



Masterplan für den Umgang mit dem Fachkräftemangel in der ambulanten Gesundheitsversorgung

Für einen integrierten Versorgungsansatz im Kanton Wallis

Version 4.2

Vorbemerkung:

Dieses Dokument bleibt veränderlich und wird in den Nachfolgeversionen um die in den laufenden Diskussionen mit den betreffenden Partnern genannten Aspekte ergänzt. Es verfolgt den Anspruch, auf iterative und progressive Weise eine Richtung für die notwendigen Entwicklungen in der ambulanten Gesundheitsversorgung in den nächsten Jahren vorzugeben. Obwohl der akuteste Bedarf seitens der Bevölkerung im Bereich der medizinischen Grundversorgung besteht, können sich manche Projekte auch auf andere Fachgebiete und andere Einrichtungen der Akutversorgung und der Versorgung chronischer Erkrankungen auswirken.

Das Dokument besteht aus drei Kapiteln. Erstens: Ausgangslage, Vision und Ziele für die Entwicklung der ambulanten Gesundheitsversorgung; zweitens: Entwicklungsprojekte; und drittens: Gesamtorganisation des Masterplans.

In dieser Version werden die letzten Kontakte mit mehreren Mitgliedern der Walliser Ärztesgesellschaft (VSÄG), ihrem Vorstand, der Unterwalliser Ärztevereinigung, dem Haus- und Kinderärzten (MFE) und eine Diskussion mit dem französischsprachigen und dem Oberwalliser Teil der Direktion des Spitals Wallis (HVS) von Februar 2023 berücksichtigt und ausgeführt. Wir danken herzlich für Ihre Beiträge.

Dieser Masterplan ist ebenfalls eine Reaktion auf die jüngst verfasste Petition der VSÄG*, insoweit sie Punkte betrifft, die in der kantonalen Kompetenz liegen.

Kapitel 1: Ausgangslage, Vision und Ziele

Eine allgemeine Mangellage und erschwerende Faktoren: auf demografischer, gesellschaftlicher und funktionaler Ebene

Wie zahlreiche andere Schweizer Kantone ist das Wallis mit einem Nachwuchsproblem und einem allgemeinen Personal-mangel im medizinischen und paramedizinischen Bereich konfrontiert. Dieses Problem ist besonders ausgeprägt im Bereich der verschiedenen Kompetenzen, die bei der ambulanten Gesundheitsversorgung notwendig sind, insbesondere bei den Ärztinnen und Ärzten der Grundversorgung.

Zurückzuführen ist dieses Problem auf mehrere Faktoren, und zwar auf den veränderten Bedarf seitens der Bevölkerung (demografische Entwicklung, Veränderung der Lebensweise,

** Petition für eine qualitativ hochstehende ambulante Gesundheitsversorgung im Wallis für alle. Die Petition richtet sich an den Grossrat und Staatsrat des Kanton Wallis VSÄG, Februar 2023.*

chronische Erkrankungen, Forderungen der Bevölkerung, Zugang zu nicht validierten Informationen, Digitalisierung der Gesellschaft) und die strukturellen Veränderungen des Leistungsangebots (Fachspezifität der Versorgung, heterogene Informationssysteme zwischen Partnern, Finanzierungsmodi, Lebensvorstellungen der Gesundheitsfachpersonen). Die Fragmentierung im Gesundheitsbereich zusammen mit der Abgrenzung zwischen dem stationären (akut und chronisch) und dem ambulanten Gesundheitssystem erschwert die Umsetzung einer effizienten und "flüssigen" Versorgung für die Patientin oder den Patienten. Ausserdem ist als Nebeneffekt festzustellen, dass die verschiedenen Etappen der Betreuung teilweise schlecht koordiniert sind. Informationsverlust führt zu zahlreichen und redundanten diagnostischen Abklärungen und Behandlungen und letztlich zu Rehospitalisierungen. All dies wirkt sich negativ auf die Sicherheit der Patientinnen und Patienten, die Qualität der Versorgung und die Effizienz der Leistungen aus. Tatsächlich haben mehrere Studien gezeigt, dass diese übermässige Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen für Patientinnen und Patienten erhebliche Nebenwirkungen hervorrufen kann und nicht zu vernachlässigende Kosten verursacht.

Gleichzeitig verkomplizieren und verlangsamen kürzlich beschlossene Veränderungen die Arbeit der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, darunter die administrativen Vorschriften bei der berufsübergreifenden Zusammenarbeit, die Anforderungen bezüglich Digitalisierung und Cybersicherheit, Zugang zu Weiterbildungen für Ärztinnen und Ärzte und paramedizinisches Personal und Anerkennung bestimmter Leistungen, die von anderen Fachpersonen, die keine Ärzte sind, erbracht werden können (medizinische Assistentinnen und Assistenten, Advanced Practice Nurses). Ein kaum oder zu wenig genutztes Potenzial besteht in der Zusammenarbeit mit den Versicherern oder mit wichtigen Partnern wie den Gemeinden oder spitalexternen Gesundheitsstrukturen, ganz zu schweigen von der Schnittstelle Spital-Ärztin/Arzt. Die Attraktivität des Wallis als Niederlassungsort für Ärztinnen und Ärzte leidet ebenfalls unter dem niedrigen TARMED-Taxpunktwert.

In der Folge übersteigt der Bedarf das verfügbare ambulante Versorgungsangebot, besonders in der medizinischen Grundversorgung. Diese Feststellung, die zunächst die abgelegenen Regionen betrifft, ist zunehmend auch in Städten und in deren Umland zu spüren und führt dazu, dass ein Teil der Patientinnen und Patienten sich an die Notaufnahmen der Spitäler wenden.

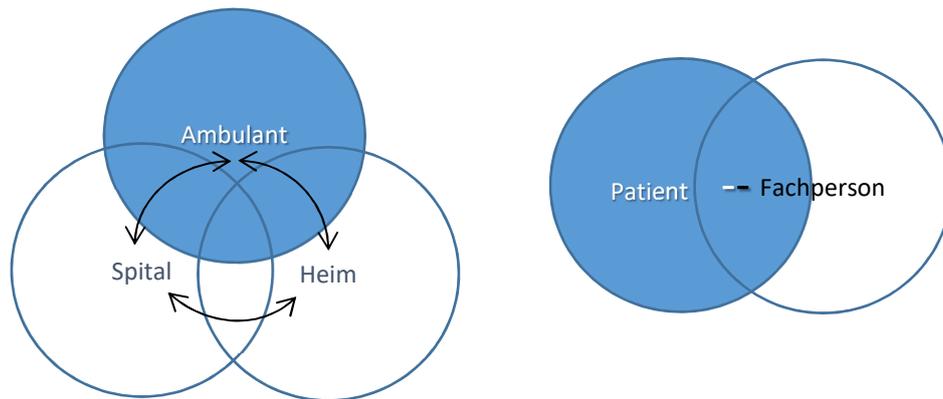
Innovative Lösungen sind möglich

Eine Möglichkeit, mit dieser multifaktoriellen Ausgangslage umzugehen, ist, sich auf den Behandlungsweg der Patientinnen und Patienten zu konzentrieren: Was sind ihre Hauptbedürfnisse? Auf welche Fachperson treffen sie? Wo, mit wem und wie arbeitet diese?

Die steigende Anzahl Patientinnen und Patienten mit komplexen Bedürfnissen, beispielsweise mit Polymorbidität, die häufig mit einer psychosozialen Problematik einhergeht, bedarf einer Versorgung, die eine Kontinuität in der Behandlung und eine Koordination zwischen den verschiedenen Fachpersonen und Institutionen beinhaltet (Interoperabilität der Kompetenzen, der Verantwortlichkeiten und der Informationen). Durch diese Situation wird deutlich, wie notwendig die Einführung neuer Modelle der Versorgung und der Begleitung ist. Diese Innovationen sollen es ebenfalls ermöglichen, die Arbeitsbedingungen zu verbessern und die Attraktivität der Berufe zu erhöhen.

Mögliche Lösungen zum Umgang mit dem Personalmangel existieren: ein Ansatz konzentriert sich auf die Organisation des Angebots, der andere auf die Interaktion Patient-Fachperson, in ihrer Komplexität und Komplementarität. Tatsächlich ist der Ärztemangel in der Grundversorgung kein isoliertes Problem und kann nicht allein durch die Erhöhung der Anzahl Ärztinnen und Ärzte behoben werden. Diese komplexe Situation erfordert die Umsetzung einer Gesamtheit von Lösungen, die zu einer Veränderung in der Organisationsform der Gesundheitsversorgung in der Gemeinschaft führen wird. Deswegen kann der Begriff der

Gemeindekrankenpflege den der ambulanten Medizin ergänzen, damit das gesamte und gemeinschaftlich ausgerichtete Gesundheitssystem erfasst wird.



Es gilt, für einen **Paradigmenwechsel** zu sorgen: die Versorgung bisher ist vor allem auf Problemlösung durch stetig zunehmende medizintechnische Mittel ausgerichtet (*cure*); die Zukunftstendenz geht hin zu einer ganzheitlichen Versorgung des Individuums und zur Pflegebeziehung (*care*). *Cure* bietet heute Möglichkeiten, die in Widerspruch zu *care* stehen können. Die Frage, die sich allen - Patientinnen und Patienten sowie Fachpersonen - stellt, ist: ist alles, was im Sinne von *cure* möglich ist, im Sinne von *care* wünschenswert? Die Antwort auf diese Frage wird in einem Interaktionsprozess zwischen Patientinnen und Patienten und Gesundheitspersonal erarbeitet.

In den Bereichen Gesundheitsforschung und -politik besteht ein breiter Konsens darüber, dass es unabdingbar ist, die Vernetzung und Koordination der Partner bei der Versorgung (Leistungserbringer, Patientinnen und Patienten, Zahler) engmaschiger zu gestalten, um die Qualität, die Sicherheit und die Wirksamkeit der Versorgung zu verbessern und die Bezahlbarkeit des Systems zu gewährleisten.

Die künftige Organisation und die Steuerung der ambulanten Versorgung, der Gemeindekrankenpflege und der stationären Versorgung muss die laufende Veränderung des Gesundheitssystems und die Verwendung neuer Instrumente begleiten.

Innovative Versorgungsmodelle haben ihre Fähigkeit, die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Berufsgruppen und die Arbeits- und Kompetenzteilung dank klar definierter und gut organisierter Netzwerke zu verbessern, unter Beweis gestellt.

- Die Entwicklung von Gesundheitsgemeinschaften in Form von sozio-medizinischen Netzwerken im Lebensumfeld der Patientin oder des Patienten wird in bestimmten Regionen erfolgreich durchgeführt. Sie oder er wird zum Akteur ihrer oder seiner Gesundheit und die Gesundheitsfachpersonen sind gleichermassen Berater, Begleiter und Gesundheitsdienstleister. In diesen Modellen ist das Spital kein abgegrenzter Akteur; es spielt eine subsidiäre Rolle, ist aber beispielsweise durch verstärkte Interaktionen und mobile Teams aktiv mit der medizinischen Grundversorgung und der Gemeindemedizin verbunden.
- Das Voranschreiten der Telemedizin und der Digitalisierung im Allgemeinen, das Teilen von Daten (*Data Literacy*), die verbesserte Ausbildung der betroffenen Fachpersonen, die Umsetzung der Transversalität und der Koordinationsbedarf der Akteure entlang der Versorgungskette muss eine Optimierung der Versorgung ermöglichen.
- In der Schweiz ist die integrierte Versorgung mit den Gruppenpraxen (HMO) und den Ärztenetzwerken erstmalig in den 1990er Jahren aufgetreten. Die Modelle der integrierten Versorgung zeichnen sich durch eine strukturierte und verpflichtende Zusammenarbeit der verschiedenen Leistungserbringer und Fachpersonen aus, die die Versorgungskette von Anfang bis Ende abdecken. Die Patientinnen und Patienten nehmen eine aktive Rolle ein: Sie erhalten die Werkzeuge, um so autonom wie möglich mit ihrer Erkrankung umzugehen,

und werden bei Entscheidungen zu ihrer Behandlung miteinbezogen. Die verbesserte Vernetzung und Koordination ermöglichen es, eine angemessenere Antwort auf die zunehmend fragmentierte Versorgung zu geben, und dieser Ansatz trifft in der Betriebsforschung und der Gesundheitspolitik auf einen breiten Konsens. Die integrierte Versorgung ermöglicht eine höhere Qualität, Sicherheit und Wirksamkeit der Versorgung und trägt dazu bei, dass das Gesundheitssystem bezahlbar bleibt. Wenn die notwendigen Informationen von allen Fachpersonen geteilt werden, ist die Behandlung effektiver. Die verbesserte Koordination und Vernetzung wurde seit den ersten HMO-Erfahrungen auf zahlreiche Leistungserbringer ausgeweitet, darunter Spitäler, Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause sowie Apotheken. Die integrierte Versorgung könnte ein erhebliches Optimierungspotenzial darstellen.

- Die Verbesserung der Rahmenbedingungen für die Niederlassung und die ambulante Praxis stellt eine weitere mögliche Entwicklungsrichtung und Finanzierungsachse für die öffentliche Hand dar. Gruppenpraxen und eine Erleichterung bei den Bereitschaftsdiensten sind eine erprobte Antwort auf die Hindernisse, die bei der Niederlassung neuer Ärzlegenerationen bestehen. Eine Begleitung bezüglich der Informatiklösungen würde diese Niederlassung fördern. Andere und weniger verbreitete Beiträge verdienen besondere Aufmerksamkeit, insbesondere Advanced Practice Nurses in den Praxen, medizinische AssistentInnen in der Koordination der Versorgung oder eine erweiterte sozio-medizinische Koordination.
- Das System des medizinischen Bereitschaftsdienstes, das heute sowohl in der Kinder- als auch der Erwachsenenmedizin in abgelegenen und städtischen Regionen vor grossen Schwierigkeiten steht, muss überprüft werden. Der Umgang mit Notfällen, welche über eine telefonische Triagezentrale versorgt werden, der medizinische Bereitschaftsdienst und die Notfalldienste der Spitäler schaffen es nicht mehr, die Anzahl der seitens der Bevölkerung benötigten Konsultationen gerecht zu werden. Andere Systeme existieren und können kurz- oder mittelfristig geprüft und entwickelt werden: Bereitschaftspraxen (Erwachsene und Kinder), Delegation bestimmter Situationen (intern oder zu Hause) an spezifisch ausgebildetes Pflegepersonal, in bestimmten Fällen Nutzung von Telemedizin.

Veränderungen, wie die oben erwähnten, können nicht einfach per Dekret entschieden werden, sondern müssen Teil eines kontinuierlichen und langfristigen Prozesses sein. Einerseits sind die Kompetenzteilung zwischen den Gemeinden, den Kantonen und dem Bund und die Ansiedlung des ambulanten Bereichs im privaten Sektor mit einem System der Sofortzahlung Faktoren, die die Umsetzung neuer Organisationsmodelle auf Kantons- oder Landesebene sehr komplex machen. Andererseits geht es darum, eine Veränderung bei den Vorstellungen der Fachpersonen, bei bestimmten Praktiken und den entsprechenden Tätigkeitsbereichen herbeizuführen. Es ist nicht nur zur Eingrenzung der Kosten, sondern auch im Sinne der Anerkennung der bestehenden Strukturen wichtig, auf dem aufzubauen, was bereits besteht. Ausserdem ist es notwendig, sich beim Entwicklungsprozess und bei der Umsetzung von Projekten ebenfalls auf die Gesamtheit der Partner und ihre möglichen Beiträge abzustützen, was eine Erweiterung ihrer Handlungsfähigkeit ermöglicht. Ausserdem müssen Versorgungskonzepte in Zukunft sowohl aus der Perspektive der Vorteile für Patientinnen und Patienten als auch aus der Perspektive der Rentabilität und der Kosten betrachtet werden.

Den Kantonen vorgegebene Einschränkungen, in Bezug auf welche sie nur einen sehr begrenzten Handlungsspielraum haben, wie die Veränderungen der Bundesgesetzgebung zu Berufsausübungsbewilligungen, die Zulassungsbeschränkung für Erbringer von Gesundheitsdienstleistungen oder der TARMED-Taxpunktwert, sind zweifelsohne Anforderungen, die bei der aktuellen und künftigen Planung des Gesundheitssystems berücksichtigt werden müssen.

Schliesslich muss daran erinnert werden, dass die kantonalen Gesetzesgrundlagen (Art. 12 Abs. 2 Gesundheitsgesetz) vorsehen, dass der Kanton und die Gemeinden die Abdeckung des Bedarfs der Bevölkerung nach ambulanter Grundversorgung sicherstellen. Es handelt sich um eine geteilte Verantwortung der Behörden, Institutionen und Gesundheitsdienstleister.

Das Projekt eines Masterplans für die ambulante Gesundheitsversorgung im Kanton Wallis fügt sich in diesen Kontext ein und ist eine Reaktion auf das nach Aufforderung durch die Walliser Ärztesgesellschaft an den Grossen Rat gerichtete Postulat 2020.12.415.

Vision – Ziele

Die Bevölkerung des Kantons Wallis und seine Besucherinnen und Besuchern haben gleichermassen und innerhalb angemessener Zeiträume und Distanzen sowie zu tragbaren Kosten Zugang zu einer hochwertigen ambulanten Gesundheitsversorgung, unabhängig davon, wo sie wohnen, arbeiten oder ihren Tätigkeiten nachgehen. Ihre Versorgung wird von einem Netzwerk aus Akteuren und Diensten sichergestellt, die zusammenarbeiten, um eine optimale Behandlung und Versorgung zu gewährleisten.

Analysen und in Betracht gezogene Lösungen müssen den Kontext und die lokalen Realitäten berücksichtigen. Mindestens muss die Situation in den drei Regionen des Kantons (Oberwallis, Mittelwallis und Unterwallis) festgestellt und die verschiedenen Zonen (Städte, Umland und Täler) innerhalb jeder Region spezifisch identifiziert werden.

Das vorliegende Projekt in Reaktion auf die Feststellung des Fachkräftemangels in der medizinischen Grundversorgung zielt hauptsächlich darauf ab, eine kantonale Strategie für die Zukunft der Gemeindekrankenpflege im Wallis festzulegen, die konkreten spezifischen Ziele und Massnahmen zu identifizieren und einen Zeitplan für die Umsetzung dieser Massnahmen vorzuschlagen.

Perspektive Patient / Bevölkerung	Perspektive Gesundheitssystem / Pflegende
<p>Den Gesundheitszustand der Bevölkerung verbessern</p> <ul style="list-style-type: none"> • Einen den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten entsprechenden Zugang zu Gesundheitsversorgung gewährleisten • Patientinnen und Patienten sind mit Unterstützung durch Fachpersonen in der Lage, fundierte Entscheidungen in Bezug auf Gesundheitsförderung sowie Prävention und Behandlung von Krankheiten zu treffen. 	<p>Die Zufriedenheit der Gesundheitsfachpersonen erhöhen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eine kollaborative und integrative Praxis einführen und fördern, die aus einem Zusammenspiel von Interprofessionalität, Interdisziplinarität und der Einbeziehung des Patienten als Partner besteht • Die Schaffung günstiger Rahmenbedingungen für eine höhere Attraktivität der Niederlassung von Gesundheitsfachpersonen und für eine höhere Lebensqualität der Gesundheitsfachpersonen erleichtern
<p>Die allgemeine psychosoziale Versorgung durch die Integration aller relevanten Partner innerhalb der Versorgungskette verbessern</p>	<p>Die Schaffung von gesamtgesundheitlichen Zentren wie "Gesundheitshäusern" begleiten</p>
<p>Die Versorgungserfahrung der Patientinnen und Patienten verbessern</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Erwartungen der Patientinnen und Patienten stehen im Zentrum der Gesundheitsversorgung 	<p>Fachpersonen für interaktive und kollaborative <i>care</i>-Praktiken sensibilisieren oder darin ausbilden</p> <p>Fachpersonen im Bereich der im Voraus verfügbaren Versorgungsleistungen ausbilden</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Die medizinische Versorgung und die Pflege beruhen auf wissenschaftlichen Daten. • Die Entwicklung chronischer Erkrankungen sowie der Umgang mit dem vorhersehbaren Teil dieser Tendenz werden antizipiert 	
---	--

Kapitel 2: Entwicklungsprojekte

Die Entwicklungsprojekte sind in fünf Kategorien einzuteilen, auf deren Grundlage aktuell und in Zukunft konkrete Projekte definiert werden. Die Projekte sind nicht ausschliesslich einer Kategorie zuzuordnen, sondern können mehrfach und in unterschiedlichen Kategorien eingeordnet sein.

Sie können sich in unterschiedlichen Machbarkeitsstadien (in Bezug auf Technik, Finanzen, Zusammenarbeit usw.) befinden. Manche sind zu prüfen, andere in einer fortgeschrittenen Pilotphase im Wallis oder anderswo und wiederum andere werden bereits in bestimmten Regionen umgesetzt, sollen aber je nach Möglichkeit ausgeweitet werden. Gegebenenfalls werden laufende Verfahren beschrieben, ohne dass aktuell weitere Massnahmen vorgesehen sind.

Projektkategorien

1. **Institutions- und berufsübergreifende kollaborative Praktiken**
2. **Rahmenbedingungen**
3. **Organisation des medizinischen Bereitschaftsdienstes**
4. **Gesamtgesundheitliche Zentren**
5. **Ausbildung/Sensibilisierung**

Konkrete Projekte im Bereich:

1. **Institutions- und berufsübergreifende kollaborative Praktiken**

Ziel ist es, eine Zusammenarbeit zwischen den Partnern herzustellen oder zu verstärken, die im aktuellen Systems getrennt voneinander agieren. Zusammenarbeit erhöht die Wahrscheinlichkeit der Therapietreue seitens der Patientinnen und Patienten, verringert die Fehleranfälligkeit bei der Versorgung, erhöht die Attraktivität der Berufe und ermöglicht schliesslich finanzielle und zeitliche Einsparungen insbesondere beim Medikationsabgleich.

Beispiele:

a) Koordinationsprojekte Arzt – Apotheker: fortgeschrittene Pilotprojekte sind bekannt

Im Kanton Wallis, in dem die Selbstdispensation praktisch keine Rolle spielt, ist es unabdingbar, die Zusammenarbeit zwischen Apothekerinnen und Apothekern und Ärztinnen und Ärzten zu stärken. Tatsächlich sind diese beiden Berufsgruppen in mehrerlei Hinsicht komplementär und stellen gemeinsam eine zentrale Achse der ambulanten Versorgung der Patientinnen und Patienten dar. In Zonen mit akutem Ärztemangel in der Grundversorgung ist eine Apotheke ein besonders bedeutender Partner.

Ein weiterer Bereich der Zusammenarbeit wäre ein Warn- und Nachverfolgungssystem von Polymedikationen zwischen Arzt und Apotheker, welches zur Vermeidung von für Patientinnen und Patienten kostspieligen und potenziell gefährlichen Situationen führen kann.

Qualitätszirkel "haben sich als wirksame Methode zur Veränderung und qualitativen Verbesserung der Versorgung ausserordentlich bewährt" Zitat der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM.) Solche Zirkel existieren dauerhaft und sind bekannt. Mehrere Fachpersonen des Gesundheitssystems finden sich im Rahmen einer kleinen strukturierten Gruppe in Form eines Qualitätszirkels zusammen, um gemeinsam einen offenen Erfahrungsaustausch durchzuführen, neue Erkenntnisse erlangen und diese umsetzen zu können.

Sie SGAIM organisiert Ausbildungskurse für Moderatorinnen und Moderatoren von Qualitätszirkeln.

b) **Mobile Teams:** fortgeschrittene Pilotprojekte sind bekannt

Das HVS arbeitet aktuell an Projekten zur Schaffung mobiler Teams, die eine spitalexterne Begleitung von Patientinnen und Patienten ermöglichen, entweder kurzfristig beim Übergang vom Spitalaufenthalt in die ambulante Versorgung oder in spezialisierteren Bereichen, beispielsweise Palliative Care oder Psychiatrie.

c) **Projekt EMUS:** in anderen Kantonen eingesetzt

Das Departement wird in Zusammenarbeit mit der KWRO und der Dienststelle für Sozialwesen ein Pilotprojekt für soziale Notfälle lancieren. Die Aufgabe der Teams wird es sein, Patientinnen und Patienten zu versorgen, deren Probleme unter die sozialen Notfälle fallen, die aktuell präklinisch von den Diensten für lebensbedrohliche Notfälle versorgt werden.

2. Rahmenbedingungen

Die Rolle der Dienststelle für Gesundheitswesen besteht darin, die betreffenden Partner zusammenzubringen, die Rahmenbedingungen für die Arbeitsweise der Arztpraxen und die Schaffung neuer Strukturen oder Projekte zu erleichtern, die dem aktuellen Bedarf an ambulanter Gesundheitsversorgung entsprechen.

Beispiele:

a) **Die Probleme in der Informationsübermittlung zwischen Patientinnen und Patienten und Hausärztinnen und -ärzten abbauen oder lösen:** Lösungen sind bekannt

Bei mehreren Etappen der Versorgung unter Beteiligung mehrerer Partner gehen entscheidende Informationen verloren, was dazu führt, dass Zeit verloren geht und teilweise kostspielige Untersuchungen wiederholt werden und ein Risiko für die Versorgungssicherheit entsteht. Das elektronische Patientendossier, der gemeinsame Pflegeplan und der gemeinsame Medikationsplan wären eine mögliche Antwort darauf, brauchen aber Zeit, bis sie funktionieren. In der Zwischenzeit wäre schon eine systematische automatisierte Informationsübermittlung (Notfall oder stationär) bezüglich eines spezifischen Patienten vom Spital an seinen Hausarzt eine erhebliche Verbesserung.

b) **Unterstützung beim Aufbau und bei der Weiterführung bekannter Pilotprojekte wie**

1. Weiterführung des Pilotprojekts "Regionale Koordinationsstelle – Hausärztemangel Oberwallis", angestossen im Jahr 2022. Seine Ziele bestehen insbesondere darin, die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte durch die Zusammenarbeit mit einem Pool pensionierter Ärztinnen und Ärzte zu entlasten,

Kontakte zu Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung aufzubauen, um sie dazu zu motivieren, sich für das Oberwallis zu interessieren und dort niederzulassen, eine Koordinations-/Informationsplattform im Internet einzurichten, um die Niederlassungen zu erleichtern, und die Zusammenarbeit zwischen Gemeinden und Ärztinnen und Ärzten zu fördern;

2. *Einrichtung von **Gruppenpraxen** in Zusammenarbeit mit den Gemeinden¹, die in erster Linie von der Schaffung solcher Strukturen betroffen sind;*
3. *die Anstellung von **Advanced Practice Nurses** in Praxen;*
4. *Ausstattung und Verwendung von **Telemedizin**.*

Bezüglich der Verbesserungen der Rahmenbedingungen können Projekte diskutiert werden, welche folgende Bereiche betreffen:

1. **Erstausbildung und Weiterbildung der medizinischen Assistentinnen und Assistenten und die Einstellung von medizinischen Assistentinnen und Assistenten für klinische Verwaltungsaufgaben.** *Tatsächlich erweitern einige Arztpraxen den Tätigkeitsbereich ihrer medizinischen Assistentinnen und Assistenten, um die Koordination der Versorgung, was im Übrigen Teil einer Zusatzausbildung für diese Berufsgruppe ist. Die Anerkennung dieser Leistungen bei der Fakturierung ist weiterhin nicht klar definiert.*
2. **Anforderungen der Cybersicherheit.** *Es ist für jede Einzelpraxis besonders schwierig, sich in diesem Bereich sicher auszustatten und zu arbeiten.*
3. **Problematik der Betreuung von Geräten oder Ausstattung, etwa das Labor oder die Radiologie, die verpflichtenden und fakturierten Qualitätskontrollen usw.**

*Der **TARMED**-Taxpunktwert ist formell nicht Teil dieses Masterplans, da die Arbeit und die Gespräche mit den Versicherern über die VSÄG weitergeführt werden. Diese Frage ist jedoch besorgniserregend und kann die Niederlassung neuer Ärztinnen und Ärzte im Wallis benachteiligen. Insofern könnten experimentelle KVG-Projekte ins Gespräch kommen, zu denen Ärztinnen und Ärzte sowie Versicherer eingeladen wären, wie es auch in anderen Kantonen Pilotversuche und Prototypen gibt. Die Entlohnung der Ärztinnen und Ärzte könnte nicht nur an ihre durch eine Analyse des Umsatzes und der Anzahl behandelter Patienten pro Stunde festgestellten "Effizienz" gekoppelt sein. Sie sollte auch anhand ihrer Verfügbarkeit, ihrer Reaktionsgeschwindigkeit und ihrer zentralen Rolle im Gesundheitssystem bewertet werden, etwa anhand ihres Einsatzes bei Präventionsprogrammen (Projekte in den Bereichen Adipositas, Osteoporose, Diabetes, Darmkrebs usw.).*

3. Organisation des medizinischen Bereitschaftsdienstes

Aktuell machen die hohe Beanspruchung der zum Bereitschaftsdienst verpflichteten Ärztinnen und Ärzte und die chronische Überbelastung der Notfalldienste der Spitäler die Überarbeitung der Organisation des Bereitschaftsdienstes und der Notfalldienste

¹ vgl. Art. 12 Abs. 2 des Gesundheitsgesetzes über die Gemeinden: "Sie sorgen für eine angemessene Deckung des ambulanten Grundversorgungsbedarfs ihrer Bevölkerung. Bei Bedarf ergreifen sie in Zusammenarbeit mit dem Kanton und den anderen Gemeinden der Region im Rahmen der kantonalen Gesundheitspolitik und unter Vorbehalt der spezifischen Kompetenzen des Kantons Anreizmassnahmen zum Ausbau des Angebots"

notwendig. Dies gilt vor allem für das französischsprachige Wallis, während im Oberwallis dank der bestehenden Strukturen und Organisation die Situation unter Kontrolle bleibt.

Zwischen dem medizinischen Bereitschaftsdienst und der Beanspruchung der Notfalldienste der Spitäler besteht eine direkte Verbindung. Die beiden hängen gleichermaßen vom richtigen Umgang mit Notfallanrufen (telefonische medizinische Regulation) sowie von der guten Informiertheit der Bevölkerung in Bezug auf die je nach Bedarf angemessenen Versorgungsorte ab. Dieses Zusammenspiel macht ein kohärentes Konzept für Notfallmassnahmen erforderlich.

Drei Vorhaben als Teil eines einzigen Projektes sind geplant und werden (seit Mitte Februar 2023) umgesetzt: der Ausbau und die Verbesserung der Leistungen von Medi24 oder eines anderen gleichwertigen Partners, eine Bereitschaftspraxis und ein mobiles Einsatzteam für schnelles Eingreifen in der Nacht in Form eines Pilotprojekts. Jedes dieser Vorhaben kann sich auf eine entsprechende Erfahrung im Kanton oder in den Nachbarkantonen abstützen. Sie erfordern eine Anpassung für jede der drei Bereitschaftsdienstregionen des französischsprachigen Wallis.

- a) *Ausbau der Leistungen von Medi24 oder eines gleichwertigen Partners durch die Prüfung dessen, was vom Kanton übernommen und was an Externe ausgelagert werden kann - und durch die Identifikation des Verbesserungspotenzials beim telefonischen Notfalldienst.*
- b) **Bereitschaftspraxen.** *Schaffung spitalähnlicher Strukturen in mehreren möglichen Ausprägungen, die zu Randzeiten (beispielsweise von 18.00 Uhr bis 23.00 Uhr und am Wochenende und Feiertagen) nicht lebensbedrohliche Notfälle versorgen, ausserhalb der Spitäler angesiedelt sind, aber einen erleichterten Zugang zu diesen ermöglichen (z.B. ans Spitalgebäude angeschlossen) und von Internistinnen und Internisten/Allgemeinärztinnen und -ärzten betreut werden. Beispiel: vgl. HANOW*
- c) **Mobiler Schnelleinsatzdienst (EMIR).** *"EMIR" bezeichnet ein Team aus Pflegefachpersonen, die im Spital stationiert und für Notfallmassnahmen vorgesehen sind und die nach Aufforderung des Hausarztes, des Bereitschaftsarztes der Grundversorgung, von APH, Heimen oder Institutionen und im Auftrag von leitenden Ärztinnen und Ärzten von Strukturen oder jeglicher Gesundheitsfachpersonen tätig werden.*

Das Team zeichnet sich dadurch aus, dass es sich schnell organisieren und die Personen aufsuchen kann, die sich in einem nicht lebensbedrohlichen Notfall befinden, und die Systemressourcen mobilisieren und dabei anpassungsfähig vorgehen kann, um Pflege- und Begleitungsleistungen für alle (dem Team bekannten oder unbekannt) Personen zu erbringen, dies innerhalb von 2 Stunden. Beispiel: an das HRC angegliederter EMIR.

5. Gesamtgesundheitliche Zentren

Die Schaffung von gesamtgesundheitlichen Zentren, wie sie bereits bekannt sind, die eine medizinische und paramedizinische Grundversorgung insbesondere in abgelegenen Regionen anbieten, ermöglicht einen optimalen Umgang mit dem Fachkräftemangel in diesem Bereich. Diese Art von Zentrum kann ausgebaut und um Leistungen von Fachärztinnen und -ärzten (Gynäkologie, (Kinder-)Psychiatrie, Orthopädie) und von anderen Gesundheitsfachpersonen (Psychologie, Physiotherapie, Apotheke, Ernährungsberatung) sowie die entsprechende Ausstattung (Radiologie, Labor) ergänzt werden, um noch umfassender auf Bedarfsfälle reagieren und gleichzeitig die Kosten durch eine Bündelung der Ressourcen zu optimieren.

Solche Einrichtungen sind auch für junge Ärztinnen und Ärzte besonders attraktiv und können als Weiterführung der Gruppenpraxen betrachtet werden (vgl. supra).

Beispiel: Gesundheitshaus (Maison de santé) Collombey

6. Ausbildung/Sensibilisierung

Die Förderung beruflicher Ausbildung, ob im Rahmen der medizinischen Ausbildung (Unterstützung von Ausbildungsprogrammen für Ärztinnen und Ärzte der Grundversorgung) oder der paramedizinischen Ausbildung (Einführung und Unterstützung einer Ausbildung für Advanced Practice Nurses im Wallis, Diskussionen über die Ausbildung medizinischer Assistentinnen und Assistenten), ermöglicht eine Umverteilung der Aufgaben und Verantwortlichkeiten zwischen komplementären Berufsgruppen.

Beispiele:

Die jüngst (Februar 2023) vom Staatsrat ins Leben gerufene Task Force für die Attraktivität der Ausbildung in der Pflege geht konkret in diese Richtung.

Die Motion, die im Juni vom Grossen Rat erörtert wird, wird ermöglichen, den Posten einer kantonalen Pflegefachperson zu schaffen, deren Aufgabe es insbesondere wäre, zur strategischen Steuerung des Gesundheitswesens beizutragen und eine Vision für den Beruf der Krankenpflege zu entwickeln.

Mit der HES-SO eine Ausbildung für Advanced Practice Nurses entwickeln: Pilotversuche bekannt.

Bei der Weiterbildung Kompetenzen im Bereich der im Voraus verfügbaren Versorgungsleistungen entwickeln: Pilotversuche bekannt.

Die Funktion der medizinischen Assistentin/des medizinischen Assistenten fördern und entwickeln (vgl. supra): explorativ, zu erörtern.

Praxisassistentz:

Seit 2010 subventioniert der Kanton die Praktika von Assistenzärztinnen und -ärzten in Praxen im Rahmen der Walliser Allgemeinartztausbildung.

Dieses Ausbildungsprogramm hat in der Zeit seines Bestehens die Gewährleistung von medizinischen Nachwuchskräften ermöglicht, da gute, gut ausgebildete und in unser Gesundheitssystem und unser Versorgungsnetzwerk eingegliederte Hausärztinnen und -ärzte ausgebildet wurden, die aktiv mit dem Spital Wallis zusammenarbeiten.

Es handelt sich um ein bewährtes Mittel, junge Ärztinnen und Ärzte zur Ausbildung und zur Niederlassung in unserem Kanton zu motivieren. Diese Ärztinnen und Ärzte sind nicht nur gut ausgebildet, sondern haben auch persönliche Beziehungen mit den Spitälern in der Nähe aufgebaut. Diese verbesserte Zusammenarbeit Spital/Privat stärkt die Verbindungen zwischen den verschiedenen Partnern des Gesundheitssystems und wird mit Sicherheit die Versorgung der Walliser Patientinnen und Patienten verbessern. Seit Beginn des Programms 2010 hat der Kanton etwa 120 Subventionen für Assistenzärztinnen und -ärzte gewährt.

Kapitel 3: Gesamtorganisation des Masterplans

Unter der Leitung eines Steuerungsausschusses (StA) werden Projekte identifiziert, priorisiert und in begrenzter Anzahl umgesetzt.

Jedes Projekt umfasst eine/n Projektleiter/in, einen Masterplan und Partnerschaften.

Bestimmte transversale Dimensionen betreffen alle Projekte: Finanzierung, rechtlicher Rahmen, Indikatoren usw.

Phasen

Nota bene: Aufgrund der Prioritäten und aktueller Ereignisse werden bestimmte Projekte bereits umgesetzt (z.B. Organisation des Bereitschaftsdienstes).

	Was	Wer	Frist
1	Vorstellung/Diskussion und Validierung des Projekts (Auswahl der Prioritäten) = Kickoff	StA (weiter unten definiert)	30. März 2023
2	Seminartag: Ausgangslage, Herausforderungen, Erfahrungen, Priorisierung der Projekte	StA + Partner + Vorsteher des DGSK	Juni 2023
3	Ausarbeitung der Umsetzung der prioritären Projekte und politisch verpflichtende Entscheidungen	StA + Vorsteher des DGSK	31. August 2023
4	Beginn der Umsetzung der prioritären Projekte	StA + Projektleiter/innen + spez. Partner	Herbst 2023
5	Tag für Präsentationen / Diskussionen für ein breites Publikum in Form einer Tagung	StA + Projektleiter/innen + spez. Partner + Vorsteher DGSK	Herbst 2023 oder Frühling 2024
6	Weiterverfolgung der Projekte	idem	2024 und folgende

1.1 Vorstellung/Diskussion und Validierung des Projekts

Dieses Dokument - der Masterplan - wird in Umlauf gebracht. Der StA sammelt Reaktionen/Kommentare/Vorschläge. Bis zum 30. März wird eine Auswahl der dringendsten, prioritären, machbaren und von der Effizienz her kontrollierbaren Projekte vom StA durchgeführt und durch einen Entscheid des Vorstehers des DGSK formell bestätigt.

1.2 Seminartag: Ausgangslage, Herausforderungen, Erfahrungen, Priorisierung der Projekte

Ziel der Organisation eines Seminartags ist es, sich auszutauschen und gemeinsam insbesondere über die Ausgangslage und den aktuellen Bedarf in der Gemeindekrankenpflege, die verschiedenen Arbeitshypothesen, die vorrangigen

Ansätze/Projekte und ihre Machbarkeit zu sprechen; dadurch kann das Vorprojekt konkret beginnen. Ein gesondertes Dokument beschreibt die Organisation dieses Seminars.

Jedes in Betracht gezeigte Projekt wird vorgestellt und von und mit den dafür verantwortlichen Fachpersonen diskutiert, die entweder aus dem Kanton Wallis oder einem anderen Kanton kommen, falls das Projekt anderswo umgesetzt oder getestet wird.

Während des Seminars oder im Anschluss daran schlägt jede Projektgruppe ein Synthesedokument vor, das unter anderem die aktuelle Situation und eine präzise Beschreibung der Problematik, aus Literaturrecherchen, Standortbegehungen und in der Schweiz und im Ausland bestehenden relevanten Lösungen erarbeitete Lösungsansätze sowie ein Pflichtenheft, einen Projektzeitplan und eine Annäherung an die Kosten und Finanzierung für die Vorhaben umfasst, die dies erfordern.

Diese Phase endet mit dem Verfassen eines Analyseberichts, der vom Staatsrat verabschiedet wird.

1.3 Ausarbeitung der Umsetzung der prioritären Projekte und politisch verpflichtende Entscheidungen

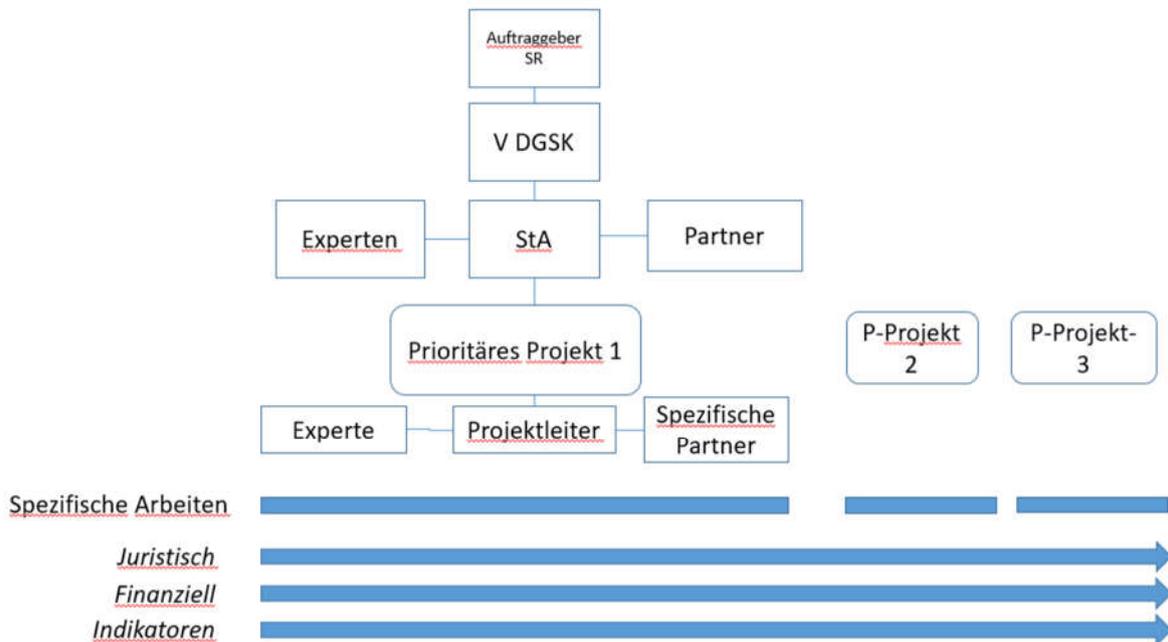
Auf der Grundlage des Berichts des Steuerungsausschusses entscheidet das DGSK über die Vorstellung beim Auftraggeber. Der Auftraggeber bestätigt den Umsetzungsplan und den Finanzplan.

1.4 Beginn der Umsetzung der prioritären Projekte

1.5 Weiterverfolgung der Projekte

Der Steuerungsausschuss beaufsichtigt unter der Kontrolle des Vorstehers des DGSK die von den spezifischen Gruppen durchgeführten Projekte. Die Wirksamkeit der Pilotprojekte muss evaluiert werden. Diese Evaluation muss von Beginn des Prozesses an geplant und organisiert werden, d.h. ab Anfang der Projekte. Diese Aufgabe muss, soweit möglich, von einem "neutralen" Institut übernommen werden, das nicht ins Projekt eingebunden ist und kantonsintern oder -extern sein kann. Sie könnte durch die Stiftung *Infrastructure de recherche interinstitutionnelle sur les services de santé (IRISS)* unterstützt werden, an der das DGSK beteiligt ist. Auf der Grundlage dieser Evaluationen werden die Projekte ausgewählt, deren Wirksamkeit sich erwiesen hat und die am vielversprechendsten sind. Die Bedingungen für eine dauerhafte Umsetzung werden geschaffen.

2 Organigramm des Projekts



2.1 Auftraggeber

Auftraggeber ist der Staatsrat des Kantons Wallis.

2.2 Vorsteher des DGSK

Der Vorsteher des Departements für Gesundheit, Soziales und Kultur vertritt den Auftraggeber. Er beaufsichtigt den Steuerungsausschuss und nutzt Ratschläge und Vormeinungen von Expertinnen und Experten und Partnern.

Er informiert den Staatsrat regelmässig über den Stand des Projekts.

2.3 Steuerungsausschuss

Der Steuerungsausschuss setzt das Projekt operativ um. Er besteht mindestens aus:

- dem Kantonsarzt (Vorsitz),
- der Chefin der DGW,
- einer Vertreterin/einem Vertreter der VSÄG,
- einer Vertreterin/einem Vertreter von MFE,
- einer Vertreterin/einem Vertreter aus dem Spitalbereich.

Die Zusammensetzung des erweiterten Steuerungsausschusses ist modulierbar und noch zu erörtern.

Der Steuerungsausschuss zieht die Kompetenzen von Expertinnen und Experten hinzu, die in Medizin und Pflege in der ersten Linie stehen. Er kann auf externe Beauftragte oder die Unterstützung von Partnerinstitutionen (WGO, Obsan, Unisanté, usw.) zurückgreifen.

Leiterinnen und Leiter von Projekten sind Teil des Steuerungsausschusses und haben eine beratende Stimme. Sie organisieren die Verwirklichung des Projekts, koordinieren die Arbeit der Arbeitsgruppen, bereiten die Dokumente vor und organisieren die verschiedenen Sitzungen in Zusammenarbeit mit dem Vorsitzenden.

Der Vorsitzende des Steuerungsausschusses informiert den Vorsteher des DGSK regelmässig über den Stand des Projekts und allfällige Probleme, Verzögerungen und sonstige Ereignisse.

2.4 Operative Organisation

Die prioritären Projekte werden vom Steuerungsausschuss gemäss der politischen Agenda bestimmt. Jedes prioritäre Projekt wird von einer/einem Projektleiter/in verwaltet, die oder der je nach Thematik die Dienste von Expertinnen und Experten sowie spezifischen Partnern in Anspruch nimmt. Die prioritären Projekte laufen unabhängig, doch es wird dem StA regelmässig berichtet, und zwar bei Treffen zwischen dem StA und den Vertreterinnen und Vertretern aller prioritären Projektgruppen (erweiterter StA). Die Mitglieder jeder prioritären Projektgruppe treffen sich je nach Bedarf im Projekt.

3 Spezifische Partner

Die spezifischen Partner der prioritären Projekte sind insbesondere die Vertreterinnen und Vertreter der kantonalen und kommunalen Behörden, der institutionellen und individuellen Gesundheitsdienstleister, der Geldgeber oder der Zivilgesellschaft. Diese Vertreterinnen und Vertreter werden in verschiedenen Funktionen und zu verschiedenen Zeitpunkten in die Steuerung und Begleitung der konkreten Projekte, die ausgewählt und umgesetzt werden, einbezogen.

Die behandelten Fragen betreffen hauptsächlich den Gesundheitssektor, aber auch andere politische Bereiche des öffentlichen Lebens im Sozialssektor, Tourismus, in der Raumentwicklung usw.

Die folgenden Akteure (nichterschöpfende Auflistung ohne Hierarchie) sind mehr oder weniger stark vom Projekt betroffen:

DGSK/DGW	VSÄG	Gemeinden
Städte	SBK	DSW
Stadtplanungsamt	Tourismussektor	Patientenverbände
Pro senectute	Spitäler (Geriatric, Notaufnahme)	Spitex
Projekt REFORMER	Pflegeheime	KWRO
Labore	Apotheken und PharmaWallis	SOMEKO
SUVA	Intermediäre Strukturen	Krankenversicherer
ARAM	HES-SO und Universitäten	SMZ
Gewerkschaften	WGO	Weitere nach Entscheid des StA

4 Mittel

Die folgenden notwendigen Mittel für die Durchführung des Projekts in der Initialisierungsphase (Ende 2023) sind für jedes prioritäre Projekt vorgesehen:

- Projektleiter/in
- administrative, wissenschaftliche und juristische Unterstützung durch die DGW
- akademische Unterstützung von Unisanté
- statistische Unterstützung durch das WGO und Obsan
- Die Entschädigung der Expertinnen und Experten und Teilnehmenden der Arbeitsgruppen wird vom Departement festgelegt.

Die zur Umsetzung der Pilotprojekte notwendigen Finanzmittel und Personalressourcen werden in der Vorbereitungsphase definiert, d.h. am Ende des zweiten Halbjahrs 2023.

5 Information – Kommunikation (IC)

IC gegenüber den Gesundheitsfachpersonen kann auf nützliche Weise dazu beitragen, die Attraktivität des Wallis für verschiedene Gesundheitsberufe bekannt zu machen, wie beispielsweise das Vorgehen im Oberwallis, die Ärztinnen und Ärzte in Ausbildung zu treffen.

Ein Projekt mit einer solchen Bedeutung für die Zukunft der Gesundheitslandschaft des Kantons muss Gegenstand einer Kommunikation sein, die professionell ist und sich auf Erreichtes konzentriert. Das Ziel dabei ist es, zu informieren und die Zustimmung der Walliser Bevölkerung zu den laufenden Verfahren zu fördern. Die Veränderung der Versorgungsstrukturen und ihrer Leistungen macht es erforderlich, die Bevölkerung zu informieren, damit sie die Orte und Arten der Gesundheitsversorgung klar identifizieren kann.

Gemeinsame Informationsstellen (Kanton, Gemeinden, VSÄG, HVS) sind für die Schlüsselphasen des Projekts vorzusehen.

Eine Gesamtversammlung des Gesundheitsbereichs (Assises de la santé) könnte die Diskussion zwischen Fachpersonen, Institutionen, Behörden und Bevölkerung ebenfalls fördern.

Dr. Morgane Jotterand
Dr. Cédric Dessimoz
Dr. Eric Masserey
Kantonsarztamt

Sitten, 01. März 2023