeit vom Spital Riviera-Chablais Waadt-Wallis übernommen wird, eine Übergangsbestimmung eingeführt wird (siehe Artikel 49). Die Zusammensetzung wurde umformuliert, damit die Integration des Walliser Zentrums für Pneumologie und die Psychiatrischen Institutionen des Mittel- und Unterwallis berücksichtigt werden.

Absatz 1 legt die Organisation des Spitals Wallis in zwei Spitalzentren (französischsprachiges Wallis und Oberwallis) gesetzlich fest. Der Begriff Spital wird ersetzt durch Spitalstandort. Um das regionale Gleichgewicht zu wahren, wird die Aufzählung der Standorte beibehalten.

Wie dies schon von der heutigen Gesetzgebung vorgesehen ist (GKAI 2006, Art. 14), wird in Absatz 2 festgehalten, dass die Zusammensetzung des Spitals Wallis auf dem Verordnungswege und unter Genehmigung des Grossen Rats angepasst werden kann.

Die Kommission hat auch den Status des ZIWS und seine Integration ins Spital Wallis diskutiert. Heute ist das ZIWS eine Stiftung, die gemäss dem ersten Dekret über das GNW seit 2002 ins Spital Wallis integriert ist. Diese Lösung wurde im Dekret von 2003, im GKAI 2006 und im GKAI 2011 bestätigt. Der Stiftungsrat setzt sich zusammen aus den Mitgliedern des Verwaltungsrats des Spital Wallis und von zwei Vertretern der Dienststelle für Gesundheitswesen (darunter der Kantonsarzt).

Die Option für eine Selbständigkeit des ZIWS wurde von der Kommission berücksichtigt. Die Mehrheit der Kommission ist der Meinung, dass zwischen dem ZIWS und dem Spital Wallis kein Interessenskonflikt besteht. Die Erhaltung des ZIWS in der Form einer ins Spital Wallis integrierten Stiftung bringt gewisse Vorteile mit sich, insbesondere das Angebot einer neutralen Unterbringung im Rahmen der Harmonisierung der Informatisierung der Alters- und Pflegeheime und der sozialmedizinischen Zentren (Spitex) (und gegebenenfalls der kantonalen Koordinationsinstanz, die in Art. 23 vorgesehen ist). Die Kommission ist der Meinung, dass der Einbezug von weiteren Institutionen in den Stiftungsrat in Betracht gezogen werden sollte.

#### **Art. 26: Beziehung zum Spital Riviera-Chablais Waadt-Wallis**

Dieser neue Artikel verweist darauf, dass die Beziehung zwischen dem Spital Wallis und dem Spital Riviera-Chablais Waadt-Wallis über interkantonales Recht geregelt wird, das heisst über die interkantonale Vereinbarung über das Spital Riviera-Chablais Waadt-Wallis vom 17. Dezember 2008.

#### **Art. 27: Leistungsvertrag mit dem Spital Wallis**

Angesichts der Bedeutung des Spitals Wallis (95% der Spitalaufenthalte im Kanton) und seines Statuts als öffentlich-rechtliche Anstalt schlägt die Kommission die Einführung eines besonderen Artikels über die Leistungsverträge mit dem Spital Wallis vor. Dieser Artikel gilt zusätzlich zum allgemeinen Artikel über die Leistungsverträge (Art. 11). Er sieht vor, dass Leistungsverträge des Spitals Wallis mit dem Staatsrat für eine Dauer von vier Jahren abgeschlossen werden und dass nach deren Ablauf jeweils eine externe Evaluation durchgeführt wird. Der Vertrag hält die Ausführungsbestimmungen zum Leistungsauftrag fest, die dem Spital Wallis gemäss dem KVG übertragen wird sowie die kantonalen Subventionsbedingungen- und Modalitäten für die delegierten Tätigkeiten und die gemeinwirtschaftlichen Leistungen, die dem Spital Wallis übertragen werden.

#### **Art. 28: Organe des Spitals Wallis**

Der Inhalt dieses Artikels entspricht Artikel 16 GKAI 2006. Bei der Erarbeitung des GKAI 2011 wurde das Revisionsorgan hinzugefügt. Die Kommission schlägt vor, die Version aus dem GKAI 2011 zu übernehmen. Sie wünscht, die Organe für die Direktionen der Spitalzentren aufrechtzuerhalten, damit gewährleistet bleibt, dass jedes Zentrum über eine lokale Direktion verfügt.

Im Kommentar zum GKAI- Entwurf 2011 ist festgehalten, dass die Revisionsstelle bei der Genehmigung der Rechnung und der Aufsicht über diese Institution eine zentrale Rolle spielt. Ihr Jahresbericht stellt sicher, dass die Finanzbuchhaltung keine bedeutsamen Anomalien aufweist und dass die Rechnungslegung den geltenden Normen entsprechend erfolgte. Der Bericht und die Kommentare der Revisionsstelle dienen dem Staatsrat insbesondere als Grundlage um die Rechnung des Spitals Wallis zu genehmigen. Dieses externe Organ existiert seit der Schaffung des GNW, auch wenn es bisher nicht formell im Gesetz Eingang gefunden hat.

Gemäss Artikel 38 Abs. 2 GKAI bestimmt der Staatsrat die Revisionsstelle auf Vorschlag vom Spital Wallis.

#### **Art. 29: Zusammensetzung des Verwaltungsrats**

Die Zusammensetzung des Verwaltungsrats wird im Vergleich zum heutigen Gesetz (GKAI 2006, Art. 17) nicht verändert. Die Kommission schlägt vor, Absatz 1 um eine Bestimmung zu erweitern, die besagt, dass der Staatsrat dafür sorgen muss, dass die medizinischen Berufe im Verwaltungsrat vertreten sind. Die Kommission hat hingegen darauf verzichtet, die Zusammensetzung des Verwaltungsrats detaillierter festzulegen. Sie ist der Auffassung, dass der Staatsrat für die Auswahl der Mitglieder über einen gewissen Handlungsspielraum verfügen muss.

#### **Art. 30: Kompetenzen des Verwaltungsrats**

In diesem Artikel werden die unveräusserbaren Zuständigkeiten des Verwaltungsrats festgehalten. Die Kommission schlägt als Ersatz für die Artikel 15 (Zuständigkeiten GNW) und Artikel 18 (Zuständigkeiten Verwaltungsrat) des GKAI 2006 (die den Artikel 29 und 32 im GKAI 2011 entsprechen) eine neue Formulierung vor.

Folgende neue Bestimmungen werden eingeführt: die Definition der institutionellen Politik (Buchstabe a), die Vertretung der Ärzteschaft und der Pflegefachpersonen (Bst. e), die Abstimmung zwischen den verschiedenen Pflegeberufen und der Generaldirektion (Bst. h), die Einsetzung eines internen Kontrollsystems (Bst. i), die Aufteilung der medizinischen Disziplinen auf die verschiedenen Standorte basierend auf dem Leistungsauftrag (Bst. m) und die Information und Kommunikation gegenüber der Bevölkerung und den Patientinnen und Patienten (Bst. g). Buchstabe k wird mit dem Verweis versehen, dass die Budgets und Rechnungen nicht nur konsolidiert, sondern auch für jedes Spitalzentrum einzeln eingereicht werden müssen (Spitalzentrum des französischsprachigen Wallis und Spitalzentrum Oberwallis).

Aus Gründen der administrativen Vereinfachung wird die detaillierte Aufzählung der vom Spital Wallis erlassenen Richtlinien abgeschafft. Die Elemente bezüglich des Spital Chablais werden in die Übergangsbestimmungen aufgenommen.

Buchstabe p übernimmt die Bestimmungen aus Artikel 10 des Dekrets betreffend die Spitalfinanzierung vom 15. Dezember 2011. Der Verwaltungsrat muss über die Kompetenz verfügen, die Vergabekriterien für Aufträge festzusetzen, unter Berücksichtigung der vom Staatsrat auf dem Verordnungswege vorgegebenen Beschränkungen. In Anwendung dieser Bestimmung müssen nur Vergaben, die der kantonalen Subventionierung unterliegen, der zuständigen Kantonsbehörde zur vorgängigen Genehmigung unterbreitet werden (Art. 33 Verordnung über das öffentliche Beschaffungswesen vom 11. Juni 2003). Investitionen, die indirekt vom Kanton und den Versicherern im Rahmen der KVG-Tarife finanziert werden, sind nicht der vorgängigen Genehmigung unterstellt.

#### **Art. 31: Generaldirektion des Spitals Wallis und Spitalzentrumsdirektionen**

Dieser Artikel entspricht Artikel 19 des GKAI 2006. In Absatz 1 wird hinzugefügt, dass die Generaldirektion sich an der Erarbeitung der institutionellen Politik beteiligt. Diese wird gemäss Artikel 30 Buchstabe a vom Verwaltungsrat festgelegt.

#### **Art. 32: Ärztekollegium der Spitalzentren**

Die Kommission schlägt vor, einen neuen Artikel einzuführen, mit dem pro Spitalzentrum ein Ärztekollegium geschaffen wird, das eine beratende und informative Funktion bei den

Leitungsinstanzen im Bereich der ärztlichen Strategie, der Qualitätspolitik, dem ärztlichen Personalwesen und medizinisch-technischen Investitionen inne hat. Das Ärztekollegium ist zudem für die Kohäsion der verschiedenen Bereiche und die Beziehungen zu den externen Ansprechpartnern zuständig.

Dieser Vorschlag wurde von den Empfehlungen des FHF-Audit des GNW sowie den Erfahrungen aus der Vergangenheit inspiriert, als solche Kollegien in den Regionalspitalern existierten. Sie sind mit der Schaffung des GNW verschwunden. Die Kommission weist darauf hin, dass sowohl in der interkantonalen Vereinbarung über das Spital Riviera-Chablais Waadt-Wallis sowie im Gesetz über das Freiburger Spital ebenfalls ein Ärztekollegium vorgesehen ist.

### **Art. 33: Qualitätskontrolle der medizinischen Leistungen und der Kontrolle**

Artikel 33 wird vorgeschlagen, um die Qualitätskontrolle der medizinischen und pflegerischen Versorgung innerhalb des Spitals Wallis zu verbessern. Zu diesem Zweck wird eine eigene Abteilung gegründet. Sobald eine Funktionsstörung auftritt, müssen die Führungsorgane umgehend benachrichtigt und Korrekturmassnahmen ergriffen werden. Die Qualitätskontrolle kommt zur in Artikel 30 (Bst. i) vorgesehenen internen Kontrollstelle hinzu, die hauptsächlich für finanzielle Belange zuständig ist. Sie soll die heutige Qualitätsabteilung des Spitals Wallis verstärken, die nur administratives Personal, aber keine Ärztinnen oder Ärzte umfasst.

### **Art. 34: Einsicht in Patientenakten: Verfahren**

Da die Anfragen um Einsicht in Patientenakten gestiegen sind, schätzt es die Kommission als nötig ein, im GKAI eine Bestimmung einzuführen. Diese soll für das Spital Wallis ein Verfahren festhalten, wie dies schon andere Einrichtungen gemacht haben (CHUV, SUVA, etc.). Dieser Artikel präzisiert, dass die Gesuche beim Rechtsdienst des Spitals Wallis eingereicht werden müssen. Besteht ein Grund, der die Weitergabe der Angaben verhindert, stellt der Rechtsdienst eine Verfügung aus, gegen die beim Kantonsgericht Beschwerde eingereicht werden kann. Für das Spital Wallis als öffentlich-rechtliche Anstalt kommt das Gesetz über das Verwaltungsverfahren und die Verwaltungsrechtspflege (VVRG) zur Anwendung.

Dieser Artikel gilt nur für das anwendbare Verfahren. Die Grundsätze über den Zugang zu den Patientenakten sind im Gesundheitsgesetz und der Rechtsprechung festgehalten.

### **Art. 35: Arbeitsverhältnisse**

Dieser Artikel entspricht inhaltlich Artikel 20 GKAI 2006. Er wurde für ein leichteres Verständnis sinngemäss umformuliert.

### **Art. 36: Verantwortlichkeit**

Der Inhalt dieses Artikels entspricht Artikel 21 des GKAI 2006 mit folgenden Anpassungen.

In Absatz 1 wird auf die Verantwortlichkeit der Organe hingewiesen, nicht nur der Mitglieder des Verwaltungsrats und der Generaldirektion.

In Absatz 5 wurde ergänzt, dass dieser Artikel nicht gilt für private ambulante Tätigkeiten von Kaderärzten in ihren Privatpraxen im Spital Wallis. Diese Tätigkeit ist privatrechtlich und nicht öffentlich-rechtlich geregelt.

## **2. Abschnitt: Zuständigkeiten Grosser Rat und Staatsrat**

### **Art. 37: Grosser Rat**

Dieser Artikel überträgt dem Grossen Rat die Oberaufsicht über das Spital Wallis. Er wurde ohne Änderung aus dem GKAI 2006 übernommen (Art. 11).

### **Art. 38: Staatsrat**

Dieser Artikel legt die Zuständigkeiten des Staatsrats gegenüber dem Spital Wallis fest. Er übernimmt die entsprechenden Bestimmungen des GKAI 2006 (Art. 12, Abs. 4 und 6 bis 9), ausser der vorgängigen Genehmigung der Ernennung des Generaldirektors, die in Artikel 30 übertragen wurde.

Die Revisionsstelle muss den geltenden Gesetzesgrundlagen und Standards entsprechen.

## **3. Abschnitt: Kantonale Subventionen Spital Wallis**

Im Gegensatz zum GKAI 2011 (Art. 36) enthält der vorliegende Entwurf keinen besonderen Artikel über die KVG-Finanzierung des Spitals Wallis. Ein solcher Artikel ist nicht nötig, da Artikel 13 über die Spitalleistungen gemäss KVG für alle Krankenanstalten und -institutionen gilt, einschliesslich des Spitals Wallis.

### **Art. 39: Besondere Bedingungen für das Spital Wallis**

Wie im Kommentar zum Abschnitt 4 im ersten Kapitel des Gesetzes festgehalten, untersteht die Finanzierung von Leistungen, die nicht vom KVG gedeckt sind, wie gemeinwirtschaftliche Leistungen oder die delegierten Tätigkeiten, dem kantonalen Recht und damit besonderen Bestimmungen. Artikel 39 legt für das Spital Wallis die Bedingungen fest, für die Finanzierung von Leistungen, die nicht vom KVG vergütet werden. Diese Bedingungen sind dieselben wie in Artikel 22 des GKAI 2006.

### **Art. 40: Umlaufvermögen**

Dieser Artikel übernimmt unverändert Artikel 11 aus dem Dekret betreffend die Spitalfinanzierung vom 15. Dezember 2011. Dieselben Bestimmungen sind schon im GKAI 2006 enthalten (Art. 34). Sie wurden im Dekret mit der Berücksichtigung der Investitionen (Abs. 1) und mit der Möglichkeit, zusätzliche Bürgschaften für neue Bauten zu gewähren (Abs. 2), vervollständigt. Dies für den Fall, dass die im KVG-Tarif enthaltenen Beträge für die Abgeltung der Investitionskosten nicht ausreichen.

## **4. Abschnitt: Infrastrukturen**

### **Art. 41: Unbewegliche Infrastrukturen im Eigentum des Kantons**

Wie im GKAI 2006 (Art. 45) vorgesehen, ist der Kanton Eigentümer der unbeweglichen Infrastrukturen (Grundstücke und Bauten) der Einrichtungen, die das Gesundheitsnetz Wallis bilden sowie des Walliser Teils des Spitals Chablais. Bis 2011 wurden diese Infrastrukturen dem GNW kostenlos zur Verfügung gestellt und die Investitionen wurden vollständig vom Kanton übernommen.

Mit der Integration der Investitionen in die KVG-Tarife ab 2012 mussten diese Bestimmungen angepasst werden. In Artikel 12 des Dekrets betreffend die Spitalfinanzierung vom 15. Dezember 2011 ist vorgesehen, dass die Investitionskosten des GNW künftig über die Spitaltarife finanziert werden. Der Kanton bleibt Eigentümer der Immobilien und Grundstücke

und stellt diese dem GNW zur Verfügung. Er stellt ihm die Zinsen und Abschreibungen gemäss den Bundesbestimmungen in Rechnung. Die Betriebskosten, neue Investitionen sowie Unterhalts- und Renovierungskosten für die unbeweglichen Infrastrukturen werden vom GNW finanziert und den Spitaltarifen angerechnet (bezahlt von Versicherern und Kanton). Der Erwerb von neuen Grundstücken kann vom Kanton finanziert werden, insofern die dazugehörigen Kosten nicht in die Tarife eingeschlossen werden können.

Artikel 41 des Vorentwurfs zum Gesetz enthält den unveränderten Artikel 12 des Dekrets betreffend die Spitalfinanzierung vom 15. Dezember 2011. Der Begriff GNW wird jeweils durch "Spital Wallis" ersetzt.

#### **Art. 42: Unbewegliche Infrastrukturen, die nicht auf den Staat übertragen worden sind**

Dieser Artikel übernimmt unverändert Artikel 13 des Dekrets betreffend die Spitalfinanzierung vom 15. Dezember 2011 (GNW wird durch Spital Wallis ersetzt). Die Investitionskosten für die unbeweglichen Infrastrukturen, die nicht dem Kanton übertragen worden sind, werden nicht mehr subventioniert, sondern KVG-konform in die Tarife aufgenommen.

#### **Art. 43: Bewegliche Infrastrukturen**

Dieser Artikel übernimmt ohne Änderungen Artikel 13 aus dem Dekret betreffend die Spitalfinanzierung vom 15. Dezember 2011 (GNW wird durch Spital Wallis ersetzt). Mit Ausnahme der Grundstücke und Bauten befinden sich die beweglichen Infrastrukturen gemäss dem GKAI 2006 (Art. 45) im Eigentum des Spitals Wallis. Die Kosten der beweglichen Infrastrukturen werden vom Spital Wallis über die Spitaltarife finanziert.

#### **Art. 44: Genehmigung der Investitionen durch den Kanton**

Dieser Artikel übernimmt unverändert Artikel 9 des Dekrets betreffend die Spitalfinanzierung vom 15. Dezember 2011 (GNW wird durch Spital Wallis ersetzt), mit Ausnahme des ersten Absatzes, der ausführt, dass das Spital Wallis die vom Staatsrat erstellte Planung einhalten muss. Die Kommission ist der Meinung, dass dieser Verweis nicht nötig ist, da die Pflicht zur Einhaltung der Planung bereits in Artikel 14 für alle Krankenanstalten und -institutionen festgehalten ist.

Mit diesem Artikel behält der Staat die Aufsicht und Kontrolle über die Investitionen des Spitals Wallis, die für die kantonale Gesundheitspolitik von grundlegender Bedeutung sind.

#### **Art. 45: Gewinnbeteiligung im Falle des Verkaufs von Spitalinfrastrukturen**

Die Bestimmungen aus dem GKAI 2006 bezüglich der Übertragung der Infrastrukturen werden im vorliegenden Gesetzesentwurf nicht mehr aufgeführt, da die Übertragung abgeschlossen ist. Nur der Artikel über die Gewinnbeteiligung im Falle des Verkaufs von Spitalinfrastrukturen wird beibehalten und in den 4. Abschnitt aufgenommen. Gemäss diesem Artikel gibt die Veräusserung eines dem Kanton übertragenen Gebäudes in einem Zeitraum von 50 Jahren dem ehemaligen Besitzer das Recht auf einen Anteil am Gewinn. Wie dies im GKAI 2011 (Art. 47, Abs. 2) vorgesehen war, läuft das im Grundbuch eingetragene Vorkaufsrecht von 50 Jahren ab dem Inkrafttreten des GKAI am 1. Februar 2007 bis zum 31. Januar 2057, um die Verfahren zu vereinfachen und alle Spitalvereinigungen gleich zu behandeln.



### **5.3 3. Kapitel: Kontrollen und Sanktionen**

#### **Art. 46: Aufsicht und Kontrolle**

Dieser Artikel wurde aus dem GKAI 2006 übernommen (Art. 43). Er wurde anlässlich der Erarbeitung des GKAI 2011 dahingehend umformuliert, dass er nicht nur für subventionierte, als gemeinnützig anerkannte Einrichtungen gilt, sondern für alle Anstalten und Institutionen. Somit unterstehen Krankenanstalten und -institutionen, die Subventionen erhalten und Spitäler, die in der kantonalen Spitalliste eingetragen sind, der kantonalen Kontrolle.

Die Kommission schlägt vor, dass die Einhaltung der Leistungsaufträge und Leistungsverträge, die Subventionierung und die Versorgungsqualität kontrolliert werden (anstelle der Einhaltung des Auftrags, des Voranschlags, der Rechnung und der Verwendung der Subventionen aus dem GKAI 2006).

#### **Art. 47: Sanktionen**

Dieser Artikel wurde ebenfalls aus dem GKAI 2006 übernommen (Art. 44) und umformuliert, damit er für alle Einrichtungen gilt (siehe Kommentar Art. 46).

### **5.4 4. Kapitel: Übergangs- und Schlussbestimmungen**

#### **Art. 48: Richtlinien**

Die Kommission schlägt vor, einen neuen Artikel aufzunehmen, der dem Departement die Rechtsgrundlage gibt um zur Umsetzung des Gesetzes Richtlinien zu erlassen. Die Verfahren sollen insbesondere bezüglich der Fristen präzisiert werden.

#### **Art. 49: Spital Chablais**

Diese Bestimmung wurde aus Art. 15 (Abs. 3) des GKAI 2006 übernommen und in die Übergangsbestimmungen übertragen (siehe Kommentar zu Artikel 30 oben). Der Text wurde angepasst und berücksichtigt die künftige Eröffnung des Spitals Riviera-Chablais Waadt-Wallis.

#### **Art. 50: Änderungen im Gesundheitsnetz**

Dieser Artikel führt Änderungen ein, die die Kommission im Gesundheitsgesetz anbringen möchte. Es wurden nur Änderungen berücksichtigt, die in direktem Zusammenhang mit den Krankenanstalten und -institutionen stehen. Die Kommission hat zudem unter Punkt 6 Vorschläge für weitere Bestimmungen des Gesundheitsgesetzes im Hinblick auf eine spätere Totalrevision dieses Gesetzes formuliert.

#### Art. 5: Staatsrat

Absatz 1 wird durch eine Bestimmung vervollständigt, die vorsieht, dass der Staatsrat Gesundheitsregionen nach Versorgungsarten festlegen kann. Diese Änderung berücksichtigt die Aufhebung dieser Bestimmung in Artikel 7 des GKAI über die Gesundheitsplanung (siehe oben).

Absatz 4 enthält die Bestimmungen zum jährlichen Bericht zur Gesundheitspolitik. Er entspricht der Empfehlung, diese Bestimmung aus dem GKAI ins Gesundheitsgesetz zu übertragen (siehe Kommentar zum Artikel 6 GKAI oben).

#### Art. 6: Gesundheitsdepartement

Im neuen Absatz 3 wird präzisiert, dass das Gesundheitsdepartement regelmässige Kontrollen der Krankenanstalten und -institutionen veranlasst. Unter einer regelmässigen Kontrolle werden häufigere Kontrollen als bisher verstanden. Es sollen beispielsweise gewisse Aspekte in einem Jahr und andere in den folgenden Jahren kontrolliert werden. Dies erfordert, dass der Grosse Rat genügend Mittel zur Verfügung stellt, um wirksame Kontrollen durchzuführen.

#### Art. 13bis: Walliser Gesundheitsobservatorium (neu)

Die Kommission schlägt vor, einen Artikel aufzunehmen, in dem die Aufgaben und der Status des Gesundheitsobservatoriums festgehalten werden. Dieses ist beauftragt, gesundheitsrelevante Daten zu erfassen und auszuwerten. Ihm wird ein Status als öffentlich-rechtliche Anstalt zugeordnet, damit seine Unabhängigkeit gewährleistet bleibt. Dies entspricht den Empfehlungen des FHF-Audit. Die berücksichtigten Ausgaben werden vom Kanton übernommen.

#### Art. 84: Gegenstand und Definition

Im GKAI 2011 wurde vorgesehen, Artikel 84 (Absatz 2, 2. Satz) des Gesundheitsgesetzes zu vervollständigen und den Begriff "Pflege" mit "kurative und palliative Pflege" zu ersetzen. Dieser Vorschlag wird hier aufgenommen.

#### Kapitel 3: Verpflichtungen der Krankenanstalten und -institutionen

Das neue Kapitel 3 des fünften Titels des Gesundheitsgesetzes betreffend die Aufsicht über die Krankenanstalten und -institutionen enthält Verpflichtungen der Krankenanstalten -und institutionen. Es besteht aus 3 neuen Artikeln:

- Art. 91bis: Sicherheits- und Qualitätsstandards (neu)
- Art. 91ter: Qualitätssicherung (neu)
- Art. 91quater: Orientierung der Öffentlichkeit (neu)

Der Artikel 92 über die Werbung wird in das neue Kapitel 3 aufgenommen.

Diese Artikel zielen darauf ab, im Gesundheitsgesetz folgende Verpflichtungen der Krankenanstalten und -institutionen festzuhalten:

- Einhaltung von national und international anerkannten Qualitäts- und Sicherheitsstandards,
- Verlegungen des Patienten/der Patientin, wenn diese Standards nicht gewährleistet sind,
- Qualitätssicherung,
- Veröffentlichung von bestimmten Angaben (Qualitätsindikatoren, Liste der leitenden Ärzten und Kaderärzten, genehmigte Spitaltarife).

Die Kommission verzichtet auf eine Auflistung der verlangten Qualitätsindikatoren, da diese für die verschiedenen Disziplinen unterschiedlich ausfallen und sich über die Zeit entwickeln. Gemäss Artikel 49 Abs. 8 KVG muss der Bundesrat in Zusammenarbeit mit den Kantonen schweizweit Betriebsvergleiche zwischen Spitälern veröffentlichen (insbesondere zu Kosten und medizinischer Ergebnisqualität). Zu diesem Zweck wurde der nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) geschaffen.

## **6 Vorschläge im Hinblick auf eine spätere Totalrevision des Gesundheitsgesetzes**

Im Anschluss an die Debatten während der Referendumskampagne hat die Kommission verschiedene Vorschläge in Zusammenhang mit den Patientenrechten behandelt. In Anbetracht der Komplexität der Materie, sowohl ethisch wie auch juristisch, gibt die Kommission im Hinblick auf eine spätere Totalrevision des Gesundheitsgesetzes lediglich einige Überlegungsansätze vor.

### **6.1 Neues Erwachsenenschutzrecht**

Am 1. Januar 2013 ist eine Änderung des Schweizerischen Zivilgesetzbuches bezüglich des neuen Erwachsenenschutzrechts in Kraft getreten. Die Konformität des Walliser Gesundheitsgesetzes mit diesen neuen Bestimmungen muss vertieft analysiert werden. Besonders betroffen sind die Bestimmungen über die Patientenverfügungen und die Zwangsmassnahmen sowie die Bestimmungen in Zusammenhang mit der Einwilligung und Aufklärung der Patientinnen und Patienten.

Es muss die Frage geklärt werden, ob solche besonderen Bestimmungen in der kantonalen Gesetzgebung enthalten sein müssen, um eine Schwächung der Patientenrechte zu verhindern. Beispielsweise gibt das neue Bundesrecht vor, dass Patientenverfügungen nur von den Ärztinnen und Ärzten berücksichtigt werden müssen, die kantonale Gesetzgebung hingegen sieht vor, dass diese von allen Gesundheitsfachpersonen eingehalten werden müssen.

Die Koordination mit den Zwangsmassnahmen muss ebenfalls untersucht werden. Das Bundesrecht sieht vor, dass diese unter gewissen Umständen für nicht urteilsfähige Patientinnen und Patienten möglich sind; das Kantonsrecht sieht vor, dass solche, unter sehr eingeschränkten Bedingungen auch für urteilsfähige Patientinnen und Patienten möglich sind.

### **6.2 Arztgeheimnis**

Die Kommission schlägt vor, die Mittel zu untersuchen, die Angehörigen von verstorbenen Patienten einen besseren Zugang zum Patientendossier und eine Vereinfachung der Verfahren ermöglichen. Es soll vermieden werden, dass Ärztinnen und Ärzte, die einen Fehler begangen haben, sich hinter dem Arztgeheimnis verstecken können. Diese Thematik ist komplex und heikel. Eine Lockerung der geltenden Bestimmungen betreffend das Arztgeheimnis könnte im Widerspruch zu den Patientenrechten stehen – beispielsweise, wenn ein Patient, der in psychiatrischer Behandlung war, nicht wünscht, dass seine Angehörigen davon erfahren.

### **6.3 Aufklärung Patientinnen und Patienten und Bevölkerung**

Die Kommission hat die Problematik der Informationen diskutiert, die den Patientinnen und Patienten bei Spitaleintritt gegeben werden. Viele Patientinnen und Patienten wissen nicht, wer für ihre Behandlung verantwortlich ist und sind grundsätzlich mit mehreren Assistenzärztinnen und -ärzten in Kontakt. Wenn Informationen abgegeben werden, können sich Patientinnen und Patienten häufig nicht mehr daran erinnern. Sie erhalten bei Spitaleintritt eine Fülle von medizinischen Informationen, die sie angesichts des Schocks der Diagnose und Behandlung nur schwer verarbeiten können.

Diese Problematik muss vermutlich nicht auf Gesetzesebene geregelt werden. Die Kommission möchte dies aber im Bericht aufführen.

Um die Bevölkerungsinformation zu verstärken, schlägt die Kommission vor, zu untersuchen, ob die verschiedenen vom Gesetz vorgesehenen Kommissionen Tätigkeitsberichte veröffentlichen sollten.

#### **6.4 Mediation**

Trotz der Einführung innovativer Gesetzesgrundlagen im Gesundheitsgesetz und in der Verordnung über die Ausübung und Beaufsichtigung der Gesundheitsberufe, ist die Mediation insbesondere wegen einer zu geringen Anzahl von Mediatoren noch nicht genügend verankert.

Die Kommission möchte unterstreichen, dass es notwendig ist, dass die Mediation verstärkt wird. Dies erfordert nicht gezwungenermassen eine Gesetzesänderung, aber die Instrumente für den Umgang mit Beschwerden (Mediatoren, Aufsichtskommission über die Gesundheitsberufe) müssen überdacht werden. Eine vertiefte Untersuchung in diesem Sinne ist im Gange. Die Anzahl Mediatoren, die über eine entsprechende Fachausbildung verfügen, muss ebenfalls erhöht werden.

### **7 Schlussfolgerungen**

Die ausserparlamentarische Kommission legt ein Gesetzesvorentwurf vor, der die wichtigsten Anliegen, die im Rahmen des Referendums geäussert wurden und die wichtigsten Vorschläge aus dem Audit der Fédération hospitalière de France (FHF) enthält. Während der Erarbeitung haben sich die Mitglieder der Kommission für die Patienten eingesetzt, und zwar im Bereich Versorgungsqualität, der Wirtschaftlichkeit und der Transparenz ebenso wie beim Einbezug der Pflegenden in die Entscheide zum Leistungsangebot.

Die Kommission verleiht dem Walliser Gesundheitsobservatorium als öffentlich-rechtliche Anstalt mit eigener Rechtspersönlichkeit eine unabhängige Struktur mit einer eindeutigen Führungsstrategie, damit die für die kantonale Gesundheitspolitik erforderlichen Daten zur Verfügung stehen und sich ein kohärentes Gesundheitssystem entwickeln kann.

Die Kommission unterstreicht die Wichtigkeit der institutionenübergreifenden Koordination, für das Wohl der Patientinnen und Patienten. Die Koordination soll auch zur Reduzierung der Aufenthaltsdauer beitragen und die Arbeit der Alters- und Pflegeheime und der sozialmedizinischen Zentren (Spitex) durch eine bessere Antizipation erleichtern. Die Koordination betrifft nicht nur den Spitalaustritt, sondern auch den Eintritt ins Alters- und Pflegeheim sowie Aufenthalte in Kurzaufenthaltsbetten und Tages- und Nachtstrukturen. Es werden Vorschläge formuliert, um die Koordination zwischen den verschiedenen Leistungsanbietern zu konsolidieren.

Der von der Kommission erarbeitete Gesetzesvorentwurf garantiert das regionale Gleichgewicht im Spitalwesen und erlaubt es diesem, sich den Herausforderungen des medizinischen und technologischen Fortschritts zu stellen. Es sieht eine Spitalversorgung mit einem Grundangebot in allen drei Regionen des Kantons vor. Die medizinischen Disziplinen werden – wo nötig – zentralisiert, damit ein genügend grosses Patientenvolumen erreicht werden kann, um eine hohe Versorgungsqualität zu gewährleisten. Die Zweisprachigkeit in den zentralisierten Disziplinen wird garantiert.

Diese Rahmenbedingungen sind notwendig, um eine qualitativ hochwertige Spitalversorgung im Wallis zu garantieren und zu verhindern, dass eine wachsende Anzahl Patientinnen und Patienten sich an Leistungserbringer ausserhalb des Kantons wendet. Die Kommission

schlägt vor, dass das Spital Sitten für die Disziplinen, die dort zentralisiert sind, zum Kantonsspital ernannt wird. Die Gewinnung von Ärztinnen und Ärzten und Pflegefachpersonen soll dadurch erleichtert werden.

Der Gesetzesvorentwurf ist geprägt von der Einhaltung des vom KVG vorgegebenen gesetzlichen Rahmens. Die Modalitäten für die Erstellung der Gesundheitsplanung und der Leistungsaufträge werden präzisiert, um eine klare Anwendung der Bundeskriterien zu gewährleisten. Die Finanzierung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen wird garantiert und präzisiert.

Ausserdem wird mit dem Gesetzesvorentwurf die Vertretung der Ärzteschaft in der Gesundheitsplanungskommission und in den Leitungsorganen des Spitals Wallis gestärkt. Das Ärztekollegium und die Kontrolle der medizinischen und pflegerischen Leistungen werden wieder eingeführt. Die entsprechenden Zuständigkeiten der verschiedenen Behörden werden geklärt und vervollständigt.

Die Kommission bedankt sich beim Grossen Rat für das entgegengebrachte Vertrauen und für die ihr eingeräumte Möglichkeit, sich an der Erarbeitung der Gesundheitsgesetzgebung im Kanton zu beteiligen. Sie hofft, dass die Vorschläge wohlwollend aufgenommen werden und im Interesse der Patientinnen und Patienten und der gesamten Bevölkerung dazu dienen, die Nachhaltigkeit der Versorgungsqualität im Wallis zu sichern.

Stéphane Rossini, Kommissionspräsident