



**CANTON DU VALAIS
KANTON WALLIS**

Département de la santé, des affaires sociales et de la culture
Service de la santé publique

Departement für Gesundheit, Soziales und Kultur
Dienststelle für Gesundheitswesen

Spitalplanung 2015 – Rehabilitation & Palliativpflege

Definitiver Bericht

Dienststelle für Gesundheitswesen

September 2014

Herausgeber Dienststelle für Gesundheitswesen
Avenue du Midi 7
1950 Sitten
gesundheitswesen@admin.vs.ch

Elektronische Publikation www.vs.ch/gesundheit

Inhaltsverzeichnis

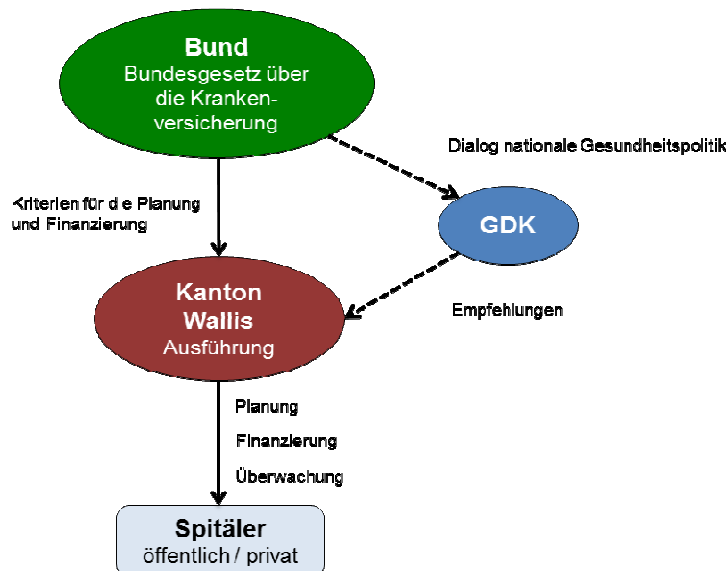
I. ZUSAMMENFASSUNG	5
II. EINLEITUNG	7
III. HISTORISCHES	8
IV. KVG-REVISION	10
V. REHABILITATION	12
A LEISTUNGSGRUPPEN	12
B BEDARFSANALYSE	13
C AUSWERTUNGSKRITERIEN	14
1. Generelle Anforderungen	14
2. Anforderungen im Bereich Wirtschaftlichkeit	14
3. Anforderungen im Bereich Qualität	14
3.1 Generelle Anforderungen	14
3.2 Spezifische Anforderungen	15
D AUSSCHREIBUNG	16
E AUSWERTUNG DER BEWERBUNGEN	17
1. Generelle Anforderungen	17
2. Anforderungen im Bereich Wirtschaftlichkeit	18
2.1 Beurteilung der übermittelten Dokumente	18
2.2 Tageskostenvergleiche	20
2.3 Vergleich der durchschnittlichen Tageskostenentwicklung pro Jahr	23
3. Anforderungen im Bereich Qualität	25
3.1 Generelle Anforderungen	25
3.2 Spezifische Anforderungen	27
3.2.1 Spital Wallis	27
3.2.2 Clinique romande de réadaptation (CRR)	28
3.2.3 Clinique genevoise Montana	28
3.2.4 Luzerner Höhenklinik Montana	29
3.2.5 Berner Klinik Montana	30
3.2.6 Rehazentrum Leukerbad (RZL)	30
F SYNTHESE DER AUSWERTUNGEN	31
G SPITALLISTE 2015 FÜR DIE REHABILITATION	36

VI. PALLIATIVPFLEGE	39
A BEDARFSANALYSE.....	39
B AUSWERTUNGSKRITERIEN	39
C AUSSCHREIBUNG.....	40
D AUSWERTUNG DER BEWERBUNGEN.....	40
E SPITALLISTE 2015 FÜR DIE PALLIATIVPFLEGE	41
VII. FINANZIELLE AUSWIRKUNGEN	42
VIII. SCHLUSSFOLGERUNG	44
IX. LITERATURVERZEICHNIS.....	46

I. ZUSAMMENFASSUNG

Die Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) vom 21. Dezember 2007 ermächtigt die Kantone, ihre Spitalplanung selbst vorzunehmen. Im Zentrum steht die Schaffung einheitlicher Rahmenbedingungen für alle Spitäler, ob privat, öffentlich oder öffentlich subventioniert, sowohl in Bezug auf die Finanzierung der Leistungen als auch in Bezug auf die Spitalplanung. Die neuen Instrumente sollen die Wirtschaftlichkeit der Leistungen verbessern und die Konkurrenz im Bereich der Qualität ankurbeln.

Abbildung 1: Kompetenzen der Akteure in der Planung



Das KVG teilt den Kantonen eine Schlüsselrolle zu, die mehrfach antagonistisch ist:

- die Erstverantwortung, das Spitalsystem (stationäre Pflege) zu organisieren, **indem im gesamten Kantonsgebiet und nicht nur einige lukrative Leistungen, sondern der gesamte Bedarf an medizinischer Betreuung 24h/24 gedeckt wird** (Notfall, Intensivpflege, Akutmedizin, Psychiatrie, Rehabilitation usw.) und gleichzeitig Überkapazitäten vermieden und Unterversorgung verhindert werden.
- die Erstverantwortung (unter Vorbehalt der Urteile des BVGer), sicherzustellen, dass der **Wettbewerb unter den öffentlichen und privaten Spitälern fair ist und bleibt** und dass die Konkurrenten trotz erheblicher Unterschiede gleich behandelt werden (die öffentlichen Spitäler müssen schwere und defizitäre Leistungen anbieten und die Gesetzesbestimmungen des öffentlichen Beschaffungswesens anwenden).
- die Kompetenz, nur den stationären Bereich zu planen. Der ambulante Bereich fällt nicht in den Bereich der Planung, obwohl sie voneinander abhängig sind und die Anzahl ambulanter Behandlungen auch in der Rehabilitation steigen wird (Substitution stationär-ambulant).

Im Wallis erteilt das Gesetz über die Krankenanstalten und -institutionen vom 12. Oktober 2006 (Art. 3 GKAI) dem Staatsrat die Aufgabe, periodisch die Spitalplanung vorzunehmen.

Seit Inkrafttreten des KVG hat der Staatsrat die Spitalliste mehrere Male überarbeitet. Eine erste Liste wurde 1996 ausgearbeitet und Teilanpassungen erfolgten in den Jahren 1997 und 1999. Die Spitalliste wurde 2004 mit der neuen Aufteilung der Leistungen durch die Schaffung des Gesundheitsnetzes Wallis (GNW) ganzheitlich überholt. Danach wurde sie nur teilweise angepasst (2006, 2008, 2012 und 2014).

Infolge der **KVG-Revision über die Spitalfinanzierung** muss auf Grundlage der neuen, vom Bundesrat festgelegten Planungskriterien in den Artikeln 58a und 58e der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) **eine vollständige Überarbeitung der Spitalplanung bis am 31. Dezember 2014** getätigt werden.

Die Spitalplanung ist ein fortschreitender Prozess. Sie muss aufgrund der Bedarfsentwicklung und den medizinischen Prognosen sowie unter Berücksichtigung der begrenzten personellen und finanziellen Mittel regelmässig angepasst werden. **Dabei müssen Überkapazitäten vermieden und Unterversorgung verhindert werden. Aus diesen Gründen wurden vier verschiedene**

Spitallisten erlassen: Akutsomatik, Rehabilitation, Psychiatrie und Wartebetten. Die Entwicklung in diesen vier Bereichen ist unterschiedlich und die jeweilige Liste sollte ohne systematische Infragestellung der anderen überarbeitet werden können.

Gemäss den eidgenössischen Vorschriften beginnt der Planungsprozess mit der Bedarfsanalyse an Spitalleistungen. Die gemachten Prognosen zeigen, dass die Anzahl Hospitalisierungen in der Rehabilitation aufgrund der demographischen Entwicklung in bedeutender Weise ansteigen, die durchschnittliche Aufenthaltsdauer hingegen sinken wird. **Die Anzahl Pflgetage wird bis 2020 gemäss dem Minimalszenario, das für die Leistungsaufträge 2015 verwendet wurde, insgesamt um +7 % steigen (von 89'000 Pflgetagen im Jahr 2010 auf 106'000 Pflgetage im Jahr 2020).** Im Vergleich zur aktuellen Spitalliste sollte die Anzahl Betten (261 Betten in der Geriatrie und 119 in der spezialisierten Rehabilitation) stabil für die spezialisierte Rehabilitation bleiben, da die Anzahl Betten der Geriatrie in die polyvalente geriatriische Rehabilitation und die innere Medizin „betagte Menschen“ (Akutsomatik) aufgeteilt wird.

Die Bestimmung des Angebots basiert auf der Nachfrage der Patienten gemäss Bedarf 2020. Der durch die freie Spitalwahl gedeckte Bedarf (ausserkantonale Hospitalisierungen) wurde nicht abgezogen, da er weniger als 3 % der Fälle ausmachte. **Eine Ausschreibung für die Zuteilung der Leistungsaufträge fand ab Ende Oktober 2013 statt. Sechs Einrichtungen haben sich während der gesetzten Frist beworben:** Spital Wallis (HVS), Clinique romande de réadaptation de la SUVA (CRR), Rehasentrum Leukerbad (RZL), Luzerner Höhenklinik Montana, Berner Klinik Montana, Clinique genevoise de Montana.

Die übermittelten Informationen waren Inhalt einer Analyse gemäss den angewandten Auswertungskriterien, hauptsächlich im Bereich Wirtschaftlichkeit und Qualität, insbesondere spezifische Anforderungen pro Rehabilitationstyp (Fachärzte, Personalstruktur, Infrastruktur, Bereitschaftsdienst usw.). Nach der Analyse haben Gespräche mit den Leistungsanbietern stattgefunden, in denen Fragen bezüglich Anforderungen in der Ausschreibung und zur Vervollständigung des Dossiers gestellt wurden.

Auf dieser Grundlage hat das Departement für Gesundheit, Soziales und Kultur (DGSK) einen Entwurf der Spitalliste für die Rehabilitation in die Vernehmlassung geschickt, auf welcher die bestehenden Einrichtungen weiterhin aufgeführt werden. Folgende Anpassungen wurden vorgenommen:

- neuer Leistungsauftrag in der spezialisierten Rehabilitation für das Oberwallis (Spitalzentrum Oberwallis);
- mehr Betten für die Berner Klinik Montana, die Luzerner Höhenklinik Montana sowie die Clinique romande de réadaptation (CRR) gemäss der aktuellen Bettenbesetzung durch Walliser Patienten;
- weniger Betten für die Clinique genevoise de Montana aufgrund nicht erfüllter medizinischer Anforderungen;
- Unterscheidung zwischen innerer Medizin „betagte Menschen“ und der polyvalenten geriatriischen Rehabilitation im Spital Wallis.

Im Rahmen der Vernehmlassung wurden folgende Anmerkungen formuliert (vgl. Tabelle 1 im Anhang):

- mehr Betten in allen Rehabilitationsformen angefragt von allen öffentlichen und privaten Einrichtungen;
- Zuteilung eines Leistungsauftrags in internistischer und onkologischer Rehabilitation an die Clinique genevoise de Montana, eines Leistungsauftrags in muskuloskelettaler Rehabilitation an die Berner Klinik Montana, eines Leistungsauftrags in muskuloskelettaler und internistischer und onkologischer Rehabilitation an die Luzerner Höhenklinik Montana.

Durch die Vernehmlassung konnten die Analysen vertieft, Gespräche mit den betroffenen Einrichtungen geführt werden und die Bewerber konnten offiziell und schriftlich dazu Stellung nehmen. Aufgrund der zusätzlichen Informationen wurde die Spitalliste wie folgt angepasst:

- Zuteilung zusätzlicher Leistungsaufträge, wo die medizinischen Anforderungen erfüllt sind;
- Festsetzung der Bettenanzahl pro Einrichtung ohne Unterscheidung zwischen den verschiedenen Rehabilitationsformen, um eine gewisse Konkurrenz offen zu lassen.

Für die Palliativpflege wurden keine Anpassungen verlangt.

III. HISTORISCHES

Um die von der kantonalen und Bundesgesetzgebung festgelegten Ziele erreichen zu können, hat der Staatsrat in den vergangenen Jahren zahlreiche Massnahmen ergriffen, damit das Spitalangebot angepasst an den Pflegebedarf ausgerichtet werden kann. Im Februar 2001 hat der Staatsrat ein neues Rehabilitationskonzept genehmigt, mit dem die Aufgaben der Einrichtungen wie folgt definiert wurden:

- Aufteilung der Abteilung „Physiatrie“ des Spitals Gravelone zu gleichen Teilen (je 15 Betten) an die Clinique romande de réadaptation (CRR) und das Walliser Pneumologiezentrum in Montana (CVP);
- Ausgedehnte Zusammenarbeit zwischen der Rheumaklinik (heute Rehasentrum Leukerbad RZL) und der „Fachklinik für neurologische Rehabilitation“, um die Beständigkeit der Kliniken in Leukerbad zu sichern, da diese auf regionaler, wirtschafts- und arbeitspolitischer Ebene sehr wichtig sind.

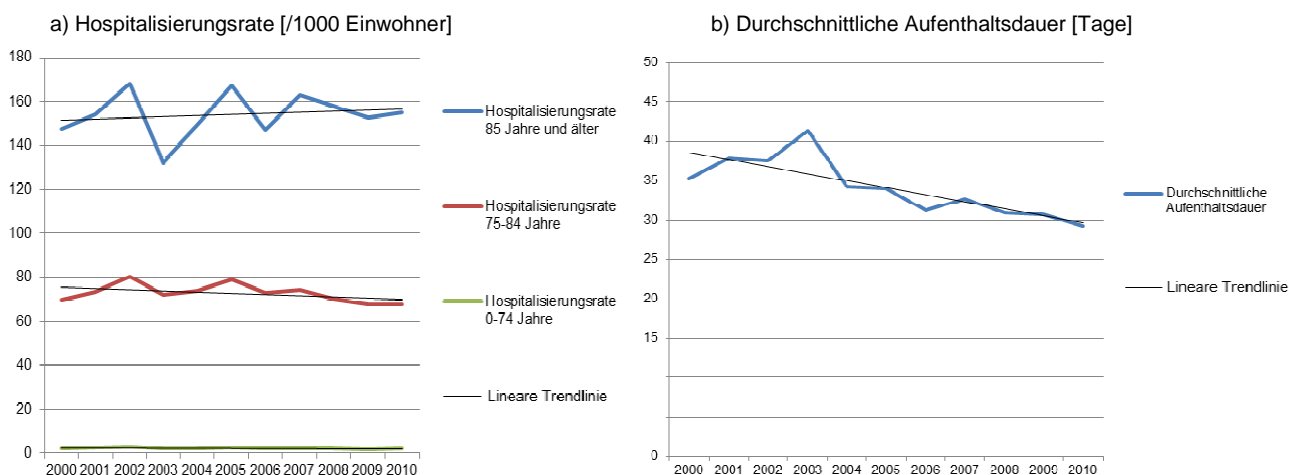
Der Staatsrat hat weiter die Position des Walliser Pneumologiezentrums in Montana (CVP) als Rehabilitationszentrum bestätigt und ihm Leistungsaufträge in folgenden Bereichen erteilt:

- kardiovaskuläre Rehabilitation;
- pulmonale Rehabilitation;
- muskuloskelettale Rehabilitation.

Die Integration des CVP in das Gesundheitsnetz Wallis ermöglichte eine optimale Zusammenarbeit mit den somatischen Akutspitälern des Kantons. Mit der Vernetzung der Spitaleinrichtungen sollten die 75 verfügbaren Betten für die Bedarfsdeckung ausreichen.

Die Einrichtungen und Kliniken, die die polyvalente geriatrische Rehabilitation erbringen, haben in den letzten Jahren einen wichtigen Rückgang der Anzahl Pflergetage und durchschnittlichen Aufenthaltsdauer verzeichnet. Die Hospitalisierungsrate hingegen hat sich gemäss der Alterskategorie unterschiedlich entwickelt, wie die untenstehenden Grafiken aufzeigen:

Abbildung 3: Entwicklung der (a) Hospitalisierungsrate und (b) der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer der hospitalisierten Walliser Patienten (KVG-Fälle) in der Geriatrie, 2000-2010 (Quelle: WGO)



Historisch gesehen gehörten zur polyvalenten geriatrischen Rehabilitation die Geriatrie, die innere Medizin „betagte Menschen“ und auch die spezialisierte Rehabilitation. Aufgrund der Alterung der Bevölkerung wächst die Bedeutung dieser Disziplinen und diese bedürfen ohne jeden Zweifel einer angepassten Struktur und spezifischen Personals. Diese Leistungen sind innerhalb des Spital Wallis (ehemaliges Gesundheitsnetz) wie folgt zu finden:

Tabelle 2: Aktuelle Aufteilung der Kapazitäten der Geriatrie innerhalb des Spital Wallis

Spitäler auf der aktuellen Spitalliste (Stand 05.02.2014)	Brig	Siders (inkl. Sainte-Claire)	Martinach	Klinik Saint-Amé
Kapazität KVG VS (Anzahl Betten)	35	80	63	83
Geriatrische Pflege				

Die geriatrische Pflege muss ganzheitlich in die Überlegungen zur Pflege von betagten Menschen mit der Komplementarität zwischen den verschiedenen Strukturen wie Pflegeheime, sozial-medizinische Zentren (SMZ) usw. eingeführt werden.

Die Kliniken in Montana wurden 2012 in die Spitalliste des Kantons Wallis aufgenommen. Die Clinique genevoise de Montana, die Berner Klinik Montana und die Luzerner Höhenklinik Montana wurden in den Jahren 1903, 1949 und 1952 gegründet. Ursprünglich handelte es sich um Sanatorien, die sich um Tuberkulosepatienten kümmerten. Mit den neuen Behandlungen gegen Tuberkulose haben sich die Einrichtungen zu Rehabilitationskliniken weiterentwickelt. Auch das Walliser Pneumologiezentrum (CVP), 1941 gegründet, hat eine ähnliche Entwicklung hinter sich.

Unter Berücksichtigung der neuen KVG-Bestimmungen haben die Kliniken in Montana um die Aufnahme in die Walliser Spitalliste ersucht. Seit der freien Spitalwahl ab 2012 müssen die Kliniken auf der Spitalliste des Kantons, in dem sich die Kliniken befinden, aufgeführt sein, damit sich alle Patienten der Schweiz in den Leistungen der jeweiligen Einrichtung behandeln lassen können. Die Leistungen der Kliniken in Montana ergänzen sich zu den Leistungen der anderen Einrichtungen, die auf der Walliser Spitalliste aufgeführt sind: Multiple Sklerose, psychosomatische Rehabilitation und onkologische Rehabilitation. In diesen Kliniken liessen sich schon zahlreiche Walliser Patienten behandeln.

Die aktuelle Aufteilung der stationären Rehabilitation sieht wie folgt aus:

Tabelle 3: Aktuelle Aufteilung und Kapazität in der Rehabilitation

Aktuelle Aufteilung ¹	RZL	CVP	Berner Klinik Montana	Luzerner Höhenklinik Montana	Clinique genevoise de Montana	CRR
Kapazität KVG VS (Anzahl Betten)	32	62	6	1	3	15
Muskuloskeletale Rehabilitation						
Neurologische Rehabilitation						
Kardiovaskuläre Rehabilitation						
Psychosomatische Rehabilitation						
Pulmonale Rehabilitation						
Internistische und onkologische Rehabilitation						
Paraplegiologische Rehabilitation und Rehabilitation grossflächiger Verbrennungen						

Das Angebot auf der Liste wird seit 1997 durch drei ausserkantonale Einrichtungen wie das schweizerische Paraplegikerzentrum REHAB in Basel, das schweizerische Paraplegikerzentrum der Universitätsklinik Balgrist und das schweizerische Paraplegikerzentrum Nottwil für Oberwalliser Patienten in der paraplegiologischen Rehabilitation ergänzt.

¹ Gemäss der Vereinbarung zur Zusammenarbeit im Bereich der Rehabilitation zwischen dem DGSK und den Rehabilitationseinrichtungen, die auf der Spitalliste im November 2013 aufgeführt sind.

IV. KVG-REVISION

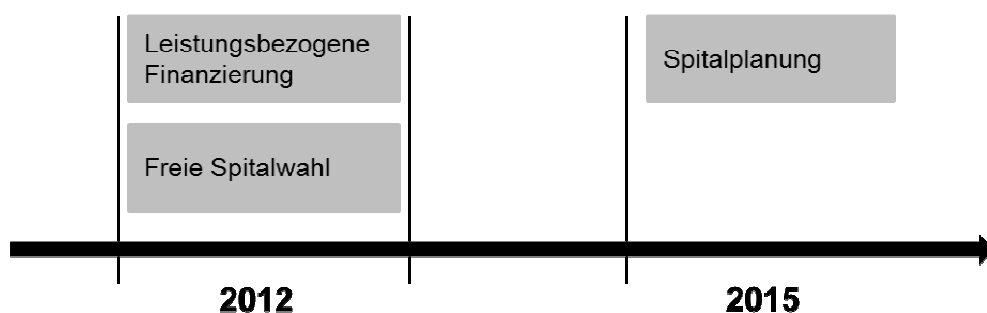
Im Anschluss an die KVG-Revision vom 21. Dezember 2007 müssen die Kantone die verschiedenen Kriterien umsetzen, die im 11. Abschnitt der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) aufgestellt sind.

Die Vorschläge zur Aufnahme in die Spitalliste müssen somit von nun an anhand der neuen Kriterien begründet werden, insbesondere hinsichtlich:

- der Bedürfnisse der Bevölkerung auf der Grundlage von statistisch belegten Daten und Vergleichen;
- der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungserbringung (Effizienz der Leistungserbringung, Rechtfertigung der erforderlichen Qualität, Mindestfallzahlen und Nutzung von Synergien);
- des Zugangs der Patienten zur Behandlung innert nützlicher Frist;
- der Verfügbarkeit und der Leistungsfähigkeit des Spitals, den Leistungsauftrag zu erfüllen.

Die KVG-Revision verlangt von den Kantonen auch, dass sie ab dem 1. Januar 2015 eine Spitalplanung gemäss den neuen Kriterien ausgearbeitet haben.

Abbildung 4: Etappen der KVG-Revision

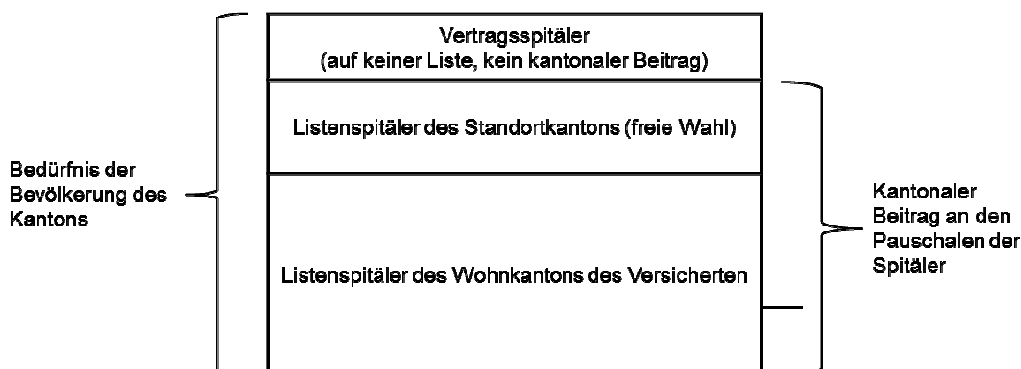


Auf der Finanzierungsebene ist der Kanton seit 2012 verpflichtet, sich an der Finanzierung der Spitalaufenthalte seiner Einwohner in allen Listenspitälern zu beteiligen, nämlich:

- die Listenspitäler des Wohnkantons, das heisst jene Spitäler, die auf der Liste des Wohnkantons stehen. Ein Kanton kann nicht mehr ein Spital auf seine Spitalliste aufnehmen, ohne zur Finanzierung der Spitalaufenthalte seiner Kantonsangehörigen beizutragen.
- die Listenspitäler des Standortkantons, d.h. jene Spitäler, die auf der Liste des Kantons stehen, in dem sie sich befinden (freie Wahl).

Wenn sie nicht auf der Spitalliste aufgeführt sind, können die Spitäler im Wallis mit den Versicherern auf freier Basis und ohne kantonale Beteiligung Vereinbarungen abschliessen (Vertragsspitäler).

Entsprechend den vom Bundesrat festgelegten Planungskriterien muss die Spitalliste anhand des Bedarfs der Bevölkerung erstellt werden, abzüglich der Leistungen, die durch die Vertragsspitäler und die ausserkantonalen Spitäler erbracht wurden, die von ihrem Standortkanton in die Liste aufgenommen wurden. Diese neuen Bestimmungen können folgendermassen schematisch dargestellt werden:



Die schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) hat Empfehlungen zur Spitalplanung gemäss den neuen Kriterien abgegeben.² Die Kantone können Instrumente zur Festlegung von Mindestfallzahlen und zur Mengensteuerung bestimmen. Mit der Festlegung von Mindestfallzahlen sollen die Qualität, die Konzentration der Angebote und die Wirtschaftlichkeit gesichert werden, indem gleichzeitig den Leistungserbringern ermöglicht wird, ertragsfähige Leistungen anzubieten. Mit dem zweiten Instrument, der Mengensteuerung, können auf moderate Art und Weise die steigenden, nicht indizierten Spitalbehandlungen und bestimmte Fälle von Leistungsgruppen begrenzt werden. Ein degressiver Tarif kann ebenfalls ins Auge gefasst werden. Mit dem Monitoringsystem kann festgestellt werden, ob für bestimmte Leistungen Massnahmen getroffen werden müssen.

Mit diesen neuen Bestimmungen sollen die Transparenz und die Qualität und somit auch der Wettbewerb unter den Spitälern und den Einrichtungen erhöht werden.

² Schweizerische Konferenz der Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK): Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung unter Berücksichtigung der KVG-Revision zur Spitalfinanzierung vom 21.12.2007. http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/pdf/Aktuelles/Empfehlungen/EM_Spitalplanung_20090514-d.pdf. Bern, 2009., S. 6-7.

V. REHABILITATION

A LEISTUNGSGRUPPEN

Die Leistungsgruppen müssen möglichst auf allgemein anerkannten medizinischen Klassifikationssystemen (z.B. ICD und CHOP) basieren, damit diese eindeutig und leistungsbezogen definiert werden können. Auch wenn eine ICF-Klassifikation (International Classification of Functioning, Disability and Health der WHO) vorhanden ist, wird diese aufgrund des hohen zeitlichen Codieraufwandes und der fehlenden Umsetzbarkeit der Schweregradeinteilung in der Praxis noch nicht allzu oft verwendet. Daher basieren die rehabilitativen Leistungsgruppen auf ICD-Klassifizierungen.³

Um die geeigneten Leistungsgruppen, die den Bedarf der Walliser Bevölkerung vollständig abdecken, generieren zu können, musste zunächst die Literatur gesichtet werden. Hierbei wurde jedoch schnell klar, dass es zu den Leistungsgruppen in der Rehabilitation zu viele unterschiedliche Expertenmeinungen gab. Gerade über vier Leistungsgruppen herrschte Konsens. Auf Grundlage des DefReha-Katalogs (Definitionen der Rehabilitation, genehmigt durch die Vereinigung der Spitäler der Schweiz H+) wurden acht Kategorien gebildet⁴:

1. polyvalente geriatrische Rehabilitation;
2. muskuloskelettale Rehabilitation;
3. internistische und onkologische Rehabilitation;
4. kardiovaskuläre Rehabilitation;
5. pulmonale Rehabilitation;
6. neurologische Rehabilitation;
7. paraplegiologische Rehabilitation;
8. psychosomatische Rehabilitation.

In der **polyvalenten geriatrischen Rehabilitation** werden ältere Menschen unter Berücksichtigung der Multimorbidität dieser Patienten behandelt. Ziel ist es, die funktionellen Kapazitäten und die Unabhängigkeit des betagten Menschen zu erhalten und somit den erforderlichen Pflegeaufwand zu begrenzen, dem Autonomieverlust im Alltag vorzubeugen und die Unterbringung in einer Institution zu gewährleisten.

In der **muskuloskelettalen Rehabilitation** werden die Folgen angeborener oder erworbener Fehler der Haltungs- und Bewegungsorgane sowie degenerativer und entzündlicher Gelenks-, Wirbelsäulen- und Weichteilerkrankungen behandelt.

In der **internistischen und onkologischen Rehabilitation** werden multimorbide Patienten mit Funktions- und Partizipationsstörungen behandelt, die aufgrund mehrerer internmedizinischer Krankheitsbilder einen kombinierten, multidisziplinären Rehabilitationsansatz benötigen, und Patienten, die durch ein Tumorleiden und/oder Therapiefolgen geschädigt wurden.

In der **kardiovaskulären Rehabilitation** werden die Folgen von Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems sowie entsprechender operativer Eingriffe behandelt.

In der **pulmonalen Rehabilitation** werden Patienten mit chronischen Erkrankungen der Atemwege oder akuten Komplikationen der Atemwege behandelt. In der pulmonalen Rehabilitation werden ebenfalls Patienten vor oder nach thoraxchirurgischen Eingriffen behandelt.

In der **neurologischen Rehabilitation** werden die Folgen von Erkrankungen und Verletzungen des Zentralnervensystems behandelt.

³ ICD: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)

⁴ DefReha: Stationäre Rehabilitation: Spezialbereiche & Definitionen.

http://www.hplus.ch/fileadmin/user_upload/H_Verband/Aktivkonferenzen/DefReha_Version_1.0_deu_def.pdf (17.09.2014)

Die **paraplegiologische Rehabilitation** umfasst die Erst-Rehabilitation und die Komplikationsbehandlung wie auch die in regelmässigen Abständen wiederkehrende Re-Rehabilitation von Patienten mit unfall-, krankheits- und missbildungsbedingten Lähmungen an den oberen und unteren Extremitäten.

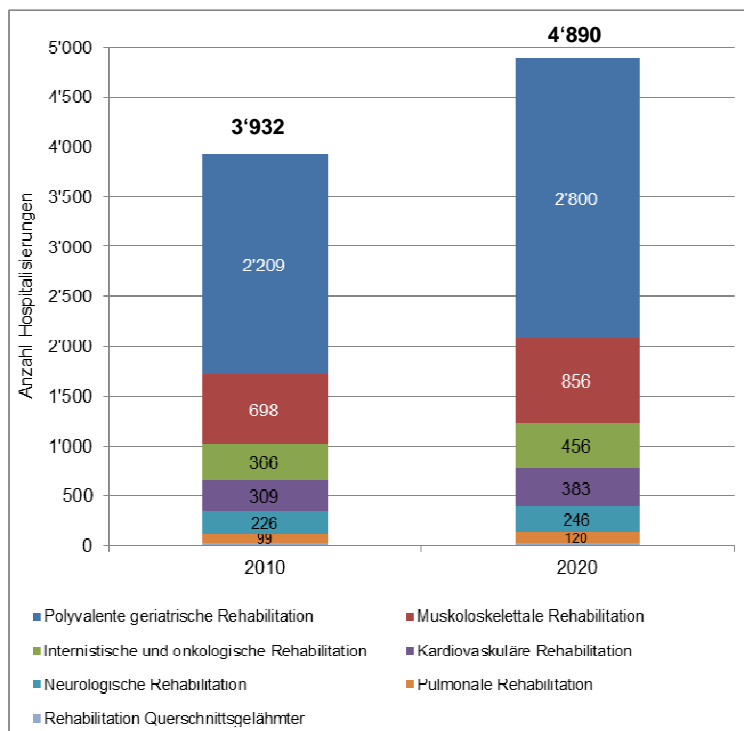
In der **psychosomatischen Rehabilitation** werden Patienten behandelt, bei denen psychische Faktoren eine Rolle spielen. Darunter fallen Erkrankungen, bei denen seelische Symptome direkt im Vordergrund stehen, z.B. Ängste oder Depressionen, aber auch Erkrankungen, bei denen psychische Symptome als Ursache oder Folge körperlicher Beschwerden eine wichtige Rolle spielen. In der psychosomatischen Rehabilitation konnte der Bedarf nicht ermittelt werden, da die Leistungen nicht klassifiziert werden konnten und entsprechende Daten fehlten, die aber Gegenstand eines Leistungsauftrags sind.

B BEDARFSANALYSE

Mit der Bedarfsanalyse, erschienen im Oktober 2013⁵, konnte ermittelt werden, in welchen Bereichen sich die Walliser Patienten 2010 (statistische Grundlage, die bei der Ausarbeitung des Berichts vollständig war) zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung stationär behandeln liessen. Auch wurde der Bedarf für das Jahr 2020 im Rahmen des KVG (ausgeschlossen andere Sozialversicherungen und Patienten mit Wohnsitz ausserhalb des Kantons Wallis) bestimmt. Die Prognosen für das Jahr 2020 berücksichtigen die demographische, epidemiologische und medizinische Entwicklung sowie das Substitutionspotenzial stationär-ambulant. Für die Prognosen wurden zwei Szenarien (Minimal- und Maximalszenario) auf Grundlage von verschiedenen Hypothesen im Bereich der demographischen Entwicklung erstellt. Für die Zuteilung der Leistungsaufträge wurde das Minimalszenario berücksichtigt. Dieses ermöglicht nach eingehender Analyse den Bedarf ab 2015 zu decken und kann während der kommenden Jahre jederzeit angepasst werden. Der durch die freie Spitalwahl gedeckte Bedarf (ausserkantonale Hospitalisierungen) wurde nicht abgezogen, da er weniger als 3 % der Fälle ausmachte.

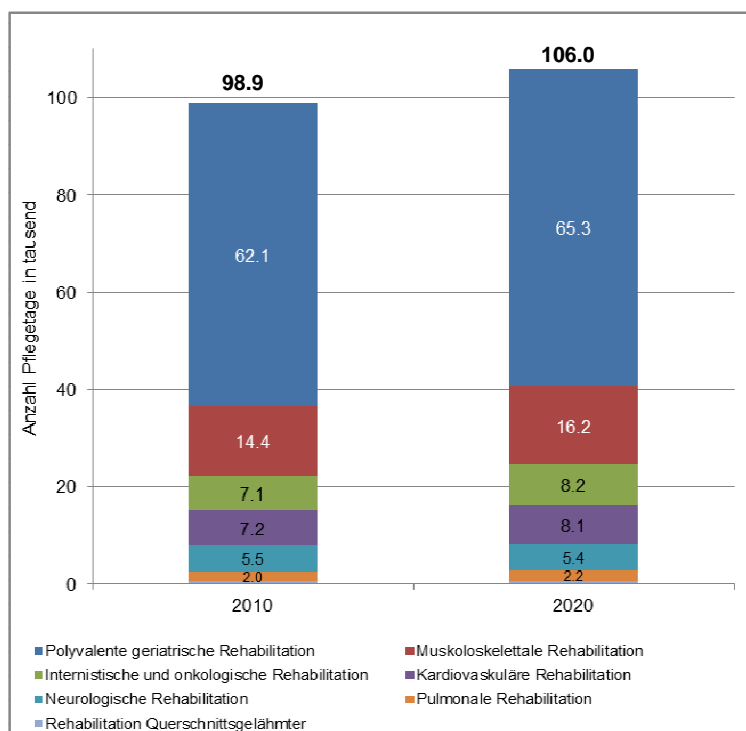
Die Anzahl Hospitalisierungen und die Anzahl Pflgetage von Walliser Patienten in der Rehabilitation werden sich wie folgt entwickeln:

Abbildung 5: Anzahl Hospitalisierungen von Walliser Patienten in der Rehabilitation, 2010 und 2020, Minimalszenario



⁵ Dienststelle für Gesundheitswesen Kanton Wallis: Definitiver Bericht über die Bedarfsanalyse für die Spitalplanung. Sitten, 2013.

Abbildung 6: Anzahl Pflgetage von Walliser Patienten in der Rehabilitation, 2010 und 2020, in tausend, Minimalszenario



Es wird bis 2020 insgesamt ein Anstieg der Anzahl Hospitalisierungen von +24 % und der Anzahl Pflgetage von +7 % erwartet.

C AUSWERTUNGSKRITERIEN

Wer einen Leistungsauftrag in der Rehabilitation erhalten möchte, muss in der Schweiz anerkannte Anforderungen erfüllen: generelle Anforderungen, Anforderungen im Bereich Wirtschaftlichkeit sowie generelle und spezifische Anforderungen im Bereich Qualität (Mindestfallzahl, medizinischer Leiter / Chefarzt, Kaderärzte, Konsiliardienste, medizinisch-pflegerisches Personal, Beratungsdienste, Bereitschaftsdienst / Hintergrunddienst, Angebot Diagnostik und Therapie, Infrastruktur).

1. Generelle Anforderungen

Die generellen Anforderungen betreffen die Informationspflicht gegenüber der Dienststelle für Gesundheitswesen, dass dieser alle notwendigen und verlangten Dokumente, Statistiken und Informationen übermittelt werden. Weiter wird von den Einrichtungen verlangt, dass diese Ärzte und medizinisch-pflegerisches Personal ausbilden und sich verpflichten, mit der sozial-medizinischen Koordinationsstelle (SOMEKO; ehemalige KVSZI) zusammenzuarbeiten.

2. Anforderungen im Bereich Wirtschaftlichkeit

Die Einrichtung garantiert der Dienststelle für Gesundheitswesen deren Weiterbestehen und Bonität, respektiert die vom Kanton anerkannten Buchungsprinzipien und übermittelt jährlich ihre finanzielle Situation. Weiter zeigt die Einrichtung jährlich die Wirtschaftlichkeit der Leistungen auf, liefert jährlich das Investitionsbudget, übermittelt eine Kostenentwicklung der kommenden fünf Jahre und respektiert die Gesetzesbestimmungen des öffentlichen Beschaffungswesens.

3. Anforderungen im Bereich Qualität

3.1 Generelle Anforderungen

Die Einrichtungen verpflichten sich durch die Abgabe der verschiedenen Konzepte beispielsweise im Bereich Qualitätssicherung, Alarm und Reanimation, die Qualität ihrer Leistungen zu gewährleisten. Auch muss ein/-e Verantwortliche/-r Qualität ernannt werden und ein System zur Deklaration von Zwischenfällen aufgestellt sein. Die Anforderungen im Bereich der Qualität sind im Anhang aufgeführt.

3.2 Spezifische Anforderungen

Die spezifischen Anforderungen im Bereich Qualität unterscheiden sich je nach Rehabilitationsform. Die verschiedenen Anforderungen sind im Anhang aufgeführt.

Mindestfallzahlen

In einigen Rehabilitationsformen werden Mindestfallzahlen verlangt, da diese die Grundlage für eine gute Qualität sowie für die Qualitätssicherung sind: polyvalente geriatrische Rehabilitation 250 Fälle, muskuloskeletale Rehabilitation 250 Fälle, kardiovaskuläre Rehabilitation 250 Fälle, neurologische Rehabilitation 200 Fälle und pulmonale Rehabilitation 250 Fälle.

Medizinischer Leiter / Chefarzt

Der medizinische Leiter bzw. Chefarzt muss bei jeder Rehabilitationsform zu mindestens 80 % angestellt sein und zum Teil schon Erfahrung in der entsprechenden Rehabilitationsform aufweisen.

Kaderärzte

Je nach Rehabilitationsform muss der Kaderarzt den entsprechenden FMH-Titel haben: FMH-Titel in Neurologie oder Neurochirurgie für die neurologische Rehabilitation, FMH-Titel in Kardiologie für die kardiovaskuläre Rehabilitation usw.

Konsiliardienst

Konsiliardienste sind eigentlich in allen Fällen, in denen einer gefordert wird, extern möglich.

Medizinisch-pflegerisches Personal

Das medizinisch-pflegerische Personal (Artikel 47-50a KVV) ist im Besitz eines anerkannten Diploms. Die Pflegedienstleitung hat eine Weiterbildung in Pflegemanagement. Das Pflegepersonal steht 365 Tage / 24 Stunden zur Verfügung. Je nach Rehabilitationsform werden noch zusätzliche Anforderungen in Form von Aus- und Weiterbildungen gefordert, wie z.B. dass die Ergotherapeuten in der muskuloskeletalen Rehabilitation Erfahrung in arbeitsrehabilitativen Massnahmen, Ergonomie und Arbeitsplatzanpassung haben müssen.

Beratungsdienste

Als Beratungsdienste werden meistens Sozialdienst, Ernährungsberatung und ein Diätkoch verlangt. Je nach Rehabilitationsform werden noch andere Dienste gefordert (z.B. Orthopädietechniker in der neurologischen Rehabilitation).

Bereitschaftsdienst, Hintergrunddienst, Notfall / Reanimation

Ein ärztlicher Bereitschaftsdienst sowie ein fachärztlicher Hintergrunddienst müssen gewährleistet sein. Auch muss das klinische Personal regelmässig in Notfall / Reanimation geschult werden und ein Notfall-Koffer muss auf allen Stationen vorhanden sein.

Angebot Diagnostik

In der Diagnostik werden je nach Rehabilitationsform unterschiedliche Angebote gefordert: Routinediagnostik, Labor, EKG, Radiologie, Sonographie, Funktionsdiagnostik usw.

Angebot Therapie

Auch in der Therapie unterscheiden sich die verschiedenen Angebote je nach Rehabilitationsform: Physiotherapie, physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie, Gesundheitsbildung usw.

Infrastruktur

Nicht für alle Rehabilitationsformen werden Anforderungen an die Infrastruktur gestellt, jedoch in der pulmonalen Rehabilitation (kontinuierliche O₂-Versorgung) und der paraplegiologischen Rehabilitation (Überwachungseinheit in Form von EKG-Monitoring, Pulsoxymetrie usw. sowie entsprechende Freizeitangebote).

D AUSSCHREIBUNG

Jede der acht Rehabilitationsformen wurde im Zuge der Zuteilung der Leistungsaufträge ausgeschrieben.

Für die polyvalente geriatrische Rehabilitation hat sich einzig die Spitäler Martinach, Siders (inkl. Sainte-Claire), Saint-Amé und Brig des Spital Wallis (HVS) beworben.

In der muskuloskelettalen Rehabilitation herrscht ein grosser Konkurrenzkampf, da sich hierfür gleich alle Einrichtungen beworben haben: Spital Wallis (Spitäler Martinach, Siders, Saint-Amé, Walliser Pneumologiezentrum (CVP) und Brig), Clinique romande de réadaptation (CRR), Clinique genevoise de Montana, Luzerner Höhenklinik Montana, Berner Klinik Montana, Rehazentrum Leukerbad (RZL).

Für die internistische und onkologische Rehabilitation sowie für die psychosomatische Rehabilitation haben sich die Einrichtungen in Montana beworben: CVP, Clinique genevoise de Montana, Luzerner Höhenklinik Montana und Berner Klinik.

Für die kardiovaskuläre Rehabilitation haben sich das CVP und die Luzerner Höhenklinik Montana beworben. Diese Einrichtungen haben ein ähnliches Programm und sind so auch die einzigen Bewerber für die pulmonale Rehabilitation, für die sie sich spezialisiert haben.

Das Spital Wallis mit dem Spital Brig, die CRR sowie die Berner Klinik Montana haben ihre Bewerbung für die neurologische Rehabilitation abgegeben.

Die CRR ist die einzige Einrichtung, die sich für die paraplegiologische Rehabilitation und Rehabilitation grossflächiger Verbrennungen beworben hat.

Tabelle 4: Bewerbungen für die Rehabilitation

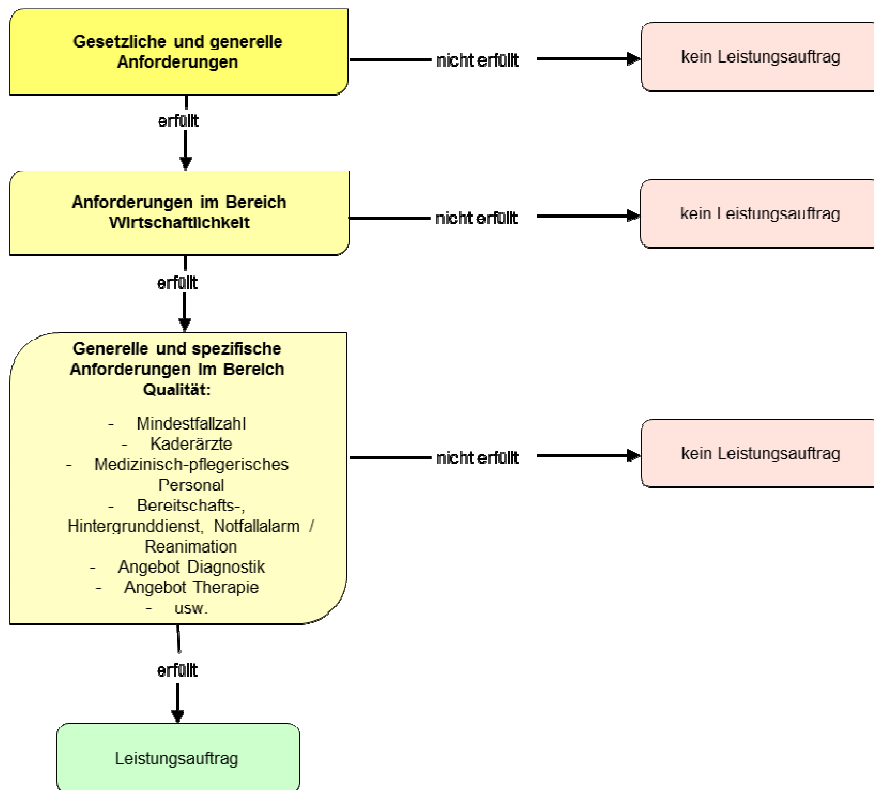
	Leistungen	Spital Wallis (HVS)					CRR	Clinique genevoise Montana	Luzerner Höhenklinik Montana	Berner Klinik Montana	RZL
		Martinach	Siders (inkl. Sainte-Claire)	Klinik Saint-Amé	CVP	Brig					
Rehabilitation	Polyvalente geriatrische Rehabilitation										
	Muskuloskelettale Rehabilitation										
	Internistische und onkologische Rehabilitation										
	Kardiovaskuläre Rehabilitation										
	Neurologische Rehabilitation										
	Pulmonale Rehabilitation										
	Paraplegiologische Rehabilitation und Rehabilitation grossflächiger Verbrennungen										
	Psychosomatische Rehabilitation										

* mit Spezialisierung auf die neurologische Rehabilitation für „betagte Menschen“

E AUSWERTUNG DER BEWERBUNGEN

In jedem Leistungsbereich der Rehabilitation wurden dieselben generellen Anforderungen, Anforderungen im Bereich Wirtschaftlichkeit und Qualität gestellt, da diese von der jeweiligen Einrichtung und nicht unbedingt von der jeweiligen Leistung abhängig sind. Das Auswertungsverfahren sieht wie folgt aus:

Abbildung 7: Auswertungsverfahren



Gemäss dem Bericht des Bundesrates „Grundlagen der Spitalplanung und Ansätze zur Weiterentwicklung“ vom 18. Dezember 2013 bilden die Grundlage für eine Zuteilung der Leistungsaufträge an ein Spital die Kriterien Qualität und Wirtschaftlichkeit der Spitäler. Die Kantone wählen die Indikatoren, mit denen die Qualität und die Wirtschaftlichkeit ausgewertet werden. Es ist wichtig, dass die Planung auf diesen beiden Kriterien basiert, damit ein optimales, von hoher Qualität und für die gesamte Bevölkerung bezahlbares Angebot bereitgestellt werden kann. Mit dem neuen Ansatz der KVG-Revision, welche die Konkurrenz (freie Spitalwahl) einführt, ist es entscheidend, dass sich die Spitäler angesichts dieser Konkurrenz mithilfe der Qualität und Wirtschaftlichkeit positionieren.

1. Generelle Anforderungen

Sämtliche Spitäler und Kliniken, die sich für einen Leistungsauftrag in der Rehabilitation beworben haben, verpflichten sich, die generellen Anforderungen in Bezug auf Betriebsbewilligung, Statistiken, Zusammenarbeit mit der SOMEKO und Ausbildung von Personal zu erfüllen. Ein dunkelgrünes Kästchen bedeutet, dass das Spital die Anforderung erfüllt. Mit einem hellgrünen Kästchen sind Anforderungen gemeint, die nur teilweise erfüllt sind. Ein gelbes Kästchen hingegen bedeutet, dass die Anforderung überhaupt nicht erfüllt ist.

Tabelle 5: Auswertung der generellen Anforderungen

		HVS	CRR	RZL	BE Klinik Montan	LU Klinik Montana	GE Klinik Montan
Generelle Anforderungen	Die Einrichtung ist im Besitz einer Betriebsbewilligung des Kantons (ab 2015).						
	Die Einrichtung arbeitet mit der sozial-medizinischen Koordinationsstelle (SOMEKO) zusammen.						
	Die Einrichtung übermittelt in transparenter Weise alle Daten und Dokumente, die für die Spitalplanung und die Leistungsaufträge notwendig sind.						
	Die Einrichtung hält ihre Statistiken gemäss den kantonalen und Bundesvorschriften aktuell.						
	Die Einrichtung legt jährlich oder mehrjährlich Ziele in Zusammenhang mit den Leistungen fest, die sie durch einen Leistungsvertrag mit dem Kanton zu erbringen hat.						
	Die Einrichtung bildet Personal in den Gesundheitsberufen aus.						
Einhaltung der generellen Anforderungen							

■ erfüllt ■ teilweise erfüllt ■ nicht erfüllt

Das Spital Wallis (HVS), die Clinique romande de réadaptation (CRR), die Berner Klinik Montana und die Luzerner Höhenklinik Montana erfüllten sämtliche generellen Anforderungen. Sie übermittelten Statistiken über ihre Aktivitäten und die Ausbildung von Personal in Gesundheitsberufen sowie über die Ausbildung von Ärzten (eidgenössisches Diplom oder Weiterbildungstitel).

Die Clinique genevoise de Montana erfüllt alle generellen Anforderungen. Allerdings hat sie die Statistiken nicht in der detaillierten Form, wie sie vom Kanton verlangt wurde, übermittelt. Doch konnten einige Informationen im Jahresbericht gefunden werden. Auch übermittelte sie Statistiken über die Ausbildung von Personal in Gesundheitsberufen sowie über die Ausbildung von Ärzten (eidgenössisches Diplom oder Weiterbildungstitel).

Das Rehaszentrum Leukerbad (RZL) erfüllt alle generellen Anforderungen. Es übermittelte Statistiken über die Ausbildung von Personal in Gesundheitsberufen, aber nicht über die Ausbildung von Ärzten (eidgenössisches Diplom oder Weiterbildungstitel). Im Gespräch stellte das RZL klar, dass es Ärzte ausbilden möchte, jedoch keine Akkreditierung der FMH hat, da es die Mindestzahl nicht erfüllen kann. Sie wäre jedoch für eine Zusammenarbeit mit einem öffentlichen Spital bereit.

Das Spital Wallis (HVS), die Clinique romande de réadaptation, das Rehaszentrum Leukerbad, die Berner Klinik Montana, die Luzerner Höhenklinik Montana und die Clinique genevoise de Montana verpflichten sich, sämtliche generellen Anforderungen zu erfüllen.

2. Anforderungen im Bereich Wirtschaftlichkeit

Gemäss den Planungskriterien muss der Kanton die Effizienz der Leistungserbringer bewerten. Eine Auswertung der Anforderungen in Bezug auf die Übermittlung der Buchungsdokumente, Kostenbeherrschung usw. erfolgte in drei Etappen: Beurteilung der von den Spitälern übermittelten Dokumente, Tageskostenvergleiche und Vergleich der Kostenentwicklung der kommenden Jahren.

2.1 Beurteilung der übermittelten Dokumente

Im Rahmen der Ausschreibung mussten die Bewerber mittels verschiedener detaillierter Dokumente wie Buchhaltung, Berichte, Investitionsbudget aufzeigen, dass sie die Anforderungen in Bezug auf die Wirtschaftlichkeit einhalten.

Jedes übermittelte Dokument wurde sorgfältig geprüft. Die Anforderung gilt als erfüllt, wenn die verlangten Hauptelemente dem Dokument beilagen. Die Anforderungen im Bereich Wirtschaftlichkeit galten allgemein als erfüllt, wenn die Mehrheit der Kriterien erfüllt war.

Das Spital (HVS), die Clinique romande de réadaptation (CRR), das Rehaszentrum Leukerbad (RZL), die Luzerner Höhenklinik Montana, die Berner Klinik Montana und die Clinique genevoise de Montana haben sich verpflichtet, die gesamten Anforderungen an die

Wirtschaftlichkeit zu erfüllen. Das Rehaszentrum Leukerbad (RZL) verpflichtet sich, die Anforderungen, bis auf eine, zu erfüllen. Diese Verpflichtungen können Inhalt eines Audits sein, indem vor Ort geprüft wird, ob die Anforderungen auch wirklich eingehalten werden.

In der untenstehenden Tabelle werden die Resultate in Bezug auf die Beurteilung der übermittelten Dokumente dargestellt. Ein dunkelgrünes Kästchen bedeutet, dass die Einrichtung die Anforderung erfüllt. Mit einem hellgrünen Kästchen sind Anforderungen gemeint, die nur teilweise erfüllt sind. Ein gelbes Kästchen hingegen bedeutet, dass die Anforderung überhaupt nicht erfüllt ist.

Tabelle 6: Auswertung der übermittelten Dokumente betreffend Wirtschaftlichkeit

		HVS	CRR	RZL	Luzerner Höhenklinik Montana	Berner Klinik Montana	Clinique genevoise de Montana
Wirtschaftliche Anforderungen	Die Einrichtung erbringt ausreichende Garantien für deren Weiterbestehen und Bonität						
	Die Einrichtung respektiert die vom Kanton anerkannten Buchungsprinzipien						
	Die Einrichtung übermittelt jährlich der DGW ihre finanzielle Situation						
	Die Einrichtung zeigt jährlich die Wirtschaftlichkeit ihrer Leistungen auf						
	Die Einrichtung liefert jährlich das Investitionsbudget wie auch eine vollständige Auflistung der getätigten Investitionen						
	Die Einrichtung übermittelt seine Kostenentwicklung (Tageskosten KVG) der letzten 5 und der kommenden 5 Jahre						
	Die Einrichtung respektiert die Gesetzesbestimmungen des öffentlichen Beschaffungswesens bei der Vergabe von öffentlichen Liefer-, Dienstleistungs- und Bauaufträgen						
Einhaltung der Anforderungen Wirtschaftlichkeit							

■ erfüllt ■ teilweise erfüllt ■ nicht erfüllt

Das Spital Wallis und die Berner Klinik Montana erfüllen alle oben aufgeführten Anforderungen.

Die Clinique romande de réadaptation (CRR) erfüllt die vom Kanton anerkannten Buchungsprinzipien nur teilweise und kann die Wirtschaftlichkeit ihrer Leistungen nur teilweise aufzeigen. Sie verbucht ihre Anlagenutzungskosten und -einnahmen nicht getrennt voneinander und führt zurzeit eine Finanzbuchhaltung (FIBU) und keine Kostenrechnung. Die Klinik wendet seit 2014 die Buchungsprinzipien REKOLE an. Das Modell ITAR-K kann erst ab 2015 für die Kostenrechnung 2014 verwendet werden.

Das Rehaszentrum Leukerbad (RZL) erfüllt die Anforderungen an die Buchungsprinzipien und die Übermittlung seiner finanziellen Situation nur teilweise. Der Kostenrahmen hat nicht dieselben Referenzen wie der Kostenrahmen H+ und es erscheint ihm unmöglich, die Anlagenutzungskosten und -einnahmen zu verbuchen, da der Anteil an den Investitionen im Tarif nicht definiert ist. Auch respektiert das Rehaszentrum Leukerbad (RZL) nicht die Gesetzesbestimmungen des öffentlichen Beschaffungswesens.

Die Luzerner Höhenklinik Montana respektiert die vom Kanton anerkannten Buchungsprinzipien nur teilweise, weil es die Anlagenutzungskosten und -einnahmen nicht getrennt voneinander verbucht.

Aus denselben Gründen wie die Clinique romande de réadaptation (CRR) erfüllt auch die Clinique genevoise de Montana nur teilweise die Buchungsprinzipien und kann die Wirtschaftlichkeit ihrer Leistungen auch nur teilweise aufzeigen. Die Kostenrechnung sollte ab 2015 verfügbar sein, hängt jedoch vom Informatiksystem der Hôpitaux Universitaire de Genève (HUG) ab, da sich dieses noch in der Entwicklungsphase befindet.

Das Spital Wallis, die Clinique romande de réadaptation, das Rehazentrum Leukerbad, die Luzerner Höhenklinik Montana, die Berner Klinik Montana und die Clinique genevoise de Montana haben Dokumente übermittelt, die ein Vorgehen des Unternehmens für eine wirtschaftliche Erbringung ihrer Leistungen aufzeigen. Die Bestimmungen des öffentlichen Beschaffungswesens werden nicht in selber Weise gehandhabt, was die verschiedenen Tarife erklären könnte.

2.2 Tageskostenvergleiche

Dies sind vor allem Daten zu Kosten, mit denen die Wirtschaftlichkeit eines Leistungserbringers beurteilt werden kann. Mit Tageskostenvergleichen können faire Vergleiche zwischen den Rehabilitationseinrichtungen gemacht werden.

Als Basis für Kostenvergleiche verlangte der Kanton die Übermittlung der Kostenträgerrechnung 2012 (ITAR-K oder andere anerkannte Modelle). Die Clinique romande de réadaptation (CRR) und die Clinique genevoise de Montana führen nur eine Finanzbuchhaltung und daher basieren deren Daten darauf.

Die vom Kanton gewählte Vergleichsmethode für die Kosten basiert grösstenteils auf den Empfehlungen der GDK zur Wirtschaftlichkeitsprüfung. Um eine optimale Vergleichbarkeit zu garantieren, müssen die nicht anrechenbaren Kosten für stationäre Leistungen KVG abgezogen werden. Kosten, die separat entschädigt wurden oder die zu Verzerrungen in den Vergleichen führen (z.B. um nicht eine Einrichtung zu benachteiligen, die mehr Personal ausbildet als andere), wurden nicht berücksichtigt. Zusätzlich zu den Betriebskosten wurden auch noch folgende Kosten abgezogen:

- ./ Kosten der Immobiliennutzung
- ./ Kosten der Leistungen an Dritte und ambulanten Leistungen
- ./ Kosten von zusätzlichen Dienstbezügen (Dialyse, Koagulationsfaktoren usw.)
- ./ Kosten der nicht-universitären Ausbildung
- ./ Kosten der universitären Ausbildung, Lehre und Forschung
- ./ Kosten der Arzthonorare der Liegeklasse halbprivat und privat (Zusatzversicherung)
- ./ Kosten der Liegeklasse halbprivat und privat (Zusatzversicherung)

Die restlichen von der Planung anerkannten Kosten wurden durch die Anzahl Pflagetage einer jeden Rehabilitationsform, sofern verfügbar, dividiert. Dieses Verfahren wurde für jede Einrichtung und jede Leistung angewendet, sofern die Daten verfügbar waren.

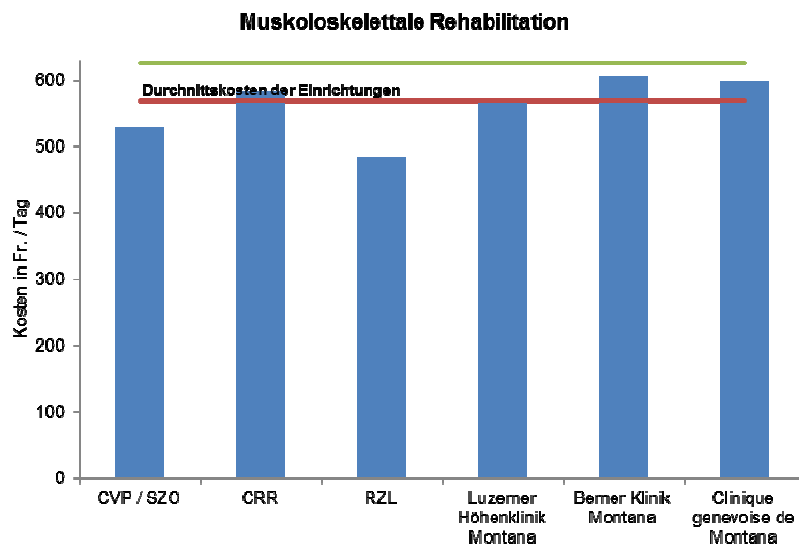
Die Datenqualität der Kostenrechnung unterscheidet sich stark von Einrichtung zu Einrichtung. Einzig das Spital Wallis, die Luzerner Höhenklinik Montana und die Berner Klinik Montana (REKOLE-zertifiziert) erfüllen die Anforderungen einer Kostenträgerrechnung.

Als Massstab für wirtschaftlich arbeitende Einrichtungen wurden die durchschnittlichen Tageskosten (rote Linie in den untenstehenden Abbildungen) aller ausgewerteten Einrichtungen genommen. Kleinere Kostenabweichungen schliessen nicht unbedingt auf eine ineffiziente Arbeitsweise, sondern auch auf Unterschiede in der Kostenabgrenzung, des Charakters der Einrichtung, ungewöhnlichen Zahlungen oder der Heterogenität der Patienten. Aus diesem Grund wurden lediglich Einrichtungen als unwirtschaftlich eingestuft, deren Tageskosten deutlich über den Durchschnittskosten liegen. Zu den Durchschnittskosten wurde eine Sicherheitsmarge von 10 % (grüne Linie in den untenstehenden Abbildungen) dazugerechnet.

Den untenstehenden Abbildungen können die Tageskosten der muskuloskelettalen, internistischen und onkologischen, pulmonalen, kardiovaskulären, neurologischen und psychosomatischen Rehabilitation aller Einrichtungen, die sich für die Spitalliste 2015 beworben haben, entnommen werden. Die Kosten können sich je nach medizinischer Disziplin voneinander unterscheiden. Zum Beispiel: Die muskuloskelettale Rehabilitation ist meistens weniger teuer als die neurologische Rehabilitation. Die paraplegiologische Rehabilitation wird nur von der Clinique romande de

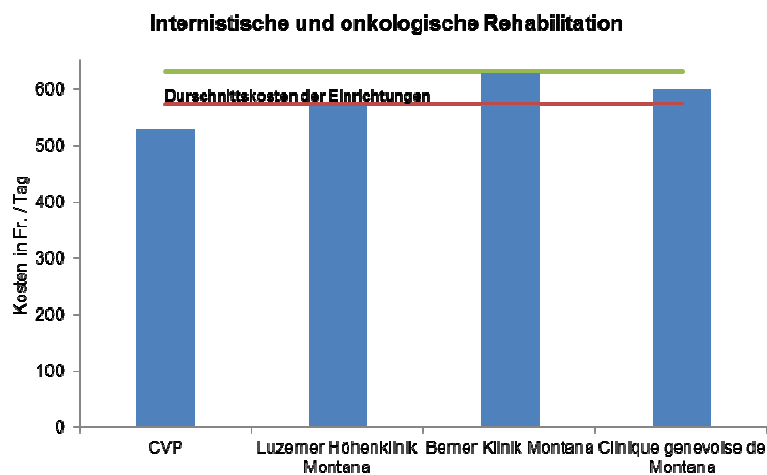
réadaptation angeboten und so wurde hierfür kein Benchmark erstellt. Da einheitliche Tarife angewendet werden und sich nur das Spital Wallis für die polyvalente geriatrische Rehabilitationsform beworben hat, wurden auch hier keine Tageskostenvergleiche gemacht.

Abbildung 8: Vergleich der Tageskosten in der muskuloskelettalen Rehabilitation



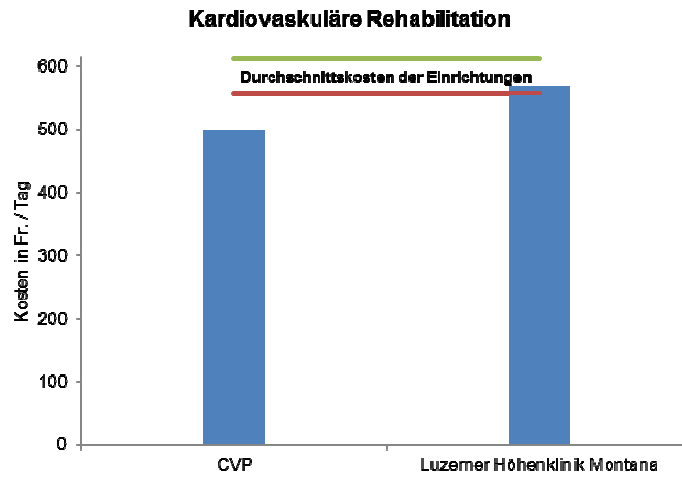
Muskuloskelettale Rehabilitation: Das Walliser Pneumologiezentrum (CVP) und das Rehaszentrum Leukerbad (RZL) liegen unter dem Durchschnitt. Die Luzerner Höhenklinik Montana liegt genau im Durchschnitt. Die anderen Einrichtungen haben höhere Kosten als der Durchschnitt, sind aber immer noch unter der Marge von 10 %. Die Berner Klinik Montana hat die höchsten Tageskosten.

Abbildung 9: Vergleich der Tageskosten in der internistischen und onkologischen Rehabilitation



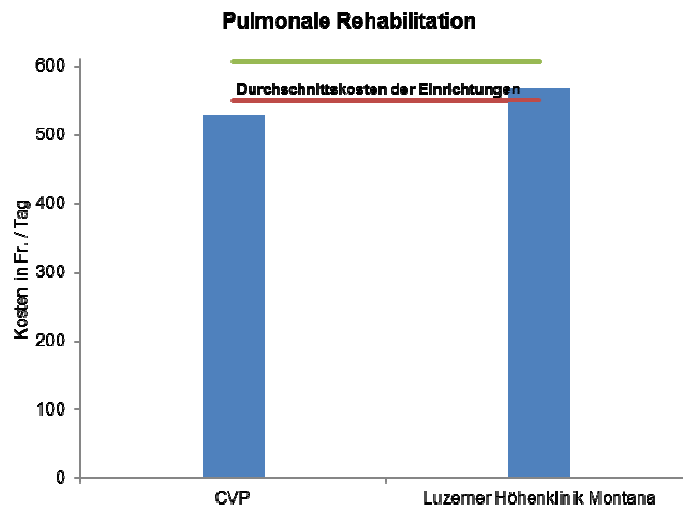
Internistische und onkologische Rehabilitation: Das CVP (Tageskosten der generellen Rehabilitation) und die Luzerner Höhenklinik liegen unter dem Durchschnitt. Die Clinique genevoise de Montana hat höhere Kosten als der Durchschnitt, ist aber immer noch unter der Marge von 10 %. Die Berner Klinik Montana liegt auf der Marge von 10 %.

Abbildung 10: Vergleich der Tageskosten in der kardiovaskulären Rehabilitation



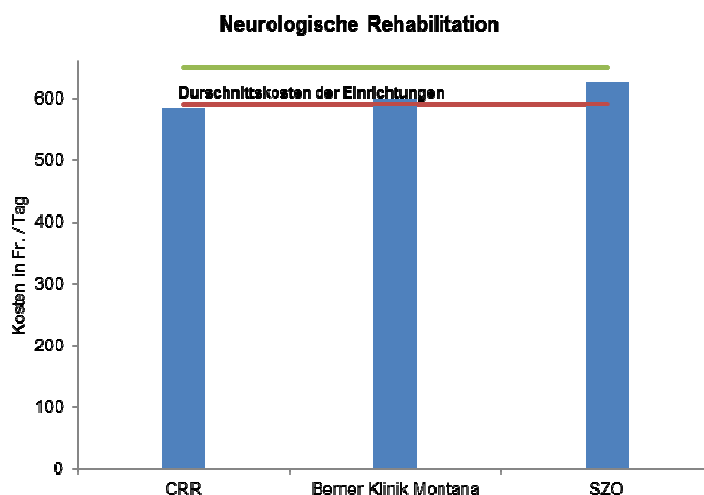
Kardiovaskuläre Rehabilitation: Das CVP liegt unter dem Durchschnitt. Die Luzerner Höhenklinik Montana hat höhere Tageskosten als der Durchschnitt, ist aber immer noch unter der Marge von 10 %.

Abbildung 11: Vergleich der Tageskosten in der pulmonalen Rehabilitation



Pulmonale Rehabilitation: Das CVP liegt unter dem Durchschnitt und hat die tiefsten Tageskosten. Die Luzerner Höhenklinik Montana hat höhere Kosten als der Durchschnitt, liegt aber immer noch unter der Marge von 10 %.

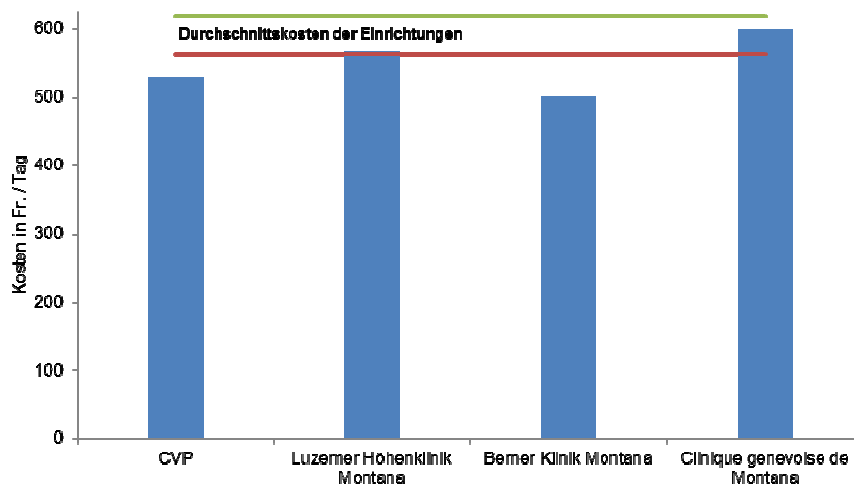
Abbildung 12: Vergleich der Tageskosten in der neurologischen Rehabilitation



Neurologische Rehabilitation: Die Tageskosten des SZO basieren auf den analytischen Daten der neurologischen Aktivität im Oberwallis im Wissen, dass die Leistung ab 2015 angeboten wird. Daher

sind Vergleiche in diesem Bereich zurzeit begrenzt. Die Clinique romande de réadaptation (CRR) liegt unter dem Durchschnitt und hat die tiefsten Tageskosten. Die Berner Klinik Montana hat höhere Kosten als der Durchschnitt, befindet sich aber immer noch unter der Marge von 10 %.

Abbildung 13: Vergleich der Tageskosten in der psychosomatischen Rehabilitation
Psychosomatische Rehabilitation



Psychosomatische Rehabilitation: Die Berner Klinik Montana und das CVP befinden sich unterhalb der roten Linie. Die Luzerner Höhenklinik Montana und die Clinique genevoise de Montana haben höhere Kosten als der Durchschnitt, sind aber immer noch unter der Marge von 10 %. Die Berner Klinik Montana hat die tiefsten Tageskosten.

Mit den Vergleichen zwischen den Einrichtungen kann nicht beurteilt werden, ob ein Bewerber unwirtschaftliche Leistungen anbietet, da zum Verhältnis der durchschnittlichen Tageskosten noch eine Sicherheitsmarge von 10 % hinzugenommen wird.

Es ist hervorzuheben, dass die gewichteten Fallkosten nicht den verrechneten Tarifen einer Hospitalisierung entsprechen. Die Tarife sind Inhalt von Verhandlungen zwischen den Versicherern und den Spitälern. Die Entwicklung der Wirtschaftlichkeit wird nicht von Tarifen, sondern von den Kosten getragen.

2.3 Vergleich der durchschnittlichen Tageskostenentwicklung pro Jahr

Ein anderer Indikator, der vom Kanton für die Auswertung der Wirtschaftlichkeit der Leistung gewählt wurde, ist die Tageskostenentwicklung. Die Bewerber mussten ihre Kostenentwicklung (Tageskosten KVG) der vergangenen und der kommenden fünf Jahre, also von 2008 bis 2017, übermitteln.

Die untenstehenden Tabellen geben die durchschnittliche Tageskostenentwicklung pro Rehabilitationsform seit 2008 bis 2017 pro Jahr und in Prozent an.

Tabelle 7: Entwicklung der Tageskosten von 2008 bis 2017 in der muskuloskelettalen Rehabilitation, Jahresdurchschnitt und in Prozent.

	HVS (CVP + SZO)	CRR	RZL	Luzerner Höhenklinik Montana	Berner Klinik Montana	Clinique genevoise de Montana
Gewichtete Fallkosten (2012)	529	583	484	568	607	599
Entwicklung der durchschnittlichen Tageskosten pro Jahr	+0.90 %	-0.08 %	+4.95 %	-0.78 %	-1.83 %	+3.80 %

Insgesamt steigen oder sinken die Tageskosten in der muskuloskelettalen Rehabilitation leicht und scheinen sich zu stabilisieren. Das Rehaszentrum Leukerbad (RZL) verzeichnet mit +4.95 % den stärksten, jährlichen Anstieg und die Berner Klinik mit -1.83 % die stärkste, jährliche Senkung der Kosten. Das CVP und die Luzerner Höhenklinik Montana erwarten einen linearen Anstieg von +1 % und die Clinique genevoise de Montana von +3 % für die kommenden Jahre. Für die Clinique romande de réadaptation (CRR) sinken die Kosten in den nächsten Jahren.

Tabelle 8: Entwicklung der Tageskosten von 2008 bis 2017 in der internistischen und onkologischen Rehabilitation, Jahresdurchschnitt und in Prozent.

	CVP	Luzerner Höhenklinik Montana	Berner Klinik Montana	Clinique genevoise de Montana
Gewichtete Fallkosten (2012)	529	568	632	599
Entwicklung der durchschnittlichen Tageskosten pro Jahr	+1.93 %	+1.38 %	+0.42 %	+3.80 %

In der internistischen und onkologischen Rehabilitation verzeichnet die Clinique genevoise de Montana mit +3.8 % den stärksten, jährlichen Anstieg. Die Kosten der Luzerner Höhenklinik Montana und des CVP scheinen linear um +1 % anzusteigen. Die Tageskosten der Berner Klinik Montana scheinen zu sinken.

Tabelle 9: Entwicklung der Tageskosten von 2008 bis 2017 in der kardiovaskulären Rehabilitation, Jahresdurchschnitt und in Prozent.

	CVP	Luzerner Höhenklinik Montana
Gewichtete Fallkosten (2012)	500	568
Entwicklung der durchschnittlichen Tageskosten pro Jahr	+0.39 %	+1.00 %

Die Tageskosten in der kardiovaskulären Rehabilitation sind stabil und die Einrichtungen erwarten einen linearen Anstieg von +1 % in den kommenden Jahren.

Tabelle 10: Entwicklung der Tageskosten von 2008 bis 2017 in der pulmonalen Rehabilitation, Jahresdurchschnitt und in Prozent.

	CVP	Luzerner Höhenklinik Montana
Gewichtete Fallkosten (2012)	529	568
Entwicklung der durchschnittlichen Tageskosten pro Jahr	+1.35 %	+0.29 %

Wie in der kardiovaskulären Rehabilitation steigen auch in der pulmonalen Rehabilitation die Tageskosten leicht und ein stabiler Anstieg von +1 % in den kommenden Jahren wird erwartet.

Tabelle 11: Entwicklung der Tageskosten von 2008 bis 2017 in der neurologischen Rehabilitation, Jahresdurchschnitt und in Prozent.

	SZO	CRR	Berner Klinik Montana
Gewichtete Fallkosten (2012)	628	583	600
Entwicklung der durchschnittlichen Tageskosten pro Jahr	+1 %	-0.08 %	-0.09 %

In der neurologischen Rehabilitation sinken die Tageskosten der Clinique romande de réadaptation (CRR) und der Berner Klinik Montana durchschnittlich pro Jahr. Hingegen das SZO sieht einen linearen Anstieg seiner Kosten von 1 % in den kommenden Jahren vor.

Tabelle 12: Entwicklung der Tageskosten von 2008 bis 2017 in der psychosomatischen Rehabilitation, Jahresdurchschnitt und in Prozent.

	CVP	Luzerner Höhenklinik Montana	Berner Klinik Montana	Clinique genevoise de Montana
Gewichtete Fallkosten (2012)	529	568	501	599
Entwicklung der durchschnittlichen Tageskosten pro Jahr	+0.81 %	-0.04 %	-0.46 %	+3.80 %

Bei der Clinique genevoise de Montana wurde mit +3.8 % der stärkste Anstieg der Tageskosten in der psychosomatischen Rehabilitation festgestellt. Der lineare Anstieg der kommenden Jahre für diese Klinik beträgt ungefähr +3 %. Die Luzerner Höhenklinik Montana und das CVP erwarten einen linearen Anstieg von +1 %. Die Berner Klinik Montana ist die einzige Einrichtung, die eine Senkung ihrer Kosten um -1.18 % erwartet.

Das Spital Wallis, die Clinique romande de réadaptation, das Rehasentrum Leukerbad, die Luzerner Höhenklinik Montana, die Berner Klinik Montana und die Clinique genevoise de Montana haben ihre Kostenentwicklung pro Tag evaluiert. Letztlich werden sich diese stabilisieren und einander angleichen.

3. Anforderungen im Bereich Qualität

Die Auswertung der Qualität gemäss den Planungskriterien des Bundesrates und den Empfehlungen der schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) erfolgte in zwei Schritten: Auswertung der übermittelten Dokumente im Allgemeinen sowie Analyse der spezifischen, medizinischen Anforderungen im Bereich Qualität und Sicherheit.

3.1 Generelle Anforderungen

Im Rahmen der Ausschreibung mussten die Bewerber mittels verschiedener Dokumente wie das Qualitäts-, Hygiene-, Beschwerde- oder Zwischenfallkonzepts, Teilnahme an etablierten Qualitätsmessungen, Patienteninformation und Kontrollinstrumenten aufzeigen, dass sie die Anforderungen in Bezug auf die Qualität der Leistungserbringung und der Sicherheit der Patienten einhalten. Die Einrichtungen müssen ebenfalls darlegen, dass sie die notwendigen Infrastrukturen für behinderte Menschen besitzen, verschiedene Therapie- und Diagnoseformen und Diätberatung anbieten sowie einen Verantwortlichen für die Qualität benennen.

Jedes übermittelte Dokument wurde sorgfältig geprüft und mit den anderen Einrichtungen verglichen. Die Anforderung gilt als erfüllt, wenn die verlangten Hauptelemente dem Dokument beilagen (Qualitätspolitik und Patientensicherheit sowie das Weiterführen dieser Politik). Die Anforderungen im Bereich Qualität galten allgemein als erfüllt, wenn die Mehrheit der Kriterien erfüllt war.. Die Unterschiede zwischen den Einrichtungen wurden bei der Auswertung berücksichtigt.

Das Spital Wallis (HVS), die Clinique romande de réadaptation (CRR), das Rehasentrum Leukerbad (RZL), die Luzerner Höhenklinik Montana, die Berner Klinik Montana und die Clinique genevoise de Montana haben sich verpflichtet, die gesamten Anforderungen im Bereich Qualität zu erfüllen. Diese Verpflichtungen können Inhalt eines Audits sein, indem vor Ort geprüft wird, ob die Anforderungen wie die an die Infrastruktur und an rollstuhlgängige und behindertengerechte Räume auch wirklich eingehalten werden.

In der untenstehenden Tabelle werden die Resultate in Bezug auf die Beurteilung der übermittelten Dokumente dargestellt. Ein dunkelgrünes Kästchen bedeutet, dass das Spital die Anforderung erfüllt. Mit einem hellgrünen Kästchen sind Anforderungen gemeint, die nur teilweise erfüllt sind. Ein gelbes Kästchen hingegen bedeutet, dass die Anforderung überhaupt nicht erfüllt ist.

Tabelle 13: Auswertung der übermittelten Dokumente betreffend Qualität

		HVS	CRR	RZL	Luzerner Höhenklinik Montana	Berner Klinik Montana	Clinique genevoise de Montana
Anforderungen Qualität	Qualitätssicherungskonzept						
	Alarm- und Reanimationskonzept						
	Die Einrichtung nimmt regelmässig an etablierten Qualitätsmessungen (ANQ oder andere) teil						
	Kontrollinstrumente						
	Verantwortliche/-r Qualität						
	Erfassung von Zwischenfällen						
	Patienteninformation						
	Hygienekonzept						
	Infrastruktur						
	Rollstuhlgängige und behindertengerechte Räume						
	Ernährung						
Einhaltung der Anforderungen Qualität							

■ erfüllt ■ teilweise erfüllt ■ nicht erfüllt

Das Spital Wallis erfüllt die Anforderungen an rollstuhlgängige und behindertengerechte Räume nur teilweise, da einige Badezimmer, die für Personen im Rollstuhl zugänglich sind, keine Haltegriffe haben. Auch sind diese Badezimmer nicht immer an die Bedürfnisse von behinderten Menschen angepasst.

Alle Einrichtungen erfüllen die Anforderung in Bezug auf die regelmässige Teilnahme an etablierten Qualitätsmessungen nur teilweise, da der nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) bis heute nur nationale Qualitätsmessungen in der muskuloskelettalen, neurologischen, kardiovaskulären und pulmonalen Rehabilitation vorgenommen hat. Die Datenerfassung beinhaltet in der neurologischen und muskuloskelettalen Rehabilitation insbesondere Hauptziele der Rehabilitationsbehandlung und Zielerreichung (ICF), Functional Impairment Measurement (FIM), erweiterter Barthel-Index (EBI) sowie Health Assesment Questionnaire (HAQ) und in der kardiovaskulären und pulmonalen Rehabilitation die Belastungsergometrie, 6-Minuten-Gehtest, MacNewHeart, Feeling Thermometer und Chronic Respiratory (CRQ). Die Messungen haben 2013 begonnen und die Ergebnisse werden ab dem Herbst 2014 verfügbar sein. Im Rahmen der Überwachungsaufgabe der Betreuungsqualität und der Patientensicherheit des Gesundheitsdepartements wurde für die Auswertung und das Weiterverfolgen der Qualitätsindikatoren mit dem Walliser Gesundheitsobservatorium zusammengearbeitet. Alle Einrichtungen sind dem nationalen Qualitätsvertrag der ANQ beigetreten, konnten aber die Resultate noch nicht übermitteln, da mit den Messungen in der Rehabilitation erst 2013 begonnen wurde. Einige haben stattdessen ihre eigenen Umfragen zur Patientenzufriedenheit übermittelt.

Im Anschluss an die Gespräche mit der Dienststelle für Gesundheitswesen hat die Clinique genevoise de Montana die fehlenden Dokumente in Zusammenhang mit dem Alarm- und Reanimationskonzept, der Patienteninformation und dem Hygienekonzept nachgeliefert.

In Zusammenhang mit der Definitionsentwicklung der Rehabilitation auf Schweizer Ebene ist es möglich, dass in Zukunft andere Qualitätsindikatoren erhoben werden (z.B. bestimmte Akkreditierungen FMH, schweizerische Gesellschaften für Medizin usw.).

Das Spital Wallis, die Clinique romande de réadaptation, das Rehasentrum Leukerbad, die Luzerner Höhenklinik Montana, die Berner Klinik Montana und die Clinique genevoise de Montana haben Dokumente übermittelt, die eine gute Qualität ihrer Leistungen aufzeigen und verpflichten sich, die gesamten Anforderungen zu erfüllen.

3.2 Spezifische Anforderungen

3.2.1 Spital Wallis

In Bezug auf die polyvalente geriatrische Rehabilitation erfüllen die Spitäler Brig, Siders und Martinach sowie die Kliniken Sainte-Claire und Saint-Amé alle spezifischen Anforderungen, indem sie das notwendige medizinisch-pflegerisch-therapeutische Personal (Ärzte, Pflegefachleute, Therapeuten) haben, alle diagnostischen und therapeutischen Angebote aufweisen sowie mit einem Akutspital kooperieren, das einen Leistungsauftrag in Akutgeriatrie hat. Auch wird von diesen Spitälern der Bereitschaftsdienst, der Hintergrunddienst sowie der Notfallalarm / Reanimation gewährleistet.

Das Walliser Pneumologiezentrum (CVP) erfüllt die Anforderungen an die Personalstruktur in den Leistungen muskuloskelettale, internistische und onkologische, kardiovaskuläre und pulmonale Rehabilitation. In Bezug auf die Kaderärzte können die Anforderungen in allen Rehabilitationsformen erfüllt werden. Für die kardiovaskuläre Rehabilitation befindet sich der Facharzt FMH Kardiologie am Standort Sitten, ist jedoch in das Rehabilitationsprogramm des CVP integriert. Das medizinisch-pflegerische Personal ist in den vier Rehabilitationsformen im Besitz der verlangten Zusatzqualifikationen. Die medizinische Betreuung ist rund um die Uhr gewährleistet. In der Nacht wird ein Hintergrunddienst bereitgestellt, der in 30 Minuten vor Ort ist (kein Bereitschaftsdienst).

Tabelle 14: Auswertung Spital Wallis, Walliser Pneumologiezentrum (CVP)

	Anforderungen	Mindestfallzahl	Personalstruktur	Medizinischer Leiter / Chefarzt	Kaderärzte (inkl. Medizinischer Leiter)	Konsiliardienst (intern oder extern)	Medizinisch-pflegerisches Personal	Beratungsdienste	Bereitschaftsdienst, Hintergrunddienst, Notfall / Reanimation	Angebot Diagnostik	Angebot Therapie	Andere Anforderungen	Infrastruktur
	Leistungen												
Rehabilitation	Muskuloskelettale Rehabilitation												
	Internistische und onkologische Rehabilitation												
	Kardiovaskuläre Rehabilitation												
	Pulmonale Rehabilitation												
	Psychosomatische Rehabilitation												

■ erfüllt
 ■ teilweise erfüllt
 ■ nicht erfüllt
 X keine Anforderungen

Das Spital Brig hat ein Konzept zur „stationären und ambulanten multidisziplinären Rehabilitation am Spitalzentrum Oberwallis (SZO)“ ausgearbeitet, das als Grundlage für die Auswertung diente, da das Spital Brig bis anhin einzig die polyvalente geriatrische Rehabilitation stationär erbrachte. Gemäss diesem Konzept werden die Anforderungen an die Personalstruktur in der muskuloskelettalen und neurologischen Rehabilitation erfüllt. Die Aus- und Weiterbildungen des medizinisch-therapeutischen Personals werden nicht präzisiert, aber das Spital gibt an, diese nach der Rekrutierung des Personals zu erfüllen. Die Ausschreibungen der Kaderarztstellen werden gemäss den spezifischen Anforderungen an die jeweilige Rehabilitationsform vorgenommen. Das Spital Brig gibt an, in allen Leistungen der Rehabilitation ab 2015 alle Anforderungen in Bezug auf Beratungsdienste, Bereitschaftsdienst, Hintergrunddienst und Notfallalarm / Reanimation, diagnostische und therapeutische Angebote sowie Infrastruktur zu erfüllen.

Tabelle 15: Auswertung Spital Wallis, Spital Brig

	Anforderungen	Mindestfallzahl	Personalstruktur	Medizinischer Leiter / Chefarzt	Kaderärzte (inkl. Medizinischer Leiter)	Konsiliardienst (intern oder extern)	Medizinisch-pflegerisches Personal	Beratungsdienste	Bereitschaftsdienst, Hintergrunddienst, Notfall / Reanimation	Angebot Diagnostik	Angebot Therapie	Andere Anforderungen	Infrastruktur
	Leistungen												
Rehabilitation	Polyvalente geriatrische Rehabilitation												
	Muskuloskelettale Rehabilitation												
	Neurologische Rehabilitation												

■ erfüllt
 ■ teilweise erfüllt
 ■ nicht erfüllt
 X keine Anforderungen

3.2.2 Clinique romande de réadaptation (CRR)

In der muskuloskelettalen Rehabilitation werden alle Anforderungen von der Mindestfallzahl, über die Zusammensetzung des medizinischen Direktors, der Kaderärzte und des Personals bis zu den diagnostischen und therapeutischen Angeboten erfüllt.

In der neurologischen Rehabilitation werden alle Anforderungen erfüllt. In der Personalstruktur übernehmen die Physiotherapeuten, die eine spezifische Weiterbildung im medizinischen Massieren aufweisen, die Aufgaben der medizinischen Masseure.

Auch in der paraplegiologischen Rehabilitation werden alle Anforderungen erfüllt.

Die Klinik antwortet auf den Bedarf des französischsprachigen Wallis und hat zurzeit auch eine Warteliste. Die Planungskommission hat aufgrund der Kompetenzen dieser Klinik den Wunsch geäußert, dass sie zweisprachige Leistungen für die Oberwalliser Patienten anbietet. Gleichzeitig wird ein Angebot von hoher Qualität im Oberwallis bevorzugt, insbesondere mit der Zuteilung der Leitungsaufträge an das Spital Brig.

Tabelle 16: Auswertung Clinique romande de réadaptation (CRR)

	Anforderungen	Mindestfallzahl	Personalstruktur	Medizinischer Leiter / Chefarzt	Kaderärzte (inkl. Medizinischer Leiter)	Konsiliardienst (intern oder extern)	Medizinisch- pflegerisches Personal	Beratungsdienste	Bereitschaftsdienst, Hintergrunddienst, Notfall / Reanimation	Angebot Diagnostik	Angebot Therapie	Andere Anforderungen	Infrastruktur
	Leistungen												
Reha- bilita- tion	Muskuloskelettale Rehabilitation	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	Neurologische Rehabilitation	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	Paraplegiologische Rehabilitation	⊠	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

■ erfüllt
 ■ teilweise erfüllt
 ■ nicht erfüllt
 ⊠ keine Anforderungen

3.2.3 Clinique genevoise Montana

In der muskuloskelettalen Rehabilitation hat die Clinique genevoise de Montana nicht die Mindestfallzahl (250 Fälle) erreicht. Weiter verpflichtet sie sich, die Anforderungen an die Personalstruktur zu erfüllen. Genauere Informationen über das pflegerische Personal wurden der Dienststelle für Gesundheitswesen im Anschluss an die Gespräche übermittelt. Aufgrund dieser Informationen wurden die Anforderungen ausgewertet, die nun teilweise erfüllt sind. Der medizinische Direktor hat einen Facharzttitel FMH für innere Medizin aber keine Spezialisierung auf die Rehabilitation. Kein Kaderarzt hat einen Facharzttitel FMH für physikalische Medizin und Rehabilitation und/oder Rheumatologie und/oder orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparats. Die Anforderungen an den Hintergrunddienst sowie an das diagnostische und therapeutische Angebot werden erfüllt. Die Anforderungen an die Beratungsdienste (kein Orthopädietechniker) sind hingegen nicht erfüllt.

Für die internistische und onkologische Rehabilitation wurde aus den nachgereichten Informationen ersichtlich, dass die Klinik zwar Physiotherapeuten hat, jedoch fehlen die entsprechenden Weiterbildungen. Eine Anforderung an die Beratungsdienste ist nicht erfüllt (kein Orthopädietechniker). Die Anforderungen an den Bereitschaftsdienst, Hintergrunddienst sowie an das diagnostische und therapeutische Angebot werden erfüllt.

In der psychosomatischen Rehabilitation werden die Anforderungen an die Personalstruktur grösstenteils erfüllt, da Psychiater, Psychologen sowie Pflegepersonal beschäftigt werden, die in mentaler Gesundheit geschult sind. Es fehlen jedoch die entsprechenden Weiterbildungen der Psychologen. Der medizinische Direktor und die Kaderärzte haben einen FMH-Facharzttitel für innere Medizin und die Klinik hat zwei Liaisonpsychiater. Die Anforderungen an den Bereitschaftsdienst, Hintergrunddienst, die Beratungsdienste sowie an das therapeutische Angebot werden erfüllt.

Im Zuge des Bewerbungsgesprächs und im Anschluss an die Vernehmlassung wurde ersichtlich, dass die Clinique genevoise de Montana in den Bereichen Ergotherapie, Logopädie und Sozialdienst mit den anderen Rehabilitationskliniken zusammenarbeitet. Auch stehen der Clinique genevoise de Montana die kardiologischen Dienste der Luzerner Höhenklinik Montana sowie zwei Psychiater als Belegärzte zur Verfügung.

Tabelle 17: Auswertung Clinique genevoise de Montana

	Anforderungen	Mindestfallzahl	Personalstruktur	Medizinischer Leiter / Chefarzt	Kaderärzte (inkl. Medizinischer Leiter)	Konsiliardienst (intern oder extern)	Medizinisch-pflegerisches Personal	Beratungsdienste	Bereitschaftsdienst, Hintergrunddienst, Notfall / Reanimation	Angebot Diagnostik	Angebot Therapie	Andere Anforderungen	Infrastruktur
	Leistungen												
Rehabilitation	Muskuloskeletale Rehabilitation	■	■	■	■	⊠	■	■	■	■	■	⊠	⊠
	Internistische und onkologische Rehabilitation	⊠	■	■	■	■	■	■	■	■	■	⊠	⊠
	Psychosomatische Rehabilitation	⊠	■	■	■	■	⊠	■	■	■	■	⊠	⊠

■ erfüllt ■ teilweise erfüllt ■ nicht erfüllt ⊠ keine Anforderungen

3.2.4 Luzerner Höhenklinik Montana

In der muskuloskelettalen, kardiovaskulären und pulmonalen Rehabilitation hat die Luzerner Höhenklinik Montana nicht die Mindestfallzahl erreicht. Die Klinik geht jedoch davon aus, dass in der pulmonalen Rehabilitation die Mindestfallzahl von 250 ab dem Jahr 2015 erreicht werden kann.

In der internistischen und onkologischen sowie in der psychosomatischen Rehabilitation werden alle Anforderungen erfüllt.

Tabelle 18: Auswertung Luzerner Höhenklinik Montana

	Anforderungen	Mindestfallzahl	Personalstruktur	Medizinischer Leiter / Chefarzt	Kaderärzte (inkl. Medizinischer Leiter)	Konsiliardienst (intern oder extern)	Medizinisch-pflegerisches Personal	Beratungsdienste	Bereitschaftsdienst, Hintergrunddienst, Notfall / Reanimation	Angebot Diagnostik	Angebot Therapie	Andere Anforderungen	Infrastruktur
	Leistungen												
Rehabilitation	Muskuloskeletale Rehabilitation	■	■	■	■	⊠	■	■	■	■	■	⊠	⊠
	Internistische und onkologische Rehabilitation	⊠	■	■	■	■	■	■	■	■	■	⊠	⊠
	Kardiovaskuläre Rehabilitation	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	⊠	⊠
	Pulmonale Rehabilitation	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	⊠	■
	Psychosomatische Rehabilitation	⊠	■	■	■	■	■	■	■	■	■	⊠	⊠

■ erfüllt ■ teilweise erfüllt ■ nicht erfüllt ⊠ keine Anforderungen

3.2.5 Berner Klinik Montana

Die Berner Klinik Montana erfüllt alle spezifischen Anforderungen an die muskuloskeletale, internistische und onkologische, neurologische und psychosomatische Rehabilitation in Bezug auf Mindestfallzahlen (falls vorhanden), Personalstruktur, medizinischer Direktor, Kaderärzte, medizinisch-pflegerisches Personal, Beratungsdienste, Bereitschaftsdienst, Hintergrunddienst und diagnostisches und therapeutisches Angebot.

Tabelle 19: Auswertung Berner Klinik Montana

	Anforderungen	Mindestfallzahl	Personalstruktur	Medizinischer Leiter / Chefarzt	Kaderärzte (inkl. Medizinischer Leiter)	Medizinischer Leiter / Chefarzt	Medizinisch- pflegerisches Personal	Beratungsdienste	Bereitschaftsdienst, Hintergrunddienst, Notfall / Reanimation	Angebot Diagnostik	Angebot Therapie	Andere Anforderungen	Infrastruktur
	Leistungen												
Rehabilitation	Muskuloskeletale Rehabilitation												
	Internistische und onkologische Rehabilitation	☒											
	Neurologische Rehabilitation												
	Psychosomatische Rehabilitation	☒											

■ erfüllt
 ■ teilweise erfüllt
 ■ nicht erfüllt
 ☒ keine Anforderungen

3.2.6 Rehazentrum Leukerbad (RZL)

Das RZL erfüllt alle spezifischen Anforderungen an die muskuloskeletale Rehabilitation in Bezug auf Mindestfallzahl, Personalstruktur, medizinischer Direktor, Kaderärzte, medizinisch-pflegerisches Personal, Beratungsdienste, Bereitschaftsdienst, Hintergrunddienst und diagnostisches und therapeutisches Angebot.

Tabelle 20: Auswertung Rehazentrum Leukerbad (RZL)

	Anforderungen	Mindestfallzahl	Personalstruktur	Medizinischer Leiter / Chefarzt	Kaderärzte (inkl. Medizinischer Leiter)	Medizinisch- pflegerisches Personal	Beratungsdienste	Bereitschaftsdienst, Hintergrunddienst, Notfall / Reanimation	Angebot Diagnostik	Angebot Therapie	Andere Anforderungen	Infrastruktur
	Leistung											
Rehabilitation	Muskuloskeletale Rehabilitation											

■ erfüllt
 ■ teilweise erfüllt
 ■ nicht erfüllt
 ☒ keine Anforderungen

F SYNTHESE DER AUSWERTUNGEN

Untenstehend wird anhand von Tabellen dargestellt, welche Rehabilitationseinrichtung sich für welche Leistung beworben und schlussendlich erhalten hat. Auch wird kurz beschrieben, warum eine Einrichtung gegebenenfalls eine Leistung nicht erhalten hat.

Im französischsprachigen Wallis haben sich die Spitäler Martinach, Siders und auch die Klinik Saint-Amé (HVS) für die polyvalente geriatrische und die muskuloskelettale Rehabilitation beworben. Ab 2015 werden diese Standorte des Spital Wallis jedoch nur einen Leistungsauftrag für die polyvalente geriatrische Rehabilitation erhalten, da sie weder das entsprechende Personal noch die therapeutischen Angebote für die muskuloskelettale Rehabilitation haben. Diese wird für das Spital Wallis (HVS) im CVP zentralisiert, da es diese Leistung schon seit mehreren Jahren anbietet. Zur Erinnerung, die Geriatriedienste im HVS bieten ebenfalls Leistungen der Akutsomatik an, die die innere Medizin Erwachsene und innere Medizin „betagte“ Menschen beinhaltet. Der vorliegende Bericht gibt nur die Betten in der Rehabilitation wieder. Die Anzahl zugeteilter Betten pro Einrichtung entspricht dem Bedarf, der im Bericht vom Oktober 2013 ermittelt wurde. Die Aufteilung der Betten wird im folgenden Kapitel diskutiert.

Tabelle 21: Spital Martinach (HVS), Bewerbung und zugeteilter Leistungsauftrag

		HVS – Spital Martinach	
		Bewerbung	Zugeteilter Leistungsauftrag
Rehabilitation	Polyvalente geriatrische Rehabilitation	194 Betten (für alle Spitäler des CHVR)	
	Muskuloskelettale Rehabilitation	18 Betten (für alle Spitäler des CHVR)	
	Internistische und onkologische Rehabilitation		
	Kardiovaskuläre Rehabilitation		
	Neurologische Rehabilitation		
	Pulmonale Rehabilitation		
	Paraplegiologische Rehabilitation und Rehabilitation grossflächiger Verbrennungen		
	Psychosomatische Rehabilitation		
Total		212 Betten (für alle Spitäler des CHVR)	43 Betten

Tabelle 22: Spital Siders (HVS), Bewerbung und zugeteilter Leistungsauftrag

		HVS – Spital Siders (inkl. Sainte-Claire)	
		Bewerbung	Zugeteilter Leistungsauftrag
Rehabilitation	Polyvalente geriatrische Rehabilitation*	194 Betten* (für alle Spitäler des CHVR)	
	Muskuloskelettale Rehabilitation	18 Betten (für alle Spitäler des CHVR)	
	Internistische und onkologische Rehabilitation		
	Kardiovaskuläre Rehabilitation		
	Neurologische Rehabilitation		
	Pulmonale Rehabilitation		
	Paraplegiologische Rehabilitation und Rehabilitation grossflächiger Verbrennungen		
	Psychosomatische Rehabilitation		
Total		212 Betten (für alle Spitäler des CHVR)	60 Betten

* mit Spezialisierung auf die neurologische Rehabilitation für „betagte Menschen“

Tabelle 23: Klinik Saint-Amé (HVS), Bewerbung und zugeteilter Leistungsauftrag

		HVS – Klinik Saint-Amé	
		Bewerbung	Zugeteilter Leistungsauftrag
Rehabilitation	Polyvalente geriatrische Rehabilitation	194 Betten (für alle Spitäler des CHVR)	
	Muskuloskelettale Rehabilitation	18 Betten (für alle Spitäler des CHVR)	
	Internistische und onkologische Rehabilitation		
	Kardiovaskuläre Rehabilitation		
	Neurologische Rehabilitation		
	Pulmonale Rehabilitation		
	Paraplegiologische Rehabilitation und Rehabilitation grossflächiger Verbrennungen		
	Psychosomatische Rehabilitation		
Total		212 Betten (für alle Spitäler des CHVR)	65 Betten

Das Walliser Pneumologiezentrum (CVP) hat sich für die muskuloskelettale, internistische und onkologische, kardiovaskuläre, pulmonale und psychosomatische Rehabilitation beworben und erhält einen Leistungsauftrag für alle diese Rehabilitationsformen, da es sämtliche Anforderungen erfüllt.

Tabelle 24: Walliser Pneumologiezentrum (CVP) (HVS), Bewerbung und zugeteilter Leistungsauftrag

		HVS - CVP	
		Bewerbung	Zugeteilter Leistungsauftrag
Rehabilitation	Polyvalente geriatrische Rehabilitation		
	Muskuloskelettale Rehabilitation	18 Betten (für alle Spitäler des CHVR)	
	Internistische und onkologische Rehabilitation	11 Betten	
	Kardiovaskuläre Rehabilitation	22 Betten	
	Neurologische Rehabilitation		
	Pulmonale Rehabilitation	7 Betten	
	Paraplegiologische Rehabilitation und Rehabilitation grossflächiger Verbrennungen		
	Psychosomatische Rehabilitation	3 Betten	
Total		61 Betten	60 Betten

Das Spital Brig hat sich für die polyvalente geriatrische, muskuloskelettale und neurologische Rehabilitation beworben. Gemäss dem Konzept, das für die muskuloskelettale und neurologische Rehabilitation ausgearbeitet wurde, erfüllt Brig die Anforderungen bzw. verpflichtet sich, ab 2015 sämtliche Anforderungen zu erfüllen und erhält daher einen Leistungsauftrag für diese drei Rehabilitationsformen. Somit wird die Rehabilitation auch im Talgrund angeboten und gleichzeitig werden ambulante Programme entwickelt.

Tabelle 25: Spital Brig (HVS), Bewerbung und zugeteilter Leistungsauftrag

		HVS - Spital Brig	
		Bewerbung	Zugeteilter Leistungsauftrag
Rehabilitation	Polyvalente geriatrische Rehabilitation	26 Betten	
	Muskuloskelettale Rehabilitation	7 Betten	
	Internistische und onkologische Rehabilitation		
	Kardiovaskuläre Rehabilitation		
	Neurologische Rehabilitation	3 Betten	
	Pulmonale Rehabilitation		
	Paraplegiologische Rehabilitation und Rehabilitation grossflächiger Verbrennungen		
	Psychosomatische Rehabilitation		
Total		36 Betten	36 Betten

Die Clinique romande de réadaptation (CRR) hat sich für die muskuloskelettale und neurologische Rehabilitation sowie für die paraplegiologische Rehabilitation und Rehabilitation grossflächiger Verbrennungen beworben. Da die CRR alle Anforderungen an die jeweilige Rehabilitationsform erfüllt, erhält sie für alle Leistungen, für die sie sich beworben hat, einen Leistungsauftrag. Auf der Spitalliste ist die CRR die einzige Einrichtung, die die Rehabilitation grossflächiger Verbrennungen anbietet.

Tabelle 26: Clinique romande de réadaptation (CRR), Bewerbung und zugeteilter Leistungsauftrag

		CRR	
		Bewerbung	Zugeteilter Leistungsauftrag
Rehabilitation	Polyvalente geriatrische Rehabilitation		
	Muskuloskelettale Rehabilitation	8 Betten	
	Internistische und onkologische Rehabilitation		
	Kardiovaskuläre Rehabilitation		
	Neurologische Rehabilitation	16 Betten	
	Pulmonale Rehabilitation		
	Paraplegiologische Rehabilitation und Rehabilitation grossflächiger Verbrennungen	3 Betten	
	Psychosomatische Rehabilitation		
Total		27 Betten	25 Betten

Die Clinique genevoise de Montana erhält für die internistische und onkologische sowie für die psychosomatische Rehabilitation einen Leistungsauftrag. Der Leistungsauftrag für die internistische und onkologische Rehabilitation wird der Klinik unter Vorbehalt einer Zusammenarbeit mit einer anderen Einrichtung für den Orthopädietechniker erteilt. Für die muskuloskeletale Rehabilitation werden mehrere Anforderungen nicht erfüllt. Der Bedarf kann mit den anderen Rehabilitationseinrichtungen gedeckt werden, da diese die spezifischen Anforderungen im Bereich Qualität erfüllen.

Tabelle 27: Clinique genevoise de Montana, Bewerbung und zugeteilter Leistungsauftrag

		Clinique genevoise de Montana	
		Bewerbung	Zugeteilter Leistungsauftrag
Rehabilitation	Polyvalente geriatrische Rehabilitation		
	Muskuloskeletale Rehabilitation	1 Bett	
	Internistische und onkologische Rehabilitation	1 Bett	
	Kardiovaskuläre Rehabilitation		
	Neurologische Rehabilitation		
	Pulmonale Rehabilitation		
	Paraplegiologische Rehabilitation und Rehabilitation grossflächiger Verbrennungen		
	Psychosomatische Rehabilitation	4 Betten	
Total		6 Betten	1 Bett

Die Luzerner Höhenklinik Montana hat sich für die muskuloskeletale, internistische und onkologische, kardiovaskuläre, pulmonale und psychosomatische Rehabilitation beworben. Die Luzerner Höhenklinik Montana erfüllt alle Anforderungen bis auf die Mindestfallzahl in bestimmten Leistungsbereichen. Die Zuteilung dieser Leistungsaufträge geht mit der Luzerner Spitalplanung einher, die für die Zuteilung der Leistungsaufträge dieselbe Methode wie der Kanton Wallis verwendet hat. Die Klinik deckt in der Rehabilitation hauptsächlich den Bedarf der Luzerner Bevölkerung und der Bevölkerung in der Deutschschweiz ab. Im Kanton Wallis sind 3 Betten für die Deckung des Bedarfs im Oberwallis in der muskuloskelettalen, internistischen und onkologischen, kardiovaskulären, pulmonalen und psychosomatischen Rehabilitation notwendig.

Tabelle 28: Luzerner Höhenklinik Montana, Bewerbung und zugeteilter Leistungsauftrag

		Luzerner Höhenklinik Montana	
		Bewerbung	Zugeteilter Leistungsauftrag
Rehabilitation	Polyvalente geriatrische Rehabilitation		
	Muskuloskeletale Rehabilitation	1 Bett	
	Internistische und onkologische Rehabilitation	1 Bett	
	Kardiovaskuläre Rehabilitation	1 Bett	
	Neurologische Rehabilitation		
	Pulmonale Rehabilitation	1 Bett	
	Paraplegiologische Rehabilitation und Rehabilitation grossflächiger Verbrennungen		
	Psychosomatische Rehabilitation	4 Betten	
Total		8 Betten	3 Betten

Die Berner Klinik Montana hat sich für die muskuloskelettale, internistische und onkologische, neurologische und psychosomatische Rehabilitation beworben. Die Klinik erfüllt alle Anforderungen an die jeweilige Rehabilitationsform und erbringt Leistungen in beiden Sprachen, wodurch ein Teil des Bedarfs im gesamten Kanton gedeckt wird. Der Klinik wird ein Leistungsauftrag für alle Rehabilitationsformen erteilt, für die es sich beworben hat. Insgesamt werden der Berner Klinik Montana 13 Betten gemäss dem Bedarf und den Aktivitäten in den vergangenen Jahren zugeteilt.

Tabelle 29: Berner Klinik Montana, Bewerbung und zugeteilter Leistungsauftrag

		Berner Klinik Montana	
		Bewerbung	Zugeteilter Leistungsauftrag
Rehabilitation	Polyvalente geriatrische Rehabilitation		
	Muskuloskelettale Rehabilitation	6 Betten	
	Internistische und onkologische Rehabilitation	9 Betten	
	Kardiovaskuläre Rehabilitation		
	Neurologische Rehabilitation	14 Betten	
	Pulmonale Rehabilitation		
	Paraplegiologische Rehabilitation und Rehabilitation grossflächiger Verbrennungen		
	Psychosomatische Rehabilitation	6 Betten	
Total		35 Betten	13 Betten

Das Rehaszentrum Leukerbad (RZL) hat sich für die muskuloskelettale Rehabilitation beworben und erhält aufgrund der erfüllten Anforderungen hierfür einen Leistungsauftrag. Der Klinik werden insgesamt 20 Betten gemäss der Bedarfsanalyse und aufgrund der Schliessung der neurologischen Rehabilitation zugeteilt (siehe nächstes Kapitel). Seit 2013 erbringt die Klinik Leistungen in beiden Kantonssprachen und kann somit einen Teil des Bedarfs in den drei Spitalregionen des Kantons Wallis decken. Die Planungskommission betont die Notwendigkeit für das RZL, die Akkreditierung für die Ausbildung von Ärzten mit Blick auf die nächste Planung zu erhalten. In der Zwischenzeit verpflichtet sich das RZL, in Bezug auf die Ausbildung von Ärzten mit dem SZO zusammenzuarbeiten.

Tabelle 30: Rehaszentrum Leukerbad (RZL), Bewerbung und zugeteilter Leistungsauftrag

		RZL	
		Bewerbung	Zugeteilter Leistungsauftrag
Rehabilitation	Polyvalente geriatrische Rehabilitation		
	Muskuloskelettale Rehabilitation	39 Betten	
	Internistische und onkologische Rehabilitation		
	Kardiovaskuläre Rehabilitation		
	Neurologische Rehabilitation		
	Pulmonale Rehabilitation		
	Paraplegiologische Rehabilitation und Rehabilitation grossflächiger Verbrennungen		
	Psychosomatische Rehabilitation		
Total		39 Betten	20 Betten

G SPITALLISTE 2015 FÜR DIE REHABILITATION

Durch die Vernehmlassung der provisorischen Spitalliste wurden die Auswertung der Anforderungen vertieft, vor allem in Bezug auf medizinische Anforderungen, und Anpassungen in den vorangegangenen Tabellen vorgenommen. Eine Zusammenfassung der Antworten auf die Vernehmlassung ist im Anhang zu finden (vgl. Tab. 1). Die Anpassungen wurden unter Berücksichtigung der medizinischen Anforderungen vorgenommen. Im Gegensatz zur provisorischen Spitalliste, die in die Vernehmlassung geschickt wurde, enthält die definitive Spitalliste keine Bettenanzahl pro Rehabilitationsform, sondern pro Einrichtung. Nur das Total der Betten wird aufgeführt, um zur Deckung des Bedarfs eine gewisse Konkurrenz zwischen den Einrichtungen offen zu lassen. Weiter wird ein Monitoring über die gesamte Aktivität in der Rehabilitation im Kanton Wallis eingerichtet.

Auf Grundlage der oben aufgeführten Synthese lassen sich die Leistungsaufträge 2015 wie folgt darstellen:

Tabelle 31: Spitalliste 2015 für die Rehabilitation

	Leistungen	Spital Wallis (HVS)					CRR	Clinique genevoise de Montana	Luzerner Höhenklinik Montana	Berner Klinik Montana	RZL	Total	Schweiz. Paraplegikerzentrum REHAB in Basel	Schweiz. Paraplegikerzentrum der Universitätsklinik Balgrist	Schweiz. Paraplegikerzentrum Nottwil
		Martinach	Siders (inkl. Sainte-Claire)	Klinik Saint-Amé	CVP	Brig									
Rehabilitation	Polyvalente geriatrische Rehabilitation		*								197 Betten				
	Muskuloskeletale Rehabilitation										47 Betten				
	Internistische und onkologische Rehabilitation										21 Betten				
	Kardiovaskuläre Rehabilitation										23 Betten				
	Neurologische Rehabilitation										16 Betten				
	Pulmonale Rehabilitation										6 Betten				
	Paraplegiologische Rehabilitation und Rehabilitation grossflächiger Verbrennungen										3 Betten				
	Psychosomatische Rehabilitation										13 Betten				
Total	43 Betten	60 Betten*	65 Betten	60 Betten	36 Betten	25 Betten	1 Bett	3 Betten	13 Betten	20 Betten	236 Betten				

* mit Spezialisierung auf die neurologische Rehabilitation für „betagte Menschen“

Die Betten wurden aufgeteilt gemäss der Bedarfsdeckung pro Region, der Kapazität der Einrichtung und der Entwicklung der Aktivitäten der Kliniken in den letzten Jahren. Mit dieser Zuteilung können alle Kliniken gemäss Spezialisierung auf der Spitalliste beibehalten werden.

Das schweizerische Paraplegikerzentrum REHAB in Basel, das schweizerische Paraplegikerzentrum der Universitätsklinik Balgrist sowie das schweizerische Paraplegikerzentrum Nottwil werden für die Bedarfsdeckung der Oberwalliser Bevölkerung weiterhin auf der Spitalliste des Kantons Wallis aufgeführt sein.

Der zu deckende Bedarf wurde auf Grundlage der Prognosen der Pflage tage für 2020, 365 Tagen und einer Besetzungsrate von 95 % berechnet. Die vorgesehene Anzahl Pflage tage in der polyvalenten geriatrischen Rehabilitation im Oberwallis basiert auf dem Jahr 2010, in dem die Aktivität der Geriatrie sehr tief war.

Tabelle 32: Vergleich Bedarf 2020 und zugeteilte Betten 2015

Leistungen		Pflegetage KVG Oberwallis 2020	Pflegetage KVG Mittelwallis 2020	Pflegetage KVG Walliser Chablais 2020	Pflegetage Total 2020 KVG	Bedarf 2020 (in Betten) Minimalszenario	Zugeteilte Betten 2015
Rehabilitation	Polyvalente geriatrische Rehabilitation	9'851*	44'249	14'054	68'154	197	197
	Muskuloskeletale Rehabilitation	3'391	11'699	1'074	16'164	47	47
	Internistische und onkologische Rehabilitation	1'478	6'101	609	8'188	24	21
	Kardiovaskuläre Rehabilitation	1'821	5'461	797	8'079	23	23
	Neurologische Rehabilitation	1'269	3'402	725	5'396	16	16
	Pulmonale Rehabilitation	517	1'321	397	2'235	6	6
	Paraplegiologische Rehabilitation und Rehabilitation grossflächiger Verbrennungen	267	286	144	697	2	3
	Psychosomatische Rehabilitation						13
Total		15'705	72'519	17'800	106'024	315	326

* Der prognostizierte Bedarf 2020 basiert auf dem Jahr 2010, in dem die Aktivität in der Geriatrie im Oberwallis sehr tief war. Daher wurde ein Durchschnitt der Aktivität der Jahre 2011-2013 berechnet.

In der psychosomatischen Rehabilitation konnte der Bedarf im Bericht vom Oktober 2013 nicht ermittelt werden, da die Leistungen nicht klassifiziert werden konnten und entsprechende Daten fehlten. Nach Analyse der Daten wurde ein Teil der Leistungen der internistischen und onkologischen Rehabilitation zugeschrieben (3 Betten) und ein weiterer Teil als Fälle der Psychiatrie identifiziert, welche in den spezialisierten Leistungen in der Akutsomatik klassifiziert sind.

Wie schon erwähnt, erbringt der Geriatriedienst des Spital Wallis Leistungen der Akutsomatik, die die innere Medizin „betagte“ Menschen und innere Medizin Erwachsene beinhaltet. Zur Veranschaulichung stellt die nachfolgende Tabelle die Entwicklung der Anzahl Betten in diesen beiden Leistungsarten dar.

Tabelle 33: Vergleich der Spitallisten 2014 und 2015 für die polyvalente geriatrische Rehabilitation

		Spital Wallis (HVS)							
		Martinach		Siders (inkl. Sainte-Claire)		Klinik Saint-Amé		Brig	
		Liste 2014	Liste 2015	Liste 2014	Liste 2015	Liste 2014	Liste 2015	Liste 2014	Liste 2015
Rehabilitation	Polyvalente geriatrische Rehabilitation		43 Betten		60 Betten		65 Betten		29 Betten
		63 Betten*		80 Betten*		83 Betten*		35 Betten**	
Akutsomatik	Innere Medizin „betagte Menschen“		25 Betten		20 Betten		10 Betten		10 Betten

*gemäss Planung 2006

**gemäss Planung 2008

Gleichzeitig sollte die Anzahl Betten in der inneren Medizin „betagte Menschen“ erheblich ansteigen, da hier ein Anstieg der Anzahl Pflegetage von 39'616 auf 49'952 (+26 %) für Walliser Patienten KVG vorhergesagt wird. Die betreffenden Standorte sollten mehr Patienten in der inneren Medizin „betagte Menschen“ aufnehmen, also die Akutphase vor der Rehabilitation. Dieses Modell wurde im Oberwallis schon umgesetzt.

Vergleicht man auch die anderen Rehabilitationsformen zwischen der Spitalliste 2015 und der aktuellen Aufteilung 2014, sieht die Entwicklung wie folgt aus:

Tabelle 34: Vergleich der Spitallisten 2014 und 2015 für die spezialisierte Rehabilitation

		Spital Wallis (HVS)				CRR		Clinique genevoise de Montana		Luzerner Höhenklinik Montana		Berner Klinik Montana		RZL	
		CVP		Brig											
		Liste 2014	Liste 2015	Liste 2014	Liste 2015	Liste 2014	Liste 2015	Liste 2014	Liste 2015	Liste 2014	Liste 2015	Liste 2014	Liste 2015	Liste 2014	Liste 2015
Rehabilitation	Muskuloskelettale Rehabilitation														
	Internistische und onkologische Rehabilitation														
	Kardiovaskuläre Rehabilitation														
	Neurologische Rehabilitation														
	Pulmonale Rehabilitation														
	Paraplegiologische Rehabilitation und Rehabilitation grossflächiger Verbrennungen														
	Psychosomatische Rehabilitation														
	Total	62 Betten	60 Betten	0 Betten	7 Betten	15 Betten	25 Betten	3 Betten	1 Bett	1 Bett	3 Betten	6 Betten	13 Betten	32 Betten	20 Betten

Insgesamt steigt die Kapazität der spezialisierten Rehabilitation mit 119 Betten im Jahr 2014 auf 129 Betten auf der Liste 2015 auf interkantonaler Ebene.

VI. PALLIATIVPFLEGE

A BEDARFSANALYSE

Die Palliativpflege umfasst „die Betreuung und die Behandlung von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch fortschreitenden Krankheiten. Sie wird vorausschauend mit einbezogen, ihr Schwerpunkt liegt aber in der Zeit, in der die Kuration der Krankheit als nicht mehr möglich erachtet wird und kein primäres Ziel mehr darstellt. Patientinnen und Patienten wird eine ihrer Situation angepasste optimale Lebensqualität bis zum Tode gewährleistet und die nahestehenden Bezugspersonen werden angemessen unterstützt. Die Palliativpflege beugt Leiden und Komplikationen vor. Sie schliesst medizinische Behandlungen, pflegerische Interventionen sowie psychologische, soziale und spirituelle Unterstützung mit ein.“⁶

Derzeit sieht die Planung für die Palliativpflege 12 Betten in Martinach und 6 Betten in Brig vor. Die Umsetzung unterscheidet sich von der Planung, da im Spital Martinach aktuell nur 8 Betten zur Verfügung stehen.

Aufgrund der vorhandenen Daten und der SPLG-Methode war es nicht möglich, den spezifischen Bedarf an stationärer Palliativpflege zu ermitteln. Dieser Leistungsbereich ist relativ neu in der Schweiz. Daher müssen wir uns auf die Literatur verlassen, um den Bedarf an Palliativpflege im Kanton Wallis zu ermitteln.

Gemäss der EAPC (European Association for Palliative Care) müssen pro 1 Million Einwohner 80 bis 100 Betten für die Palliativpflege bereitgestellt werden. Für den Kanton Wallis mit seinen 312'684 Einwohnern im Jahr 2010, ergibt das 30 Betten. 10 Betten für die Palliativpflege befinden sich im Oberwallis und 20 Betten im französischsprachigen Wallis. Unter Berücksichtigung der demographischen Entwicklung ist eine grössere Anzahl Betten in der Palliativpflege notwendig. Die Umsetzung wird schrittweise vorgenommen und ermöglicht den Kompetenzzentren, die notwendigen Massnahmen zu ergreifen. Mit einem Monitoring kann die Entwicklung der Betten in Zusammenhang mit dem Bedarf Jahr für Jahr verfolgt werden.

B AUSWERTUNGSKRITERIEN

Wer einen Leistungsauftrag in der Palliativpflege erhalten möchte, muss bestimmte Anforderungen erfüllen: generelle Anforderungen, Anforderungen im Bereich Wirtschaftlichkeit sowie generelle und spezifische Anforderungen im Bereich Qualität (medizinischer Leiter / Chefarzt, Kaderärzte, medizinisch-pflegerisches Personal, Beratungsdienste, Bereitschaftsdienst / Hintergrunddienst, Struktur, technische Infrastruktur, Angebot Diagnostik und Therapie).

Die generellen Anforderungen, die Anforderungen im Bereich Wirtschaftlichkeit und die generellen Anforderungen im Bereich Qualität sind dieselben wie in der Rehabilitation und so wird deren Auswertung hier nicht mehr wiederholt.

Medizinischer Leiter / Chefarzt

Der Verantwortliche für das Kompetenzzentrum muss einen Facharzt mit Ausbildung für Palliative Care haben.

Kaderärzte

Die Kaderärzte sind im Besitz eines Facharztstitels FMH innere Medizin mit Weiterbildung in Palliativpflege.

Medizinisch-pflegerisches Personal

Das medizinisch-pflegerische Personal (Artikel 49 und 50a KVV) ist im Besitz eines anerkannten Diploms. Die Psychologen haben eine Zusatzqualifikation in Psychotherapie und eine Erfahrung in Entspannungstechniken. Die Pflegedienstleitung hat eine Weiterbildung in Pflegemanagement. Die Hälfte des Pflegepersonals muss mindestens eine zweijährige Berufserfahrung nach Erhalt des

⁶ Bundesamt für Gesundheit (BAG) und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK): Nationale Leitlinien Palliative Care. Bern, 2010.

Diploms und spezifische Kenntnisse im Bereich Palliativpflege aufweisen. Das Pflegepersonal steht 365 Tage / 24 Stunden zur Verfügung.

Beratungsdienste

Es müssen ein Sozialdienst, Ernährungsdienst, religiöse Begleitung sowie ein Diätkoch vorhanden sein.

Bereitschaftsdienst, Hintergrunddienst

Ein ärztlicher Bereitschaftsdienst sowie ein fachärztlicher Hintergrunddienst müssen gewährleistet sein.

Struktur

Eine organisatorische Einheit braucht ihre eigene Führungsstruktur und ihre eigenen Räumlichkeiten für Patientinnen und Patienten, die Palliativpflege benötigen, mit angemessener Atmosphäre und Übernachtungsmöglichkeiten für Angehörige.

Technische Infrastruktur

Im Patientenzimmer müssen ein Sauerstoff-Wandanschluss sowie eine Absaugvorrichtung für Atemwege vorhanden sein. Auf der Abteilung müssen Schmerzpumpe, Infusion / Tropf, Spritzenpumpe sowie eine Anti-Dekubitus-Matratze zu finden sein.

Angebot Diagnostik

Neben der medizinischen Diagnostik (Routinediagnostik wie z.B. ICF) werden auch ein Labor (Routine- und Speziallabor) und eine Langzeitblutdruckmessung gefordert.

Angebot Therapie

Es wird eine geregelte externe Vernetzung mit anderen Institutionen, Leistungserbringen und Angehörigen sowie ein Betriebskonzept verlangt, in welchem festgehalten ist, wie in einer palliativen Situation die bestmögliche Lebensqualität der Patienten und Patientinnen gewährleistet und deren Würde und Integrität geachtet werden kann. Dieses Konzept gibt Auskunft über das Leistungsangebot, die Zielpatientengruppen sowie die zur Erfüllung des Auftrages notwendigen Infrastrukturen und Prozesse. Daneben gibt es noch Angebote in Schmerztherapie, klinischer Psychologie und Sozialberatung.

C AUSSCHREIBUNG

Das Spital Wallis (Spitäler Martinach und Brig) hat sich als einziges Spital für einen Leistungsauftrag in der Palliativpflege beworben.

Tabelle 35: Bewerbung für die Palliativpflege

	Spital Wallis(HVS)	
	Martinach	Brig
Palliativpflege		

D AUSWERTUNG DER BEWERBUNGEN

Die Auswertung der generellen Anforderungen, der Anforderungen im Bereich Wirtschaftlichkeit und der generellen Anforderungen im Bereich Qualität sind dieselben wie für die Rehabilitation, die im vorangegangenen Kapitel behandelt wurde. Die Auswertung bezieht sich daher nur auf die spezifischen Anforderungen im Bereich Qualität.

In den Spitälern Martinach und Brig ist das geforderte medizinisch-pflegerische Personal vorhanden, die Kaderärzte weisen eine Weiterbildung in Palliativpflege auf und auch die Anforderungen an das therapeutische und diagnostische Angebot sowie an die Infrastruktur werden erfüllt.

In diesen beiden Kompetenzzentren stützt sich das Konzept der Palliativpflege auf die grundlegenden Dokumente, die von den Fachleuten der Palliativpflege in der Schweiz gebraucht werden. Es geht insbesondere um:

- Qualitätsstandard für die Palliativpflege (SGPMP)
- Richtlinien der SAMW für die Palliativpflege
- Manifeste de Fribourg: une stratégie nationale pour le développement des soins palliatifs en Suisse

Auf operationaler Ebene sind die Spitäler Brig und Martinach als Kompetenzpol beauftragt, die Koordination zwischen den stationären (Spitaleinheit der Palliativpflege) und ambulanten Strukturen (mobiles Team für Palliativpflege) für eine palliative Betreuung in jeder Sprachregion sicherzustellen.

Tabelle 36: Spitäler Martinach und Brig, Auswertung der spezifischen Anforderungen

	Anforderungen	Personalstruktur	Medizinischer Leiter / Chefarzt	Kaderärzte (inkl. Medizinischer Leiter)	Medizinisch-pflegerisches Personal	Beratungsdienste	Bereitschaftsdienst Hintergrunddienst, Notfall / Reanimation	Struktur	Technische Infrastruktur	Angebot Diagnostik	Angebot Therapie
Palliativpflege	Martinach	■ erfüllt	■ erfüllt	■ erfüllt	■ erfüllt	■ erfüllt	■ erfüllt	■ erfüllt	■ erfüllt	■ erfüllt	■ erfüllt
	Brig	■ erfüllt	■ erfüllt	■ erfüllt	■ erfüllt	■ erfüllt	■ erfüllt	■ erfüllt	■ erfüllt	■ erfüllt	■ erfüllt

■ erfüllt
 ■ teilweise erfüllt
 ■ nicht erfüllt

E SPITALLISTE 2015 FÜR DIE PALLIATIVPFLEGE

Nach Auswertung der Bewerbungen wurde eine provisorische Spitalliste 2015 in die Vernehmlassung geschickt. Einzig die Vereinigung Palliativ VS hat im Rahmen der Vernehmlassung Stellung genommen und freut sich über die Anzahl zugeteilter Betten in Martinach und Brig, bedauert jedoch, dass keine Kostenentwicklung für den mobilen Palliativdienst vorgenommen wurde (ambulante Struktur).

Da die Spitäler Brig und Martinach (HVS) die einzigen Bewerber für einen Leistungsauftrag in der Palliativpflege sind und beide Spitäler sämtliche Anforderungen, die an diesen Leistungsauftrag geknüpft sind, erfüllen, erhalten sie den Leistungsauftrag. Aufgrund der Bevölkerungsgrösse erhält das Spital Martinach 20 Betten und das Spital Brig 10 Betten für die Palliativpflege.

Tabelle 37: Spitalliste 2015 für die Palliativpflege

	Spital Wallis (HVS)	
	Martinach	Brig
Palliativpflege	20 Betten	10 Betten

Die Kompetenzzentren der Palliativpflege befinden sich bereits an zwei Standorten. Zurzeit hat es 6 Betten in Brig (gemäss aktueller Planung) und 8 Betten (12 Betten gemäss aktueller Planung) in Martinach. Die neue Liste hat zur Folge, dass die Kapazitäten der beiden Strukturen schrittweise vergrössert werden müssen. Diese Anpassungen werden mehrere Jahre in Anspruch nehmen, um die die geplanten 30 Betten zur Verfügung stellen zu können in Zusammenhang mit dem Renovationsprojekt der Infrastrukturen des Spital Wallis (HVS), damit die Palliativpflegeeinheiten die qualitativen und quantitativen Anforderungen erfüllen können (Einzelzimmer, Empfangsraum für Angehörige usw.). Die Pflegephilosophie in diesem Bereich entwickelt sich ebenfalls im Sinne einer spezialisierten Pflege, die einer Pflegeorganisation innerhalb des Spitals bedarf. Allerdings sieht der Staatsrat unter Berücksichtigung der formulierten Bemerkungen im Rahmen der Vernehmlassung und der Vormeinung der Planungskommission die Notwendigkeit, dass die jetzige Entwicklung zum Ziel hat, bis Mitte 2015 12 Betten in Martinach zur Verfügung zu stellen und deren Anzahl in beiden Spitälern schrittweise zu erhöhen, um den Bedarf von 30 Betten bis 2020 zu decken.

Tabelle 38: Vergleich der Spitallisten 2014 und 2015 für die Palliativpflege

	Spital Wallis (HVS)			
	Martinach		Brig	
	Liste 2014	Liste 2015	Liste 2014	Liste 2015
Palliativpflege	12 Betten	20 Betten	6 Betten	10 Betten

VII. FINANZIELLE AUSWIRKUNGEN

Die Spitalliste 2015 zeigt auf, welches Spital welche stationären Leistungen zulasten der Krankenversicherung erbringen kann. Der Kanton beteiligt sich zu mindestens 55 % an der Finanzierung von Behandlungen von Walliser Patienten in allen Spitälern (öffentlich und privat), die auf der Spitalliste (inner- und ausserkantonale Hospitalisierungen) aufgeführt sind. Da der Kanton Wallis tiefere Krankenversicherungsprämien als der Schweizer Durchschnitt hat, kann er während einer Übergangsphase von 2012 bis 2016 seinen Deckungsanteil zwischen 45 und 55 % variieren, um im Jahr 2017 einen Anteil von 55 % zu haben.

In diesem Kapitel sollen die finanziellen Auswirkungen für den Kanton Wallis aufgrund der Bedarfsentwicklung in der Rehabilitation aufgezeigt werden. Die Planungsentscheide ermöglichen, mit Hilfe der Mengenverwaltung die Kosten dieser Entwicklung zu beherrschen. Ohne Planung könnte jede Einrichtung jede Leistung erbringen, was wiederum zu erheblichen Kosten für den Kanton führen würde.

Die Schätzungen wurden auf Grundlage der kantonalen Beteiligung 2012 getätigt, da in diesem Jahr die neuen Bestimmungen der Spitalfinanzierung gemäss der Bundesgesetzgebung umgesetzt wurden. Die finanziellen Auswirkungen wurden für das Jahr 2020 prognostiziert, das Jahr, für welches auch der Bedarf an Spitalpflege prognostiziert wurde:

Tabelle 39: Finanzielle Auswirkungen in der Rehabilitation, 2012-2020, in Mio. Franken und Prozent

Beteiligung des Kantons Wallis		HVS	CRR	RZL	BE Klinik	Clin. GE	LU Klinik	Total 2012	Erwartete Entwicklung 2012 - 2020	Prognosen 2020	Differenz in Mio. Fr.
Stationäre Leistungen KVG	Geriatric	26.0						26.0	-21.0%	20.6	-5.5
	Rehabilitation	4.6	3.1	1.8	1.4	0.4	0.3	11.6	8.5%	12.6	1.0
Gemeinwirtschaftliche Leistungen	Universitäre Lehre	0.5						0.5	0.0%	0.5	0.0
	Memory Clinic	0.1						0.1	0.0%	0.1	0.0
	Mobiles Team für Palliativpflege	0.9						0.9	0.0%	0.9	0.0
Total		32.1	3.1	1.8	1.4	0.4	0.3	39.1	-11.3%	34.6	-4.5

Die Entwicklung der Finanzierung entspricht einerseits der Senkung der Geriatrie, weil nur noch ein Teil der Leistungen in der polyvalenten geriatrischen Rehabilitation vorhanden ist und der andere Teil der inneren Medizin „betagte Menschen“ zugeschrieben wird. Andererseits berücksichtigen die finanziellen Auswirkungen den Anstieg der erwarteten Anzahl Pflergetage in der spezialisierten Rehabilitation.

Die ersten Schätzungen weiter oben berücksichtigen weder die Entwicklung der zwischen den Einrichtungen und den Krankenversicherern verhandelten und vom Kanton genehmigten Tarife (beeinflusst durch die Teuerung, Entwicklung der Kosten, Löhne in den Spitälern) noch die Entwicklung des Beteiligungsanteils des Kantons, um im Jahr 2017 55 % zu erreichen.

Es muss jedoch darauf aufmerksam gemacht werden, dass diese Prognosen auf dem Minimalszenario basieren und dass gemäss der demographischen Entwicklung im Kanton, die Anzahl Pflergetage im Maximalszenario steigen werden.

Die Instrumente der Planung sollen eine Koordination der Leistungserbringer, eine optimale Nutzung der Ressourcen sowie die Kostenbeherrschung begünstigen.

In diesem Sinne möchte der Kanton Entscheide für Rationalisierungsprozesse treffen, um zu verhindern, dass die gesamten Spitälern und Kliniken im Kanton sämtliche stationären Behandlungen erbringen. Er möchte im Gegenteil, dass sich die Spitälern und Kliniken in ihrem Kompetenzbereich spezialisieren.

Für Leistungen, in denen eine Konkurrenz im Angebot vorzufinden ist, hat der Kanton in seinen kantonalen Gesetzesbestimmungen die Möglichkeit niedergeschrieben, dass die Kapazitäten für die

Rehabilitation festgelegt werden, indem ein maximales Volumen der Leistungen pro Einrichtung definiert wird.

Gemäss den Empfehlungen der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), die von der Rechtsprechung bestätigt wurden, muss das Volumen der für die Finanzierung anerkannten Leistungen für jeden Leistungserbringer definiert werden. Die Leistungserbringer werden nur teilweise finanziert, wenn dieses Volumen überschritten wird, ausser diese Überschreitung ist gerechtfertigt.

In der Folge wurde die kantonale Gesetzgebung angepasst. Das neue Gesetz über die Krankenanstalten und -institutionen vom 13. März 2013 (GKAI Art. 13) sieht vor, dass der Kanton seine Finanzierung im Falle einer Übertretung beschränken kann. Es handelt sich keineswegs darum, den Zugang zur Pflege zu beschränken, sondern darum, die Finanzierung der Hospitalisierungen zu beschränken, um eine möglichst effiziente Betreuung zu begünstigen, indem den Einrichtungen die Möglichkeit gegeben wird, ambulante Behandlungen zu entwickeln. Weiter sollen mit der Mengenbeschränkung auch unnötige Interventionen vermieden werden. Diese Bestimmungen des GKAI, welche auch die vorliegende Planung anwendet, respektieren die Konkurrenz zwischen den Spitaleinrichtungen, so wie es vom KVG vorgesehen wird.

VIII. SCHLUSSFOLGERUNG

Die Verpflichtung der Kantone, eine Spitalplanung zu erarbeiten, steht im KVG seit dessen Inkrafttreten am 1. Januar 1996 geschrieben. Mit der KVG-Revision 2007 der Spitalfinanzierung wurden neue Elemente wie die Konkurrenz sowie die Schaffung einheitlicher Rahmenbedingungen für alle Spitäler, ob privat, öffentlich oder öffentlich subventioniert, sowohl in Bezug auf die Finanzierung der Leistungen als auch in Bezug auf die Spitalplanung geschaffen.

In diesem Sinne hat der Kanton Wallis seine Spitalplanung während der erteilten Übergangsfrist komplett überarbeitet. Hierfür nutzte er die Empfehlungen der GDK, die von den meisten Kantonen angewendet und auch im Bericht des Bundesrates vom 18. Dezember 2013 „Grundlagen der Spitalplanung und Ansätze zur Weiterentwicklung“ aufgegriffen wurden. Diese Empfehlungen definieren die Parameter der Qualität und Wirtschaftlichkeit sowie die möglichen Methoden der Bedarfsanalyse im Hinblick auf Leistungen, Mindestfallzahlen, Mengenverwaltung, Aufnahmepflicht, Notfallaufnahme, Datenübermittlung usw.

Die Walliser Spitallandschaft ist gekennzeichnet durch eine grosse Angebotspalette in der Rehabilitation mit den Spitälern des Spital Wallis (HVS), dem Rehaszentrum Leukerbad (RZL), der Clinique romande de réadaptation CRR), der Berner Klinik Montana, der Luzerner Höhenklinik Montana und der Clinique genevoise de Montana.

Mit der Alterung der Bevölkerung und der Prävalenz von chronischen Krankheiten steigt der Bedarf in der Rehabilitation. Andere Behandlungsformen wie ambulante Programme entwickeln sich gleichzeitig und bieten einigen Patienten eine Art Substitution an. Gemäss dem neuen Finanzierungssystem, das am 1. Januar 2012 in Kraft getreten ist, soll auch die Rehabilitation auf nationaler Ebene eine einheitliche Tarifstruktur besitzen. Mit einer derartigen Struktur können die Leistungen auf transparente Art und Weise verglichen werden. Allerdings gibt es noch Unklarheiten in den Visionen und die Diskussion zwischen den verschiedenen Akteuren über anerkannte Definitionen der Leistungen und der Rehabilitationsformen sind in der Schweiz noch immer in Gang.

Aufgrund der Ausschreibung, der erhaltenen Bewerbungen und den Ergebnissen der Vernehmlassung wird durch die erteilten Leistungsaufträge eine Spezialisierung der Einrichtungen gemäss ihren spezifischen Kompetenzen angestrebt, was die Konkurrenz im definierten Bedarf ermöglicht. Einerseits führt die Liste Altbewährtes weiter, indem die aktuellen Akteure der Rehabilitation beibehalten werden, und andererseits generiert die Liste auch Neues:

- Unterteilung der Geriatriebetten in die innere Medizin „betagte Menschen“ und polyvalente geriatrische Rehabilitation;
- Entwicklung eines spezialisierten Rehabilitationspols in Brig mit einem ambulanten und stationären Angebot in neurologischer und muskuloskelettaler Rehabilitation;
- Anpassung der Anzahl Betten im Rehaszentrum Leukerbad (RZL) infolge der Schliessung der neurologischen Rehabilitationsabteilung;
- Erhöhung der Anzahl Betten in der Clinique romande de réadaptation (CRR) gemäss der aktuellen Besetzung durch Walliser Patienten KVG;
- Spezifizierung der Leistungsaufträge der Clinique genevoise de Montana, Berner Klinik Montana und Luzerner Höhenklinik Montana sowie Neuzuteilung der Betten gemäss Entwicklungskriterien. Die Anzahl anerkannter Betten insgesamt für die Kliniken in Montana steigt von 10 Betten im Jahr 2012 auf 17 im Jahr 2015.
- Erhöhung der Anzahl Betten in der spezialisierten Palliativpflege in den Kompetenzzentren innerhalb des Spital Wallis.

Gemäss den Ergebnissen aus der Entwicklung sieht die Spitalliste wie folgt aus:

Tabelle 40: Spitalliste 2015 für die Rehabilitation und Palliativpflege

	Leistungen	Spital Wallis (HVS)					CRR	Clinique genevoise de Montana	Luzerner Höhenklinik Montana	Berner Klinik Montana	Rehazentrum Laukerbad	Total	Schweiz. Paraplegikerzentrum REHAB in Basel	Schweiz. Paraplegikerzentrum der Universitätsklinik Balgrist	Schweiz. Paraplegikerzentrum Nottwil
		Martinach	Siders (inkl. Sainte-Claire)	Klinik Saint-Amé	CVP	Brig									
Rehabilitation	Polyvalente geriatrische Rehabilitation		*								197 Betten				
	Muskuloskeletale Rehabilitation										47 Betten				
	Internistische und onkologische Rehabilitation										21 Betten				
	Kardiovaskuläre Rehabilitation										23 Betten				
	Neurologische Rehabilitation										16 Betten				
	Pulmonale Rehabilitation										6 Betten				
	Paraplegiologische Rehabilitation und Rehabilitation grossflächiger Verbrennungen										3 Betten				
Psychosomatische Rehabilitation										13 Betten					
Total Rehabilitation	43 Betten	60 Betten	65 Betten	60 Betten	36 Betten	25 Betten	1 Bett	3 Betten	13 Betten	20 Betten	326 Betten				
Palliativpflege	20 Betten				10 Betten										
Total	63 Betten	60 Betten	65 Betten	60 Betten	46 Betten	25 Betten	1 Bett	3 Betten	13 Betten	20 Betten	356 Betten				

* mit Spezialisierung auf die neurologische Rehabilitation für „betagte Menschen“

Mit dieser Liste wird der Bedarf in der Rehabilitation gedeckt, wie er im definitiven Bericht über die Bedarfsanalyse für die Spitalplanung 2015 vom Oktober 2013 ermittelt wurde. Für die Rehabilitation werden im Jahr 2020 (Minimalszenario) rund 4'900 Hospitalisierungen (Patienten VS, KVG) und 106'000 Pflage tage erwartet. Die Rehabilitationseinrichtungen haben angegeben, wie viele Patienten sie in den betreffenden Leistungen betreuen können.

Mit dem Monitoring wird die Umsetzung der Spitalplanung überwacht. Auch kann damit Jahr für Jahr erfasst werden, ob die prognostizierten Ergebnisse mit der tatsächlichen Entwicklung der Hospitalisierungen und den Patientenströmen übereinstimmen, damit das Angebot gegebenenfalls angepasst werden kann. Änderungen in der Spitalplanung werden der Regierung unterbreitet, um so zu jeder Zeit die Bedarfsdeckung zu gewährleisten und mögliche Überkapazitäten zu vermeiden.

Der Staatsratsentscheid tritt am 1. Januar 2015 in Kraft und schliesst den vorliegenden Bericht ein. Angesichts der vorgenommenen Änderungen in der Spitalliste gewährt der Staatsrat den Spitälern **eine Übergangsfrist von einem halben Jahr (30. Juni 2015), damit diese Änderungen, Umwandlungen, Personaldotationen sowie Anschaffung der notwendigen Ausrüstung vornehmen können.** Die Umsetzungsfrist, die bis Juni angesetzt wird, dient vor allem dem SZO (HVS) für die Entwicklung von Strukturen in der Rehabilitation und der Clinique genevoise de Montana für eine Zusammenarbeit in Bezug auf die internistische und onkologische Rehabilitation. In der Palliativpflege werden diese Anpassungen aufgrund des starken Anstiegs der Anzahl Betten während der Jahre 2015-2020 vorgenommen. Allerdings muss das Spital des HVS bis am 30. Juni 2015 die 12 geplanten Betten zur Verfügung stellen und deren Anzahl in beiden Spitälern (Martinach und Brig) schrittweise auf 30 Betten im Jahr 2020 erhöhen.

Gegen die zugeteilten Leistungsaufträge gemäss Spitalliste 2015 für die Rehabilitation und Palliativpflege kann innert 30 Tagen nach Bekanntgabe des Staatsratsentscheids beim Bundesverwaltungsgericht Beschwerde eingereicht werden.

IX. LITERATURVERZEICHNIS

Bericht des Bundesrates: Grundlagen der Spitalplanung und Ansätze zur Weiterentwicklung vom 18. Dezember 2013. Bern, 2013.

Bundesamt für Gesundheit und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK): Nationale Leitlinien Palliative Care. Bern, 2010.

Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994.

Dienststelle für Gesundheitswesen Kanton Wallis: Definitiver Bericht über die Bedarfsanalyse für die Spitalplanung 2015. Sitten, 2013.

Gesetz über die Krankenanstalten und -institutionen (GKAI) vom 12. Oktober 2006.

Gesundheitsdirektion Kanton Zürich: Zürcher Spitalplanung 2012. Versorgungsbericht. Zürich, 2009.

Gesundheitsdirektion Kanton Zürich: Zürcher Spitalplanung 2012. Strukturbericht. Zürich, 2011.

H+: Rehabilitation: Spezialbereiche und Definitionen. Ein- und Ausschlusskriterien für die unterschiedlichen Rehabilitationsarten (Version 1.0). Bern, 2013.

Schweizerische Konferenz der Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK): Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung. unter Berücksichtigung der KVG-Revision zur Spitalfinanzierung vom 21.12.2007. http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/pdf/Aktuelles/Empfehlungen/EM_Spitalplanung_20090514-d.pdf. Bern, 2009.

Service de la santé publique: Lignes directrices de la planification hospitalière 2012-2020. Sion, 2012.

Service de la santé publique: Rapport concernant la révision de la LAMal du 21.12.2007: Financement hospitalier. Sion, 2009.

Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995.

World Health Organisation: Disability prevention and rehabilitation. Report of the WHO Expert Committee on Disability, Prevention and Rehabilitation. World Health Organisation Technical Report Series, 668, WHO. Geneva, 1981.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Kompetenzen der Akteure in der Planung.....	5
Abbildung 2: Vorgehen Spitalplanung.....	7
Abbildung 3: Entwicklung der (a) Hospitalisierungsrate und (b) der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer der hospitalisierten Walliser Patienten (KVG-Fälle) in der Geriatrie, 2000-2010 (Quelle: WGO).....	8
Abbildung 4: Etappen der KVG-Revision.....	10
Abbildung 5: Anzahl Hospitalisierungen von Walliser Patienten in der Rehabilitation, 2010 und 2020, Minimalszenario.....	13
Abbildung 6: Anzahl Pflage tage von Walliser Patienten in der Rehabilitation, 2010 und 2020, in tausend, Minimalszenario....	14
Abbildung 7: Auswertungsverfahren.....	17
Abbildung 8: Vergleich der Tageskosten in der muskuloskelettalen Rehabilitation	21
Abbildung 9: Vergleich der Tageskosten in der internistischen und onkologischen Rehabilitation.....	21
Abbildung 10: Vergleich der Tageskosten in der kardiovaskulären Rehabilitation.....	22
Abbildung 11: Vergleich der Tageskosten in der pulmonalen Rehabilitation	22
Abbildung 12: Vergleich der Tageskosten in der neurologischen Rehabilitation.....	22
Abbildung 13: Vergleich der Tageskosten in der psychosomatischen Rehabilitation.....	23

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Zeitrahmen Spitalplanung	7
Tabelle 2: Aktuelle Aufteilung der Kapazitäten der Geriatrie innerhalb des Spital Wallis	9
Tabelle 3: Aktuelle Aufteilung und Kapazität in der Rehabilitation	9
Tabelle 4: Bewerbungen für die Rehabilitation	16
Tabelle 5: Auswertung der generellen Anforderungen	18
Tabelle 6: Auswertung der übermittelten Dokumente betreffend Wirtschaftlichkeit	19
Tabelle 7: Entwicklung der Tageskosten von 2008 bis 2017 in der muskuloskelettalen Rehabilitation, Jahresdurchschnitt und in Prozent	23
Tabelle 8: Entwicklung der Tageskosten von 2008 bis 2017 in der internistischen und onkologischen Rehabilitation, Jahresdurchschnitt und in Prozent	24
Tabelle 9: Entwicklung der Tageskosten von 2008 bis 2017 in der kardiovaskulären Rehabilitation, Jahresdurchschnitt und in Prozent	24
Tabelle 10: Entwicklung der Tageskosten von 2008 bis 2017 in der pulmonalen Rehabilitation, Jahresdurchschnitt und in Prozent	24
Tabelle 11: Entwicklung der Tageskosten von 2008 bis 2017 in der neurologischen Rehabilitation, Jahresdurchschnitt und in Prozent	24
Tabelle 12: Entwicklung der Tageskosten von 2008 bis 2017 in der psychosomatischen Rehabilitation, Jahresdurchschnitt und in Prozent	25
Tabelle 13: Auswertung der übermittelten Dokumente betreffend Qualität	26
Tabelle 14: Auswertung Spital Wallis, Walliser Pneumologiezentrum (CVP)	27
Tabelle 15: Auswertung Spital Wallis, Spital Brig	27
Tabelle 16: Auswertung Clinique romande de réadaptation (CRR)	28
Tabelle 17: Auswertung Clinique genevoise de Montana	29
Tabelle 18: Auswertung Luzerner Höhenklinik Montana	29
Tabelle 19: Auswertung Berner Klinik Montana	30
Tabelle 20: Auswertung Rehaszentrum Leukerbad (RZL)	30
Tabelle 21: Spital Martinach (HVS), Bewerbung und zugeteilter Leistungsauftrag	31
Tabelle 22: Spital Sidlers (HVS), Bewerbung und zugeteilter Leistungsauftrag	31
Tabelle 23: Klinik Saint-Amé (HVS), Bewerbung und zugeteilter Leistungsauftrag	32
Tabelle 24: Walliser Pneumologiezentrum (CVP) (HVS), Bewerbung und zugeteilter Leistungsauftrag	32
Tabelle 25: Spital Brig (HVS), Bewerbung und zugeteilter Leistungsauftrag	33
Tabelle 26: Clinique romande de réadaptation (CRR), Bewerbung und zugeteilter Leistungsauftrag	33
Tabelle 27: Clinique genevoise de Montana, Bewerbung und zugeteilter Leistungsauftrag	34
Tabelle 28: Luzerner Höhenklinik Montana, Bewerbung und zugeteilter Leistungsauftrag	34
Tabelle 29: Berner Klinik Montana, Bewerbung und zugeteilter Leistungsauftrag	35
Tabelle 30: Rehaszentrum Leukerbad (RZL), Bewerbung und zugeteilter Leistungsauftrag	35
Tabelle 31: Spitalliste 2015 für die Rehabilitation	36
Tabelle 32: Vergleich Bedarf 2020 und zugeteilte Betten 2015	37
Tabelle 33: Vergleich der Spitallisten 2014 und 2015 für die polyvalente geriatrische Rehabilitation	37
Tabelle 34: Vergleich der Spitallisten 2014 und 2015 für die spezialisierte Rehabilitation	38
Tabelle 35: Bewerbung für die Palliativpflege	40
Tabelle 36: Spitäler Martinach und Brig, Auswertung der spezifischen Anforderungen	41
Tabelle 37: Spitalliste 2015 für die Palliativpflege	41
Tabelle 38: Vergleich der Spitallisten 2014 und 2015 für die Palliativpflege	41
Tabelle 39: Finanzielle Auswirkungen in der Rehabilitation, 2012-2020, in Mio. Franken und Prozent	42
Tabelle 40: Spitalliste 2015 für die Rehabilitation und Palliativpflege	45



**CANTON DU VALAIS
KANTON WALLIS**

Département de la santé, des affaires sociales et de la culture
Service de la santé publique

Departement für Gesundheit, Soziales und Kultur
Dienststelle für Gesundheitswesen

Anhänge zum definitiven Bericht über die Spitalplanung 2015 – Rehabilitation & Palliativpflege

Dienststelle für Gesundheitswesen

September 2014

Tabelle 1: Zusammenfassung der Ergebnisse auf die Vernehmlassung

Name der Einrichtung	Datum des Schreibens	Eventuelle Sitzungen	Hauptpunkte	Bemerkungen / im definitiven Bericht berücksichtigte Anpassungen
Spital Wallis (HVS)	07.08.2014	31.07.2014	<p>SZO:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Möchte die 26 Betten in der polyvalenten geriatrischen Rehabilitation behalten (anstelle von 20 Betten ab 2015) und die Anzahl Betten in der spezialisierten Rehabilitation erhöhen (10 Betten 2015, 15 Betten 2016/2017, um schlussendlich auf 20-25 Betten zu kommen), um ein vollständiges Team von Spezialisten zu bilden. <p>CHVR :</p> <ul style="list-style-type: none"> * Les 5 lits en réadaptation pulmonaire au CVP ne suffisent pas selon leur analyse. * La liste devrait clairement attribuer 10 lits à Sierre en réadaptation neurologique et pas les diluer dans la réadaptation polyvalente gériatrique y.c. la réadaptation neurologique de la personne âgée. Une unité existe avec des compétences spécifiques en neurologie gériatrique. Les besoins dans ce domaine seraient également évalués de manière trop faible. 	<ul style="list-style-type: none"> * Die polyvalente geriatrische Rehabilitation ist neu zu analysieren, da der Bedarf auf dem Jahr 2010 basiert, welches ein Ausnahmejahr in der Betreuung von Oberwalliser Patienten war * Einheit der spezialisierten Rehabilitation: schrittweise Entwicklung im SZO gemäss der Ausbildung des Teams und der folgenden Aktivität * allgemeine Zuteilung der Betten und nicht mehr pro Rehabilitationsart * pas de changement pour la réadaptation neurologique à Sierre
Clinique romande de réadaptation (CRR)	29.07.2014		<ul style="list-style-type: none"> * La CRR attire l'attention sur le fait qu'en raison de la lourdeur des cas transférés d'une manière précoce par les hôpitaux, la DMS (40 jours) ne diminuera pas ces prochaines années. * Elle souhaite 5 lits supplémentaires en réadaptation neurologique en tenant compte de l'évolution démographique, de l'amélioration des techniques de prise en charge en soins somatiques aigus et du taux d'occupation (en 2013: 12.7 patients LAMal VS, 14 patients n'ont pas pu être admis). 	<ul style="list-style-type: none"> * augmentation du nombre de lits attribués à la Clinique romande de réadaptation (+ 5 lits au vu des listes d'attente dans les domaines très spécialisés où cette clinique détient des compétences reconnues) et diminution du nombre de lits au CVP (-5 lits) afin de tenir compte de l'activité effective actuelle de ce dernier et d'éviter ainsi des surcapacités.
Rehazentrum Leukerbad (RZL)	12.07.2014		<ul style="list-style-type: none"> * une diminution de près de 40% des lits est supportable si le nombre de fournisseurs de prestations reste limité à ce qui est prévu dans le projet mis en consultation. * favorable à la liste provisoire si les mandats en réadaptation musculosquelettique sont uniquement attribués à l'HVS, à la CRR et au RZL 	<ul style="list-style-type: none"> * pas d'adaptation des lits globalement pour le RZL
Clinique genevoise de Montana	08.07.2014		<ul style="list-style-type: none"> * contestation de l'évaluation du canton au niveau de l'équipe pluridisciplinaire, des formations des médecins et des offres thérapeutiques * la clinique se trouve pénalisée dans ses efforts d'économie (ergothérapie, logopédie ou assistance sociale en externe) * pas le même coût par journée que le SSP (CHF 533.- par journée) * la durée moyenne de séjour et les coûts par séjour devraient être considérés * la clinique constate une augmentation des demandes d'hospitalisation des médecins valaisans (au moins 6 lits pour les patients valaisans) 	<ul style="list-style-type: none"> * réadaptation en médecine interne et oncologique à réévaluer
Berner Klinik Montana	25.07.2014		<ul style="list-style-type: none"> * surestimation des besoins en réadaptation gériatrique polyvalente et sous-estimation des besoins en réadaptation spécialisée * pas la même base de comparaison en matière d'économie : comptabilité financière et analytique selon les hôpitaux * les 7 lits en réadaptation en médecine interne et oncologique correspondent aux besoins * demande de 4 lits en réadaptation musculosquelettique car la clinique a le label Swiss Reha et remplit toutes les exigences médicales * demande de 14 lits en réadaptation neurologique (+9) à cause de la fermeture du service de neurologie au RZL et de la forte augmentation de patients * demande de 3 lits en réadaptation psychosomatique (+2) au regard de la situation du 30 juin 2014 * au total demande d'obtenir 28 lits pour les patients LAMal VS (alors que la liste 2012 lui en attribue 6 et que le projet 2015 mis en consultation lui en attribuait 13) 	<ul style="list-style-type: none"> * La solution proposée au Conseil d'Etat est de donner les mandats en réadaptation musculosquelettique (où elle remplit toutes les exigences médicales) mais de maintenir le nombre de lits à 13 globalement pour la couverture des besoins des Valaisans par la Clinique bernoise.
Luzerner Höhenklinik Montana	08.08.2014	06.08.2014	<ul style="list-style-type: none"> * Die Klinik möchte Leistungsaufträge für die muskuloskeletta sowie die internistische und onkologische Rehabilitation erhalten: die LHM würde ansonsten Patienten aus der gesamten Schweiz verlieren, weil sie gemäss KVG nicht auf der Spitalliste des Standortkantons aufgeführt ist. Dies hätte zur Folge, dass die Klinik kein Personal mehr ausbilden könnte. In diesen Rehabilitationsformen ist sie seit vielen Jahren im Besitz der notwendigen Erfahrung und Ressourcen (spezialisiertes Personal). Die Patientenzufriedenheit ist sehr gut (ANQ). * Das Ziel der LHM ist es nicht, noch mehr Walliser Patienten aufzunehmen, aber eine Konkurrenz für die anderen Kliniken zu werden. Sie möchte weiterhin Patienten aus der gesamten Schweiz, vor allem aus der Zentralschweiz, aufnehmen. 	<ul style="list-style-type: none"> * Dem Staatsrat wird vorgeschlagen, alle verlangten Leistungsaufträge zu erteilen, sofern die medizinischen Anforderungen erfüllt sind. Die Bettenanzahl bleibt aber bei 3 Betten, da diese für die Deckung des Bedarfs im Wallis ausreichend ist.
Palliative-vs	04.08.2014	(appel téléphonique du Dr Monney)	<ul style="list-style-type: none"> * se réjouit de l'augmentation du nombre de lits à Martigny et à Brigue. * demande de corriger dans le rapport le nombre de lits en soins palliatifs à Martigny (12 lits planifiés et 8 lits disponibles en réalité). * regrette qu'aucune évolution en matière de ressources financières ne soit prévue pour l'Equipe mobile de soins palliatifs. 	<ul style="list-style-type: none"> * préciser dans le rapport que l'augmentation se fera par étape car des adaptations sont nécessaires en termes notamment d'infrastructures pour agrandir les unités et mentionner que si la planification précédente prévoyait déjà 12 lits, 8 lits sont disponibles en réalité.
Walliser Ärzteverband	20.07.2014		<ul style="list-style-type: none"> * keine Berücksichtigung der Berner Klinik Montana bei der muskuloskelettalen Rehabilitation sowie den laufenden Projekten im SZO im Oberwallis. 	<ul style="list-style-type: none"> * den Leistungsauftrag der Berner Klinik anpassen
Association de défense des patients hospitalisés en Valais (ADPVal)	07.08.2014		<ul style="list-style-type: none"> * Il manque des indicateurs qualité en réadaptation qui doivent être publiés de manière transparente. * Les mandats en réadaptation et soins palliatifs ne devraient être octroyés qu'après une évaluation des pratiques professionnelles. 	<ul style="list-style-type: none"> * pas d'adaptations de la liste hospitalière * renforcement des explications autour de la qualité dans le rapport * les compétences professionnelles ont été contrôlées
santésuisse	07.08.2014		<ul style="list-style-type: none"> * Die Vereinigung begrüsst die Festlegung von Mindestfallzahlen für die Zuteilung von Leistungsaufträgen, ist aber gegen eine Kontingentierung der Fallzahlen. In diesem Sinne ist sie erstaunt, dass für die neurologische Rehabilitation dem Spital Brig 2 Betten zugeteilt werden, da diese Leistung in der CRR oder der Berner Klinik zentralisiert werden sollte. 	<ul style="list-style-type: none"> * keine Anpassung der Liste

Tabelle 2: Anforderungen an die Qualität

Anforderungen
<p>Qualitätssicherungskonzept gemäss Art. 77 KVV</p> <p>Die Leistungserbringer oder deren Verbände erarbeiten Konzepte und Programme über die Anforderungen an die Qualität der Leistungen und die Förderung der Qualität. Die Modalitäten der Durchführung (Kontrolle der Erfüllung und Folgen der Nichterfüllung der Qualitätsanforderungen sowie Finanzierung) werden in den Tarifverträgen oder in besonderen Qualitätssicherungsverträgen mit den Versicherern oder deren Verbänden vereinbart.</p>
<p>Alarm- und Reanimationskonzept</p> <p>Ein Alarm- und Reanimationskonzept ist vorhanden und umgesetzt. Alle Mitarbeiter der medizinischen Bereiche werden regelmässig geschult.</p>
<p>Die Einrichtung nimmt regelmässig an etablierten Qualitätsmessungen (ANQ oder andere) teil</p> <p>Im Rahmen des nationalen ANQ-Vertrags nehmen die Einrichtungen regelmässig an Qualitätsmessungen in der Rehabilitation teil. Im Allgemeinen verpflichtet sich die Einrichtung jährlich die Ergebnisse der Messungen der DGW zur Analyse zu übermitteln.</p>
<p>Kontrollinstrumente</p> <p>Die Einrichtung verfügt über ein Qualitätskontrollinstrument (ANQ, FMH usw.).</p>
<p>Verantwortliche/-r Qualität</p> <p>Eine qualitätsverantwortliche Fachperson ist von der Einrichtung ernannt und ihre Aufgaben in einem Stellenbeschrieb festgehalten.</p>
<p>Erfassung von Zwischenfällen</p> <p>Ein System zur Deklaration von Zwischenfällen, zu deren Handhabung und zum weiteren Vorgehen bei Klagen ist in der Einrichtung vorhanden.</p>
<p>Patienteninformation</p> <p>Beim Austritt wird der Patient schriftlich und mündlich über das weitere medizinische und therapeutische Vorgehen instruiert. Ein Sozialdienst und die Beratung zur beruflichen und sozialen Wiedereingliederung sind sichergestellt.</p>
<p>Hygienekonzept</p> <p>Beschreiben Sie kurz Ihr Hygienekonzept.</p>
<p>Infrastruktur</p> <p>Einrichtungen und apparative Ausrüstung für aktive und passive Therapieformen sind vorhanden.</p>
<p>Rollstuhlgängige und behindertengerechte Räume</p> <p>Alle Patientenzimmer, die Aufenthaltsräume, die gemeinsamen Räume, die Therapieräume und die Nasszellen sind rollstuhlgängig und behindertengerecht.</p>
<p>Ernährung</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Eine dem Leistungsangebot angepasste Diätküche ist gewährleistet. 2. Eine Ernährungsberatung ist als Dienstleistung vorhanden oder konsiliarisch verfügbar.

Tabelle 3: Spezifische Anforderungen an die polyvalente geriatrische Rehabilitation

Anforderungen	Beschrieb
Mindestfallzahl	250
Personalstruktur	Das medizinisch-pflegerische Personal setzt sich zusammen aus Kaderärzten, klinische Psychologen, Sozialarbeitern und Ernährungsberatern, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Pädagogen und dem Pflegepersonal.
Medizinischer Leiter / Chefarzt	Der Medizinische Leiter / Chefarzt muss mindestens während zwei Jahren im Bereich Geriatrie tätig gewesen sein und muss mindestens 80% fest angestellt sein.
Kaderärzte (inkl. Medizinischer Leiter)	Die Kaderärzte sind im Besitz eines Facharztstitels FMH in Allgemeine Innere Medizin inkl. Schwerpunkt Geriatrie oder Physikalische Medizin und Rehabilitation mit nachweisbarer Weiter-/Fortbildung in Innerer Medizin (entsprechend dokumentierbare Fortbildungsinhalte) und zusätzlicher geriatrischer Weiterbildung (von mind. 3 Jahren).
Konsiliardienst (intern oder extern)	Psychiater, Neurophysiologe, Orthopädist
Medizinisch-pflegerisches Personal	Das medizinisch-pflegerische Personal ist im Besitz eines durch die Artikel 47, 48, 49 und 50a KVV anerkannten Diploms. Die Pflegedienstleitung hat eine Weiterbildung in Pflegemanagement. Die Hälfte des Pflegepersonals muss eine Weiterbildung im Bereich betagte Menschen haben. Das Pflegepersonal steht 365 Tage/ 24 Stunden zur Verfügung.
Beratungsdienste	Sozialdienst
	Ernährungsberatung
	Diätkoch
	Orthopädietechniker (<i>auch in Kooperation möglich</i>)
Bereitschaftsdienst, Hintergrunddienst, Notfallalarm/Reanimation	Ärztlicher Bereitschaftsdienst: - Diensthabender Arzt steht für Notfälle innert 5 Minuten zur Verfügung - Bei medizinischer Notwendigkeit Beizug eines kaderärztlichen Hintergrunddienstes innert 30 Minuten
	Fachärztlicher Hintergrunddienst: - 7-17 Uhr an Werktagen: jeweilige Fachärzte im Haus - 17-7 Uhr und Wochenenden: Bei medizinischer Notwendigkeit Beizug des jeweiligen Facharztes innert 6 Stunden
	Notfallalarm / Reanimation: - regelmässige Schulung des klinischen Personals (mind. einmal pro zwei Jahren), Dokumentation der Teilnahme - Notfall-Koffer bzw. -wagen auf allen Stationen vorhanden
Angebot Diagnostik	Medizinische Diagnostik: - Routinediagnostik (z.B. ICF) gemäss fachspezifischem Behandlungskonzept
	Labor: - NF- und Routinelabor (365 Tage/ 24 Stunden) - Speziallabor (<i>auch in Kooperation möglich</i>)
	EKG: - Ruhe EKG - Belastungs EKG - Langzeit EKG
	Radiologie: - konventionellen Rx - CT, MRI (<i>auch in Kooperation möglich</i>)
	Sonographie: - konventionelle Sonographie - Farbkodierte Doppler-/ Duplexsonographie, Echokardiographie mit Farbdoppler
	Sonstige Funktionsdiagnostik: - Kraftmessung - Spirometrie (<i>auch in Kooperation möglich</i>) - Langzeitblutdruckmessung (<i>auch in Kooperation möglich</i>)
Angebot Therapie	Physiotherapie: - indikationspezifische Physiotherapie - Medizinische Trainingstherapie - Sport- und Bewegungstherapie - Terraintraining

	Ergotherapie: - Ergo-, Aktivierungs- und Gestaltungstherapie (inkl. ADL) - Schulung und Einleitung einer Versorgung mit Hilfsmitteln - alltagspraktisches Hirnleistungstraining
	Schmerztherapie: - interdisziplinäre Schmerztherapie (<i>auch in Kooperation möglich</i>)
	Klinische Psychologie: - Beratung und Krisenintervention - Entspannungsverfahren
	Gesundheitsbildung / -schulung: - Indikationsspezifische Programme zur Information, Motivation, Schulung
	Sozial- und Berufsberatung: - Beratung zur finanziellen, häuslichen, sozialen und gesundheitlichen Sicherstellung - Vermittlung von / an Selbsthilfegruppen
Andere Anforderungen	Kooperation mit einem Akutspital mit Leistungsauftrag Akutgeriatrie

Tabelle 4: Spezifische Anforderungen an die muskuloskelettale Rehabilitation

Anforderungen	Beschrieb
Mindestfallzahl	250
Personalstruktur	Das medizinisch-pflegerische Personal setzt sich zusammen aus Kaderärzten, klinische Psychologen, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Sozialarbeitern und Pädagogen, Ernährungsberatern und dem Pflegepersonal.
Medizinischer Leiter / Chefarzt	Der Medizinische Leiter / Chefarzt hat während mindestens zwei Jahren in einer muskuloskelettalen Rehabilitationseinrichtung gearbeitet und muss mindestens 80% fest angestellt sein.
Kaderärzte (inkl. Medizinischer Leiter)	Die Kaderärzte sind im Besitz eines Facharztstitels FMH in physikalischer Medizin und Rehabilitation (mindestens ein Facharzt) und/oder Rheumatologie und/oder orthopädischer Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparats.
Medizinisch-pflegerisches Personal	Das medizinisch-pflegerische Personal ist im Besitz eines durch die Artikel 47, 48, 49 und 50a KVV anerkannten Diploms. Die Physiotherapeuten haben eine Zusatzqualifikation in manueller Therapie und Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage. Die Ergotherapeuten müssen Erfahrung haben in arbeitsrehabilitativen Massnahmen, Ergonomie, Arbeitsplatzanpassung. Die Psychologen haben eine Zusatzqualifikation in Entspannungstechniken. Die Pflegedienstleitung hat eine Weiterbildung in Pflegemanagement. Das Pflegepersonal steht 365 Tage/ 24 Stunden zur Verfügung.
Beratungsdienste	Sozialdienst
	Ernährungsberatung
	Diätkoch
	Orthopädietechniker (<i>auch in Kooperation möglich</i>)
Bereitschaftsdienst, Hintergrunddienst, Notfallalarm/Reanimation	Ärztlicher Bereitschaftsdienst: - Diensthabender Arzt steht für Notfälle innert 5 Minuten zur Verfügung - Bei medizinischer Notwendigkeit Beizug eines kaderärztlichen Hintergrunddienstes innert 30 Minuten
	Fachärztlicher Hintergrunddienst: - 7-17 Uhr an Werktagen: jeweilige Fachärzte im Haus - 17-7 Uhr und Wochenenden: Bei medizinischer Notwendigkeit Beizug des jeweiligen Facharztes innert 6 Stunden
	Notfallalarm / Reanimation: - regelmässige Schulung des klinischen Personals (mind. einmal pro zwei Jahren), Dokumentation der Teilnahme - Notfall-Koffer bzw. -wagen auf allen Stationen vorhanden
Angebot Diagnostik	Medizinische Diagnostik: - Routinediagnostik (z.B. ICF) gemäss fachspezifischem Behandlungskonzept
	Labor: - NF- und Routinelabor - Speziallabor (inkl. Blutgasanalyse) (<i>auch in Kooperation möglich</i>)
	EKG: - Ruhe EKG - Langzeit EKG (<i>auch in Kooperation möglich</i>)

	Radiologie: - konventionellen Rx (<i>auch in Kooperation möglich</i>) - CT, MRI (<i>auch in Kooperation möglich</i>)
	Sonographie: - Bewegungsapparat, Weichteile, Abdomen, Gefässe (<i>auch in Kooperation möglich</i>)
	Sonstige Funktionsdiagnostik: - Kraftmessung - Spirometrie (<i>auch in Kooperation möglich</i>) - Langzeitblutdruckmessung (<i>auch in Kooperation möglich</i>)
Angebot Therapie	Physiotherapie: - indikationsspezifische Physiotherapie - medizinische Trainingstherapie - Sport- und Bewegungstherapie - Prothesenschulung (<i>auch in Kooperation möglich</i>)
	Physikalische Therapie: - Lymphdrainage - Thermo-, Hydro-, Balneotherapie - Elektrotherapie
	Ergotherapie: - Ergo-, Aktivierungs-, Gestaltungstherapie (inkl. ADL Activities of daily living) - Beratung zur Arbeitsplatzgestaltung (Ergonomie) - Schulung und Einleitung der Versorgung mit Hilfsmitteln
	Schmerztherapie: - interdisziplinäre Schmerzbehandlung
	Klinische Psychologie: - Beratung und Krisenintervention - Entspannungsverfahren
	Gesundheitsbildung / -schulung: - Indikationsspezifische Programme zur Information, Motivation, Schulung
	Sozial- und Berufsberatung: - Beratung zur finanziellen, häuslichen, sozialen und gesundheitlichen Sicherstellung - Belastungserprobung und Arbeitstherapie (<i>auch in Kooperation möglich</i>) - Vermittlung von / an Selbsthilfegruppen

Tabelle 5: Spezifische Anforderungen an die internistische und onkologische Rehabilitation

Anforderungen	Beschrieb
Personalstruktur	Das medizinisch-pflegerische Personal setzt sich zusammen aus Kaderärzten, klinische Psychologen, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäen, Sozialarbeitern und Pädagogen, Ernährungsberatern und Pflegepersonal.
Medizinischer Leiter / Chefarzt	Der Medizinische Leiter / Chefarzt muss mindestens 80% fest angestellt sein.
Kaderärzte (inkl. Medizinischer Leiter)	Die Kaderärzte sind im Besitz eines Facharztstitels FMH in Innere Medizin und/oder physikalischer Medizin und Rehabilitation (mindestens ein Facharzt) und/oder Onkologie.
Konsiliardienst (intern oder extern)	Kardiologe, Pneumologe
Medizinisch-pflegerisches Personal	Das medizinisch-pflegerische Personal ist im Besitz eines durch die Artikel 47, 48, 49, 50 und 50a KVV anerkannten Diploms. Die Physiotherapeuten haben eine Zusatzqualifikation als Lymphtherapeut. Die Ergotherapeuten müssen Erfahrung haben in arbeitsrehabilitativen Massnahmen, Ergonomie, Arbeitsplatzanpassung. Die Psychologen haben eine Zusatzqualifikation in Entspannungstechniken und eine Erfahrung in Psychoonkologie. Die Pflegedienstleitung hat eine Weiterbildung in Pflegemanagement. Das Pflegepersonal steht 365 Tage/ 24 Stunden zur Verfügung.
Beratungsdienste	Sozialdienst
	Ernährungsberatung
	Diätkoch
	Orthopädietechniker (<i>auch in Kooperation möglich</i>)
	Seelsorge (<i>auch in Kooperation möglich</i>)
	Sonstige Therapeuten (Musik, Kunst-, Tanztherapie) (<i>auch in Kooperation möglich</i>)

Bereitschaftsdienst, Hintergrunddienst, Notfallalarm/Reanimation	Ärztlicher Bereitschaftsdienst: - Diensthabender Arzt steht für Notfälle innert 5 Minuten zur Verfügung - Bei medizinischer Notwendigkeit Beizug eines kaderärztlichen Hintergrunddienstes innert 30 Minuten
	Fachärztlicher Hintergrunddienst: - 7-17 Uhr an Werktagen: jeweilige Fachärzte im Haus - 17-7 Uhr und Wochenenden: Bei medizinischer Notwendigkeit Beizug des jeweiligen Facharztes innert 6 Stunden
	Notfallalarm / Reanimation: - regelmässige Schulung des klinischen Personals (mind. einmal pro zwei Jahren), Dokumentation der Teilnahme - Notfall-Koffer bzw. -wagen auf allen Stationen vorhanden
Angebot Diagnostik	Medizinische Diagnostik: - Routinediagnostik (z.B. ICF) gemäss fachspezifischem Behandlungskonzept
	Labor: - NF- und Routinelabor - Speziallabor (<i>auch in Kooperation möglich</i>)
	EKG: - Ruhe EKG - Belastungs EKG - Langzeit EKG
	Radiologie: - konventionellen Rx (<i>auch in Kooperation möglich</i>) - Computertomographie CT, Magnetresonanztomographie MRI (<i>auch in Kooperation möglich</i>)
	Sonographie: - konventionelle Sonographie - Farbkodierte Doppler-/ Duplexsonographie, Echokardiographie mit Farbdoppler (<i>auch in Kooperation möglich</i>)
	Sonstige Funktionsdiagnostik: - Langzeitblutdruckmessung - Spirometrie - Pulsoxymetrie
Angebot Therapie	Physiotherapie: - indikationspezifische Physiotherapie - Medizinische Trainingstherapie - Sport- und Bewegungstherapie - Terraintraining - Inkontinenzbehandlung - Prothesenschulung
	Physikalische Therapie: - Lymphdrainage - Thermo-, Hydro- und Balneotherapie - Elektrotherapie
	Ergotherapie: - Ergo-, Aktivierungs-, Gestaltungstherapie (inkl. Activities of daily living ADL) - Schulung und Einleitung der Versorgung mit Hilfsmitteln.
	Logopädie: - Sprech- und Sprachtherapie (<i>auch in Kooperation möglich</i>) - Ess- und Dysphagietherapie (Facio-orale Trakt Therapie FOTT) (<i>auch in Kooperation möglich</i>) - Trachealkanülenmanagement (<i>auch in Kooperation möglich</i>)
	Schmerztherapie: - interdisziplinäre Schmerztherapie (<i>auch in Kooperation möglich</i>)
	Klinische Psychologie: - Beratung und Krisenintervention - Entspannungsverfahren
	Sozial- und Berufsberatung: - Beratung zur finanziellen, häuslichen, sozialen und gesundheitlichen Sicherstellung - Information zur beruflichen Wiedereingliederung - Vermittlung von / an Selbsthilfegruppen

Tabelle 6: Spezifische Anforderungen an die kardiovaskuläre Rehabilitation

Anforderungen	Beschrieb
Mindestfallzahl	250
Personalstruktur	Das medizinisch-pflegerische Personal setzt sich zusammen aus Kaderärzten, klinische Psychologen, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden, Sozialarbeitern und Pädagogen, Ernährungsberatern und Pflegepersonal.
Medizinischer Leiter / Chefarzt	Der Medizinische Leiter / Chefarzt muss mindestens 80% fest angestellt sein.
Kaderärzte (inkl. Medizinischer Leiter)	Die Kaderärzte sind im Besitz eines Facharztstitels FMH in Kardiologie mit zusätzlicher internistischer Ausbildung von mindestens 3 Jahren und Erfahrung in der kardiovaskulären Rehabilitation.
Konsiliardienst (intern oder extern)	Psychiater
Medizinisch-pflegerisches Personal	Das medizinisch-pflegerische Personal ist im Besitz eines durch die Artikel 47, 48, 49, 50 und 50a KVV anerkannten Diploms. Die Physiotherapeuten haben eine Weiterbildung als Herztherapeut SAKR. Die Psychologen haben eine Zusatzqualifikation in Psychotherapie und eine Erfahrung in Entspannungstechniken. Die Pflegedienstleitung hat eine Weiterbildung in Pflegemanagement. Das Pflegepersonal steht 365 Tage/ 24 Stunden zur Verfügung.
Beratungsdienste	Sozialdienste
	Ernährungsberatung
	Diätkoch
Bereitschaftsdienst, Hintergrunddienst, Notfallalarm/Reanimation	<p>Ärztlicher Bereitschaftsdienst:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diensthabender Arzt steht für Notfälle innert 5 Minuten zur Verfügung - Bei medizinischer Notwendigkeit Beizug eines kaderärztlichen Hintergrunddienstes innert 30 Minuten
	<p>Fachärztlicher Hintergrunddienst:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 7-17 Uhr an Werktagen: jeweilige Fachärzte im Haus - 17-7 Uhr und Wochenenden: Bei medizinischer Notwendigkeit Beizug des jeweiligen Facharztes innert 6 Stunden
	<p>Notfallalarm / Reanimation:</p> <ul style="list-style-type: none"> - regelmässige Schulung des klinischen Personals (mind. einmal pro Jahr), Dokumentation der Teilnahme - Notfall-Koffer bzw. -wagen auf allen Stationen vorhanden und transkutaner Pacemaker innert 4 Minuten erreichbar
Angebot Diagnostik	<p>Medizinische Diagnostik:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Routinediagnostik (z.B. ICF) gemäss fachspezifischem Behandlungskonzept
	<p>Labor:</p> <ul style="list-style-type: none"> - NF- und Routinelabor - Speziallabor (<i>auch in Kooperation möglich</i>)
	<p>EKG:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ruhe EKG - Belastungs EKG - Langzeit EKG
	<p>Radiologie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - konventionellen Rx (<i>auch in Kooperation möglich</i>) - Computertomographie CT, Magnetresonanztomographie MRI (<i>auch in Kooperation möglich</i>)
	<p>Sonographie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - konventionelle Sonographie - Farbkodierte Doppler-/ Duplexsonographie, Echokardiographie mit Farbdoppler
	<p>Sonstige Funktionsdiagnostik:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Spirometrie - Langzeitblutdruckmessung
Angebot Therapie	<p>Physiotherapie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - indikationsspezifische Physiotherapie - Medizinische Trainingstherapie - Sport- und Bewegungstherapie - Terraintraining
	<p>Physikalische Therapie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elektrotherapie

	Ergotherapie: - funktionelle Ergotherapie (<i>auch in Kooperation möglich</i>)
	Klinische Psychologie: - Beratung und Krisenintervention - Entspannungsverfahren
	Gesundheitsbildung, -schulung: - Indikationsspezifische Programme zur Information, Motivation, Schulung z.B. Raucherentwöhnung, Herzinsuffizienzschulung, INR-Selbstmanagement (INR = International normalized ratio)
	Sozial- und Berufsberatung: - Beratung zur finanziellen, häuslichen, sozialen und gesundheitlichen Sicherstellung - Information zur beruflichen Wiedereingliederung - Vermittlung von / an Selbsthilfegruppen

Tabelle 7: Spezifische Anforderungen an die neurologische Rehabilitation

Anforderungen	Beschrieb
Mindestfallzahl	200
Personalstruktur	Das medizinisch-pflegerische Personal setzt sich zusammen aus Kaderärzten, Neuropsychologen, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, medizinischen Masseuren, Logopäden, Sozialarbeitern und Pädagogen und Pflegepersonal.
Medizinischer Leiter / Chefarzt	Der Medizinische Leiter / Chefarzt hat während mindestens zwei Jahren in einer neurologischen Rehabilitationseinrichtung gearbeitet muss mindestens 80% fest angestellt sein.
Kaderärzte (inkl. Medizinischer Leiter)	Die Kaderärzte sind im Besitz eines Facharztstitels FMH in Neurologie und/oder Neurochirurgie und/oder physikalische Medizin und Rehabilitation (mindestens ein Facharzt).
Konsiliardienst (intern oder extern)	Psychiater
Medizinisch-pflegerisches Personal	Das medizinisch-pflegerische Personal ist im Besitz eines durch die Artikel 47, 48, 49 und 50 KVV anerkannten Diploms. Mindestens 50% der Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden und das Pflegepersonal müssen eine neurorehaspezifische Weiterbildung auf neurophysiologischer Grundlage haben. Die Neuropsychologen haben eine Erfahrung in psychologischer und neuropsychologischer Diagnostik, Psychotherapie und in Entspannungstechniken. Die Pflegedienstleitung hat eine Weiterbildung in Pflegemanagement. Das Pflegepersonal steht 365 Tage/ 24 Stunden zur Verfügung.
Beratungsdienste	Sozialdienst
	Ernährungsberatung (<i>auch in Kooperation möglich</i>)
	Diätkoch
	Orthopädietechniker (<i>auch in Kooperation möglich</i>)
Bereitschaftsdienst, Hintergrunddienst, Notfallalarm/Reanimation	Ärztlicher Bereitschaftsdienst: - Diensthabender Arzt steht für Notfälle innert 5 Minuten zur Verfügung - Bei medizinischer Notwendigkeit Beizug eines kaderärztlichen Hintergrunddienstes innert 30 Minuten
	Fachärztlicher Hintergrunddienst: - 7-17 Uhr an Werktagen: jeweilige Fachärzte im Haus - 17-7 Uhr und Wochenenden: Bei medizinischer Notwendigkeit Beizug des jeweiligen Facharztes innert 6 Stunden
	Notfallalarm / Reanimation: - regelmässige Schulung des klinischen Personals (mind. einmal pro zwei Jahren), Dokumentation der Teilnahme - Notfall-Koffer bzw. -wagen auf allen Stationen vorhanden
Angebot Diagnostik	Medizinische Diagnostik: - Routinediagnostik (z.B. ICF) gemäss fachspezifischem Behandlungskonzept
	Labor: - NF- und Routinelabor (365 Tage/ 24 Stunden) - Speziallabor (z.B. Liquordiagnostik) (<i>auch in Kooperation möglich</i>)
	EKG: - Ruhe EKG - Belastungs EKG (<i>auch in Kooperation möglich</i>) - Langzeit EKG (<i>auch in Kooperation möglich</i>)

	Radiologie: - konventionellen Rx (<i>auch in Kooperation möglich</i>) - Computertomographie CT, Magnetresonanztomographie MRI (<i>auch in Kooperation möglich</i>)
	Sonographie: - Farbkodierte Doppler-/ Duplexsonographie, Echokardiographie mit Farbdoppler (<i>auch in Kooperation möglich</i>)
	Endoskopie: - Videofluoroskopie, Pharyngolaryngoskopie (<i>auch in Kooperation möglich</i>)
	Neurophysiologie: - (EMG, ENG, EEG, evozierte Potentiale) (<i>auch in Kooperation möglich</i>)
	Sonstige Funktionsdiagnostik: - Kau-Schluck-Diagnostik - Diagnostik von Sprach- und Sprechstörungen - Leistungsdiagnostik (inkl. Neuropsychologie) - Langzeitblutdruckmessung (<i>auch in Kooperation möglich</i>)
Angebot Therapie	Physiotherapie: - indikationsspezifische Physiotherapie - Medizinische Trainingstherapie - Sport- und Bewegungstherapie
	Physikalische Therapie: - Lymphdrainage
	Ergotherapie: - Ergo-, Aktivierungs- und Gestaltungstherapie (inkl. Activities of daily living ADL) - Beratung zur Arbeitsplatzgestaltung (Ergonomie) - Schulung und Einleitung einer Versorgung mit Hilfsmitteln - alltagspraktisches Hirnleistungstraining
	Logopädie: - Sprech-, Stimm- und Sprachtherapie - Ess- und Dysphagietherapie (Facio-orale Trakt Therapie FOTT) - Trachealkanülenmanagement
	Neuropsychologie: - Neuropsychologische Therapie
	Gesundheitsbildung, -schulung: - Indikationsspezifische Programme zur Information, Motivation, Schulung
	Sozial- und Berufsberatung: - Beratung zur finanziellen, häuslichen, sozialen und gesundheitlichen Sicherstellung - Informationen zur beruflichen Wiedereingliederung - Vermittlung von / an Selbsthilfegruppen

Tabelle 8: Spezifische Anforderungen an die pulmonale Rehabilitation

Anforderungen	Beschrieb
Mindestfallzahl	250
Personalstruktur	Das medizinisch-pflegerische Personal setzt sich zusammen aus Kaderärzten, klinische Psychologen, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden (fakultativ), Sozialarbeitern und Pädagogen, Ernährungsberatern und Pflegepersonal.
Medizinischer Leiter / Chefarzt	Der Medizinischer Leiter / Chefarzt muss mindestens 80% fest angestellt sein.
Kaderärzte (inkl. Medizinischer Leiter)	Die Kaderärzte sind im Besitz eines Facharztstitels FMH in Pneumologie mit zusätzlicher internistischer Ausbildung von mindestens 3 Jahren und haben Erfahrung in der pulmonalen Rehabilitation.
Konsiliardienst (intern oder extern)	Kardiologe, Dermatologe
Medizinisch-pflegerisches Personal	Das medizinisch-pflegerische Personal ist im Besitz eines durch die Artikel 47, 48, 49, 50 und 50a KVV anerkannten Diploms. Mindestens ein Physiotherapeut hat einen Fähigkeitsausweis pulmonale Rehabilitation. Die Ergotherapeuten müssen Erfahrung haben in arbeitsrehabilitativen Massnahmen, Ergonomie, Arbeitsplatzanpassung. Die Logopäden haben eine Berufserfahrung in Tracheostomamanagement. Die Psychologen haben eine Zusatzqualifikation in Psychotherapie. Die Pflegedienstleitung hat eine Weiterbildung in Pflegemanagement. Das Pflegepersonal steht 365 Tage/ 24 Stunden zur Verfügung.

Beratungsdienste	Sozialdienst
	Ernährungsberatung
	Diätkoch
Bereitschaftsdienst, Hintergrunddienst, Notfallalarm/Reanimation	<p>Ärztlicher Bereitschaftsdienst:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diensthabender Arzt steht für Notfälle innert 5 Minuten zur Verfügung - Bei medizinischer Notwendigkeit Beizug eines kaderärztlichen Hintergrunddienstes innert 30 Minuten
	<p>Fachärztlicher Hintergrunddienst:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 7-17 Uhr an Werktagen: jeweilige Fachärzte im Haus - 17-7 Uhr und Wochenenden: Bei medizinischer Notwendigkeit Beizug des jeweiligen Facharztes innert 6 Stunden
	<p>Notfallalarm / Reanimation:</p> <ul style="list-style-type: none"> - regelmässige Schulung des klinischen Personals (mind. einmal pro zwei Jahren), Dokumentation der Teilnahme - Notfall-Koffer bzw. -wagen auf allen Stationen vorhanden
Angebot Diagnostik	<p>Medizinische Diagnostik:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Routinediagnostik (z.B. ICF) gemäss fachspezifischem Behandlungskonzept
	<p>Labor:</p> <ul style="list-style-type: none"> - NF- und Routinelabor (<i>auch in Kooperation möglich</i>) - Speziallabor (z.B. Cotinin, Blutgasanalyse) (<i>auch in Kooperation möglich</i>)
	<p>EKG:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ruhe EKG - Belastungs EKG (<i>auch in Kooperation möglich</i>) - Langzeit EKG (<i>auch in Kooperation möglich</i>)
	<p>Radiologie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - konventionellen Rx (<i>auch in Kooperation möglich</i>) - Computertomographie CT, Magnetresonanztomographie MRI (<i>auch in Kooperation möglich</i>)
	<p>Sonographie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - konventionelle Sonographie (<i>auch in Kooperation möglich</i>) - Echokardiographie (<i>auch in Kooperation möglich</i>)
	<p>Endoskopie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bronchoskopie (<i>auch in Kooperation möglich</i>)
	<p>Sonstige Funktionsdiagnostik:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Langzeitblutdruckmessung (<i>auch in Kooperation möglich</i>) - Spiroergometrie - Bodyplethysmographie - Peak-Flow Messung - Pulsoxymetrie - Apnoe-Diagnostik - Allergologische Diagnostik - Bronchialer Provokationstest
	Angebot Therapie
<p>Physikalische Therapie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - (Klinische) Atemtherapie - Elektrotherapie - Hyposensibilisierung 	
<p>Ergotherapie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ergo-, Aktivierungs- und Gestaltungstherapie (inkl. ADL) - Ergometertraining, -therapie - Schulung und Einleitung der Versorgung mit Hilfsmitteln 	
<p>Logopädie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ess- und Dysphagietherapie (<i>auch in Kooperation möglich</i>) - Trachealkanülenmanagement (<i>auch in Kooperation möglich</i>) 	
<p>Gesundheitsbildung, -schulung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Indikationsspezifische Programme zur Information, Motivation, Schulung (z.B. Schulung für Atemwegserkrankte, Raucherentwöhnung usw.) 	

	Sozial- und Berufsberatung: - Beratung zur finanziellen, häuslichen, sozialen und gesundheitlichen Sicherstellung - Belastungsproben und Arbeitstherapie
Infrastruktur	Bettenstation: - kontinuierliche O2-Versorgung sichergestellt

Tabelle 9: Spezifische Anforderungen an die paraplegiologische Rehabilitation

Anforderungen	Beschrieb
Personalstruktur	Das medizinisch-pflegerische Personal setzt sich zusammen aus Kaderärzten, klinische Psychologen, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden, Sozialarbeitern und Pädagogen, Ernährungsberatern und Pflegepersonal.
Medizinischer Leiter / Chefarzt	Der Medizinische Leiter / Chefarzt hat während mindestens zwei Jahren in einer neurologischen Rehabilitationseinrichtung oder einer paraplegiologischen Rehabilitationseinrichtung gearbeitet und muss mindestens 80% fest angestellt sein.
Kaderärzte (inkl. Medizinischer Leiter)	Die Kaderärzte sind im Besitz eines Facharztstitels FMH Innere Medizin, Neurologie, Orthopädie, Neurochirurgie und haben mindestens eine weitere Fachdisziplin in Neurochirurgie, Innere Medizin, physikalische Medizin und Rehabilitation, Orthopädie, Neuro-Urologie oder Neurologie.
Medizinisch-pflegerisches Personal	Das medizinisch-pflegerische Personal ist im Besitz eines durch die Artikel 47, 48, 49, 50 und 50a KVV anerkannten Diploms. Die Ergotherapeuten müssen Erfahrung haben in arbeitsrehabilitativen Massnahmen, Ergonomie, Arbeitsplatzanpassung. Die Psychologen haben eine Erfahrung in psychologischer Diagnostik, Psychotherapie und in Entspannungstechniken. Die Pflegedienstleitung hat eine Weiterbildung in Pflegemanagement. Das Pflegepersonal steht 365 Tage/ 24 Stunden zur Verfügung.
Beratungsdienste	Sozialdienst
	Ernährungsberatung
	Diätkoch
	Orthopädie-, Rollstuhltechniker
Bereitschaftsdienst, Hintergrunddienst, Notfallalarm/Reanimation	Ärztlicher Bereitschaftsdienst: - Diensthabender Arzt steht für Notfälle innert 5 Minuten zur Verfügung - Bei medizinischer Notwendigkeit Beizug eines kaderärztlichen Hintergrunddienstes innert 30 Minuten
	Fachärztlicher Hintergrunddienst: - 7-17 Uhr an Werktagen: jeweilige Fachärzte im Haus - 17-7 Uhr und Wochenenden: Bei medizinischer Notwendigkeit Beizug des jeweiligen Facharztes innert 6 Stunden
	Akutmedizinischer Stand-By (im Fall von erforderlichen ungeplanten Rückverlegungen): - (Notfall-) Erreichbarkeit eines Akutspitals mit permanent verfügbarem neurologischen, neurochirurgischen, -radiologischen und medizinischen Angebot
	Notfallalarm / Reanimation: - regelmässige Schulung des klinischen Personals (mind. einmal pro zwei Jahren), Dokumentation der Teilnahme - Notfall-Koffer bzw. -wagen auf allen Stationen vorhanden
Angebot Diagnostik	Medizinische Diagnostik: - Routinediagnostik (z.B. ICF) gemäss fachspezifischem Behandlungskonzept
	Labor: - NF- und Routinelabor (365 Tage / 24 Stunden) - Speziallabor (<i>auch in Kooperation möglich</i>)
	EKG: - Ruhe EKG (<i>auch in Kooperation möglich</i>) - Belastungs EKG (<i>auch in Kooperation möglich</i>) - Langzeit EKG (<i>auch in Kooperation möglich</i>)
	Radiologie: - konventionellen Rx - Computertomographie CT, Magnetresonanztomographie MRI (<i>auch in Kooperation möglich</i>)
	Sonographie: - Farbkodierte Doppler-/ Duplexsonographie
	Endoskopie: - Videofluoroskopie (<i>auch in Kooperation möglich</i>) - Pharyngolaryngoskopie (<i>auch in Kooperation möglich</i>)

	<p>Neurophysiologie: - (EMG, ENG, evozierte Potentiale)</p> <p>Sonstige Funktionsdiagnostik: - Kraftmessung - Spirometrie (<i>auch in Kooperation möglich</i>) - Neuro-Urologie (spezialisierte Diagnostik (Urodynamik, Zystoskopie, Röntgen/Sono usw.) und interventionelle Therapie) - Gastroenterologie (Diagnostik enteraler Störungen) (<i>auch in Kooperation möglich</i>) - Orthopädische Chirurgie (Diagnostik ossärer Komplikationen) (<i>auch in Kooperation möglich</i>)</p>
Angebot Therapie	<p>Physiotherapie: - indikationsspezifische Physiotherapie - Medizinische Trainingstherapie - Sport- und Bewegungstherapie - Evaluation, Beschaffung, Anpassung und Instruktion von Orthesen</p>
	<p>Physikalische Therapie: - Lymphdrainage (<i>auch in Kooperation möglich</i>) - Thermo-, Hydro- und Balneotherapie (<i>auch in Kooperation möglich</i>) - Elektrotherapie (<i>auch in Kooperation möglich</i>)</p>
	<p>Ergotherapie: - Ergo-, Aktivierungs- und Gestaltungstherapie (inkl. ADL) - Beratung zur Arbeitsplatzgestaltung (Ergonomie) - Schulung und Einleitung der Versorgung mit Hilfsmitteln</p>
	<p>Logopädie: - Sprech-, Stimm- und Sprachtherapie (<i>auch in Kooperation möglich</i>)</p>
	<p>Schmerztherapie: - Interdisziplinäre Schmerzbehandlung</p> <p>Implantation intrathekaler Pumpen: - Schmerz- und Plastikbehandlung (Implantation und Nachsorge) (<i>auch in Kooperation möglich</i>)</p>
	<p>Klinische Psychologie: - Beratung und Krisenintervention - Entspannungsverfahren - alltagspraktisches Hirnleistungstraining</p>
	<p>Gesundheitsbildung, -schulung: - Indikationsspezifische Programme zur Information, Motivation, Schulung</p>
	<p>Sozial- und Berufsberatung: - Beratung zur finanziellen, häuslichen, sozialen und gesundheitlichen Sicherstellung - Belastungserprobung und Arbeitstherapie (<i>auch in Kooperation möglich</i>) - Vermittlung von / an Selbsthilfegruppen</p>
	<p>Andere Funktionsdiagnostik: - Gastroenterologie (Behandlung enteraler Störungen) (<i>auch in Kooperation möglich</i>) - Orthopädische Chirurgie (Behandlung ossärer Komplikationen (Gelenk, Wirbelsäule)) (<i>auch in Kooperation möglich</i>) - Plastische Chirurgie (operative Behandlung Hautläsionen) (<i>auch in Kooperation möglich</i>) - Langzeitbeatmung (spezialisierte Atemtherapie, prolongierte weaning Verfahren, Hustenassistenz, Heimbeatmung) - Blasen- und Darmmanagement (Anleitung und Training) - Sexualtherapie (Anleitung und Training)</p>
	Infrastruktur
<p>Freizeitangebote: - geeignete Aufenthaltsräume und Sportmöglichkeiten</p>	

Tabelle 10: Spezifische Anforderungen an die psychosomatische Rehabilitation

Anforderungen	Beschrieb
Personalstruktur	Das medizinisch-pflegerische Personal setzt sich zusammen aus Kaderärzten, Psychotherapeuten, Physiotherapeuten, Sporttherapeuten, Ergotherapeuten, Sozialarbeitern und Pädagogen, Ernährungsberatern und Pflegepersonal.
Medizinischer Leiter / Chefarzt	Der Medizinische Leiter / Chefarzt muss mindestens 80% fest angestellt sein.
Kaderärzte (inkl. Medizinischer Leiter)	Die Kaderärzte sind im Besitz eines Facharztstitels FMH in Psychiatrie und Psychotherapie mit zusätzlicher Ausbildung in psychosomatischer und psychosozialer Medizin oder Allgemeiner Innerer Medizin mit zusätzlicher Ausbildung in psychosomatischer und psychosozialer Medizin oder physikalische Medizin und Rehabilitation mit zusätzlicher Ausbildung in psychosomatischer und psychosozialer Medizin. Mindestens ein Psychiater muss angestellt sein.
Medizinisch-pflegerisches Personal	Das medizinisch-pflegerische Personal ist im Besitz eines durch die Artikel 47, 48, 49 und 50a KVV anerkannten Diploms. Die Ergotherapeuten müssen Erfahrung haben in Belastungserprobung (Arbeitstherapie, arbeitsorientiertes Training). Die Psychologen haben eine Erfahrung in psychologischer Diagnostik, Psychotherapie und in Entspannungstechniken. Die Pflegedienstleitung hat eine Weiterbildung in Pflegemanagement. Das Pflegepersonal steht 365 Tage/ 24 Stunden zur Verfügung.
Beratungsdienste	Sozialdienst
	Ernährungsberatung
	Diätkoch
Bereitschaftsdienst, Hintergrunddienst, Notfallalarm/Reanimation	Ärztlicher Bereitschaftsdienst: - Diensthabender Arzt steht für Notfälle innert 5 Minuten zur Verfügung - Bei medizinischer Notwendigkeit Beizug eines kaderärztlichen Hintergrunddienstes innert 30 Minuten
	Fachärztlicher Hintergrunddienst: - 7-17 Uhr an Werktagen: jeweilige Fachärzte im Haus - 17-7 Uhr und Wochendenden: Bei medizinischer Notwendigkeit Beizug des jeweiligen Facharztes innert 6 Stunden
	Notfallalarm / Reanimation: - regelmässige Schulung des klinischen Personals (mind. einmal pro zwei Jahren), Dokumentation der Teilnahme - Notfall-Koffer bzw. -wagen auf allen Stationen vorhanden
Angebot Diagnostik	Medizinische Diagnostik: - Psychosoziale und indikationsspezifische Routinediagnostik und psychopathologische Befundung gemäss fachspezifischem Behandlungskonzept
	Labor: - NF- und Routinelabor (<i>auch in Kooperation möglich</i>)
	EKG (<i>auch in Kooperation möglich</i>)
	Radiologie: - Konventionellen Rx (<i>auch in Kooperation möglich</i>)
	Sonographie (<i>auch in Kooperation möglich</i>)
	Sonstige Funktionsdiagnostik: - Langzeitblutdruckmessung (<i>auch in Kooperation möglich</i>) - Spirometrie (<i>auch in Kooperation möglich</i>)
Angebot Therapie	Klinische Psychologie / Psychotherapie: - Beratung und Krisenintervention (mindestens 1-2 Einzelgespräche pro Woche und mindestens 1-2 Gruppengespräche pro Woche) - Entspannungsverfahren - Psychoedukation - Schmerztherapie
	Physio- und Sporttherapie: - indikationsspezifische Physiotherapie - Medizinische Trainingstherapie
	Ergotherapie: - Ergo-, Aktivierungs- und Gestaltungstherapie (inkl. ADL)
	Atemtherapie
	Sozial- und Berufsberatung: - Belastungserprobung im Klinikalltag / sozialem Umfeld

Tabelle 11: Spezifische Anforderungen an die Palliativpflege

Anforderungen	Beschrieb
Personalstruktur	Das medizinisch-pflegerische Personal setzt sich zusammen aus Kaderärzten, klinische Psychologen, Ernährungsberatern und dem Pflegepersonal. Ein/-e Sozialarbeiter/-in ist im interdisziplinären Team integriert (externe Anstellung möglich).
Medizinischer Leiter / Chefarzt	Die Verantwortung für das Kompetenzzentrum liegt bei einem Facharzt mit Ausbildung für spezialisierte Palliative Care. Eine adäquate Vertretungsregelung ist gewährleistet.
Kaderärzte	Die Kaderärzte sind im Besitz eines Facharzttitels FMH innere Medizin mit Weiterbildung in Palliativpflege
Medizinisch-pflegerisches Personal	Das medizinisch-pflegerische Personal ist im Besitz eines durch die Artikel 49 und 50a KVV anerkannten Diploms. Die Psychologen haben eine Zusatzqualifikation in Psychotherapie und eine Erfahrung in Entspannungstechniken. Die Pflegedienstleitung hat eine Weiterbildung in Pflegemanagement. Die Hälfte des Pflegepersonals muss mindestens eine zweijährige Berufserfahrung nach Erhalt des Diploms und spezifische Kenntnisse im Bereich Palliativpflege aufweisen. Das Pflegepersonal steht 365 Tage / 24 Stunden zur Verfügung.
Beratungsdienste	Sozialdienst
	Religiöse Begleitung
	Ernährungsberatung
	Diätkoch
Bereitschaftsdienst, Hintergrunddienst	Ärztlicher Bereitschaftsdienst: - Diensthabender Arzt steht für Notfälle innert 5 Minuten zur Verfügung - Bei medizinischer Notwendigkeit Beizug eines kaderärztlichen Hintergrunddienstes innert 30 Minuten
	Fachärztlicher Hintergrunddienst: - 7-17 Uhr an Werktagen: mindestens ein Facharzt ist im Haus - 17-7 Uhr und Wochenenden: Bei medizinischer Notwendigkeit Beizug des jeweiligen Facharztes innert 6 Stunden
Struktur	Eine organisatorische Einheit mit eigener Führungsstruktur und eigenen Räumlichkeiten für Patientinnen und Patienten, die Palliativpflege benötigen, mit angemessener Atmosphäre und Übernachtungsmöglichkeiten für Angehörige.
Technische Infrastruktur	Im Patientenzimmer: - Sauerstoff-Wandanschluss - Absaugvorrichtung für Atemwege
	Auf der Abteilung: - Schmerzpumpe - Infusion / Tropf, Spritzenpumpe - Anti-Dekubitus-Matratze
Angebot Diagnostik	Medizinische Diagnostik: - Routinediagnostik (z.B. ICF) gemäss fachspezifischem Behandlungskonzept
	Labor: - Routinelabor (7-17 Uhr an Werktagen), Notfalllabor (7-17 Uhr und an den Wochenenden) - Speziallabor (<i>auch in Kooperation möglich</i>)
	Sonstige Funktionsdiagnostik: - Langzeitblutdruckmessung (<i>auch in Kooperation möglich</i>)
Angebot Therapie	Eine geregelte externe Vernetzung mit anderen Institutionen, ambulanten Leistungserbringern und Angehörigen.
	Ein Betriebskonzept, in welchem festgehalten ist, wie in einer palliativen Situation die bestmögliche Lebensqualität der Patienten und Patientinnen gewährleistet und deren Würde und Integrität geachtet werden. Das Konzept gibt Auskunft über das Leistungsangebot, die Zielpatientengruppen sowie die zur Erfüllung des Auftrages notwendige Infrastruktur und Prozesse.
	Schmerztherapie: - interdisziplinäre Schmerztherapie
	Klinische Psychologie: - Beratung und Krisenintervention - Entspannungsverfahren
	Sozialberatung: - Beratung zur finanziellen, häuslichen, sozialen und versicherungstechnische Sicherstellung - Vermittlung von / an Selbsthilfegruppen

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Zusammenfassung der Ergebnisse auf die Vernehmlassung	2
Tabelle 2: Anforderungen an die Qualität	3
Tabelle 3: Spezifische Anforderungen an die polyvalente geriatrische Rehabilitation.....	4
Tabelle 4: Spezifische Anforderungen an die muskuloskeletale Rehabilitation	5
Tabelle 5: Spezifische Anforderungen an die internistische und onkologische Rehabilitation.....	6
Tabelle 6: Spezifische Anforderungen an die kardiovaskuläre Rehabilitation.....	8
Tabelle 7: Spezifische Anforderungen an die neurologische Rehabilitation.....	9
Tabelle 8: Spezifische Anforderungen an die pulmonale Rehabilitation	10
Tabelle 9: Spezifische Anforderungen an die paraplegiologische Rehabilitation	12
Tabelle 10: Spezifische Anforderungen an die psychosomatische Rehabilitation.....	14
Tabelle 11: Spezifische Anforderungen an die Palliativpflege	15