

# Entwurf der Richtlinien der Spital- und Gesundheitsplanung

## Begleitende Botschaft



Inhaltsverzeichnis

<b>1. Zusammenfassung .....</b>	<b>3</b>
<b>2. Einleitung .....</b>	<b>7</b>
<b>3. Begriffsklärungen .....</b>	<b>10</b>
3.1. Die Versorgungsnetze.....	10
3.2. Spitalzone .....	10
3.3. Standort.....	11
3.4. An mehreren Standorten tätige Spitalzentren .....	11
3.5. Die rechtliche Form .....	11
3.6. Langzeitaufenthalte (traditionelles Spital).....	12
3.6.2 Kurzaufenthalte (Spital der Zukunft).....	12
<b>4. Gesetzliche Grundlagen .....</b>	<b>14</b>
4.1. Der Staatsrat : Planungsbehörde.....	14
4.2. Der Staatsrat: Subventionierungsbehörde.....	14
4.3. Die Aufgaben und die Druckmittel der Versicherer .....	16
4.4. Die Aufgabe, die Kompetenzen und die Verantwortlichkeiten der Gemeindeverbände.....	16
<b>5. Das Spitalkonzept und die vorangehenden Planungsentscheide.....</b>	<b>18</b>
5.1. Das Spitalkonzept vom Dezember 1996 .....	18
<i>Die Kantonalisierung gewisser Disziplinen.....</i>	<i>18</i>
5.2. Der Bericht des Staatsrates an den Grossen Rat über seine Gesundheits- und Spitalpolitik: von den 90er Jahren bis ins 21. Jahrhundert.....	19
<b>6. Situation und Klima, welche in den Krankenanstalten vorherrschen .....</b>	<b>20</b>
<b>7. Die Überkapazitäten und die Betriebsausgaben.....</b>	<b>22</b>
7.1. Die Überkapazitäten .....	22
a. Die Abnahme der Krankentage in der Akutpflege von 1990 bis 1999 .....	22
b. Die Entwicklung der Anzahl von Betten .....	23
7.2. Die Betriebsausgaben .....	24
a. Bruttoausgaben der 6 Walliser Akutspitäler .....	24
b. Index der Entwicklung der Bruttoausgaben der Akutspitäler (Schweiz, VS) und Konsumentenpreisindex.....	25
c. Ausgaben der öffentlichen Hand und der Versicherer.....	26
<i>Gesundheitsausgaben der Kantone und der Gemeinden (1997).....</i>	<i>26</i>
<i>Spitalkosten zu Lasten der Krankenpflegeversicherung pro Versicherten .....</i>	<i>27</i>
d. Die Beteiligung der öffentlichen Hand an den Betriebsausgaben .....	28
<i>Kantonale Beteiligung an den Betriebsausgaben .....</i>	<i>28</i>
<i>Beteiligung der Versicherer .....</i>	<i>29</i>
e. Lohnausgaben der Spitäler und der Gesundheitsinstitutionen.....	29
f. Zuteilung der Betriebsergebnisse der Spitäler (1. Januar 2000) .....	29
<b>8. Das in die Vernehmlassung gegebene Szenario .....</b>	<b>30</b>
8.1. Allgemeine Grundsätze über die in mehreren Standorten tätiges Spitalzentrum .....	31
8.2. . Die Spitalzonen.....	32
8.3. Spitaltätigkeit.....	33
<i>Die Spitalzone des Oberwallis .....</i>	<i>33</i>
<i>Die Spitalzone des Mittelwallis.....</i>	<i>35</i>

<i>Das Spital des Chablais</i> .....	37
8.4. Das Szenario der drei Versorgungsnetze mit Standorten für Langzeitaufenthalte und für Kurzaufenthalte: 1. Variante .....	38
a. Zusammenfassende graphische Darstellung des Szenarios .....	38
b. Das Spitalzentrum Oberwallis .....	39
c. Das « Centre Hospitalier Rhodanien » .....	39
d. Das Spital des Chablais .....	40
8.5. Das Szenario der drei Versorgungsnetze mit Standorten für Langzeit- bzw. Kurzaufenthalte .....	41
a. Zusammenfassende graphische Darstellung : .....	41
b. Das « Spitalzentrum Oberwallis .....	42
c. Das „Centre Hospitalier Rhodanien,, (CHR) .....	43
d. Das Spital des „Chablais,, .....	44
e. Die Zusammenarbeit mit den kantonalen und den Readaptations-Anstalten .....	44
<b>9. Die kantonalisierten Disziplinen .....</b>	<b>45</b>
<b>10. Finanzielle Auswirkungen der Reorganisation des Spitalwesens .....</b>	<b>47</b>
10.1. Das « Centre Hospitalier Rhodanien » oder die Schaffung eines Spitalversorgungsnetzes mit den Spitälern von Siders, Sitten und Martinach .....	47
10.2. Die Reorganisation der Oberwalliser Spitäler von Visp und von Brig .....	47
10.3. Finanzierung von neuen Leistungen .....	48
10.4. Auswirkungen auf die Arbeitsplätze .....	48
<b>11. Die im Hinblick auf die Schaffung von in mehreren Standorten tätigen Spitäler gewährten Garantien .....</b>	<b>49</b>
<b>12. Die Aufnahme sämtlicher Leistungserbringer in ein regionales Gesundheitsnetz .....</b>	<b>50</b>
<b>13. Der Zeitplan .....</b>	<b>51</b>
<b>14. Der Tarifvertrag zwischen den Spitälern und den Krankenversicherern .....</b>	<b>51</b>
<b>15 Das Gesundheitsobservatorium .....</b>	<b>52</b>
<b>16. Schlussfolgerung .....</b>	<b>53</b>
<b>17. Literaturverzeichnis .....</b>	<b>55</b>

# 1. Zusammenfassung

Im Kanton Wallis geben die Organisation und die Finanzierung der Spitäler und des gesamten Gesundheitssystems Anlass zu zahlreichen Fragestellungen und Diskussionen in einem immer schwierigeren Kontext. So sind zum Beispiel die nachfolgenden Fragen zu erwähnen:

Wie soll im Jahre 2000 die **Spitalfinanzierung** gewährleistet werden, damit man den Forderungen in bezug auf die Verbesserungen der Arbeits- und Lohnbedingungen gerecht werden kann, währenddem die Verhandlungen mit den Krankenversicherer an der mangelnden Kooperation zwischen den Spitälern scheitern ?

Wie kann den stets strengeren **Anforderungen** der zuständigen Bundesinstanzen in bezug auf die **Qualität der Spitalleistungen** entsprochen werden, währenddem gewisse Spitalabteilungen eine unzureichende kritische Masse von Patienten aufweisen?

Wie können die Befürchtungen der Gemeinden (als Mitglieder der privatrechtlichen Gemeindeverbände, welche die Spitäler verwalten) abgewendet werden, wonach sie beträchtliche Kosten aus **Überkapazitäten** übernehmen müssten, die von Gesetzes wegen weder der Kanton noch die Krankenversicherer übernehmen dürfen?

Wie kann sichergestellt werden, dass sämtliche Patienten des Kantons (als Steuerzahler oder als Versicherte) Zugang zu einer bedarfsgerechten **qualitativ optimalen Spitalpflege zu tragbaren Kosten** haben?

Wie kann eine akutpflegerische Tätigkeit in sämtlichen der gegenwärtigen Standorten der Regionalspitäler beibehalten werden, wobei gleichzeitig Einsparungen zu erzielen sind ?

Wie kann der **Spitalsektor reorganisiert** werden, indem eine Überwälzung der Lasten auf die übrigen Sektoren des Gesundheitssystems, bzw. ein Auftreten von Schwierigkeiten in denselben (Pflegeheime, Sozialmedizinische Zentren) verhindert wird?

Zur Beantwortung dieser Fragen hat **der Staatsrat** im Rahmen seiner Kompetenzen in bezug auf die Gesundheitsplanung, die Finanzierung der Krankenanstalten und auf die Tarifverträge zwischen denselben Anstalten und den Krankenversicherern, **die Richtlinien seiner Gesundheits- und Spitalpolitik für die ersten Jahre des 21. Jahrhunderts** erlassen und bei der kantonalen Kommission für Gesundheitswesen sowie bei den Partnern in die Vernehmlassung gegeben.

Obschon sämtliche Analysen, Überlegungen, Expertisen, Diskussionen, ja sogar Kontroversen der letzten Jahre über die verbesserte Koordination zwischen den Spitälern mit der bemerkenswerten Ausnahme des Spital des Chablais keine Verwirklichungen von Tragweite zur Folge hatten, haben indes zu einem weitgehenden Konsens zwischen den Partnern über die nachfolgenden Punkte geführt, nämlich:

- das Vorhandensein von **Überkapazitäten im Spitalbereich**,
- die **Notwendigkeit, das Walliser Spitalversorgungsnetz** unter Berücksichtigung der Auswirkungen auf sämtliche Partner des Gesundheitssystems vollkommen zu reorganisieren,
- die **Qualität des Leistungsangebotes als Hauptzielsetzung** für die Patienten,
- die freizusetzenden Geldmittel, damit die **Arbeitsbedingungen** sowie die Löhne des Personals der Spitäler sowie der übrigen Krankenanstalten verbessert werden können.

**Aufgrund dieser weitgehend geteilten Feststellungen wurden die vorliegenden Richtlinien nicht plötzlich und überstürzt in Reaktion auf momentane Interventionen, sondern überlegt und im Wissen der Ernsthaftigkeit der Lage, der Zielsetzungen und der Auswirkungen seiner Weichenstellungen erlassen.**

Diese Richtlinien, resultieren aus über Jahre hinweg angestellten Analysen, Überlegungen und mit den Partner intensiv geführten Diskussionen. Diese Richtlinien sind Bestandteil der langen, reichen, unruhigen aber bis anhin kohärenten Geschichte der Walliser Spitalpolitik.

Die beiden letzten Meilensteine dieser Geschichte, nämlich:

- das Walliser Spitalkonzept vom Dezember 1996 (Spitalliste mit Leistungsaufträgen) sowie
- der Bericht des Staatsrates an den Grossen Rat über seine Gesundheits- und Spitalpolitik vom Februar 1999,

enthielten bereits die Grundlagen dieser Richtlinien, welche hauptsächlich die Zielsetzungen verfolgen, **über an mehreren Standorten tätige Spitalzentren eine vernetzte Spitalversorgung vorzusehen.**

Der Grundgedanke, eine bedarfsgerechte Spitalversorgung für den Kanton Wallis über drei an mehreren Standorten tätige Spitalzentren abzudecken ist nicht neu. Indes wurde diese Idee vertieft und präzisiert. Der Staatsrat hat unter verschiedenen, möglichen Varianten das in bezug auf die Spitalmedizin, auf die Einstellungen der Patienten und der Gesundheitsfachpersonen sowie im Hinblick auf eine wirksame Eindämmung der Spitalkosten am meisten zukunftsgerichtete Modell festgehalten, wobei das gegenwärtige Spitalversorgungsnetz nicht aufgehoben wird. Letztere Tatsache wurde bereits in anderen Kantonen festgestellt, welche gezwungen worden sind, gewisse Spitäler ganz einfach zu schliessen.

Demzufolge sehen die Richtlinien die Schaffung der nachfolgenden Spitalversorgungsnetze vor:

- des „Oberwalliser Spitalzentrums,, mit den Standorten Visp und Brig;
- des „*Centre Hospitalier Rhodanien*,, mit den Standorten Siders, Sitten und Martinach;
- des Spital des Chablais mit den Standorten Monthey und Aigle.

Das Hauptmerkmal des festgehaltenen Modell besteht darin, zwei vollkommen verschiedene Behandlungsprozesse einzuführen, womit in den gegenwärtigen Akutpflegespitälern verschiedene Infrastrukturen und Organisationen notwendig werden.

Es gilt, innerhalb jedes in mehreren Standorten tätigen Spitalzentrums, über die nachfolgende Unterscheidung eine Differenzierung des Leistungsangebotes unter den verschiedenen Standorten zu ermöglichen :

### **Die « traditionellen » Spitäler oder Spitäler für Langzeitaufenthalte,**

Diese Spitäler sind mit **kostenintensiven Infrastrukturen** ausgestattet, womit die Versorgung **der schwer erkrankten oder verunfallten Patienten** sowie derjenigen ermöglicht wird, **welche Intensivpflege** benötigen.

Diese Spitäler verfügen über einen Operationsstrakt mit einer Intensivpflegestation und mit einer 24 Stunden am Tag geöffneten Notfallstation.

Dieser Auftrag wird für das Oberwallis **dem Standort Visp** und für die Region des "*Centre Hospitalier Rhodanien*" **dem Spital Sitten-Herens-Conthey** erteilt.

### **Die Tagesspitaler, Spitäler für Kurzaufenthalte oder Spitäler der Zukunft**

welche mit der ambulanten spitalmedizinischen Versorgung und den Hospitalisationen von kurzer Zeitdauer beauftragt werden. Der Operationstrakt ist unter Vorbehalt von Ausnahmen, welche durch die zuständigen Instanzen des an mehreren Standorten tätigen Spitalzentrums festzulegen sind, nachts sowie an den Wochenenden nicht zugänglich, womit bedeutende Einsparungen ermöglicht werden.

Die behandelten Patienten sind nicht schwer erkrankt oder verunfallt und erfordern keine Intensivpflege. Diese Anstalten sind für die Versorgung der Patienten mit Operationssälen und mit anderen, erforderlichen Ausrüstungen ausgestattet, welche **planmässige Interventionen** ermöglichen, ohne dass die Patienten und das Pflegepersonal organisationsmassig durch schwere Notfälle gestört werden. Die Patienten können auf Vereinbarung und ohne unnötige Wartezeit versorgt werden. Das Personal kann das Berufs- und das Familienleben besser in Einklang bringen.

Dieser Auftrag wird für das Oberwallis dem **Standort Brig** und für die Region des "*Centre Hospitalier Rhodanien*" den **Standorten Siders und Martinach** erteilt.

Mit diesem Modell wird eine moderne Aufteilung der medizinischen Tätigkeit anstatt eine Verzettlung der Disziplinen bezweckt. Der Patient kann den geeignetsten Standort aufsuchen. Bei Bedarf deplaziert sich der Arzt und nicht der Patient.

Für die Verwirklichung dieses Modells ist natürlich ein einziges Ärzteteam für das in mehreren Standorten tätige Spitalzentrum erforderlich, indem die Ärzte gemeinsam in den verschiedenen Standorten zusammenarbeiten und gemeinsam eine Liste der diagnosebezogenen Indikationen festlegen, damit für jeden Patienten der am geeignetste Standort usw. festgelegt werden kann.

**Zusammenfassend werden mit den durch den Staatsrat festgehaltenen Richtlinien die Standorte im Hinblick auf eine optimale Versorgung der Patienten zu komplementären Elementen. Dementsprechend fällt zwischen den Standorten der Wettbewerb bzw. der erzwungene, auf Attraktivität beruhende Verteilungskampf um Patienten weg.**

Da eine derart vertiefte Reorganisation des gesamten Walliser Spitalwesens sich unausweichlich auf die übrigen Sektoren des Gesundheitssystems auswirkt, sehen die Richtlinien über die an mehreren Standorten tätigen Spitälern mehrere Begleitmassnahmen vor, nämlich:

- ☞ **die Zusammenarbeit der an mehreren Standorten tätigen Spitäler mit den Psychiatrischen Institutionen, mit dem Walliser Zentrum für Pneumologie sowie mit der Rheuma- und Rehabilitationsklinik Leukerbad auszubauen;**
- ☞ **die Disziplinen mit kantonalem Charakter und deren Verwaltung global zu untersuchen;**
- ☞ **fortschreitend sämtliche Leistungserbringer (die Pflegeheime, die Sozialmedizinischen Zentren, den ambulanten Sektor, die Organisation des Rettungswesens sowie die übrigen Partner des Gesundheitssystems) fortschreitend in die drei Gesundheitsnetze aufzunehmen;**
- ☞ **ein Gesundheitsobservatorium zu schaffen, welches insbesondere mit der Analyse und mit der Auswertung sämtlicher Statistiken des Gesundheitswesens und Indikatoren der Pflegequalität im Kanton Wallis beauftragt wird;**
- ☞ **die aus der Schaffung von an mehreren Standorten tätigen Spitalzentren resultierenden Auswirkungen, insbesondere in bezug auf das Personal, die Leistungsqualität und in bezug auf die Finanzen ständig zu evaluieren.**

Unter Berücksichtigung der sozialen, wirtschaftlichen und gesundheitlichen Interessen der betreffenden Regionen bieten der Staatsrat und das Departement die nachfolgenden Garantien:

Garantien der Planung

Garantien in bezug auf die globalen Ressourcen (Beibehaltung des Globalbudgets und des globalen Personalbestandes für den Gesundheitssektor)

Garantien betreffend die schwächeren Partner und Einhaltung der Zuständigkeiten des Kantons

### **Vernehmlassung bei den Partnern:**

Der Staatsrat wird nun über das Departement für Gesundheit, Sozialwesen und Energie den vorliegenden Entwurf der Richtlinien **an die Partner sowie an die kantonale Kommission für Gesundheits- und Spitalplanung** (so wie im Gesundheitsgesetz verankert) mitteilen. Die Planungskommission wird ihre Vormeinung Anfangs März 2000 abgeben. Im März sollte anschliessend der definitive Staatsratsentscheid getroffen werden, wobei für die Anpassung der neuen Statuten der in mehreren Standorten tätigen Spitälern eine Ende Juni 2000 ablaufende Frist vorzusehen ist.

## 2. Einleitung

Die vorgesehene Schaffung von Spitalversorgungsnetzen im Rahmen der Spitäler von Visp und von Brig, im Rahmen der Spitäler von Siders, Sitten und Martinach sowie die bereits verwirklichte Fusion der Spitäler von Monthey und Aigle haben Anlass zu heftigen Reaktionen und zu leidenschaftlichen Diskussionen gegeben. Dies wird weiterhin so sein.

Ein Rückblick auf die Geschichte des Walliser Spitalwesens aufgrund der Debatten über diese Angelegenheit im Grossen Rat von 1905 bis heute sind diese Reaktionen besser zu verstehen. Ebenso kann die gegenwärtige Situation, welche immer schwieriger wird, besser erklärt werden. **Zusammenfassend haben die wiederholten Debatten während der letzten Jahrzehnte mit überraschenderweise die gleichen Argumente** (Befürchtungen in bezug auf eine übermässige Zentralisierung, ja sogar einer Kantonalisierung und uneingeschränkte Verteidigung der Regionalspitäler) **in einem Jahrhundert nie eine wirkliche Koordination zwischen den sechs Akutspitälern ermöglicht**, wobei diese Spitäler bereits zu Beginn des Jahrhunderts errichtet wurden – in einer Zeit also, wo die gegenwärtig existierenden Verkehrswege und Verbindungsmittel nicht zur Verfügung standen. Doch wird mit dem Prozess der Schaffung von in mehreren Standorten tätigen Spitalzentren, infolge der eindrucklichen Abnahme der Anzahl von Krankentagen sowie neuen, auf die erbrachten Leistungen basierenden Finanzierungssystemen sowie aufgrund der Anforderungen des KVG (Bekämpfung der Überkapazitäten) **genau eine verbesserte Koordination** bezweckt.

**Mit einer effektiv verbesserten Koordination werden sowohl die legitimen Interessen der Regionen als auch die Anforderungen an die Qualität der Leistungen und an die Kosteneindämmung mitberücksichtigt.** Demzufolge muss zur Beibehaltung einer Spitaltätigkeit in jedem Standort eine Aufteilung der Tätigkeiten vereinbart werden. Für den Staatsrat besteht heute zweifelsohne Handlungsbedarf, wenn ein Abbau im Walliser Spitalwesen und die Schliessung von Spitälern mangels von Geldmitteln für die Finanzierung oder infolge von deren zu kleinen Grösse zur Erfüllung der gegenwärtigen **Qualitätsstandards** verhindert werden soll.

**Die Gründe für eine enge Kooperation** zwischen den Spitälern über die Schaffung eines Spitalversorgungsnetzes in der Form einer gemeinsamen Struktur mit Tätigkeiten in mehreren Standorten haben sowohl für das „Spitalzentrum Oberwallis,“, für das „Centre Hospitalier Rhodanien,“, als auch für das „Spital des Chablais,“ Gültigkeit.

Dabei handelt es sich um die nachfolgenden Gründe:

Die Absicht, zugunsten der Patienten der betreffenden Regionen mit den erzielten Einsparungen das Leistungsangebot zu erweitern sowie **die Leistungsqualität** weiter zu verbessern, ohne das sich diese Verbesserung allzusehr auf die Krankenversicherungsprämien oder auf die öffentlichen Gemeinwesen auswirkt.

Die bedeutende Abnahme der Anzahl von Krankentagen, der Aufenthaltsdauern sowie der Anzahl von Fällen mit den daraus resultierenden, **überdimensionierten Spitäler** mit zu hohen Kosten im Verhältnis zu den erbrachten Leistungen sowie mit dem Risiko einer verminderten Qualität.



Das **neue Finanzierungssystem** der Spitäler, das auf die Leistungen und nicht mehr auf die Tagespauschale basiert. Dieses neue Finanzierungssystem basierend auf die effektive Tätigkeit der Spitäler wird einen bedeutenden Einnahmefall haben für die Spitäler mit weniger oder abnehmender Tätigkeit haben.

Die **Anforderungen des KVG** hinsichtlich der Bekämpfung der Überkapazitäten im Spitalsektor, die dem Gebot der Wirtschaftlichkeit widersprechenden Leistungen sowie die Förderung der Qualität veranlassen die Spitäler zu einer engen Kooperation. Das KVG gibt in dieser Hinsicht den Krankenversicherern vermehrt Aufgaben und Kompetenzen.

Weiter wird mit den vorgesehenen, in mehreren Standorten tätige Spitalzentren die Schaffung, im Zentralwallis eines Spitalversorgungsnetzes mit den Spitälern von Siders, Sitten und Martinach sowie des Walliser Zentrums für Pneumologie sowie der psychiatrischen Institutionen des Valais Romand, im Oberwallis eines Spitalversorgungsnetzes mit den Standorten Visp, Brig, mit dem Psychiatriezentrum Oberwallis bezweckt, wobei zwei gemeinsame Spitalzentren mit einer effizienten und gerechten Aufteilung der Tätigkeiten unter den Standorten gebildet werden, welche mit einer gemeinsamen Struktur versehen werden. Dabei können folgende Zielsetzungen erreicht werden:

- die **Pflegequalität** kann für die gesamte Bevölkerung sichergestellt werden;
- es können leistungsfähige **Spitzenleistungszentren** geschaffen werden;
- die **sozialen**, wirtschaftlichen und gesundheitlichen **Interessen** jeder betreffenden Region können gewahrt werden;
- eine optimale Struktur und Verwaltung** kann geschaffen werden, damit die zu erzielenden Synergien realisiert werden können.

**Die mit der Schaffung der in mehreren Standorten tätigen Spitalzentren freigewordenen Geldmittel sollen es ermöglichen, neue Leistungen im Spitalsektor und in den übrigen Sektoren zu finanzieren und zwar:**

Spitalsektor:

- Verbesserte Arbeitsbedingungen des Personals
- Entwicklung der medizinischen Disziplinen;
- Verbesserung der Infrastruktur;
- Palliativpflege, Schmerzbehandlung, Komplementärmedizin,
- Diabetes- und Diätberatung
- Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychogeriatric, Geriatric
- Qualitätssicherungssystem
- Weiterentwicklung der Tätigkeiten des Walliser Zentrums für Pneumologie und von Krankenanstalten dieser Kategorie

Übrige Sektoren:

- Pflegeheime und Hilfe und Pflege zu Hause
- Verbesserung der Rettungsorganisation vor dem Spitaleintritt
- Gesundheitsförderung und Prävention

Der vorgeschlagene Entwurf geht einen Schritt weiter. Unter Berücksichtigung der in den kleineren Regionen vermehrt wahrgenommenen sozio-ökonomischen Auswirkungen und zur optimalen Nutzung der bestehenden Strukturen wurden den schwächeren Parteien Garantien gegeben.

**Das Departement und der Staatsrat haben dementsprechend eine gewisse Anzahl von Vorschlägen ausgearbeitet, aufgrund der Erkenntnis, dass die Entwicklung im Gesundheitswesen problematisch ist: der Kanton Wallis kann sich nicht mehr leisten, auf kurzer Distanz sechs teils überdimensionierte, sehr kostspielige und wenig ausgelastete Strukturen der Akutpflege zu unterhalten, währenddem für andere Institutionen die Geldmittel zur Bedarfsdeckung unter Berücksichtigung der Alterung der Bevölkerung fehlen.**

**Das Departement und der Staatsrat hätten die einfachste Lösung wählen können, indem sie auf einen Entscheid verzichtet hätten.** In diesem Fall wären die Spitäler sehr schnell mit einem Mangel an Ressourcen und mit bedeutenden Defiziten konfrontiert, welche zu Lasten der Gemeinden der Region gehen würden, mit gleichzeitig dem offensichtlichen Risiko einer verminderten Leistungsqualität aufgrund einer unzureichenden Tätigkeit. In gewissen Fällen müsste sogar die Schliessung gewisser Spitäler in Betracht gezogen werden, womit die betreffende Region ohne Akutspital dastehen würde. In diesem Fall wären die Patienten der betreffenden Region massgebend benachteiligt. **Damit der Fortbestand der gegenwärtigen Akutspitäler gewährleistet wird und damit noch von einer bevölkerungsnahen und qualitativ optimalen Spitalpflege gesprochen werden kann, ist es heute unbedingt notwendig, nach der eingehenden Analyse von verschiedenen Szenarien,** die vorliegenden Richtlinien in die Vernehmlassung zu geben, womit dieser Sektor reorganisiert werden kann. Der Staatsrat hat den Entwurf der Richtlinien der Spital- und Gesundheitsplanung zur Kenntnis genommen. Er beauftragt dementsprechend das Departement, die vorliegenden Richtlinien bis Mitte März den Partnern sowie der kantonalen Planungskommission (die im Gesundheitsgesetz verankerte Kommission) zu unterbreiten. Bis Mitte März 2000 sollten die Kommission und die Partner ihre Vormeinung abgeben. Auf Ende März 2000 sollte der definitive Staatsratsentscheid gefällt werden, wobei für die Anpassung der neuen Statuten der an mehreren Standorten tätigen Spitäler eine auf Ende Juni 2000 ablaufende Frist vorzusehen ist.

### 3. Begriffsklärungen

Da die Diskussionen oftmals durch die Tatsache erschwert worden sind, dass gewisse Begriffe verschieden gedeutet worden sind, müssen die Begriffe Versorgungsnetze, Spitalzone, Standort, an mehreren Orten tätige Spitalzentren, Langzeitaufenthalte (traditionelles Spital) und Kurzaufenthalte (Spital der Zukunft) definiert werden.

#### 3.1. Die Versorgungsnetze

Im Staatsratsentscheid bezieht sich der Begriff des Versorgungsnetzes vor allem auf den Spitalsektor, indem die Schaffung von Anstalten mit differenzierten Leistungsangebot vorgesehen wird. Dennoch umfasst das Versorgungsnetz im erweiterten Sinn sämtliche Leistungserbringer: die Spitäler aber auch die Psychiatrischen Institutionen, die SMZ, die Zwischenstrukturen, der ambulante Sektor die Rettungsunternehmen sowie die Institutionen im Bereich der Gesundheitsförderung und der Prävention.

*«Indem es auf die Kooperation zwischen autonomen Einheiten basiert, entsprechen die Versorgungsnetze gut den Bedingungen der Interdependenz und des Wettbewerbes, welche fortan in wissenschaftlichen Kreisen vorherrschen. Doch ist das Netz keine Bande von Freunden. Dem Netz liegt eine formelle Organisation mit gemeinsamen Zielsetzungen zugrunde, welcher deren Mitglieder einen Teil ihrer Autonomie und Ressourcen übertragen haben, um mit vereinten Kräften zu handeln»<sup>1</sup>.*

*"Das Netz ist sowohl eine Struktur als auch ein Prozess, wodurch die Handlungsfähigkeit nutzbar gemacht und eine Rationalisierung des Managements der Dienstleistungen mit ergänzendem Charakter ermöglicht werden."<sup>2</sup>*

*Eine auf Netze basierende Strategie, welche auf funktionsbezogene Allianzen oder auf den Zusammenschluss der technischen Kapazitäten beruhen, könnte ein im Verhältnis zu einer Situation der wirtschaftlichen Rezession besonders angepasstes Entwicklungsmodell bilden" (Prof. A Rougemont, Universität Genf).<sup>3</sup>*

#### 3.2. Spitalzone

Die Spitalzone entspricht einer **geographischen Aufteilung** des Kantons. So werden sämtliche Gemeinden einer bestimmten Zone zugeteilt. Gemäss dem Gesundheitsgesetz sind die Verpflichtungen der Gemeinden insbesondere in bezug auf die finanzielle Beteiligung von der zugehörigen Spitalzone abhängig<sup>4</sup>.

Der Kanton muss die gegenwärtig sechs Zonen, darunter die besonderen Übergangszonen von Leuk und von St-Maurice, neu definieren.

---

<sup>1</sup> Charles KLEIBER in le TEMPS, Montag, den 11. Oktober 1999.

<sup>2</sup> « Bericht des Staatsrates an den Grossen Rat über seine Gesundheits- und Spitalpolitik : von den 90er Jahren bis ins 21. Jahrhundert », Departement für Gesundheit, Sozialwesen und Energie, Februar 1999, S. 10

<sup>3</sup> ebenda.

<sup>4</sup> vgl. Art. 99 des Gesundheitsgesetzes: Spitalzonen

### 3.3. Standort

Unter **Standort** ist der Ort der medizinischen Spitaltätigkeit zu verstehen. Demzufolge sind im Akutpflegebereich die Standorte von Brig, Visp, Siders, Sitten, Martinach und Monthey zu erwähnen. Der Standort ist ein Bestandteil der Spitalzone.

In seinem Entscheid ist der Staatsrat gewillt, akutpflegerische Tätigkeiten in den gegenwärtigen Standorten beizubehalten.

### 3.4. An mehreren Standorten tätige Spitalzentren

Ein in mehreren Orten tätiges Spitalzentrum besteht aus zwei oder mehreren Spitalbauten, die sich in verschiedenen Orten befinden und eine einzige rechtliche Einheit bilden ; diese Struktur verfügt organisatorisch über **eine einzige Verwaltung mit einem durch eine Generaldirektion verwalteten Globalbudget sowie über ein in beiden Orten tätiges Ärztekollegium**. Die **Standorte sind betrieblich vernetzt**, wobei mit den freipraktizierenden Ärzten, mit den Pflegeheimen und den Sozialmedizinischen Zentren der Region Beziehungen herzustellen sind. Die Zielsetzung ist, eine gemeinsame Politik (in Bezug auf die Löhne, die Fakturation, die Einkäufe, die Transporte, die Notfälle, die Fortbildung, die Informatik usw.) zu definieren und zu verwirklichen, damit ein effizienter Betrieb, im Hinblick auf die Erreichung der « kritischen Masse » von Patienten und auf eine angepasste Verwendung der Ausrüstungen, eine zweckmässige und koordinierte Aufteilung der medizinischen Dienstleistungen sowie eine optimal abgestimmte Entwicklung und vorab die Sicherheit der Patienten und die Qualität der Leistungen gewährleistet wird.

Mit einem in mehreren Standorten tätigen Spitalzentrum kann **sich der Patient an den für seine Behandlung am geeignetsten Standort begeben**. In gewissen Fällen deplaziert sich der Arzt. Dies hat sicher zum Nachteil, dass die Ärzte in den verschiedenen Standorten arbeiten müssen. Doch ist es eine sehr moderne Art und Weise, die Medizin aufzuteilen ohne die Disziplinen zu zersplittern. Dies ermöglicht auch einen optimalen und standortunabhängigen Konsiliardienst zwischen den verschiedenen Spezialisten.

Ein in **mehreren Standorten tätiges Spitalzentrum** entspricht demzufolge der Schaffung eines **Spitalversorgungsnetzes**, welches ein differenziertes Leistungsangebot je nach Aufenthaltsdauer und der Schwere der gesundheitlichen Beeinträchtigungen ermöglicht.

### 3.5. Die rechtliche Form

Wie in der oben erwähnten Definition präzisiert wird, bildet das in mehreren Standorten tätige Spitalzentrum **eine einzige rechtliche Einheit**. Diesbezüglich sind im Hinblick auf die Organisation eines Netzes mehrere Formen möglich. Sie gehen von der direkten Fusion zwischen den verschiedenen Anstalten bis zur Beschränkung auf Kommissionen zur Koordination zwischen den Spitälern, wobei über Zusammenarbeitsverträgen oder über andere Formen Zwischenlösungen möglich sind.

Die Lösung, welche durch die Partner im Mittelwallis bevorzugt und durch den Staatsrat festgehalten wird, ist diejenige einer Zwischenlösung (ein Verein der Gemeindeverbände), indem die gegenwärtigen Verbände beibehalten werden und gemäss dem nachfolgenden Schema eine gemeinsame Struktur geschaffen wird:

Verband des Spitals A

Verband des Spitals C

Die gegenwärtigen Statuten müssen gemäss den der Struktur erteilten Kompetenzen angepasst werden  
Instanzen : unbedeutende Änderungen  
Beibehaltene und delegierte Kompetenzen

Gründer und Mitglieder

**An mehreren Standorten tätiges Spitalzentrum : Verein**  
1 Generalversammlung  
1 Verwaltungsrat  
1 Generaldirektion  
1 Ärztliche Direktion  
Revisionsorgan

Der **Verein der Gemeindeverbände**, welche nachfolgend zusammenfassend dargestellt wird, ist mit dem Gesundheitsgesetz vereinbar. Jedoch können die Partner Varianten vorschlagen.<sup>5</sup>

**Der Verein der Gemeindeverbände** ist eine bereits bekannte Form, indem sie vom Verband ausgeht, welcher in sämtlichen Spitäler Anwendung findet. Dementsprechend kann insbesondere jede Gemeinde an der Kontrolle der Spitaleinheit teilnehmen.

Im Hinblick auf eine wirkliche Koordination müssten die Kompetenzen und Verantwortlichkeiten, welche der neuen Struktur erteilt werden, sich auf die nachfolgenden Punkte beziehen : Verwaltung des Spitalzentrums, Organisation und technischer Betrieb des Spitalzentrums, Führung der Kader, Geschäftsführung und Public Relations.

### 3.6.Langzeitaufenthalte (traditionelles Spital)

Ein Spital für Langzeitpflege verfügt über die **kostenintensiven Infrastrukturen** und versorgt die **schweren Fälle**. Es ist mit einem Operationstrakt mit einer Intensivpflegestation und einer 24 Stunden am Tag geöffneten Notfallstation ausgestattet, welcher die schweren Fälle zugeteilt werden.

#### 3.6.2 Kurzzeitaufenthalte (Spital der Zukunft)

Eine Anstalt für Kurzzeitaufenthalte ist ein Spital der Akutpflege, welches die ambulante Spitalpflege sowie die Hospitalisationen von kurzer Zeitdauer sicherstellt. Der Operationstrakt sowie die Notfallstation sind nachts und an den Wochenenden nicht zugänglich. Während der Tourismushochsaison können im Einverständnis mit den betreffenden Regionen Eröffnungen

---

<sup>5</sup> Beilage des Berichts des Staatsrates an den Grossen Rat, Centre Hospitalier Rhodanien , Seite 12 und folgende.

vorgesehen werden. Da die Patienten nicht schwer verunfallt oder erkrankt sind, muss dieser Standort für Hotellerieleistungen mit Operationssälen und anderen Einrichtungen im Hinblick auf geplante Eingriffe ausgestattet sein.

Die finanziellen Einsparungen werden hauptsächlich nachts und an den Wochenenden erzielt, indem weniger Personal ausreicht. Mit dieser Kategorie von Aufteilung der medizinischen Tätigkeiten aufgrund von deren unterschiedlichen ermöglicht es dem Personal weiter, das Berufsleben und das Privatleben besser im Einklang zu bringen.

Die Patientenzahl in diesem Spital wird in den nächsten Jahren stark zunehmen, indem die ambulante Spitalversorgung sich immer mehr weiterentwickelt.

## 4. Gesetzliche Grundlagen

Da die staatliche Intervention im Spitalwesen mitunter Anlass zu heftigen Diskussionen gibt, ist es sinnvoll, zusammenfassend die gesetzlichen Grundlagen zu erwähnen:

### 4.1. Der Staatsrat : Planungsbehörde

- **Der Staatsrat (SR) definiert über die Gesundheitsplanung seine Gesundheitspolitik.** Die Planung bezieht sich insbesondere auf die Bestimmung der Gesundheitsbedürfnisse, die Bestimmung der Zielsetzungen, die Abgrenzung der Gesundheitsregionen, die Liste der Krankenanstalten, sowie auf die Koordination der Tätigkeiten der verschiedenen Partner des Gesundheitswesens (Art. 95 des Gesundheitsgesetzes).
- Die Spitäler sind zugelassen, Leistungen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu erbringen unter der Bedingung, dass sie der durch den Kanton erstellten, bedarfsgerechten Planung entsprechen und dass sie auf der nach Leistungsaufträgen gegliederten Spitalliste aufgeführt sind (Art. 39 KVG)
- Die Krankenversicherer können sich weigern, Überkapazitäten im Spitalbereich zu finanzieren (Art. 49, Abs. 1 KVG)
- Die kantonalen Subventionen werden den Spitälern lediglich ausbezahlt, wenn sämtliche Bedingungen in bezug auf die Planung des Staatsrates erfüllt sind, nämlich: Einhaltung der Modalitäten der Planung, Genehmigung durch den Staatsrat der Eröffnung von neuen Abteilungen und neuen Disziplinen, Genehmigung durch den Staatsrat der Anzahl von Betten jeder Anstalt sowie des Anteils an Betten der Privatabteilungen usw. (Art. 97 und 98 des Gesundheitsgesetzes).
- Im Rahmen der Gesundheitsplanung kann der Staatsrat gewissen spezialisierten Disziplinen der Spitälern einen kantonalen Charakter zusprechen und dabei sämtliche Investitionen übernehmen (Art. 110 des Gesundheitsgesetzes)
- Der Staatsrat kann den Anstalten, welche den durch die Planung festgelegten Auftrag nicht einhalten, die Subventionen einschränken, suspendieren oder aufheben (Art. 129 und 130 des Gesundheitsgesetzes).

**In der Praxis konnte der Staatsrat dank der Konzertation verhindern, auf die oben erwähnten Zwangsinstrumente zurückzugreifen.** Der Planungsprozess verlief im allgemeinen wie sich dies der Gesetzgeber im Idealfall vorgestellt hat, nämlich, dass die Partner selbst unter Beizug des Departements und der Experten Vorschläge haben formulieren können, die der Staatsrat schliesslich formell genehmigt hat.

### 4.2. Der Staatsrat: Subventionierungsbehörde

Dieselben allgemeinen Bemerkungen können in bezug auf die Aufgabe des Staatsrates als Subventionierungsbehörde angestellt werden. Die Planung und die Subventionierung sind überdies sowohl im Rahmen der Gesetzgebung als auch in der Praxis eng miteinander verbunden. Nachfolgend sind einige technische und rechtliche Instrumente betreffend die Finanzierung und die Subventionierung der Spitäler erwähnt, welche dem Staatsrat zur Verfügung stehen:

- der Staatsrat darf von Gesetzes wegen die nicht berücksichtigten Kosten nicht finanzieren. Dabei handelt es sich um die Kosten, welche nicht der Planung und nicht den Subventionierungsregeln entsprechen sowie nicht in den durch den Staat genehmigten Budgets vorgesehen sind (Art. 100 und 101 des Gesundheitsgesetzes).
- **Die Subventionen können den Spitälern lediglich ausbezahlt werden, wenn gewisse, durch das Gesetz festgelegte Bedingungen erfüllt sind,** insbesondere : Einführung eines einheitlichen Kostenstellenplanes, Genehmigung durch das Departement des Budgets und der Rechnung, Erstellung der Statistiken und der übrigen Messinstrumente, Einhaltung des Entscheide und der Richtlinien des SR und des Departements in bezug auf Tarife und auf Verträge mit den Versicherern, Einhaltung der durch den Staatsrat festgelegten Finanzierungs- und Subventionierungsmodalitäten, Einhaltung der Richtlinien des Staatsrates über die Verwendung der jährlichen Ergebnisse usw. (Art. 97 und 98 des Gesundheitsgesetzes).
- Das KVG sieht ebenfalls die Einführung eines einheitlichen Kostenstellenplanes für die Spitäler vor. Ergibt ein Kostenvergleich zwischen den Spitälern, dass die Kosten eines Spitals deutlich über den Kosten vergleichbarer Spitäler liegen oder sind die unterbreiteten Unterlagen ungenügend, können die Versicherer eine Tarifiereduktion beantragen (Art. 49, Abs. 6 KVG).
- Auf Vormeinung der Konventionskommission genehmigt der Staatsrat die Tarifverträge für die Spitäler sowie die Modalitäten für die Gewährung der Subventionen an die Betriebskosten der Spitäler, welche insbesondere die Einführung eines Globalbudgets als Instrument der Geschäftsführung und der Finanzierung der Spitäler sowie die Einführung von Tarifen betreffen (Art. 104 des Gesundheitsgesetzes). Dabei können die Tarife die Form von Patientenpauschalen, von Fallpauschalen oder andere Formen annehmen (Art. 104 des Gesundheitsgesetzes).
- Das KVG sieht ebenfalls vor, dass der Kanton für die Finanzierung der Spitäler einen Globalbetrag vorsehen kann (Art. 51 KVG). Weiter können die Versicherer beim Kanton beantragen, dass für die Finanzierung der Spitäler ein Globalbudget festgelegt wird (Art. 54 KVG).
- Der Staatsrat kann die Subventionszahlungen an die Spitäler einschränken, suspendieren oder aufheben, welche den durch die Planung festgelegten Auftrag nicht einhalten (Art. 129 und 130 des Gesundheitsgesetzes).

**In der Praxis musste der Staatsrat im allgemeinen nicht auf die oben erwähnten Druckmittel zurückgreifen.** In den letzten Jahren sind die Spitaltarife und die Modalitäten der Spitalfinanzierung in gegenseitigem Einvernehmen zwischen den Partnern festgelegt worden, indem sich der Staatsrat formell darauf beschränkte, die vorgeschlagenen Tarifverträge auf Vormeinung der Konventionskommission zu genehmigen.

**Die Richtlinien betreffend die Reorganisation der Spitäler sind eng mit dem neuen Finanzierungssystem der Spitäler verbunden, welche unter Berücksichtigung der effektiven Tätigkeit und der Bedürfnisse der Spitäler eine gerechte Ressourcenzuteilung anvisieren,** indem eine Zerstreung der zur Verfügung stehenden, stets beschränkteren Geldmittel verhindert wird. Das bis anhin anwendbare, auf Tagespauschalen basierende



System, welches zu einer unnötigen Verlängerung der Spitalaufenthalte führte, fehlte es an Transparenz bezüglich die effektive Tätigkeit der Spitäler, womit objektive Diskussionen über die Spitalplanung und über die effektiven Bedürfnisse der Patienten erschwert wurden.

### 4.3. Die Aufgaben und die Druckmittel der Versicherer

Die aufgrund des KVG den Krankenversicherern erteilten Aufgaben und Druckmittel sind teilweise mit den Zuständigkeiten des Staatsrates identisch, welche weiter oben im Abschnitt über die Kompetenzen des Staatsrates erwähnt worden sind. Die Krankenversicherer haben zum Beispiel **die Möglichkeit, die Finanzierung von Überkapazitäten im Spitalbereich abzulehnen, Tarifverträge aufgrund des Mangels an Transparenz zurückzuweisen, ein Globalbudget zu beantragen oder die Möglichkeit, eine Beschwerde gegen eine als unzureichend eingestufte Spitalplanung einzureichen.**

**Die vermehrte Rolle des Preisüberwachers und der massgebende Einfluss desselben sind ebenso zu erwähnen.** Der Preisüberwacher muss seine Vormeinung zu Tarifverträgen abgeben. Seiner Analyse lag in mehreren Kantonen das Element der Überkapazitäten im Spitalbereich zugrunde, wobei er Tarifiereduktion beantragte bzw. erreichte.

Der Staatsrat stellt allgemein fest, dass zweifelsohne der Versicherer eine zunehmende Rolle wahrnehmen und dass es demnach im Interesse der Spitäler liegt, nicht darauf zu warten, dass eine durch einen grossen Krankenversicherer aufgezwungene Reorganisation eintritt.

### 4.4. Die Aufgabe, die Kompetenzen und die Verantwortlichkeiten der Gemeindeverbände

Aus historischen und politischen Gründen sind die Walliser Regionalspitäler im Rahmen von privatrechtlichen Gemeindeverbänden organisiert.

**Diese Verbände verfügen über eine grosse Autonomie, obschon sie wichtige Verantwortlichkeiten wahrnehmen.** Zum Beispiel muss der Spitalverband aus rechtlicher Sicht für den Fall, dass der Staatsrat Ausgaben nicht übernimmt, die im Gegensatz zur Planung und zu den Subventionierungsbestimmungen stehen, die entsprechenden Kosten übernehmen.

In der Praxis haben das eidgenössische, öffentliche Recht sowie das kantonale Recht infolge der sehr starken Zunahme der Gesundheitskosten und der für Trägergemeinden nahezu ausgeschlossenen Möglichkeit, gemeinsam die Spitalkosten einzudämmen sowie die Qualität der Leistungen zu verbessern, die Autonomie der Gemeinden und der Gemeindeverbände stark eingeschränkt, ohne dieselbe vollkommen zum Verschwinden zu bringen.

Neben den vorerwähnten Bestimmungen über die vermehrten Kompetenzen des Staatsrates und der Versicherer, sind nachfolgend einige Beispiele von Bestimmungen erwähnt, welche die Kompetenzen und die Zuständigkeiten der Gemeinden oder der Gemeindeverbände im Spitalsektor einschränken oder präzisieren:

- Die **nicht berücksichtigten Kosten der Spitäler** (welche nicht mit der Planung vereinbar sind und nicht den Subventionierungsbestimmungen entsprechen) werden aufgrund der Modalitäten von Art. 99 Abs. 3 des Gesundheitsgesetzes **durch die Gemeinden der Spitalzone** (Aufteilungsschlüssel zwischen den Gemeinden) und gemäss den statutarischen

Bestimmungen ihres Verbandes (Art. 100 und 101 des Gesundheitsgesetzes) **übernommen.**

- Die Spitäler nehmen im Sinne der Gesetzgebung über das Gemeindewesen die rechtliche Form von öffentlich-rechtlichen oder privatrechtlichen Gemeindeverbände an, wobei alle Gemeinden einer Spitalzone demselben Gemeindeverband angehören (Art. 98 Buchst. f des Gesundheitsgesetzes).

Aufgrund der Untersuchung der Vorarbeiten des Grossen Rates zur Revision des Gesundheitsgesetzes wird der ausdrückliche Wille der Regionen offenbar, für die Spitäler eine privatrechtliche Form beizubehalten, währenddem die Experten des Departementes die Form des öffentlich-rechtlichen Verbandes empfohlen hatten, welche eher der gegenwärtigen Wirklichkeit entspricht.

Die **gegenwärtigen Reaktionen** der Regionen und der Gemeinden gegenüber den Arbeiten der Spitalplanung (projektierte, in mehreren Standorten tätige Spitalzentren) und dem neuen Finanzierungssystem der Spitäler zeigen die **Schwierigkeiten für die Partner sich spontan über diese wichtigen Aspekte der Spitalpolitik zu einigen** und demzufolge die Notwendigkeit für den Staatsrat auf, die im durch das KVG und die kantonale Gesundheitsgesetzgebung zugeteilte Rolle wahrzunehmen. Der Staatsrat muss feststellen, dass allgemein weder das KVG noch das Gesundheitsgesetz ein hauptsächlich durch den Staat und durch die Krankenversicherer finanziertes Spitalwesen ermöglichen, welches durch privatrechtliche Verbände verwaltet wird, ohne dass dieselben jegliche Verantwortung in finanzieller Hinsicht tragen würden.

In der Praxis zeigt die Untersuchung der oben erwähnten Bestimmungen auf, dass weder die Versicherer noch der Staat über die gesetzlichen Grundlagen verfügen, um die Defizite eines Spitals zu finanzieren, welches im Verhältnis zu anderen Spitälern infolge einer auf die mangelnde Koordination zurückzuführende, ungenügende Anzahl von Fällen zu hohe Kosten aufweist.

Weder der Staat noch die Versicherer können Spitaldefizite finanzieren, die infolge der mangelnden Transparenz und infolge der zu gemäss den Bestimmungen des KVG zu verbessernden Kostenstellenrechnung und statistischen Leistungserfassung unmöglich analysiert werden können.

**Zusammenfassend : damit verhindert werden kann, dass für die Gemeinden und für die Spitalverbände bedeutende finanzielle Lasten aus Überkapazitäten resultieren, die aufgrund des KVG und des Gesundheitsgesetzes weder der Kanton noch die Versicherer übernehmen können, ist der Staatsrat der Meinung, dass die Gemeinden und die Gemeindeverbände, welche die Spitäler verwalten, sich aktiv und konstruktiv an den beiden gegenwärtig wichtigsten Projekten beteiligen müssen, nämlich die in den Richtlinien des Staatsrates vorgesehenen, an mehreren Standorten tätigen Spitäler und die fortschreitende Einführung des neuen Finanzierungssystems der Spitäler.**

## 5. Das Spitalkonzept und die vorangehenden Planungsentscheide

### 5.1. Das Spitalkonzept vom Dezember 1996

Der Bericht des Staatsrates an den Grossen Rat vom Februar 1999 zeigt auf: « *dass die Planung heute immer noch gegenüber den zunehmenden Bedürfnissen und den abnehmenden Geldmitteln der gangbarste Weg darstellt,*»

*Die Planung bezweckt, die Leistungsfähigkeit zu erhöhen.*

*Durch eine verbesserte Koordination zwischen den Leistungserbringern werden die Geldmittel optimal verwendet, die Kosten reduziert und die Qualität wird verbessert»<sup>6</sup> und « mit der Erarbeitung des « Walliser Spitalkonzeptes » wurde eine wichtige Etappe der Planung vollzogen. »<sup>7</sup>.*

Dementsprechend lagen dem Spitalkonzept 1996 bereits die Elemente der durch den Staatsrat festgelegten Richtlinien für den Beginn des Jahres 2000 zugrunde, wie dies ein aus der Präambel entnommenes Zitat aufzeigt: « *Die vorliegende Spitalkonzeption gewährleistet eine bedarfsgerechte Versorgung des Kantonsgebietes mit Spitalleistungen und wird eine sinnvolle Aufgabenteilung zwischen den verschiedenen Spitälern ermöglichen.* »<sup>8</sup>

- Das Walliser Spitalkonzept hat ausdrücklich vorgeschlagen, dass **in zwei oder mehreren Standorten tätige Spitalzentren geschaffen** werden, welche pro Sektor (Oberwallis, Mittel- und Unterwallis) betrieben werden. Damit derartige Zentren funktionieren, müssen gewisse Bedingungen wie die Konzentration der schweren und spezialisierten Tätigkeiten in einem oder zwei Spitälern sowie die Mobilität und die Zusammenarbeit zwischen den spezialisierten Ärzten erfüllt sein. Ebenso müssen die verschiedenen Partner insbesondere innerhalb der regionalen Gesundheitskommissionen zusammenarbeiten, damit eine angemessene Versorgung der Patienten im Rahmen des Gesundheitssystems gewährleistet wird.
- 

### Die Kantonalisierung gewisser Disziplinen

Das « Walliser Spitalkonzept » befasst sich mit dem Problem der Kantonalisierung gewisser Disziplinen<sup>9</sup>. Diese Disziplinen zeichnen sich dadurch aus, **dass sie aus Gründen der Qualität, der Sicherheit und der Wirtschaftlichkeit der Leistungen an einem oder an zwei Standorten angesiedelt sind**. Der Staatsrat kann nämlich im Rahmen der Planung vorübergehend oder definitiv gewissen spezialisierten medizinischen Disziplinen der Spitälern oder der medizinisch-technischen Instituten der Spitälern einen kantonalen Charakter zusprechen (Art. 110 Abs. 2 des Gesundheitsgesetzes). Die Beziehungen zwischen dem Staat und den Anstalten, welchen kantonalisierte Disziplinen zugeteilt worden sind, werden über

---

<sup>6</sup> idem, S. 181

<sup>7</sup> idem, S. 34

<sup>8</sup> « Walliser Spitalkonzept », Gesundheitsdepartement 1996, S.10-11

<sup>9</sup> « Walliser Spitalkonzept », für mehr Informationen vgl. S. 45 bis 59

Leistungsaufträge oder über Verträge geregelt (Art. 17 der Verordnung über die Gesundheitsplanung und die Subventionierung der Krankenanstalten vom 1. Dezember 1999).

In bezug auf die Finanzierung werden die Investitionskosten dieser Disziplinen vollumfänglich vom Kanton übernommen. Die Betriebskosten hingegen werden zu 50% der anrechenbaren Kosten durch den Kanton übernommen (Art. 110 Abs. 1 und Art. 121 des Gesundheitsgesetzes).

## **5.2. Der Bericht des Staatsrates an den Grossen Rat über seine Gesundheits- und Spitalpolitik: von den 90er Jahren bis ins 21. Jahrhundert**

Im oben erwähnten Bericht betont der Staatsrat, dass weiterhin die nachfolgenden Hauptzielsetzungen der Gesundheitspolitik Gültigkeit haben: die Qualität der Leistungen, die Kosteneindämmung sowie der Zugang der gesamten Bevölkerung zu angemessener Pflege. Indes erwähnt der Staatsrat ebenso, dass mit den wirtschaftlichen Schwierigkeiten eine neue Dimension dieser Politik offenbar wird, nämlich deren sozio-ökonomischen Auswirkungen.

Demnach wiederholt der Staatsrat die Beweggründe zu einer engen Kooperation, nämlich :

**Die Absicht, mit dem zu realisierenden Synergiepotential das Leistungsangebot für die Patienten der betreffenden Regionen quantitativ und qualitativ zu verbessern**, ohne dass diese Verbesserung sich negativ auf die Krankenversicherungsprämien und auf die öffentlichen Gemeinwesen auswirken würde.

**Die bedeutende Abnahme der Anzahl der Krankentage**, der durchschnittlichen Aufenthaltsdauern und der Anzahl Fälle mit folgenden Konsequenzen : überdimensionierte Spitäler und zu hohe Kosten im Verhältnis zu den erbrachten Leistungen sowie eine verminderte Qualität

**Das neue, leistungsbezogene Finanzierungssystem** der Spitäler, das nicht mehr auf der Tagespauschale beruht, wobei letztere zu einer unnötigen Verlängerung der Spitalaufenthalte führte (vgl. den nachfolgenden Punkt 4.1.4). Dieses neue, auf den erbrachten Leistungen der Spitäler basierende Finanzierungssystem, wird für die Spitäler mit geringeren oder abnehmenden Aktivitäten eine bedeutende Reduktion der Einnahmen zur Folge haben.

**Die Anforderungen des KVG** in Bezug auf den Abbau der Ueberkapazitäten im Spitalbereich, auf die Wirtschaftlichkeit der Leistungen und die Förderung der Qualität erfordern eine enge Kooperation zwischen den Spitälern. Aufgrund des KVG kommen den Versicherern in dieser Hinsicht vermehrte Kompetenzen und Aufgaben zu.

Die Richtlinien über die Reorganisation des Spitalwesens beziehen sich demnach weitgehend auf die Konzepte der an mehreren Orten tätigen Spitalzentren, welche im „Bericht des Staatsrates an den Grossen Rat über seine Gesundheits- und Spitalpolitik: von den 90er Jahren bis ins 21. Jahrhundert« bereits vorgeschlagen worden sind.<sup>10</sup>

---

<sup>10</sup> idem, S. 73-91.

## 6. Situation und Klima, welche in den Krankenanstalten vorherrschen

Der Staatsrat ist sich des angespannten Klimas das im Moment in den Spitälern vorherrscht sowie der Befürchtungen und der berechtigten Fragen die sich die verschiedenen Partner für die nahe Zukunft stellen, bewusst. So zum Beispiel:

- Wie kann die **Finanzierung der Spitäler** im Jahre 2000 sichergestellt werden, um den Ansprüchen betreffend der Verbesserung der Arbeitsbedingungen und der Löhne zu entsprechen, wenn die Verhandlungen mit den Krankenversicherern am Zusammenschluss zwischen den Spitälern scheitern?
- Wie den immer strengeren Forderungen der zuständigen eidgenössischen Instanzen in bezug auf die Qualität der Spitalleistungen entsprechen, mit einer ungenügenden „**kritischen Masse**„ von Patienten in verschiedenen Diensten der Spitäler?
- Wie kann die Besorgnis der Gemeinden (als Mitglieder der de privatrechtlichen Gemeindevereinigung welche die Regionalspitäler verwalten), besänftigt werden, die hohen Kosten aus der **Überkapazität der Spitäler** welche weder vom Kanton noch von den Krankenversicherern rechtlich übernommen werden, tragen zu müssen?
- Wie allen Patienten des Kantons den Zutritt zur angemessenen akuten Spitalpflege von optimaler Qualität und zu tragbaren Kosten (als Steuerpflichtiger oder als Versicherter) garantieren?
- Wie kann die Aktivität der akuten Spitalpflege in jeden heutigen Standort der Regionalspitäler aufrecht erhalten, und Einsparungen erzielt werden?
- Wie kann der Spitalsektor reorganisiert werden, wobei eine Überwälzung von Kosten bzw. eine Übertragung von Schwierigkeiten auf andere Sektoren des Gesundheitssystems (Pflegeheime für betagte Personen, Sozialmedizinische Zentren usw.) zu verhindern ist ?

In diesem heiklen Zusammenhang, der nicht nur im Wallis besteht, hat das Departement dem Staatsrat Richtlinien seiner Spitalpolitik vorgeschlagen, nachdem es:

- Im Rahmen der Möglichkeit die Position der verschiedenen Partner, die Gelegenheit hatten, sich in zahlreichen Kommissionen und Unterkommissionen zu äussern, mitberücksichtigt hat.
- Verschiedene Szenarios gründlich überprüft hat welche einen grosse Palette an Möglichkeiten abdecken: vom Status quo, bis zur Schaffung eines zentralen/kantonalen Krankenhauses und fünf Tages-/Geriatricspitäler, über eine Disziplinaufteilung auf die Standorten sowie einer Umwandlung gewisser Anstalten von Akutpflege- in Geriatricspitäler.

Die zahlreichen ausserordentlichen Sitzungen zur Reorganisation des Walliser Gesundheits- und Spitalsektors haben es dem Staatsrat erlaubt, sich eine eigene Meinung über die bestmögliche und zukunftsorientierteste Art und Weise der Beantwortung von sämtlichen vorgenannten Fragen zu bilden.

Aus den vom Departement vorgeschlagenen Szenarios geht klar der Gedanke zu einer Abdeckung sämtlicher Spitalbedürfnisse des Kantons über in drei Stantorten tätige Spitäler

hervor. Diese Szenarios enthalten ebenfalls die am meisten überarbeitete Version eines in mehreren Standorten tätigen Spitals welches ein differenziertes Akut-Leistungsangebot mit deutlicher Unterscheidung zwischen den verschiedenen Standorten in:

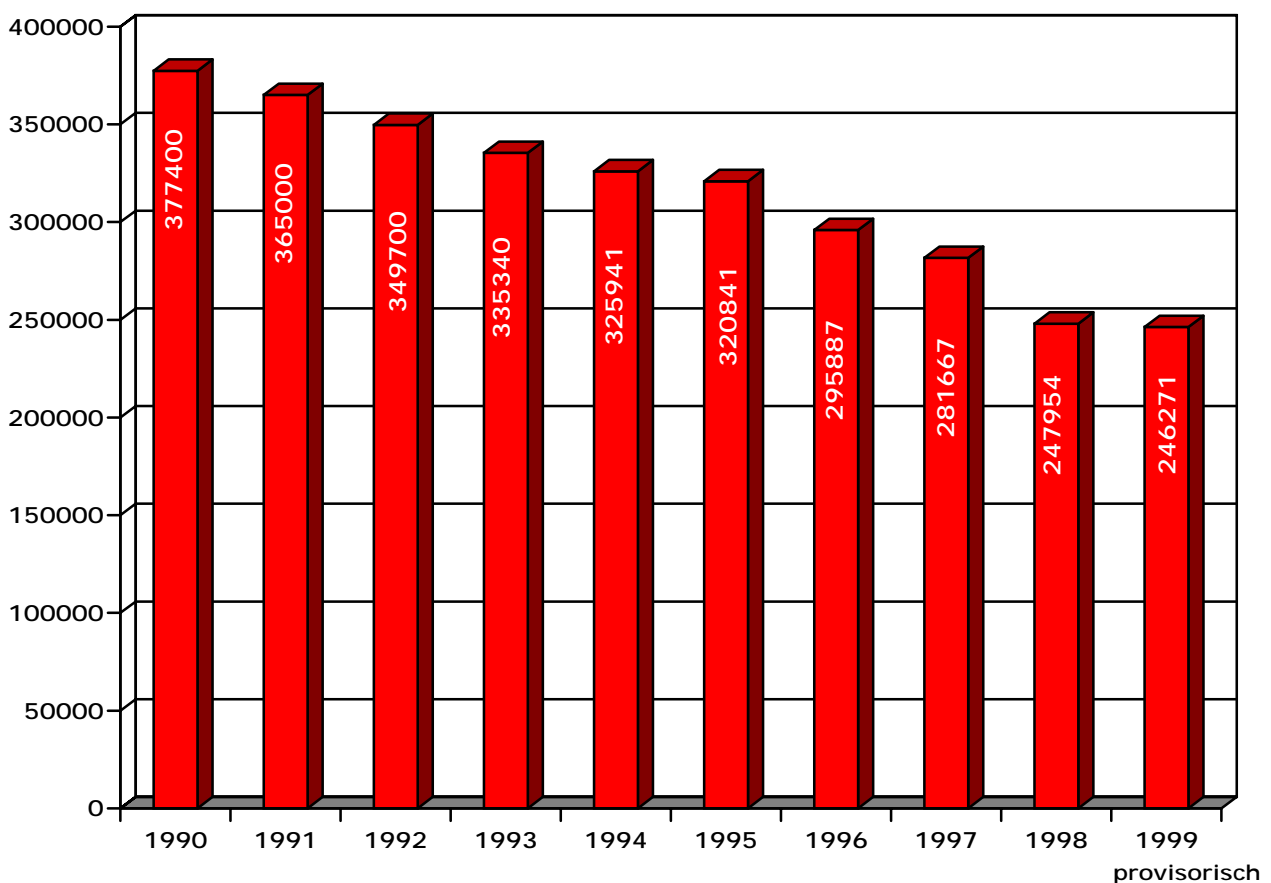
- traditionelle,, Spitäler oder des Typs Langzeitaufenthalte,, und
- Spitäler des Typs „ambulant,, oder „Kurzaufenthalte,, oder der „Spitäler der Zukunft,,

## 7. Die Überkapazitäten und die Betriebsausgaben

Die Abnahme der Krankentage in der Akutpflege sowie die Anzahl der Betten zeigen die Überkapazitäten mit den entsprechenden Kosten auf. Dieses Problem gilt es zu lösen.

### 7.1. Die Überkapazitäten

#### a. Die Abnahme der Krankentage in der Akutpflege von 1990 bis 1999<sup>11</sup>



Quelle: DGW / Spitäler VS

<sup>11</sup> Die Anzahl der Krankentage für das Jahr 1999 ist provisorisch

## b. Die Entwicklung der Anzahl von Betten

Die untenstehende Tabelle zeigt, dass die Walliser Akutspitäler ihre Anzahl Betten seit 1992 anpassen um der medizinischen Entwicklung Rechnung zu tragen.

	<b>Monthey</b>	<b>St.Amé</b>	<b>Martigny</b>	<b>Sion</b>	<b>Siders</b>	<b>Visp</b>	<b>Brig</b>	<b>Total</b>
Verfügbare Betten <b>31.12.1992</b>	130	38	184	288	161	180	178	<b>1159</b>
Geplante Betten für das Jahr <b>1997</b>	124	0	178	249	152	149	114	<b>966</b>
Verfügbare Betten am <b>31.12.1997</b> gemäss der Statistik H+	114	-	162	249	140	140	112	<b>917</b>
Geplante Betten für das Jahr <b>2000</b>	107	0	151	237	135	132	97	<b>859</b>
Verfügbare Betten am <b>31.12.1998</b> (Durchschnitt)	<b>92</b>	-	<b>124</b>	<b>245</b>	<b>108</b>	<b>128</b>	<b>94</b>	<b>791</b>
Durchschnittlicher Belegungssatz im <b>1998</b> (in %)	<b>83</b>	-	<b>83</b>	<b>91</b>	<b>85</b>	<b>83</b>	<b>81</b>	<b>86</b>

Quelle: DGW / Spitäler VS



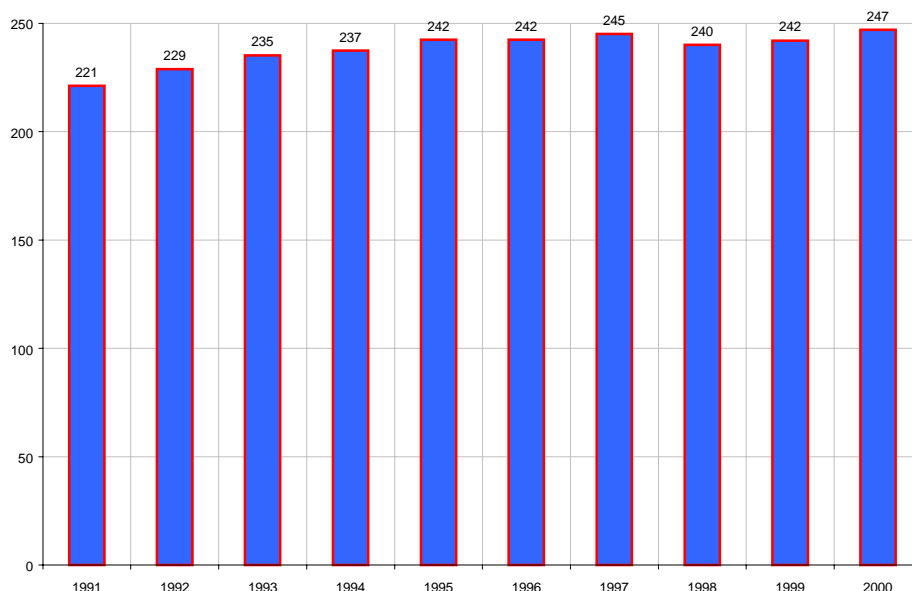
## 7.2. Die Betriebsausgaben

Die im nachfolgenden Kapitel dargelegten Elemente und finanziellen Angaben beziehen sich auf die Spitäler.

### a. Bruttoausgaben der 6 Walliser Akutspitäler

Während den letzten Jahren haben sich die Bruttoausgaben in den Walliser Akutspitälern wie folgt entwickelt:

Bruttoausgaben der Walliser Akutspitälern in Mio. Franken

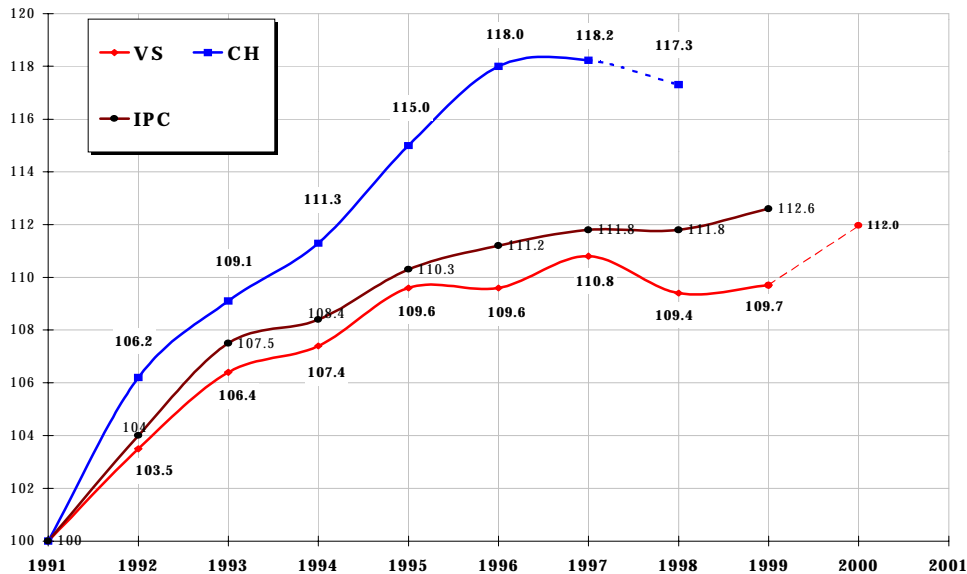


Quelle : DGW

Für das Jahr 2000 handelt es sich um eine Prognose, die die gewährten Anpassungen im Lohnbereich des Personals der Vereinigung der Walliser Spitäler (GEHVAL) für den 1.1.2000 berücksichtigt. Gegenwärtig ist die Finanzierung dieser zusätzlichen Ausgaben noch nicht garantiert.

## b. Index der Entwicklung der Bruttoausgaben der Akutspitäler (Schweiz, VS) und Konsumentenpreisindex

Index der Entwicklung der Bruttoausgaben der Akutspitäler (Schweiz, VS) und Konsumentenpreisindex



Quelle: H+/DGW

Seit 1991 und bis ins Jahre 1998 haben die Spitalausgaben im Kanton Wallis um rund 9% (von 221 Millionen auf 240 Millionen) zugenommen, währenddem gesamtschweizerisch eine Zunahme von 17% festzustellen ist. Überdies verblieb der Index der Spitalkosten im Kanton Wallis für die erwähnte Zeitperiode unter der Entwicklung des Landesindex der Konsumentenpreise (LIK).

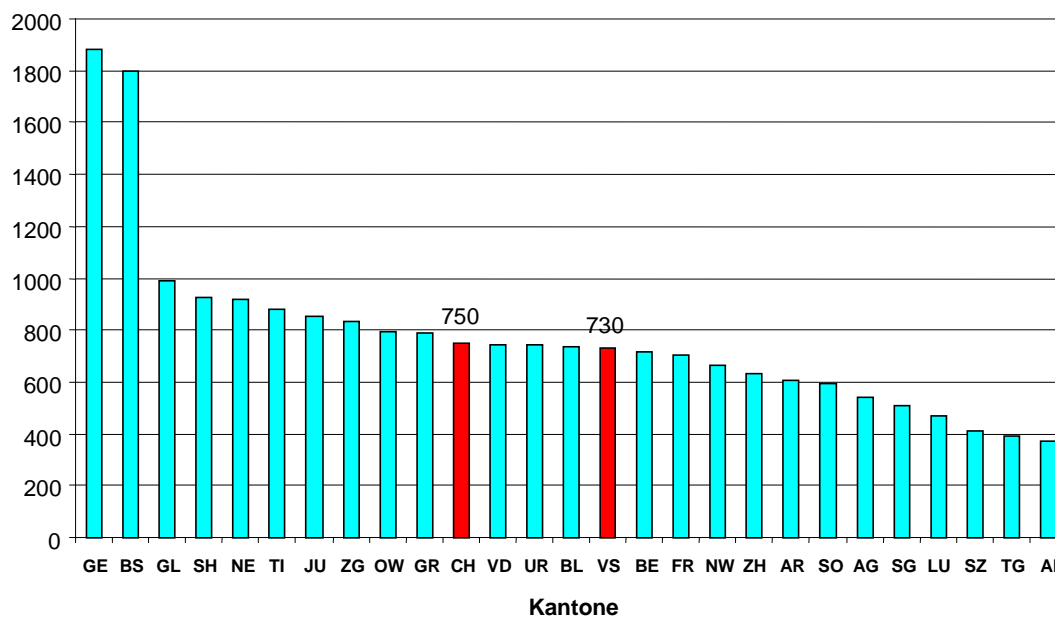
Diese Grafik zeigt einen Anstieg der Ausgaben der Walliser Spitäler ab dem Jahre 2000 falls keine Massnahmen zur Kostendämmung getroffen werden.

Die Entwicklung der Spitalausgaben in der Schweiz verläuft umgekehrt: ab dem Jahre 1998 stellt sich eine Abnahme der Ausgaben ein.

### c. Ausgaben der öffentlichen Hand und der Versicherer

#### Gesundheitsausgaben der Kantone und der Gemeinden (1997)

Ausgaben pro Einwohner (SFr)

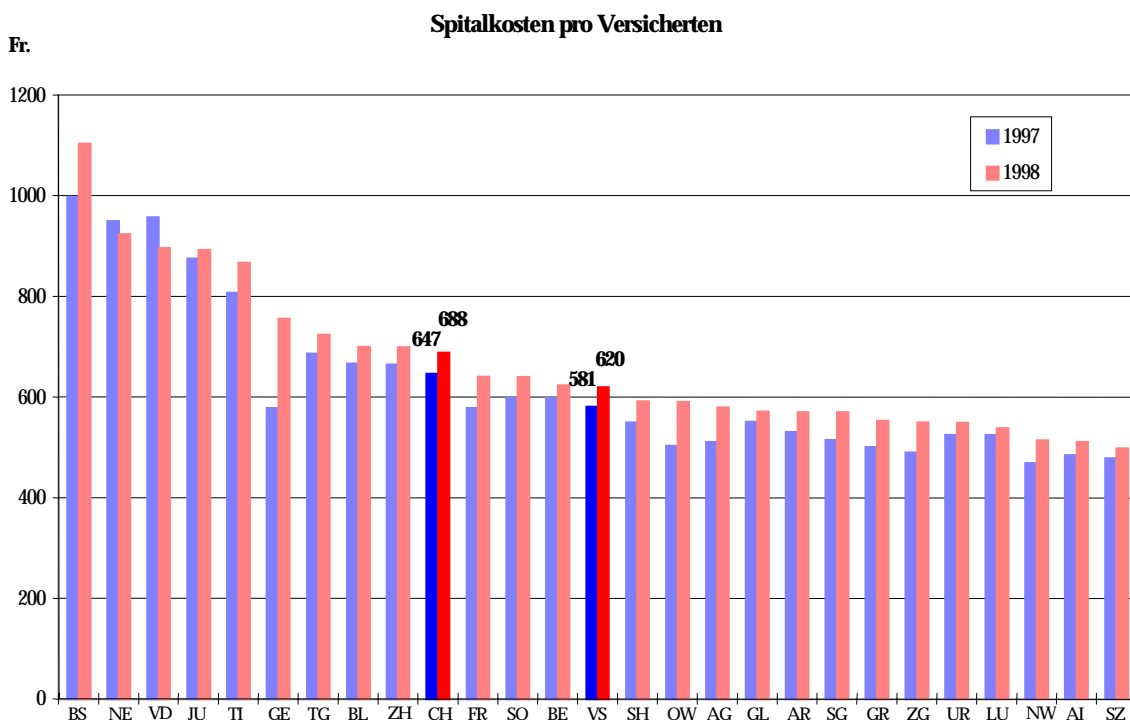


Quelle: BFS

Der von der öffentlichen Hand des Kantons Wallis aufgebrauchte Anteil an der Finanzierung der Gesundheitsausgaben entspricht dem Durchschnitt der Schweiz. Berücksichtigen wir die Finanzkraft des Kantons Wallis handelt es sich um eine bedeutende finanzielle Anstrengung der öffentlichen Hand.

Spitalkosten zu Lasten der Krankenpflegeversicherung pro Versicherten

Im Jahre 1998 kostet eine im Kanton Wallis wohnhafte Person seine Krankenversicherung durchschnittlich Fr. 1'660.-, währenddem derselbe Betrag sich gesamtschweizerisch auf Fr. 1'946.- beläuft. Der Anteil der Spitalkosten entspricht rund 37% der Kosten der Krankenpflegeversicherung wobei sich der entsprechende Betrag im Kanton Wallis auf Fr. 620.- beläuft. Dieser Betrag liegt nahe am gesamtschweizerischen Durchschnitt mit Fr. 688.- (1998).



Quelle: KSK

Die Daten « Gesundheitsausgaben der Kantone und Gemeinden » und « Spitalkosten zu Lasten der Krankenpflegeversicherung pro Versicherten » zeigen, dass sich die Zahlen für den Kanton Wallis im Schweizerischen Mittel bewegen.

Die Spitalausgaben müssen bestimmt und die finanziellen Mittel zwischen den Spitälern möglichst gerecht verteilt werden. Damit die Gesamtheit der Spitalausgaben stabilisiert werden kann, sind Massnahmen im Bereich der Planung und Spitalreorganisation unumgänglich.

#### d. Die Beteiligung der öffentlichen Hand an den Betriebsausgaben

Die Spitalausgaben werden von den verschiedenen Partnern gemäss dem folgenden Detail finanziert:

<i>Tätigkeitsbereiche des Spitals</i>	<i>Welches sind die Kostenträger ?</i>
<i>Stationäre und teilstationäre KVG-Fälle =&gt; Tätigkeit x Preis</i>	Versicherer (50 %) + öffentliche Gemeinwesen (50%) => Gemäss dem KVG müssen die anrechenbaren Kosten gedeckt sein
<i>Übrige stationäre Patienten (UVG, IV, MV, Ausserkantonale, Ausländer) ⇒ Tätigkeit x Preis</i>	Bundesversicherer und übrige Versicherer => der Selbstkostenpreis muss gedeckt sein
<i>Ambulant (Tätigkeit x Preis)</i>	KVG-Versicherer und übrige Versicherer => der Selbstkostenpreis muss gedeckt sein
<i>Privatabteilungen (Tätigkeit x Preis)</i>	Versicherer => die Selbstkostenpreise müssen zumindest gedeckt sein bzw. ein Gewinn sollte erreicht werden
<i>Nebenbetriebe</i>	Selbsttragend => die Selbstkostenpreise müssen zumindest gedeckt sein, bzw. eine Gewinnspanne sollte erreicht werden

#### Kantonale Beteiligung an den Betriebsausgaben

Die finanzielle Beteiligung des Kantons an den Spitalausgaben, wie sie im Kantonsbudget 2000 festgehalten ist, präsentiert sich wie folgt:

Akutspitäler	:	85 Mio.
Spitäler für Geriatrie und Chronischkrankenpflege	:	16 Mio.
		101 Mio.
		=====

**Jede Erhöhung der Betriebsausgaben der Spitäler schlägt sich sofort auf das Budget der öffentlichen Hand nieder: 40% zu Lasten des Kantons und 10% zu Lasten der Gemeinden.**

### Beteiligung der Versicherer

Aufgrund der eidgenössischen und kantonalen Gesetzgebung finanzieren die Versicherer 50 % der Spitalausgaben betreffend die Patienten in der allgemeinen Abteilung. Sie finanzieren ebenfalls einen grossen Anteil der Kosten der ambulanten Spitalleistungen und der Ausgaben in der Privatabteilung. Auch hier hat jede Zunahme der Spitalausgaben eine Erhöhung der Krankenversicherungsprämien zur Folge.

Die Beziehungen in Bezug auf die Tarife zwischen den Versicherern und den Spitälern werden über Verträge geregelt. Die Fixierung eines Tarifes beinhaltet nicht eine automatische Übertragung der Kosten von einem Jahr auf das andere, sondern resultiert aus langen und schwierigen Verhandlungen.

### **e. Lohnausgaben der Spitäler und der Gesundheitsinstitutionen**

Die Betriebsausgaben der sechs Akutspitäler und der Spitäler für die Chronischkrankenpflege betragen:

280 Millionen Franken
-----------------------

von denen ca. 72 % auf die Lohnausgaben entfallen

200 Mio. Fr. : Lohnausgaben
-----------------------------

Jede Anpassung der Lohn- und Sozialbedingungen des Spitalpersonals wird einen direkten Einfluss auf die Betriebsausgaben haben und in Folge dessen auf die Finanzierung der öffentlichen Hand und der Versicherer.

Zudem haben die Rahmenbedingungen der Vereinigung der Walliser Spitäler (GEHVAL) einen wesentlichen Einfluss auf die Arbeitsbedingungen der anderen Bereiche, insbesondere auf die Arbeitsbedingungen des Personals der Pflegeheime für Betagte, der Pflege zu Hause, der Krankenpflegeschulen und der verschiedenen Ligen.

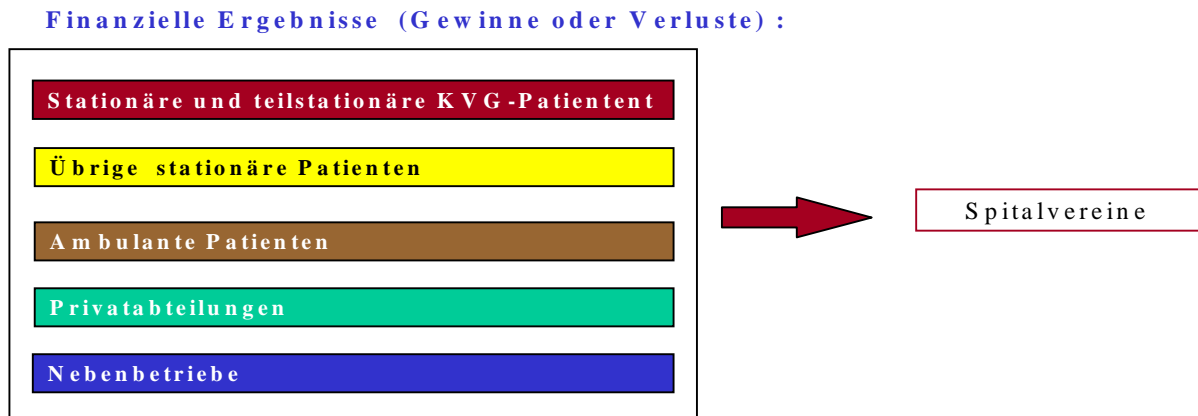
Von diesen anderen Institutionen finanziert die öffentliche Hand ebenfalls einen beachtlichen Teil der Ausgaben.

### **f. Zuteilung der Betriebsergebnisse der Spitäler (1. Januar 2000)**

**Im Rahmen des Vollzuges der gesetzlichen Bestimmungen des Kantons und des Bundes wird die Spitaltätigkeit in mehrere Sektoren mit verschiedenen Finanzierungsquellen aufgeteilt.** Jeder Spitalverein übernimmt die Verantwortung für seine Betriebsergebnisse.

In diesem Zusammenhang müssen sämtliche Tarife und Gebühren die Betriebskosten decken, bzw. in bezug auf die Privatabteilungen oder auf die Nebenbetriebe wird eine Gewinn erzielt; die Spitaldirektionen müssen mit den verschiedenen, betreffenden Partnern Tarifverhandlungen aufnehmen sowie ihre Ausgaben an die Finanzierungsmöglichkeiten anpassen. Die jährlichen Betriebsergebnisse (Verluste oder Gewinne) müssen anlässlich von zukünftigen Geschäftsjahren kompensiert werden.

Die Beteiligung der öffentlichen Hand bezieht sich ausschliesslich auf die Ausgaben in Zusammenhang mit der Behandlung von stationären und teilstationären KVG-Patienten. Die Verwendung der Betriebsergebnisse, für welche ausschliesslich der Spitalverein zuständig ist, muss jedoch unter Einhaltung der Bestimmungen der kantonalen Gesundheits- und Spitalplanung erfolgen.



Die Massnahmen, die vom Staatsrat getroffen werden, haben zum Ziel, die Betriebsausgaben der Spitäler zu stabilisieren und die Qualität der angebotenen Leistungen zu verbessern. **Sie erlauben es den Gemeinden zu verhindern, dass bedeutende Kosten, die aus den Überkapazitäten resultieren, von Ihnen übernommen werden müssen. Diese Kosten können weder vom Kanton noch von den Versicherern getragen werden.**

Die Entscheide des Staatsrates betreffend die Restrukturierung des Walliser Spitalnetzes werden einen massgebenden Einfluss auf die gesamte kantonale Gesundheitspolitik, auf die Qualität der Leistungen, auf das Personal und auf alle Partner einschliesslich der Gemeinden ausüben.

## 8. Das in die Vernehmlassung gegebene Szenario

Mit den vorliegenden Richtlinien der Spital- und Gesundheitsplanung präsentiert das Departement ein Szenario mit zwei Varianten, damit die oben erwähnten Problemstellungen beantwortet werden können. Das Szenario schlägt vor, dass drei Spitalversorgungszentren

geschaffen werden, welche aus drei in mehreren Standorten tätigen Spitalern mit einem differenzierten Leistungsangebot bestehen.

## 8.1. Allgemeine Grundsätze über die in mehreren Standorten tätiges Spitalzentrum

**Dieses Konzept, mit drei in mehreren Standorten tätigen Spitalzentren, beruht auf die nachfolgenden, allgemeinen Grundsätze :**

- 1. Ein in mehreren Standorten tätiges Spitalzentrum** besteht aus zwei oder mehreren Spitalbauten, welche sich **in verschiedenen Standorten** befinden und
  - eine **rechtliche Einheit** bilden,
  - mit **einer einzigen Betriebsorganisation und einem Globalbudget**, welches durch die Generaldirektion verwaltet wird,
  - mit **einer ärztlichen Direktion**.
2. In betrieblicher Hinsicht besteht die Zielsetzung darin, eine gemeinsame Politik (in Bezug auf die Löhne, die Fakturation, die Einkäufe, die Patientenverlegungen, die Notfälle, die Fortbildung, die Informatik usw.) zu definieren und zu verwirklichen, damit ein effizienter Betrieb, im Hinblick auf die Erreichung der « kritischen Masse » von Patienten und auf **eine sinnvolle Verwendung der Ausrüstungen**, eine **abgestimmte und koordinierte Aufteilung der medizinischen Dienstleistungen**, die Erreichung von Skalenerträgen, **die Kosteneindämmung** sowie eine langfristig optimal abgestimmte Entwicklung und schliesslich vorab die Sicherheit der Patienten und die **Qualität der Leistungen** gewährleistet werden.
3. **In medizinischer Hinsicht** verfolgt das festgehaltene Modell der in mehreren Standorten tätigen Spitalzentren die Zielsetzung, **in sämtlichen, gegenwärtigen Standorten Tätigkeiten der Akutpflege beizubehalten**, wobei die neuesten Entwicklung der Spitalmedizin zu berücksichtigen sind.

Die ungenügende Anzahl von gegenwärtig in gewissen Spitalabteilungen behandelten Fällen, die Unterbelegung gewisser Operationssäle sowie die abnehmende Anzahl von Krankentagen zeigen insbesondere auf, dass **Überkapazitäten** (zuviel Betten, zuviel Abteilungen usw.) bestehen und im Hinblick auf die Kosteneindämmung, auf die freiwerdenden Mittel sowie zur Sicherstellung der Leistungsqualität, **die medizinischen Tätigkeiten besser aufgeteilt werden müssen**.

Die festgehaltene Aufteilung der medizinischen Tätigkeiten besteht darin, zwei Behandlungsprozesse folgerichtig voneinander zu trennen, die in den gegenwärtigen Akutpflegespitälern gegenwärtig nicht unterschieden werden, währenddem diese beiden Prozesse verschiedene Infrastrukturen und Organisationen erfordern:

⇒ Der erste Behandlungsprozess betrifft die **traditionelle Spitalpflege oder die Langzeitaufenthalten**, welche für die schwer erkrankten oder verunfallten Patienten bestimmt ist. Diese Kategorie von Pflege erfordert kostenintensive Infrastrukturen, schwere Ausrüstungen, eine Intensivpflegestation und einen 24 Stunden am Tag geöffneten Operationstrakt.



⇒ **Der zweite Behandlungsprozess betrifft die ambulante Spitalpflege, das Tagesspital und die Kurzeitaufenthalte**, welche für die weniger schweren Fälle bestimmt sind, indem letztere keine Intensivpflege erfordern. Dieser Planungsprozess entspricht der neuesten Entwicklung der Spitalmedizin und bedingt eine weniger schwere Infrastruktur mit einer Ausrüstung für die Aufnahme der Patienten, mit Operationssälen für planbare Eingriffe und anderen leistungsfähigen Hilfsmittel.

Der Betrieb der Spitäler für Kurzeitaufenthalte ist im Vergleich zu demjenigen der traditionellen Spitäler für die langen Aufenthalte sehr verschieden, indem der Operationstrakt und die Notfälle nachts sowie an den Wochenenden unter Vorbehalt von festzulegenden Ausnahmen (z. B. während der Tourismussaison) nicht betrieben werden, womit bedeutende Einsparungen erzielt werden. Die Patienten werden auf Vereinbarung und ohne unnötige Wartezeit versorgt. Das Pflegepersonal wird organisationsmässig nicht durch schwere Notfälle gestört. Die Arbeitsbedingungen des Personals können verbessert werden, insbesondere mit der Möglichkeit das Berufs- und das Familienleben besser in Einklang zu bringen.

Indes setzt die Verwirklichung eines derartigen Modells vertiefte Veränderungen in der Konzeption und in der Praxis der Spitalmedizin voraus. **Die Standorte stehen dementsprechend nicht mehr dem** aus dem Verteilungskampf um Patienten resultierenden **Wettbewerb zueinander, sondern werden aufeinander abgestimmt**. Ein einziges Ärzteteam wird über die Modalitäten zur optimalen Versorgung der Patienten in den verschiedenen Standorten entscheiden. Die Ärzte werden gemeinsam eine Liste der diagnosebezogenen Indikatoren festlegen, damit für diesen oder jenen Patienten den am geeignetsten Standort usw. festgelegt werden kann. Gleiches gilt für die Organisation der Permanenz in den verschiedenen Standorten, die Durchführung der Ortsveränderungen der Ärzte von einem Standort zum anderen, die optimale Gestaltung der standortunabhängigen Konsultationen unter den verschiedenen Spezialisten usw. Den Ärzten **ist eine gewisse Zeit sowie die notwendige Autonomie zu gewähren**, damit ihre Zusammenarbeit verbessert werden kann.

Schliesslich stützt sich die Wahl der Standorte zur Erfüllung der betreffenden Aufträge „Spital für Langzeitaufenthalte,“ sowie „Spital für Kurzeitaufenthalte,“ auf die Standortanalyse und auf die Aufträge der gegenwärtigen Standorte ab.

4. **In finanzieller Hinsicht**, stellt die Tatsache, dass die Ausrüstung der gegenwärtigen Standorte die Verwirklichung des festgehaltenen Modells mit minimalen Infrastrukturkosten ermöglicht, einen bedeutenden Vorteil dar.

Die mit der Aufhebung der Überkapazitäten freiwerdenden Mittel werden zur Deckung von neuen Bedürfnissen verwendet werden können, dies sowohl innerhalb des Spitals als auch in den anderen Krankenanstalten und -institutionen.

## 8.2. Die Spitalzonen

Das Szenario sieht die Schaffung der drei nachfolgenden Spitalversorgungsnetzen vor :

- das Spitalzentrum Oberwallis mit den Standorten Visp und Brig

- das « Centre Hospitalier Rhodanien,, mit den Standorten Siders, Sitten und Martinach
- das Spital des Chablais mit den Standorten Monthey und Aigle.

Eine Spitalzone entspricht jedem diesem Versorgungsnetz, damit gemäss dem Gesundheitsgesetz die Verpflichtungen und die Modalitäten der finanziellen Beteiligung der Gemeinden festgelegt werden können. **Die neue Aufteilung der Spitalzonen** ist dementsprechend die folgende :

- **Zone 1 (Oberwallis):** Gemeinden der Bezirke Goms, Östlich Raron, Brig, Visp, Westlich Raron und Leuk (teilweise).
- **Zone 2 (Centre Hospitalier Rhodanien):** Gemeinden der Bezirke Leuk, (teilweise), Siders, Sitten, Hérens, Conthey, Martinach, Entremont und St-Maurice (teilweise).
- **Zone 3 (Spital des Chablais):** Gemeinden der Bezirke St-Maurice (teilweise) und Monthey.

**Den Gemeinden der Bezirke Martinach und Entremont bleibt die Möglichkeit offengestellt, die Zuteilung in die Zone 3 zu beantragen.**

In dieser Hinsicht ist indes besonders auf die Durchlässigkeit der Zonen zu achten. So wird die Zone von Leuk sowohl durch die Spitäler von Visp und von Siders versorgt. Ebenso sollte das Centre Hospitalier Rhodanien nicht der Zusammenarbeit zwischen dem Spital Martinach mit dem Spital des Chablais oder mit der Klinik St-Amé hinderlich sein.

In diesen drei grossen Zonen wird der Spitalbedarf jeweils durch ein in mehreren Standorten tätiges Spitalzentrum gedeckt, womit unter den verschiedenen Standorten der Akutpflege ein differenziertes Leistungsangebot ermöglicht wird.

### **8.3. Spitaltätigkeit**

In diesem Abschnitt wird ein kurzer Beschrieb der Situation vorgenommen im Hinblick auf eine verbesserte Wahrnehmung der Elemente, welche eine Reorganisation des Gesundheitssystems insbesondere über die Schaffung von drei Spitalversorgungsnetzen begründen. Damit die Leserlichkeit verbessert wird, hat das Departement die Informationen aufgrund der weiter oben festgelegten Spitalzonen zusammengefasst:

#### Die Spitalzone des Oberwallis

In dieser Spitalzone umfasst das in mehreren Standorten tätige Spitalzentrum für die Akutpflege die Standorte Visp und Brig. Wir erinnern an die Tatsache, dass ein in mehreren Standorten tätiges Spitalzentrum mit zwei über Abteilungen der Akutpflege verfügende Anstalten grundsätzlich es dem Patienten ermöglichen sollten, sich im sinnvollsten Standort behandeln zu lassen. In gewissen Fällen **deplaziert sich der Arzt und nicht mehr der Patient**. Dies bringt sicher den Nachteil mit sich, dass die Ärzteschaft in beiden Spitälern arbeitet. Doch ist es eine sehr moderne Art und Weise, ohne Trennung der Disziplinen die Medizin aufzuteilen. Dies ermöglicht unabhängig vom Standort einen optimalen Konsiliardienst zwischen den Standorten.

**Ein anderer Vorteil besteht darin, dass eine derartige Aufteilung gar keinen Ausbau von kostenintensiven Infrastrukturen erfordert;** die Operationssäle der bestehenden Standorte genügen nämlich, damit deren optimaler Betrieb gewährleistet wird.

Die logistischen Probleme, d.h. festzulegen, in welchem Standort welcher Patient zu behandeln ist, können gelöst werden. Eine Liste der diagnostischen Indikationen kann sämtlichen, freipraktizierenden Ärzten mitgeteilt werden, welche genau bestimmt, in welchem Standort die Patienten aufgrund ihrer Diagnose versorgt werden. In dieser Hinsicht können wir auf das in mehreren Standorten tätige Spital des Chablais verweisen, das eine derartige Zuteilung ohne bedeutende Probleme in Erfahrung gebracht hat.

Demzufolge besteht die Zielsetzung nicht darin, die Strukturen abzubauen. Im Gegenteil : **Die Reorganisation bezweckt eine abgestimmte Zusammenarbeit zwischen den Standorten**, wobei aufgrund der Schaffung eines einzigen Ärzteteams der Wettbewerb zwischen den Standorten aufgehoben wird. Schliesslich ist die Unterscheidung zwischen den Kurz- und Langzeitaufenthalten auch aufgrund der Tatsache begründet, dass in gewissen Abteilungen eine tiefe Anzahl von Patienten versorgt wird, wie dies die nachfolgende Tabelle aufzeigt :

Provisorische Spitaltätigkeit: 1999

ABTEILUNGEN MIT STATIONÄREN FÄLLEN 1999	VISP	BRIG	TOTAL
Médecine	1292	1333	2625
Allgemeine Chirurgie	1465	1007	2472
Geburtshilfe	471	337	808
Orthopädie	631	168	799
Pädiatrie und Kinderchirurgie <sup>1</sup>	365	291	656
Gynäkologie	265	215	480
Urologie	81	299	380
HNO	193	178	371
Ophthalmologie	56	0	56
Zwischentotal	4819	3828	8647
Teilstationäre Fälle (subventionierte Fälle)	730	300	1030
TOTAL	5549	4128	9677
Geriatric / Rehabilitation (stationär)	424	354	778
Psychiatrie (stationär)	-	222	222

1 umfasst sämtliche Kinder bis zum 14. Altersjahr, einschliesslich derjenigen, welche in anderen Abteilungen hospitalisiert werden und demnach nicht im Rahmen der Pädiatrie erfasst werden sollten.

Die in dieser Tabelle erwähnten Zahlen entsprechen der Anzahl von Fällen mit einer Spitalaufenthaltsdauer von über 24 Stunden. In der Praxis versorgen die Spitäler noch zahlreiche Patienten ambulant oder teilstationär. Diese Patienten werden teilweise im Rahmen des Tagesspitals erfasst.

Mit diesen Ausführungen wird das Problem der kritischen Masse der Patienten ersichtlich, welche zur Sicherstellung der Qualität, Sicherheit und Wirtschaftlichkeit der Leistungen erforderlich ist. Aufgrund der untenstehenden Tabelle ist festzustellen, dass lediglich zwei

Disziplinen eine Patientenzahl von über 1'000 Fälle aufweisen. Andere Disziplinen zeichnen sich durch extrem tiefe Versorgungszahlen aus, wie dies am Beispiel der Ophtalmologie, der HNO oder der Urologie ersichtlich wird. Aufgrund der Evaluation des Departements **sind mindestens rund Tausend Fälle notwendig, damit Abteilungen mit Betten in beiden Standorten gerechtfertigt werden können. Demzufolge wäre es wünschenswert, diese Disziplinen aus Gründen der Qualität und der Sicherheit im Rahmen jedes Spitalversorgungsnetzes an einem einzigen Standort anzusiedeln.**

### Die Spitalzone des Mittelwallis

Das « Centre Hospitalier Rhodanien » ist ein in mehreren Standorten tätiges Spitalzentrum mit akutpflegerischen Leistungen in Sitten, Siders und Martinach.

Bezüglich die Anzahl von Operationssälen der Akutspitäler von Siders, Sitten und Martinach stehen Daten aus den Jahren 1996 und 1997 zur Verfügung. In Ergänzung dieser Daten ist die Belegung in Stunden pro Jahr, pro Monat und pro Tag aufgeführt.

Spitäler	Siders		Sitten		Martinach		Total CHR	
	1996	1997	1996	1997	1996	1997	1996	1997
Anzahl von Sälen	5	5	8	8	6	6	19	19
Benützung in Anzahl von Stunden <sup>1</sup>	4279	4106	15917	15262	5046	5491	24522	24759
Anzahl von Stunden/Saal	856	821	1900	1895	841	915	1291	1303
Indizes/Saal <sup>2</sup>	66	64	147	147	65	71	100	101
Anzahl Stunden/Monate <sup>3</sup>	71	68	158	158	70	76	107	108
Anzahl von Stunden <sup>4</sup> /Tage	2.23'	2.17'	5.16'	5.16'	2.05'	2.32'	3.35'	3.37'

Quelle : Entwicklung und Perspektiven des Walliser Gesundheitssystems, Departement für Gesundheit, Sozialwesen und Energie, S.88

1. Die Daten wurden durch die Spitäler geliefert.
2. Durchschnitt der 3 Spitäler im Jahre 1996 = 100
3. Monat: 30 Tage
4. Stunden und Minuten.

Zudem zeigt die nachfolgende Tabelle auf, dass gewisse Abteilungen eine beschränkte Anzahl von Personen versorgen, womit die Qualität die Sicherheit und die Wirtschaftlichkeit der Leistungen nicht mehr unbedingt gewährleistet sind:

Situation im Jahre 1999 : Anzahl von Fällen

ABTEILUNGEN	MARTINACH	SITTEN	SIDERS	TOTAL
Médizin	1863	2475	1837	6175

## Begleitende Botschaft zu den Richtlinien der Spital- und Gesundheitsplanung

Allgemeine Chirurgie	710	1703	874	3287
Orthopädie	738	897	497	2132
Geburtshilfe	515	837	440	1792
Gynäkologie	250	413	312	975
Pädiatrie <sup>1</sup> und Kinderchirurgie	428	648	340	1416
Urologie	179	316	188	683
HNO	94	198	87	379
Plastische Chirurgie		267		267
Ophtalmologie	53	41		94
<b>Total stationär</b>	<b>4830</b>	<b>7795</b>	<b>4575</b>	<b>17200</b>
Tagesspital	1100	1700	450	3250
<b>TOTAL</b>	<b>5930</b>	<b>9495</b>	<b>5025</b>	<b>20450</b>
Kardiologie und Herzchirurgie		1102		1102
Neurochirurgie		176		176
Radiotherapie		138		138
Neonatologie		73		73
<b>TOTAL</b>	<b>5930</b>	<b>10984</b>	<b>5025</b>	<b>21939</b>

Quelle : provisorische Zahlen, Staat Wallis

1. umfasst sämtliche Kinder bis zum 14. Altersjahr, einschliesslich derjenigen, welche in anderen Abteilungen hospitalisiert werden und demnach nicht im Rahmen der Pädiatrie erfasst werden sollten.

Die in dieser Tabelle erwähnten Zahlen entsprechen der Anzahl von Fällen mit einer Spitalaufenthaltsdauer von über 24 Stunden. In der Praxis versorgen die Spitäler noch zahlreiche Patienten ambulant oder teilstationär. Diese Patienten werden teilweise im Rahmen des Tagesspitals erfasst.

Mit diesen Ausführungen wird das Problem der kritischen Masse der Patienten ersichtlich, welche zur Sicherstellung der Qualität, Sicherheit und Wirtschaftlichkeit der Leistungen erforderlich ist. Aufgrund der untenstehenden Tabelle ist festzustellen, dass lediglich vier Disziplinen sich in dieser Situation befinden. Andere Disziplinen zeichnen sich durch extrem tiefe Versorgungszahlen aus, wie dies am Beispiel der Ophtalmologie, der plastischen Chirurgie, der HNO oder der Urologie ersichtlich wird. Aufgrund der Evaluation des Departements **sind mindestens rund Tausend Fälle notwendig, damit Abteilungen mit Betten in den drei Standorten gerechtfertigt werden können. Demzufolge wäre es wünschenswert, diese Disziplinen aus Gründen der Qualität und der Sicherheit im Rahmen jedes Spitalversorgungsnetzes an einem einzigen Standort anzusiedeln.**

Der Standort Sitten wird folgerichtig als eine Anstalt für Langzeitaufenthalte betrachtet, indem sämtliche Abteilungen mit sehr schweren Fällen, welche kostenintensive Infrastrukturen voraussetzen, in diesem Spital angesiedelt sind. Da das Spital Sitten die sehr schweren Fälle aufnimmt, ist die Intensivstation notwendig. Das Spital bietet ebenso **kantonalisierte oder zentralisierte Disziplinen** an, nämlich: die Kardiologie, die Herzchirurgie, die Neurochirurgie, die Radiotherapie und die Neonatologie. Aus mehreren Gründen entwickelt der Standort Sitten in bezug auf diese Disziplinen ein Kompetenzzentrum. Zuerst ist unbedingt festzuhalten, dass diese Abteilungen nur an einem Standort lokalisiert werden, da sie eine sich an der Spitze befindende Infrastruktur, bzw. ein hochqualifiziertes Personal sowie eine besonders kostenintensive Technologie voraussetzen. Demzufolge ist es für den Kanton Wallis nicht möglich, mehrere Kompetenzzentren für diese Kategorie von Leistungen aufzubauen. Zudem ist aufgrund dieser höchst spezialisierten Versorgung eine kritische Anzahl von Patienten im Hinblick auf den optimalen Verlauf der Operationen notwendig. Mit einer geographischen Verteilung von einer relativ tiefen Anzahl von Patienten würde die Sicherheit der Versorgung gefährdet, was zu den Zielsetzungen der Planung im Gegensatz steht.

Die Zone von Martinach ist ebenso als eine sich entwickelnde Zone zu betrachten, die nicht strikte dem Centre Hospitalier Rhodanien zuzuteilen ist. Für die Zukunft wird der Staatsrat unter Berücksichtigung der Gesundheitspolitik der Kantone Waadt und Wallis der Zone Martinach Möglichkeiten zur Öffnung bieten müssen.

**Den Gemeinden der Bezirke Martinach und Entremont bleibt die Möglichkeit offengestellt, die Zuteilung in die Zone 3 zu beantragen.**

#### Das Spital des Chablais

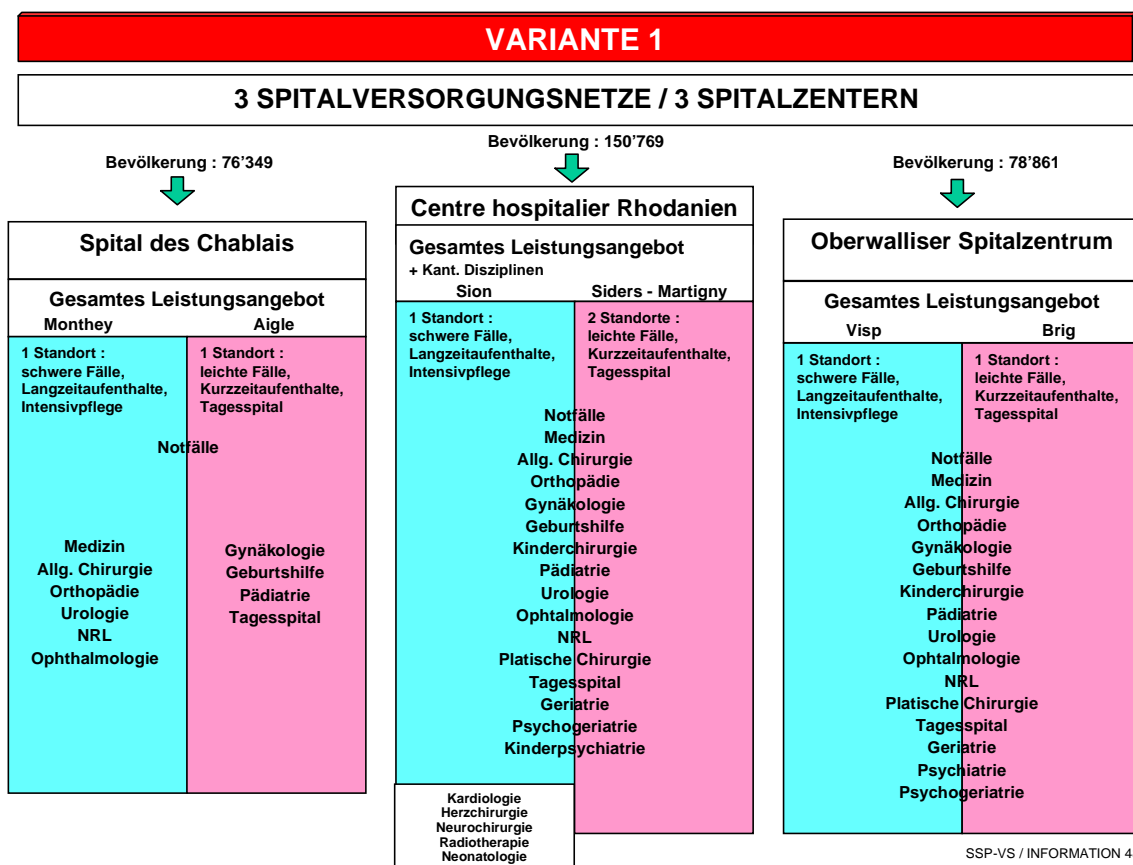
Dieses Spital, welches aus der rechtlichen Fusion zwischen den Spitälern von Monthey und von Aigle entstanden ist, bildet bereits ein sich in Betrieb befindendes, in mehreren Standorten tätiges Spitalzentrum.

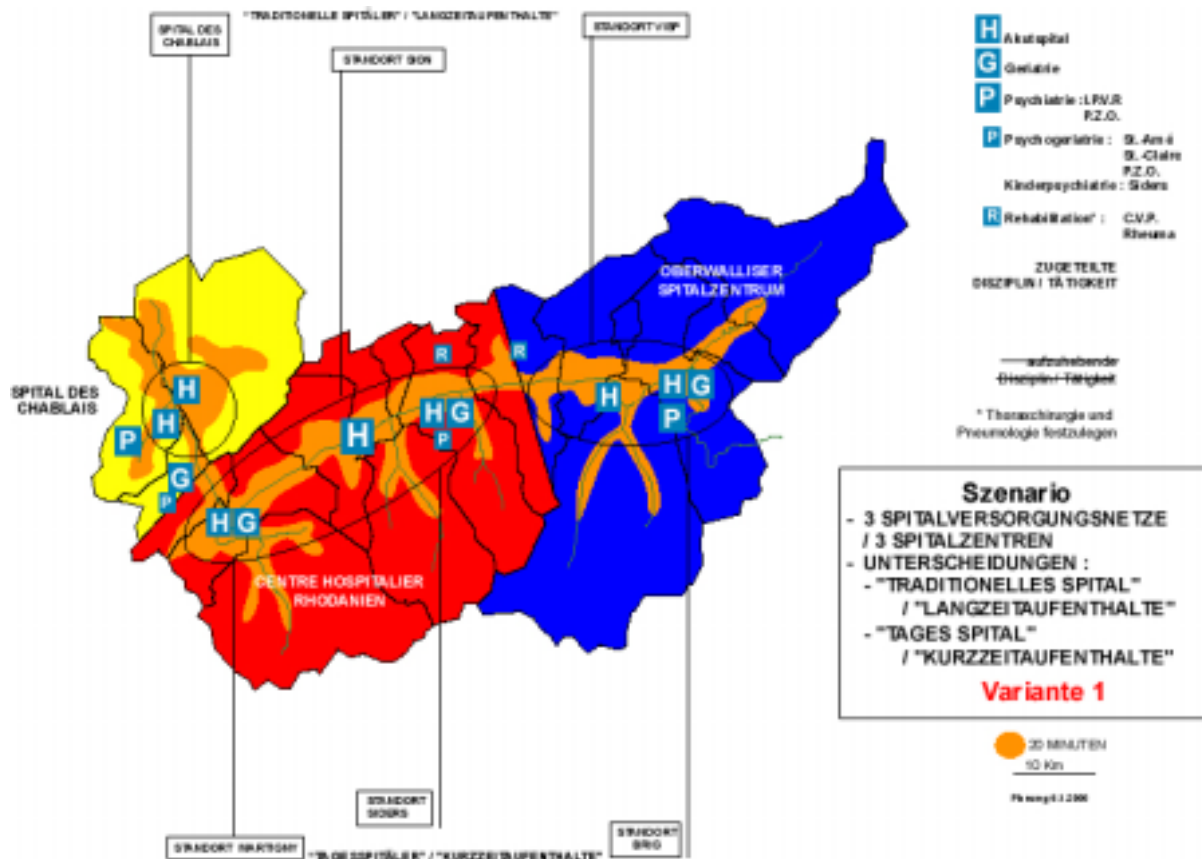
## 8.4. Das Szenario der drei Versorgungsnetze mit Standorten für Langzeitaufenthalte und für Kurzeitaufenthalte: 1. Variante

Dieses **ideale Szenario** zeichnet sich durch die Tatsache aus, dass lediglich zwischen den Standorten für Lang- bzw. Kurzeitaufenthalte unterschieden wird. Demzufolge haben die **betreffenden Partner** eine Aufteilung der medizinischen Tätigkeiten sowie der Betten **vorzuschlagen**. Mit diesem Szenario gewährt das Departement den Spitälern einen grossen Spielraum.

### a. Zusammenfassende graphische Darstellung des Szenarios

Damit diese erste Variante nachvollzogen werden kann, hat das Departement die beiden nachfolgenden Abbildungen ausgearbeitet, welche anschliessend erläutert werden:





## b. Das Spitalzentrum Oberwallis

Diese Zone umfasst die Standorte Visp und Brig. Das Szenario sieht vor, dass eine Anstalt insbesondere die schweren Fälle, die Langzeitaufenthalte versorgt sowie mit der Intensivpflege beauftragt wird. Der zweite Standort versorgt die leichten Fälle, die Kurzaufenthalte sowie das Tagesspital.

Das Departement ersucht die betreffenden Partner, in bezug auf die in diesem Rahmen vorzunehmende Aufteilung der medizinischen Tätigkeiten sowie der Anzahl von Betten Vorschläge zu formulieren.

## c. Das « Centre Hospitalier Rhodanien »

Die Zone des Mittelwallis umfasst die Standorte Siders, Sitten, und Martinach. Das Szenario sieht einen Standort für Langzeitaufenthalte einschliesslich der schweren Fälle und der Intensivpflege vor. In diesem Standort sind ebenfalls die kantonalisierten oder zentralisierten Disziplinen, nämlich die Kardiologie, die Herzchirurgie, die Neurochirurgie, die Radiotherapie sowie die Neonatologie entwickelt.

Die beiden anderen Standorte werden als Standorte für Kurzaufenthalte mit leichten Fällen sowie mit dem Tagesspital betrachtet.



Das Departement ersucht die betreffenden Partner, in bezug auf die in diesem Rahmen vorzunehmende Aufteilung der medizinischen Tätigkeiten sowie der Anzahl von Betten Vorschläge zu formulieren.

#### **d. Das Spital des Chablais**

Dieses Spital, welches aus der rechtlichen Fusion zwischen den Spitälern von Monthey und von Aigle entstanden ist, bildet bereits ein sich in Betrieb befindendes, in mehreren Standorten tätiges Spitalzentrum. Demzufolge ist die Aufteilung der Disziplinen erfolgt. Im Standort für Langzeitaufenthalte sind die Disziplinen Medizin, allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Urologie, Ophtalmologie und HNO entwickelt, währenddem im Standort für Kurzeitaufenthalte die Gynäkologie, die Geburtshilfe, die Pädiatrie und das Tagesspital angesiedelt sind.

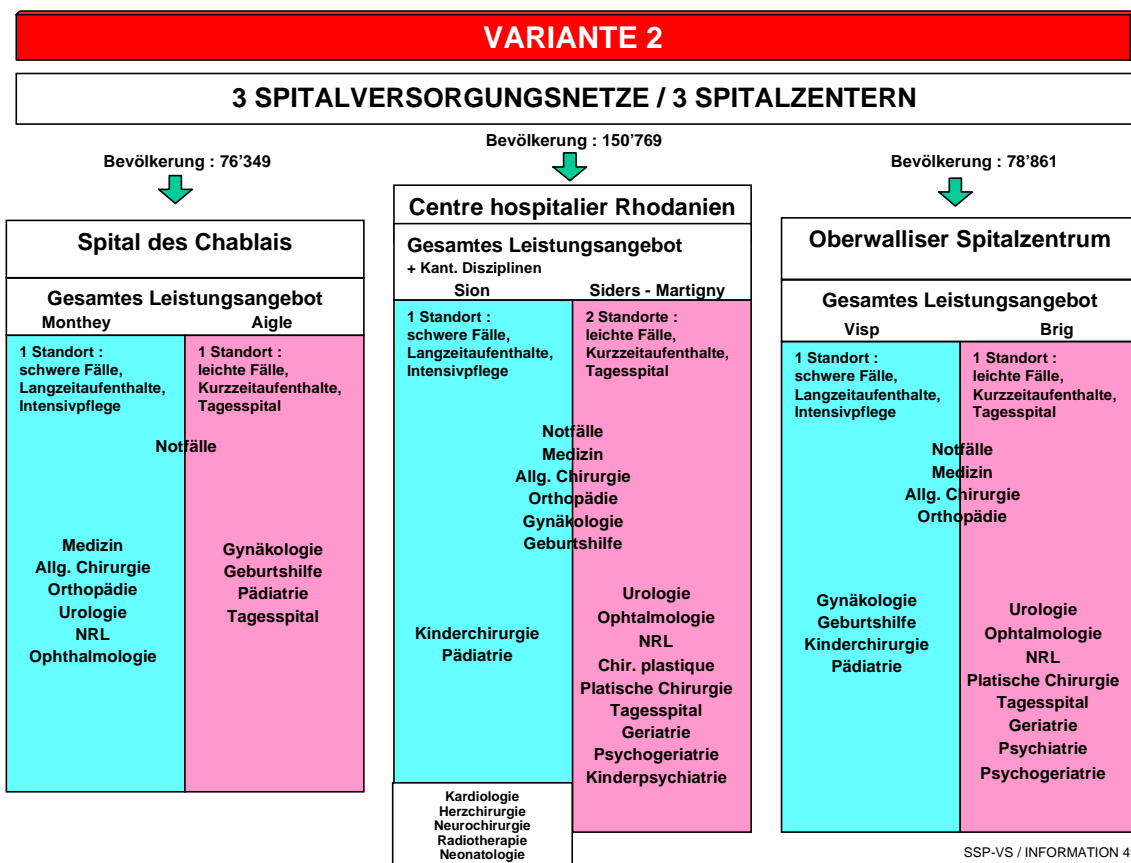
## 8.5. Das Szenario der drei Versorgungsnetze mit Standorten für Langzeit- bzw. Kurzezaufenthalte

Das Departement schlägt diese Variante vor für den Fall, dass die Partner nicht zu einvernehmlichen und konsensfähigen Lösungen finden. Demzufolge erfolgt die Unterscheidung zwischen Kurzzeit- und Langzeitaufenthalten **zusätzlich mit der Aufteilung der Disziplinen unter den Standorten.**

Das Departement erinnert an die Tatsache, dass diese Lösung hauptsächlich auf den Berichten basiert, welche im Rahmen der Vorarbeiten im Oberwallis und Mittelwallis durchgeführt worden sind (mit Ausnahme des bereits fusionierten Spital des Chablais).

### a. Zusammenfassende graphische Darstellung :

Nachfolgend wird das Szenario der Disziplinaufteilung zusammenfassend dargestellt. Die Zielsetzung der nachfolgenden Abschnitte ist nicht, die auf der Karte aufgeführten Disziplinen aufzulisten, sondern gewisse Punkte zu klären.





Die Aufteilung der Leistungen von langen Aufenthalten in Visp und kurzen Aufenthalten im Brig, kann insbesondere auf folgende Weise begründet werden. Die Disziplinen Psychiatrie und -Geriatric sind im Brig seit 20 Jahren gut verwurzelt. Es ist somit nicht angebracht neue Kosten zur Entwicklung der Infrastruktur zu verursachen, wenn schon genügend davon vorhanden ist. Das Integrationskonzept der Psychiatrie in einem Akutspital kann durchaus vertreten werden, was seit 20 Jahren im Oberwallis der Fall ist. Desweiteren wiederholen wir, dass ein Spital mit kurzen Aufenthalten auch ein Akutspital ist.

### **c. Das „Centre Hospitalier Rhodanien,, (CHR)**

Der Standort Sitten wird logischerweise als Anstalt mit langem Aufenthalt betrachtet, übernimmt er bereits alle sehr schwierigen Disziplinen, welche einer kostspieligen Infrastruktur bedürfen. Da er die sehr schwierigen Fälle übernimmt, bedarf dies der Existenz einer Intensivpflege. Er bietet ebenfalls die kantonalen und zentralisierten Disziplinen an wie: Kardiologie, Chirurgische Kardiologie, Neurochirurgie, Radiotherapie und Neonatologie. Der Standort Sitten entwickelt aus verschiedenen Gründen ein Kompetenzpool für diese kantonalen und zentralisierten Disziplinen. Vor allem ist es wichtig zu präzisieren, dass sich diese Einheiten auf einen Standort konzentrieren, da sie einer Infrastruktur, Personal usw. zu einer besonders kostspieligen Spitzentechnologie erfordert. So hat das Wallis nicht die Möglichkeit, mehrere Zentren für Typen dieser Leistungen zu entwickeln. Desweiteren ist eine kritische Masse von Patienten zu einen guten Ablauf dieser Interventionen, aufgrund des sehr speziellen Charakters in diesem Uebernahmehemodus wichtig. Eine Zersplitterung der wenig zahlreichen Patienten würde eine wenig sichere Uebernahme verursachen und dem in der Planung gesteckten Ziel widersprechen. Dieser Standort entwickelt auch die Pediatric-Chirurgie.

Die Standorte Siders und Martinach teilen sich die Urologie, die Ophtalmologie, das ORL, die plastische Chirurgie, die Tageshospitalisationen, die Geriatric, die Psychogeriatric und die Pedito-Psychiatric.

Was die Notfälle, die innere Medizin und die allgemeine Chirurgie, die Orthopädie, die Gynäkologie und die Geburtshilfe betrifft, werden die Leistungen von allen drei Standorten angeboten. Auch hier sind die verschiedenen Praktiken an den Begriff kurze und lange Aufenthalte gebunden.

Die Zone von Martinach muss noch als eine Entwicklungszone betrachtet werden, welche nicht zu strikte dem CHR zugeteilt werden sollte. In der Zukunft muss der Staatsrat der Entwicklung der Gesundheitspolitik des Kantons Wallis und des Kantons Waadt Rechnung tragen und der Zone Martinach Oeffnungsmöglichkeiten anbieten.

#### **d. Das Spital des „Chablais,,**

Dieses Spital hat bereits juristisch zum Spital vom Monthey und Aigle fusioniert und ist betrieblich bereits ein in mehreren Standorten tätiges Spital.

Der Standort von Monthey ist ein Kompetenzpool für die Disziplinen: Notfälle, Intensivpflege, Medizin, Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Urologie, ORL und Ophthalmologie.

Der Standort von Aigle ist ein Spital welches einen Mutter-Kind Service entwickelt (enthaltend Gynäkologie, Geburtshilfe und Pädiatrie) und ebenfalls ein Tagesspital. Die Disziplinen sind aufgrund des Konzepts mit Auseinanderhaltung der Pflege langer und kurzer Aufenthalt, aufgeteilt.

#### **e. Die Zusammenarbeit mit den kantonalen und den Readadaptations-Anstalten**

Was die Psychiatrie betrifft, bilden die psychiatrischen Institutionen des Unterwallis (IPVR) eine kantonale Anstalt. Sie werden die Zusammenarbeit mit den in mehreren Standorten tätigen Spitälern der Spitalzonen 1 und 2 noch verstärken. Für das Oberwallis ist die Psychiatrie dem PZO in Brig zugeteilt.

Desgleichen müssen das „centre valaisan de pneumologie,, (CVP) und das Rheumatologie und Readaptationszentrum in Leukerbad (RRKL), die Zusammenarbeit mit allen in mehreren Standorten tätigen Spitälern noch verstärken.

Diese kantonalen Anstalten oder Anstalten mit kantonalem Leistungsauftrag sind nicht direkt den in mehreren Standorten tätigen Spitälern zugeteilt. Aufgrund ihres kantonalen Charakters sind sie verpflichtet, sämtliche Bedürfnisse des ganzen Kantons abzudecken.

## 9. Die kantonalisierten Disziplinen

Im Artikel 2 der Verordnung über die Gesundheitsplanung und über die Subventionierung der Krankenanstalten und –institutionen werden die kantonalisierten Disziplinen wie folgt definiert: Es handelt sich hierbei um « *medizinische Disziplinen, die der gesamten Bevölkerung des Kantons zustehen, aber gemäss Gesundheitsplanung aus Gründen der Qualität, der Sicherheit und der Wirtschaftlichkeit auf eine beschränkte Anzahl von Krankenanstalten oder medizinisch-technischen Instituten konzentriert sind..* »

Die Kantonalisierung gewisser medizinischen Disziplinen bezieht sich ebenso auf andere Kriterien<sup>12</sup> wie :

Die **berufliche Qualifikation** der Ärzte und des Pflegepersonals ist im Hinblick auf die Sicherstellung der Leistungsqualität besonders wichtig. Weiter werden eine bedeutende Anzahl von Disziplinen stets komplexer, womit die zukünftigen Anforderungen zunehmen.

Die **kritische Masse** der Anzahl behandelter Fälle ist im Hinblick auf die Sicherstellung der Qualität, die Wirtschaftlichkeit der Patienten und vor allem der Sicherheit der Patienten zu berücksichtigen.

Die **wirtschaftlichen Anforderungen** beziehen sich auf die Wirtschaftlichkeit und auf die Effizienz der Leistungen. Diesbezüglich halten wir fest, dass die Infrastrukturen, welche für gewisse Disziplinen notwendig sind, besonders kostenintensiv sind. Diesem Aspekt ist gebührend mitzubedenken.

Im Jahre 1996 erwähnte das Spitalkonzept bereits die nachfolgenden kantonalisierten Disziplinen :

- Psychiatrie
- Psychogeriatric
- Herzchirurgie
- Invasive Kardiologie
- Radiotherapie
- Pathologie
- Thoraxchirurgie
- Pneumologie

Heute stellt sich die Frage, den nachfolgenden Disziplinen einen kantonalen Charakter zuzusprechen :

- Neurochirurgie
- Neonatologie
- Rehabilitation
- Spitalpsychiatrie für Kinder und Jugendliche
- Liaisonpsychiatrie für Kinder und Jugendliche
- Epidemiologie

---

<sup>12</sup> Abschnitt 5.3 des Spitalkonzeptes

Die kantonalisierten Disziplinen werden durch den Kanton unter Beizug der kantonalen Kommission für Gesundheitsplanung und im Einverständnis mit den Anstalten verwaltet, welchen sie zugeteilt werden. So stellt der Kanton die Qualität und die Zugänglichkeit der Leistungen für sämtliche Patienten des Kantons sicher. Die Disziplinen mit kantonalem Charakter bieten demnach eine Alternativlösung zu ausserkantonalen Hospitalisationen der Patienten an.

## **10. Finanzielle Auswirkungen der Reorganisation des Spitalwesens**

Nachfolgend sind die wichtigsten, in den betreffenden Berichte enthaltenen Elemente betreffend die finanziellen Auswirkungen aufgeführt, welche aus der Reorganisation der Spitäler im Oberwallis und im Mittelwallis resultieren werden.

### **10.1. Das « Centre Hospitalier Rhodanien » oder die Schaffung eines Spitalversorgungsnetzes mit den Spitälern von Siders, Sitten und Martinach**

Aus diesem ersten Bericht sind insbesondere die nachfolgenden Punkte zu erwähnen:

Durch die Schaffung eines in mehreren Standorten tätigen Spitalzentrums mit einer Teamarbeit und mit gemeinsamem Austausch entstehen eine Koordination und ein Wille „vernetzt“, zu denken. Aus einer gemeinsamen Politik, gemeinsamen Anschaffungen, über Erfahrungsaustausche, die Mobilität der Ärzte und der Mitarbeiter der medizinischen Dienste usw. sind Synergien zu erwarten. Einige Prozente eines Betrages von rund 180 Millionen entsprechen sofort einem bedeutenden Einsparungspotential.

Die finanziellen Auswirkungen, die aus der Schaffung eines in mehreren Standorten tätigen Spitalzentrums resultieren, werden erst mittelfristig feststellbar sein. Mit jeder Verwirklichung eines neuen Systems in einem komplexen Bereich sind Erfahrungen, begleitende Massnahmen sowie eine ständige Evaluation durch die Gruppen notwendig, welche mit der Implementierung der Veränderungen beauftragt sind. In diesem Kontext ist das erste Jahr besonders wichtig: Einer Beobachtungsphase haben vor dem Eröffnungsjahr, Optionen und Steuerungsentscheide des Verwaltungsrates zu folgen.

In jedem Fall wird die Schaffung des „*Centre Hospitalier Rhodanien*“, insbesondere mit den sich entwickelnden Synergien sowie mit der Aufhebung der Doppelspurigkeiten die Freisetzung von Ressourcen und eine weitere Verbesserung des Leistungsangebot ermöglichen. Mit den auf diese Weise freiwerdenden Mittel, welche je nach Szenario auf 10 bis 14 Millionen geschätzt werden, werden neue Leistungen im Spitalbereich und in den übrigen Sektoren finanziert werden können (Pflegeheime, Hilfe und Pflege zu Hause, Gesundheitsförderung und Prävention,...).

### **10.2. Die Reorganisation der Oberwalliser Spitäler von Visp und von Brig**

Aus diesem zweiten Bericht sind vor allem die nachfolgenden Punkte zu erwähnen:

Den vorgestellten Rechnungen liegt das « Modell differenziert, t-z plus » (zwei Akutspitäler mit unterschiedlichen Leistungsangeboten) zugrunde. Die Aufteilung erfolgt aufgrund der Tätigkeit, der erforderlichen Infrastruktur und die wahrscheinliche Spitalaufenthaltsdauer.



Mit der Umsetzung dieses Modells – d. h. sowie mit der Konzentration der verschiedenen Leistungen (Intensivpflege, Notfälle 24 Stunden am Tag usw.) wird auch die Freisetzung von zusätzlichen finanziellen Mitteln ermöglicht, die, wie weiter oben erwähnt, bedarfsgerecht eingesetzt werden.

Gemäss den durchgeführten Evaluationen, könnten ungefähr 8 Millionen neu investiert werden und insbesondere für die nachfolgenden Zwecken bestimmt sein:

### 10.3. Finanzierung von neuen Leistungen

- **Entwicklung von neuen Tätigkeiten im Kanton (Repatriierung von ausserkantonale gepflegten Patienten; weitere Verbesserung der Qualität des Leistungsangebotes) ;**
- **Verbesserung der Arbeitsbedingungen des Personals;**
- **Berücksichtigung der verschiedenen Anträgen zur Beibehaltung der Spitalinfrastrukturen, welche für gewisse Anstalten vor zwanzig Jahren erstellt worden sind ;**
- **Zu fördernde Weiterentwicklung der übrigen Gesundheitsinstitutionen wie die Pflege zu Hause oder die Pflegeheime für Betagte.**

### 10.4. Auswirkungen auf die Arbeitsplätze

Die Tatsache, dass mit der Reorganisation des Walliser Spitalwesens finanzielle Mittel freierwerden, wird sich ebenfalls auf das Personal haben.

In den Beilagen des Berichtes des Staatsrates an den Grossen Rat über seine Gesundheits- und Spitalpolitik sind die nachfolgenden Evaluationen erwähnt: Mit der Schaffung des CHR sollten ungefähr 180 Arbeitsplätze neu zugeteilt werden können, währenddem die Restrukturierung der Spitäler von Visp und Brig ein Einsparpotential von 70 Arbeitsplätzen zur Folge hat.

**Die so umgewandelten Arbeitsplätze werden keinesfalls aufgehoben werden, sondern entweder innerhalb des Spitals (insbesondere im Bereich der Intensivpflege) oder in den übrigen Pflegesektoren (Pflegeheime, Hilfe und Pflege zu Hause) neu zugeteilt. Diese Zielsetzungen entspricht überdies vollkommen den Entscheiden, welche durch den Staatsrat im Hinblick auf die Entwicklung des Pflegenetzes getroffen worden sind.**

Abschliessend möchten wir erneut betonen, dass die mit den verschiedenen Reorganisationen im Zusammenhang stehenden finanziellen Auswirkungen nicht kurzfristig **sondern eher mittelfristig** zum tragen kommen werden. Ebenso halten wir fest, dass die Evaluationen der erwähnten finanziellen Beträge sowie der oben erwähnten Anzahl von Arbeitsplätzen zur Hauptsache auf Schätzungen basieren.

## 11. Die im Hinblick auf die Schaffung von in mehreren Standorten tätigen Spitälern gewährten Garantien

Der Staatsrat wird mit der Unterstützung der Krankenversicherer versuchen, den Befürchtungen der Institutionen, der Partner und der betreffenden Personen durch die Gewährung von Garantien zu begegnen. Diese Garantien, welche unter Berücksichtigung der sozialen, wirtschaftlichen und gesundheitlichen Interessen der betreffenden Regionen bereits im Bericht des Staatsrates an den Grossen Rat vorgeschlagen werden, werden demnach in den nachfolgenden Abschnitten erneut aufgegriffen und erläutert:

In der Praxis werden drei Kategorien von Garantien vorgeschlagen.

Es gibt zwei Garantien der Planung :

- Die Beibehaltung von Tätigkeiten im Bereich der Akutpflege in den Standorten von Brig, Visp, Siders, Sitten und Martinach so wie im vorangehenden Kapitel festgelegt.
- Die Aufnahme der Psychiatrischen Institutionen des Mittel- und des Unterwallis, des PZO, des Walliser Zentrums für Pneumologie sowie der Rheuma- und Rehabilitationsklinik in die Spitalplanung.

**Die globalen Garantien in bezug auf die Ressourcen :**

- Die Beibehaltung des jedem Standort gewährten Globalbudgets für den Gesundheitssektor.
- Die Beibehaltung des globalen Personalbestandes für den Gesundheitssektor in jedem Standort. Der Bericht des Staatsrat an den Grossen Rat hält fest, dass im Gesundheitswesen strukturelle Veränderungen notwendig sind. Demzufolge sind neue Aufgaben in den Bereichen der Hilfe und Pflege zu Hause sowie der Betreuung der betagten Personen wahrzunehmen, womit in diesen Bereichen immer mehr Personal angestellt wird. Auf diese Weise sollte es möglich sein, der Personalbestand insgesamt für den Gesundheitssektor in sämtlichen Standorten beizubehalten.

**Die Garantien betreffend den Schutz der „schwächeren,, Parteien » und die Einhaltung der Zuständigkeiten des Kantons :**

- Die Schutzmechanismen der «schwächeren Parteien, welche in die Statuten der gemeinsamen Struktur zu verankern und bei der Genehmigung der Statuten durch den Staatsrat festzuhalten sind.
- Die Kontrolle des Staatsrates über die Restrukturierung und über den Prozess der Restrukturierung im Rahmen seiner Kompetenzen in bezug auf die Gesundheitsplanung. Wir zitieren nachfolgend den Art. 4 Abs. 1 des Gesundheitsgesetzes : «<sup>1</sup>*Der Staatsrat bestimmt auf dem Wege der Gesundheitsplanung die kantonale Gesundheitspolitik und übt die Oberaufsicht über die Organisation des kantonalen Gesundheitswesens aus* ». Im zweiten Teil dieses Abschnittes wird ausdrücklich erwähnt, dass der Staatsrat die Oberaufsicht über die Organisation des Gesundheitswesens ausübt. Demnach gehören sämtliche Fragen der Kontrolle über die Reorganisation und über die Vernetzung zu seinen Verpflichtungen.
- Begleitung des Projektes der Schaffung von in mehreren Orten tätigen Spitalzentren in der Aufbauphase gemäss Modalitäten, welche durch das Departement für Gesundheit,

Sozialwesen und Energie festzulegen sind. Dabei informiert das DGSE diesbezüglich den Staatsrat. Anlässlich der vorbereitenden Sitzungen haben Kommissionen eine gewisse Anzahl von Dokumenten ausgearbeitet, welche die medizinische Organisation, die rechtlichen Statuten,... betreffen. Das Departement hat dies gewünscht, um den Partnern bei der Schaffung der in mehreren Orten tätigen Spitalzentren behilflich zu sein. Natürlich werden die Partner über den Inhalt der im Rahmen dieser Arbeiten formulierten Vorschläge konsultiert. Dabei können sie Anpassungen beantragen.

## 12. Die Aufnahme sämtlicher Leistungserbringer in ein regionales Gesundheitsnetz

Im Bericht des Staatsrates an den Grossen Rat ist die nachfolgende Definition des regionalen Gesundheitsnetzes enthalten: *Das Netz ist sowohl eine Struktur als auch ein Prozess, wodurch die Handlungsfähigkeit nutzbar gemacht und eine Rationalisierung des Managements der Dienstleistungen mit ergänzendem Charakter ermöglicht werden.* ».

Die Reorganisation der Spitäler wird sich gewiss im bedeutenden Masse auf die übrigen Sektoren des Gesundheitssystems wie die Pflegeheime, die SMZ, den ambulanten Sektor und die Organisation des Rettungswesens auswirken. Diesen Interdependenzen ist eine besondere Aufmerksamkeit zu schenken, damit insbesondere eine Überwälzung der Lasten verhindert werden kann.

Der Zeitplan sieht zwei Etappen vor, die zu unterscheiden sind: die eine für die Reorganisation der Spitäler und die nachfolgende, zweite Etappe für die Vernetzung sämtlicher Leistungserbringer. Mit der Aufnahme sämtlicher Leistungserbringer in ein Gesundheitsversorgungsnetz konzentriert sich die Planung auf die Bedürfnisse der Bürger, welche zu denjenigen der Partner und der Institutionen im Gegensatz stehen. Dabei ist die Zielsetzung, den Patienten angemessen im Rahmen des Behandlungsnetzes zu versorgen und die Kontinuität der Pflege zu gewährleisten, wobei für eine optimale Koordination zwischen den Partnern zu sorgen ist. Weiter ist auf eine verbesserte Qualität und auf eine Anpassung des Leistungsangebotes an die Pflege zu achten.

Jedes regionales Versorgungsnetz besteht aus einem Akutspital, aus einem Geriatriespital oder aus einer Geriatrieabteilung, aus Pflegeheimen, aus SMZ, aus Ambulanzdiensten, Gesundheitsligen, spezialisierten Institutionen, sowie aus freipraktizierenden Fachleuten (welche mit den übrigen Institutionen und Finanzträgern zusammenarbeiten).

Diese Leistungen werden insbesondere durch die psychiatrischen, psychogeriatrischen und kantonalierten Disziplinen ergänzt, welche mehrere Regionen versorgen.

In diesem Kontext dient die **regionale Gesundheitskommission**<sup>13</sup> als Bindeglied zwischen den verschiedenen Partnern, indem sie die Aufgabe der Beratung und der Koordination zwischen den verschiedenen Tätigkeitsbereichen wahrnimmt.<sup>14</sup> Zu diesem Zweck besteht sie aus Vertretern sämtlicher Organisationen und Institutionen, welche im Netz integriert sind. Weiter kann Sie bei Bedarf Berater beiziehen.

---

<sup>13</sup> Vgl. Abbildung im Bericht des Staatsrates an den Grossen Rat, S. 114

<sup>14</sup> « Die regionalen Gesundheitsnetze » im Bericht des Staatsrates an den Grossen Rat, S. 112-116

## 13. Der Zeitplan

Der Staatsrat möchte wie bis anhin die Stellungnahmen der Partner des Gesundheitswesens einholen, damit wie immer möglich ihre Meinungen berücksichtigt werden können. Demzufolge beauftragt der Staatsrat das Departement, die vorliegenden Richtlinien bis Mitte März den Partnern sowie der kantonalen Planungskommission (Die im Gesundheitsgesetz verankerte Kommission) zu unterbreiten. Auf Ende März 2000 sollte der definitive Staatsratsentscheid gefällt werden.

Für die Annahme der neuen Statuten werden die Generalversammlungen der Spitäler grundsätzlich über einen Zeitraum von drei Monaten verfügen. Insbesondere im Mittelwallis haben bereits Kommissionen mögliche Statuten eines an mehreren Orten tätigen Spitalzentrums ausgearbeitet, wobei die Form einer Vereinigung der Spitalverbände besonders berücksichtigt worden ist. Diese Arbeiten werden im Hinblick auf die Ausarbeitung der Statuten des in mehreren Orten tätigen Spitalzentrums Oberwallis sicher von Nutzen sein.

Schliesslich sollten bis Ende des Jahres 2000 die ärztlichen Direktionen und die Verwaltungsdirektionen fortschreitend erstellt worden sein, wobei die bestehenden Verbände beibehalten werden, wie dies in der vorgeschlagenen rechtlichen Form vorgesehen ist (Vereinigung der Verbände).

Die Verwirklichung auf operativer Ebene sowie die neue Aufteilung der medizinischen Tätigkeiten sollten ab Beginn 2001 etappenweise vollzogen werden.

## 14. Der Tarifvertrag zwischen den Spitälern und den Krankenversicherern

Im Jahre 1992 beschloss der Staatsrat, das Globalbudget im Spitalbereich einzuführen und legte als Zielsetzung fest, mittelfristig eine Ressourcenzuteilung basierend auf die Tätigkeiten der Spitäler einzuführen. Dementsprechend entschieden die Partner des Spitalvertrages 1998, im Hinblick auf eine zukünftige diagnosebezogene Finanzierung das System der Fallpauschalen einzuführen. Von der Richtigkeit dieses – gesamtschweizerisch eingeführten - Systems überzeugt hat der Staatsrat diesen Tarifvertrag genehmigt.

Auf den 31. Dezember 1999 wurde der Vertrag nicht gekündigt. Indes haben die Krankenversicherer am Ende des Betriebsjahres es abgelehnt, auf Tariferhöhungen auf den 1. Januar 2000 einzutreten, solange die Spitäler ihr Wille, eng miteinander zu kooperieren und somit die gegenwärtigen Überkapazitäten abzubauen, konkret unter Beweis gestellt haben. Indes ist an dieser Stelle festzuhalten, dass das Gesundheitsgesetz ausdrücklich eine paritätische Kostenübernahme durch die Krankenversicherer und durch die öffentlichen Gemeinwesen zu je 50% vorsieht.

Indes wären die Krankenversicherer bereit, ihre Position zu revidieren und per 1. Juli 2000 neue Tarife auszuhandeln. Demzufolge wird für die Finanzierung der Spitäler im Jahre 2000 unter Berücksichtigung der Forderungen betreffend die Arbeitsbedingungen und die Löhne eine zufriedenstellende Lösung gefunden werden können. Doch müssen die Spitäler ihre feste Absicht, eng miteinander zu kooperieren, unter Beweis stellen.

## 15 Das Gesundheitsobservatorium

Durch die gegenwärtigen Veränderungen des Gesundheitssystems benötigen die Verantwortlichen die Erstellung und die Aktualisierung von Indikatoren des Gesundheitswesens, womit die Strukturen, die Tätigkeiten sowie die Ergebnisse des Gesundheitssystems beobachtet werden können. In diesem Zusammenhang wurde zwischen August und Oktober 1999 durch das Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Lausanne eine Forschungsstudie durchgeführt mit dem Ziel, im Hinblick auf ein modernes Informationssystem im Kanton Wallis die zur Verfügung stehenden Daten zu erfassen, die Methoden dieses Systems vorzuschlagen sowie die Modalitäten von dessen Verwirklichung zu prüfen.

Im letzten Jahrzehnt wurden mehrere Initiativen in dieser Hinsicht ergriffen, sowohl in bezug auf die Epidemiologie der Krankheiten (u. a. nosokomiale Infektionen und Krebs) als auch in bezug auf die Statistik hinsichtlich der Pflege (medizinische Statistik im Spitalbereich, Pflegequalität usw.). Die Daten werden teilweise im Kanton erfasst, währenddem ein anderer Teil **unmittelbar mit Statistiken des Bundes oder interkantonalen Statistiken in Zusammenhang steht**. Wie oft in diesem Bereich werden die Daten unzureichend ausgewertet und der Rückgriff auf die Information in Zusammenhang mit Entscheiden betreffend das öffentliche Gesundheitswesen ist weitgehend entwicklungsbedürftig.

Zur Verbesserung dieser Situation müssen sämtliche Tätigkeiten im Bereich der Gesundheitsstatistik innerhalb einer einzigen Instanz durchgeführt werden. Diese Instanz würde dementsprechend sämtliches Fachwissen in bezug auf die Erfassung, die Zusammenfassung, die Auswertung sowie die Veröffentlichung der Daten in bezug auf die Gesundheitsstatistik in sich vereinigen. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt bestehen die betreffenden Daten aus der Spitalstatistik, die Pflegequalität, dem Krebsregister, die Gesundheitsbefragungen sowie die Statistik des schulmedizinischen Dienstes.

Es wird vorgeschlagen, innerhalb der Dienststelle für Gesundheitswesen eine neue Sektion (kantonales Gesundheitsobservatorium) zu schaffen, welche mehrere Divisionen umfasst, die sich mit den besonderen Bereichen des Gesundheitswesens befassen. Das Observatorium und dessen Divisionen sollen innerhalb und ausserhalb der Dienststelle für Gesundheitswesen enge Beziehungen mit den von der Gesundheitsstatistik betroffenen Institutionen unterhalten. Der Verantwortliche dieses Observatoriums sollte insbesondere zu einer im Bereich der Epidemiologie und der gesundheitlichen Dienstleistungen spezialisierten Institution in Verbindung stehen. In diesem Zusammenhang werden die Verantwortlichen der Divisionen dieses Observatoriums ihre Arbeitszeit zwischen klinischer Tätigkeit und Tätigkeit an der Front aufteilen.

## 16. Schlussfolgerung

Die Gesundheitspolitik muss sich einem sehr dynamischen und komplexen Umfeld anpassen und die wichtigen und die auf kantonaler Ebene und auf Stufe des Bundes erfolgenden, raschen Veränderungen antizipieren.

Der Staatsrat ist vom dringlichen Handlungsbedarf überzeugt, oder besser: er ist von der Notwendigkeit überzeugt, die seit einem Jahrzehnt getroffenen Massnahmen weiter zu verfolgen damit der Walliser Bevölkerung weiterhin qualitativ optimale Leistungen zu wirtschaftlich tragbaren Kosten angeboten werden können.

Zu Beginn der Jahre 2000 sind die wichtigsten Herausforderungen im Gesundheitswesen bekannt, nämlich:

- Alterung der Bevölkerung
- neue Erwartungen der Patienten
- faszinierende Entwicklung der Technologien
- rasche Veränderungen der Pflegeinstitutionen
- vermehrte Rolle der Versicherer
- Wichtigkeit der zukünftigen Revision des KVG
- Kontrolle der Haushalte der öffentlichen Gemeinwesen
- zu gewährleistende Qualität der Leistungen

Die Reorganisation des Gesundheitswesens, das Finanzierungssystem, die Geschäftsführungs- und Steuerungsmethoden sind Instrumente, welche uns zur Verfügung stehen, um sich diesen Herausforderungen zu stellen und um eine Gesundheitspolitik zu führen, welche diesen **Veränderungen oder sogar Umwälzungen** standhalten kann.

Eine optimale Vision der Gesundheitspolitik und leistungsfähige Instrumente genügen indes nicht, um diese Politik in die Praxis umzusetzen.

Die ausgezeichneten Ergebnisse, die im Kanton Wallis in Bezug auf die Qualität der Leistungen und auf die Kosteneindämmung erzielt wurden, sind grösstenteils auf die Art und Weise zurückzuführen, wie diese Politik geführt wird, nämlich: die Vorrangstellung des Patienten **und die Partnerschaft auf allen Ebenen.**

Mit seinen Bedürfnissen, seinen Erwartungen, seiner Würde und seinen Grundrechten nimmt der Patient im Rahmen der Gesundheitspolitik die Hauptrolle ein. Das Gesundheitssystem ist heute in Bezug auf den Patienten und seinen Bedürfnissen aufgebaut, wobei die Aufgaben der verschiedenen Partnern und eine optimale Koordination zwischen denselben festgelegt werden.

Die Erfahrung hat gezeigt, dass es für den Staat illusorisch ist, einseitig die eine oder andere gesundheitspolitische Massnahme aufzuzwingen, wenn alle betreffenden Partner nicht zuerst von der Richtigkeit derselben Massnahme überzeugt sind und den Entscheid anschliessend nicht mittragen. Die Partnerschaft muss allen Verantwortlichen ermöglichen, ihren Standpunkt geltend zu machen, womit ein gemeinsamer Weg zu finden ist.

Zudem vertreten sämtliche Partner des Gesundheitswesens eine Politik, welche stets die Einführung von Qualitätsnormen vorsieht, welche auf sämtliche Anstalten der Schweiz anwendbar sein werden. Dementsprechend wird der Kanton Wallis gezwungen sein, mit mehr oder weniger weitreichenden Auswirkungen auf sein Gesundheitssystem dieser Entwicklung

zu folgen. Demzufolge steht fest, dass wenn die sechs Akutspitäler des Kantons nicht zusammenarbeiten, sie nicht diesen Veränderungen, bzw. nicht diesen Qualitätskriterien werden entsprechen können, welche somit aufgezwungen werden. Demzufolge laufen gewisse Anstalten das Risiko, inskünftig nicht mehr anerkannte und demnach zu schliessende Abteilungen aufzuweisen.

Heute schlagen der Staatsrat und das Departement mit den in mehreren Standorten tätigen Spitäler **einen eigentlichen Rettungsplan** für sämtliche Anstalten der Akutpflege des Kantons vor. In der Tat: das Versorgungsnetz ist eine formelle Organisation, welche auf geteilte Zielsetzungen basiert, welcher deren Mitglieder einen Teil ihrer Autonomie delegiert und Ressourcen gewährt haben. So können **sie durch Einheit an Stärke gewinnen** und dementsprechend sich den zukünftigen Veränderungen stellen.

Wir wiederholen erneut, dass die Zielsetzungen der vorliegenden Richtlinien darin bestehen, **die Qualität der Leistungen** zu erhalten und zu fördern, sowie **die Kosten einzudämmen**. Ohne letztere Zielsetzung ist der Zugang der gesamten Bevölkerung zu Pflege von optimaler Qualität nicht mehr gewährleistet. Eine zusätzliche Zielsetzung besteht darin, die Auswirkungen **der gesamtschweizerischen Politik zu antizipieren**, damit verhindert werden kann, dass gewisse **Partner des Gesundheitssystems wie vom Schwert getroffen werden** und dementsprechend verurteilt würden, vom System zu verschwinden.

In diesem schwierigen Kontext haben die Gemeinden ebenso wichtige Kompetenzen und Aufgaben wahrzunehmen. Indem das Gesetz vom 9. Februar 1996 die Möglichkeit vorsah, die regionalen Gesundheitsnetze zu finanzieren, wird die Notwendigkeit unterstrichen, den Regionen und den Gemeinden vermehrte Kompetenzen in diesem Bereich zu erteilen. Sinngemäss entsprach dies dem Staatsratsentscheid über die Verwirklichung der regionalen Gesundheitsnetze, damit insbesondere die Gesundheitsbedürfnisse auf Stufe der Region evaluiert, die regionalen, gesundheitlichen Bedürfnisse und Handlungsprioritäten festgelegt werden können sowie vor allem die Tätigkeit der verschiedenen Partner evaluiert werden kann. In anderen Worten gilt es, den Bedürfnissen der Patienten gegenüber den Bedürfnissen der Institutionen den Vorrang zu geben und unter Berücksichtigung der Kosteneindämmung für die Kontinuität der Pflege zwischen Spital und Hilfe und Pflege zu Hause zu sorgen.

Der Wille des Gesetzgebers, die Gemeinden in die Verantwortung zu nehmen resultiert überdies aus dem Grundsatz der Beteiligung der Gemeinden an den Kosten der Spitäler der betreffenden Spitalzone sowie der Sozialmedizinischen Zentren.

Das Departement hat stets die Ansicht vertreten, dass ohne das Einvernehmen zwischen den Partnern bzw. ohne den Willen derselben, insbesondere der Trägergemeinden der Spitalverbände, jegliche Schaffung eines Spitalversorgungsnetzes unmöglich sei. Schliesslich müssen die Gemeinden sich über die Prioritäten und über den Ablauf dieser Arbeiten aussprechen.

**Trotz der gegenwärtigen Schwierigkeiten und den zukünftigen Veränderungen vertraut der Staatsrat in die Fähigkeit sämtlicher Partner, sich den Herausforderungen zu stellen und die Zielsetzungen der Gesundheitspolitik im 21. Jahrhundert zu verstehen, sowie im Willen eines jeden, seine Verantwortung zu übernehmen.**

## 17. Literaturverzeichnis

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)** vom 18. März 1994 und seine Vollzugsverordnungen, Bern

**Kantonales Gesundheitsgesetz** vom 9. Februar 1996 und seine Vollzugsverordnungen, Wallis

**Bericht des Staatsrates an den Grossen Rat über seine Gesundheits- und Spitalpolitik : von den 90er Jahren bis ins 21. Jahrhundert**, Departement für Gesundheit, Sozialwesen und Energie, Februar 1999.

**Die Finanzierung der regionalen Akutspitäler des Kantons Wallis**, Dienststelle für Gesundheitswesen, Februar 2000

**Das « Centre hospitalier rhodanien » : für ein in mehreren Standorten tätiges Spitalzentrum von Siders, Sitten und Martinach**, Departement für Gesundheit, Sozialwesen und Energie, September 1998

**Reorganisation des Oberwalliser Spitäler**, Expertenbericht, Dezember 1998

**Entwicklung und Perspektiven des Walliser Gesundheitssystems**, Departement für Gesundheit, Sozialwesen und Energie, Oktober 1998

**Spitalkonzept**, Departement für Gesundheit, Sozialwesen und Energie, Dezember 1996