



Anhang zur Walliser Spitalliste 2027 Akutsomatik

Generelle Anforderungen and weitergehende generelle Anforderungen

Version 2025.1

Inhaltverzeichnis

1. Allgemeines.....	3
2. Leistungsaufträge.....	3
3. Versorgungsauftrag	3
4. Qualitätssicherung und -entwicklung durch die Listenspitäler	4
4.1. Anforderungen für alle Bereiche.....	4
4.1.1. Leitlinien und Behandlungskonzepte	4
4.1.2. Qualitäts- und Risikomanagement.....	4
4.1.3. Zwischenfallmeldesystem rucker(CIRS).....	5
4.1.4. Qualitätsmessungen.....	6
4.1.5. Hygienemanagement	7
4.1.6. Heilmittelmanagement.....	7
4.1.7. Patientendokumentation.....	7
4.1.8. Koordinierte Versorgung.....	7
4.2. Zusätzliche Anforderungen im Bereich Akutsomatik.....	8
4.2.1. Hygienemanagement	8
4.2.2. Mindestfallzahlen.....	8
5. Aus- und Weiterbildung	9
5.1. Aus- und Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten	9
5.2. Ausbildung in nichtuniversitären Gesundheitsberufe.....	9
6. Daten	10
6.1. Datenlieferung.....	10
6.2. Datenschutz und Informationssicherheit.....	10
7. Rechnungslegung	11
8. Aufsicht und Revision.....	11

1. Allgemeines

Die vorliegenden generellen Anforderungen gelten für alle Spitäler mit einem Leistungsauftrag des Kantons Wallis (Listenspitäler).

Neben den hier aufgeführten generellen Anforderungen sind weitere Anforderungen in folgenden Anhängen zu den Spitallisten zu berücksichtigen:

- a. Leistungsspezifische Anforderungen Akutsomatik
- b. Weitergehende leistungsspezifische Anforderungen

Alle Anforderungen und Definitionen sind abrufbar unter www.vs.ch/gesundheit.

2. Leistungsaufträge

Der Kanton erteilt Leistungsaufträge im Sinne des KVG, der KVV sowie des GKAI (insbesondere Artikel 9).

Die teilweise oder vollständige Übertragung eines Leistungsauftrags auf einen anderen Leistungserbringer oder einen anderen Spitalstandort ist nicht zulässig.

Die Kündigung eines Leistungsauftrags gemäss Art. 9 Abs. 4 GKAI ist dem Gesundheitsdepartement schriftlich mitzuteilen.

3. Versorgungsauftrag

Die Listenspitäler sind verpflichtet, im Rahmen ihrer Leistungsaufträge und Kapazitäten sämtliche Walliser Patientinnen und Patienten nach rechtsgleichen Kriterien und medizinischer Dringlichkeit sowie unabhängig von Versicherungsklasse oder Schweregrad einer Erkrankung aufzunehmen und zu behandeln (vgl. Art. 41a Abs. 1 Bundesgesetz über die Krankenversicherung [KVG]). Eine Bevorzugung von Patientinnen oder Patienten mit Zusatzversicherung oder mit geringerem Schweregrad bei der Aufnahme ist nicht zulässig. Die Aufnahmebereitschaft ist für alle zugesprochenen Leistungsgruppen am Standort des Listenspitals zu gewährleisten.

Das Listenspital muss die Erbringung des gesamten Spektrums der ihm erteilten Leistungsaufträge sicherstellen. Es ist zur Meldung an das Gesundheitsdepartement verpflichtet, wenn ein Leistungsauftrag nicht mehr vollumfänglich erbracht werden kann.

Das Listenspital erbringt die gesetzlichen und in der Spitalliste definierten Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sowie in der notwendigen Qualität. Die medizinisch-ethischen Richtlinien der Schweizerischen Akademie für medizinische Wissenschaften (SAMW) sind zu beachten.

Das Listenspital ist verpflichtet, im Pandemiefall Vorgaben des Epidemiengesetzes (EpG), des Pandemieplans Schweiz, des Bevölkerungs- und Zivilschutzgesetzes und des Bevölkerungsschutzgesetzes, jeweils in der geltenden Fassung, zu berücksichtigen und umzusetzen.

Das Listenspital ist verpflichtet, in seiner Unternehmensführung die Interessen des Gesundheitssystems als Ganzes zu berücksichtigen. Das Spital legt im jährlichen Qualitäts- oder Geschäftsbericht dar, wie es diese Interessen mitgestaltet und gewährleistet.

4. Qualitätssicherung und -entwicklung durch die Listenspitäler

4.1. Anforderungen für alle Bereiche

Das Listenspital ist verpflichtet, sämtliche für die Erfüllung des Leistungsauftrags notwendigen strukturellen und personellen Voraussetzungen am Spitalstandort zu gewährleisten. Es sichert und fördert die Qualität der zu erbringenden Leistungen.

Das Listenspital beachtet die Vereinbarungen mit den Tarifpartnern und die Vorgaben des Gesundheitsdepartements. Es trifft insbesondere folgende Mindestmassnahmen zur Qualitätssicherung und -entwicklung:

4.1.1. Leitlinien und Behandlungskonzepte

Die Behandlungen der Patientinnen und Patienten erfolgen nach auf aktueller Evidenz beruhenden Leitlinien der nationalen Fachgesellschaften oder, wenn solche fehlen, nach entsprechenden internationalen Leitlinien.

Die Behandlungen müssen medizinisch indiziert sowie wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein.

Wird in der Behandlung von Leitlinien oder Behandlungskonzepten abgewichen, ist dies in der Patientendokumentation zu begründen.

Die Listenspitäler erstellen und implementieren Behandlungskonzepte oder Standard Operating Procedure [SOP] als Grundlage für die medizinische Versorgung. Die Konzepte enthalten Vorgaben zur Diagnostik und zu den Behandlungen. Sie sind für das medizinische Fachpersonal zugänglich und verbindlich. Der Umgang mit Abweichungen von den Behandlungskonzepten ist geregelt.

Die postoperative Behandlung und Nachsorge der Patienten werden vollständig von der Einrichtung übernommen.

4.1.2. Qualitäts- und Risikomanagement

Die Listenspitäler verfügen über ein systematisches Qualitäts- und Risikomanagement (QRM). Dieses ist auf der Führungsebene verankert und im Spital umgesetzt.

Das QRM orientiert sich an einem auf kontinuierliche Verbesserung ausgerichteten Regelkreislauf, beispielsweise am PDCA-Zyklus mit den Schritten Planung (Plan), Implementierung (Do), Analyse der Massnahmen (Check) und Systemmodifikation (Act).

Die Listenspitäler verfügen über ein den neuesten Standards entsprechendes schriftliches Qualitätskonzept (umfassend insbesondere die Struktur-, Prozess- mit Indikationsqualität sowie Ergebnisqualität) und ein Risikokonzept.

Im Rahmen der Indikationsqualität ist insbesondere sicherzustellen, dass eine medizinische Intervention notwendig und angemessen ist. Der medizinische Nutzen muss die Risiken überwiegen. Die Intervention muss aus wissenschaftlichen und sozial-ethischen Gründen zu empfehlen sein.

Im QRM sind schriftlich festzuhalten und zu implementieren:

- a. Grundsätze der Qualitäts- und Risikopolitik einschliesslich der Definition von Zielen und Massnahmen zur Zielerreichung (z.B. internes Kontrollsystem zur Schadenminderung, Teilnahme an nationalen Qualitätsprogrammen, Zertifizierungen, sonstige Qualitätsaktivitäten).
- b. Grundsätze der Informationspolitik im Bereich QRM: Die Mitarbeitenden sind über Aktivitäten und Prozesse im Bereich QRM informiert, auf dem neuesten Stand und bei Bedarf handlungsfähig. Aktivitäten im Bereich QRM werden nach aussen (z.B. auf der Spital-Webseite) kommuniziert.
- c. Verantwortlichkeiten im Bereich QRM: Qualitätssicherungs- und Entwicklungsorgane und -personen (z.B. Qualitätskommission, Qualitätszirkel, Qualitätsverantwortliche, Projektgruppen) sowie die Verantwortlichkeit für das Risikomanagement sind definiert.
- d. Interne Fort- und Weiterbildungen zu QRM-Themen werden ausgewiesen (z.B. betreffend CIRS, Vigilanzen).
- e. Beschwerde- und Haftpflichtmanagement: Beschwerden und Vorfälle werden systematisch dokumentiert und gelenkt. Die Verantwortlichkeit ist geregelt und die Patientinnen und Patienten sind über ihre Möglichkeiten, Rechte und Pflichten informiert.
- f. Notfallmanagement für eine optimale Versorgung von Notfällen innerhalb des Spitals sowie bei Spitälern mit Notfallaufnahme: Die Kompetenz des gesamten Teams, Notfallerkennung, Schulung der Mitarbeitenden, Arztverfügbarkeit und Infrastruktur sind sichergestellt.
- g. Schulung des klinischen Personals mindestens alle zwei Jahre gemäss den Richtlinien des European Resuscitation Council.
- h. Grippeimpfungsmanagement mit dem Ziel einer möglichst hohen Grippeimpfrate beim Spitalpersonal.
- i. Nachweis der Erfüllung gesetzlicher Vorgaben, Richtlinien und amtlicher Kontrollen.

4.1.3. Zwischenfallmeldesystem (CIRS)

Das Listenspital führt ein Zwischenfallmeldesystem (Critical Incident Reporting System [CIRS]). Hierbei werden patientensicherheitsrelevante Zwischenfälle erfasst, analysiert, kommuniziert und Verbesserungsmassnahmen eingeleitet.

Das CIRS genügt folgenden Anforderungen in Anlehnung an etablierte Handlungsempfehlungen:

- a. Vorliegen eines CIRS-Konzepts.
- b. Die Verantwortlichkeiten für die Pflege und Nutzung des CIRS sind geregelt und zugeteilt.
- c. Die für die Fallbearbeitung in CIRS verantwortlichen Personen verfügen über die dazu erforderlichen Ressourcen und sind in systemischer Fallanalyse geschult. Sie haben Zugang zu allen Entscheidungs- und Leitungsgremien aller Ebenen des

Spitals gemäss Wichtigkeit und Dringlichkeit einer Angelegenheit.

- d. Die Bearbeitungsfristen für die Eingangsphase einer Fallbearbeitung (von Meldungseingang bis Triage und Information über das weitere Vorgehen) sind definiert. Die Kriterien zur Fallbeurteilung sind festgelegt und werden angewendet. Der Abschluss der CIRS-Meldung muss in jedem Fall kommentiert sein (auch, wenn bewusst auf Massnahmen verzichtet wurde).
- e. Es erfolgen systematische Rückmeldungen zu den CIRS-Fällen. Mitarbeitende erhalten (von den Verantwortlichen) Informationen zu Berichten und Massnahmen. Entscheidungs- und Leitungsgremien erhalten regelmässig systematische Auswertungen.
- f. Die Mitarbeitenden werden gemäss definiertem Prozess in das CIRS eingeführt.
- g. Die Anonymität der Meldenden ist geregelt. Das Listenspital gewährleistet die betriebsinterne Sanktionsfreiheit der Meldenden.
- h. Es erfolgen systematische Rückmeldungen zu den CIRS-Fällen. Mitarbeitende (von den Verantwortlichen) erhalten Informationen zu Berichten und Massnahmen und Entscheidungsträger erhalten regelmässig systematische Auswertungen.
- i. Anonyme Meldungen sind möglich. Das Spital gewährleistet den jederzeitigen, niederschweligen und meldegerechten Zugang auf das CIRS.

4.1.4. Qualitätsmessungen

Listenspitäler führen ein Qualitätsmonitoring und messen Prozess- und Ergebnisqualität ausgewählter Bereiche. Routinedaten sind (wo möglich) für Qualitätsmessungen zu nutzen

Die Spitäler nehmen regelmässig an den nationalen Qualitätsmessungen teil und erfüllen den nationalen Qualitätsvertrag.

Die Listenspitäler händigen dem Gesundheitsdepartement auf Verlangen spitalspezifische Ergebnisse von Qualitätsmessungen aus. Die Listenspitäler ermächtigen das Gesundheitsdepartement bei national verpflichtenden Messungen, deren Auswertungen (auf Spitalebene) direkt einzuholen.

Ergebnisse aus nationalen und kantonalen verpflichtenden Qualitätsmessungen und Registern sind regelmässig innerhalb des klinikeigenen Qualitätsmanagementsystems zu dokumentieren. Anhand der Qualitätsziele sind kontinuierlich Verbesserungsmaßnahmen abzuleiten, zu bewerten und zu dokumentieren. Datenvollständigkeit und -qualität sind vom Spital zu kontrollieren und bei Bedarf zu optimieren. Geltende Vorgaben des Datenschutzes sind einzuhalten.

Für medizinische Register – soweit geplant, im Aufbau oder vorhanden – gelten die Empfehlungen der SAMW oder des Bundesamtes für Gesundheit (BAG). Schweizer Zertifikate sollten nur dort zur Anwendung gelangen, wo internationale Zertifikate den Schweizer Strukturen nicht genügend Rechnung tragen. Es werden nationale Zertifikate empfohlen, die den SAMW-Empfehlungen entsprechen, durch die jeweilige Fachgesellschaft und/oder nationale Institutionen fachlich und normgebend verantwortet und durch einen von der Schweizerischen Akkreditierungsstelle (SAS) akkreditierten Betrieb zertifiziert werden.

4.1.5. Hygienemanagement

Ein Hygienekonzept, das die Etablierung einer Hygienekommission (mit Protokollierung der Sitzungen und Mitteilung der Ergebnisse an die Spitalleitung) und die Implementierung von Hygienerichtlinien und -empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Spitalhygiene oder Swissnoso vorsieht, liegt vor.

Die Einhaltung der Hygienerichtlinien ist zu überwachen.

Klinisch tätige Mitarbeitende sind bei Stellenantritt und während der Anstellung regelmässig in der Klinikhygiene zu schulen.

4.1.6. Heilmittelmanagement

Jedes Spital betreibt ein Heilmittelmanagement zur Optimierung der Heilmittelsicherheit und Vermeidung von Schäden durch Fehler bei der Anwendung sowie bei unerwünschten Wirkungen und Vorkommnissen.

Die Rollen und Kompetenzen bei der Abgabe und Anwendung von Heilmitteln sind in einem klar strukturierten Versorgungskonzept mit klinischen Leitlinien festgelegt.

Der Arzneimittelversorgungsprozess ist unter Einbezug der relevanten Akteure (Ärztinnen und Ärzte, Spitalapothekerinnen und -apotheker, Pflegefachpersonen, diplomierte Hebammen) hinsichtlich Verschreibung, Abgabe und Anwendung standardisiert und dokumentiert.

An externen sowie internen Schnittstellen erfolgt ein Arzneimittelabgleich. Der Umgang mit Fehlern und kritischen Ereignissen ist geregelt.

4.1.7. Patientendokumentation

Das Patientendokumentationssystem gewährleistet einen effizienten Informationsaustausch unter allen Akteuren unter Wahrung der Authentizität, der Datenintegrität und der Vertraulichkeit.

Bei der Entlassung aus dem Spital werden alle Informationen übermittelt, die für die Behandlung des Patienten erforderlich sind, um die Kontinuität und Sicherheit der Behandlung zu gewährleisten.

4.1.8. Koordinierte Versorgung

Ein Konzept zur integrierten Versorgung, speziell für multimorbide Patientinnen und Patienten, unter Berücksichtigung der Schnittstellen zu internen Abteilungen bzw. Kliniken ist vorhanden.

Ein Konzept zum koordinierten und multiprofessionellen Ein- und Austrittsmanagement (Übertrittsmanagement) einschliesslich einer den anerkannten Regeln des eigenen Berufs verpflichteten, allgemein verfügbaren Sozialberatung ist vorhanden und etabliert. Dies umfasst unter anderem Folgendes:

- a. Das Spital verfügt über einen definierten Eintrittsprozess. Dieser regelt insbesondere auch die Erfassung von schutz- und pflegebedürftigen Angehörigen (z.B. Minderjährige, pflegebedürftige Partnerinnen und Partner oder Eltern usw.) sowie

von Tieren, für welche die Patientin oder der Patient die alleinige Verantwortung trägt. Der Eintrittsprozess enthält Handlungsanweisungen, um im Bedarfsfall Wohl und Betreuung von schutz- und pflegebedürftigen Angehörigen sowie Tieren sicherzustellen.

- b. Beim Austritt ist die Patientin oder der Patient schriftlich und mündlich über das weitere medizinische und therapeutische Prozedere zu instruieren.
- c. Es findet eine Information der Nachbehandler (u.a. Pflegeheime) und eine Koordination mit den Nachbehandlern statt.

Die Einrichtung arbeitet mit der SOMEKO (sozial-medizinische Koordinationsstelle) gemäss den festgelegten Bedingungen zusammen.

Die Spitäler verfügen mindestens über eine Kooperation mit einem psychiatrischen Konsiliar- und Liaisondienst.

Die Patienteninformation und -aufklärung ist während des gesamten Behandlungsverlaufs sichergestellt (neben dem direkten Arzt-Patienten-Kontakt mittels schriftlicher Informationen).

Ein Betriebskonzept mit Angaben zur Organisation (Leitung, Administration, Stellenschlüssel, Koordination, Öffnungszeiten, Erreichbarkeit) sowie zur medizinischen Ausrichtung des Spitals ist vorhanden.

4.2. Zusätzliche Anforderungen im Bereich Akutsomatik

Für Listenspitäler mit einem Leistungsauftrag im Bereich der Akutsomatik gelten zusätzlich folgende Qualitätsanforderungen:

4.2.1. Hygienemanagement

Im Rahmen des Hygienemanagements verfügt das Listenspital über ein Konzept zum prophylaktischen und therapeutischen Antibiotikagebrauch (einschliesslich Berücksichtigung regionaler Resistenzspektren und Empfehlungen zur Dosierung der Antibiotika und zur Dauer der Therapie).

Das Spital führt ein Überwachungsprogramm (Surveillance) von nosokomialen Infektionen sowie Resistenzentwicklungen und erfüllt die strukturellen Mindestanforderungen der Strategie NOSO des BAG.

4.2.2. Mindestfallzahlen

Im Spitallistenanhang "Leistungsspezifische Anforderungen" (Legende und Konkretisierung der Anforderungen) sind die Leistungsgruppen bezeichnet, für die der Leistungsauftrag grundsätzlich voraussetzt, dass im Listenspital pro Jahr die im Anhang genannte Mindestzahl an Behandlungen erreicht wird (Mindestfallzahlen pro Spital [MFZS]; Mindestfallzahlen pro Operateur/in [MFZO]).

5. Aus- und Weiterbildung

5.1. Aus- und Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten

Gemäss dem GKAI ist eine Bedingung für die Aufnahme in die kantonale Spitalliste und für die Erteilung von Leistungsaufträgen an die im Wallis gelegenen Einrichtungen, dass die Einrichtung durch das SIWF als Weiterbildungsstätte für Ärzte anerkannt ist.

5.2. Ausbildung in nichtuniversitären Gesundheitsberufe

Gemäss Art. 3 des Gesetzes über die Bereitstellung von Praktikums- und Ausbildungsplätzen für nichtuniversitäre Gesundheitsberufe sind die Spitäler (inklusive Kliniken), Alters- und Pflegeheime, Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause sowie Rettungsdienste mit Aktivitäten im Kanton Wallis verpflichtet, Praktikums- und Ausbildungsplätze gemäss den festgelegten Verhältnissen anzubieten.

Artikel 9 Abs. 1 des Gesetzes besagt, dass der Nachwuchsbedarf der Anzahl Stellen entspricht, die in den betroffenen Berufen zu besetzen sind. Er wird unter anderem unter Berücksichtigung der Prognosen bezüglich der Entwicklung folgender Elemente evaluiert: Dauer des Berufslebens, Teamzusammensetzung sowie Zunahme der Leistungen.

Das Ausbildungspotenzial jeder Institution wird namentlich auf der Grundlage von folgenden Elementen evaluiert: Anzahl Beschäftigte in der Institution, die einen nichtuniversitären Gesundheitsberuf ausüben; Tätigkeitsbereiche/n der Institution (Akutpflege, Rehabilitation, Psychiatrie, Pflege im Alters- und Pflegeheim, Spitex, sanitätsdienstliches Rettungswesen usw.); an die Leistungsaufträge geknüpfte Ausbildungsverpflichtungen, die der Kanton gewissen Institutionen überträgt (Vgl. Art. 9 Abs. 2).

Die Institutionen können die Anzahl an Praktikums- und Ausbildungswochen selbst anbieten und es bestehen keine Vorgaben, wie sie das Ausbildungsziel erreichen. Es besteht die Möglichkeit, dass die Institution die Praktikums- oder Ausbildungsplätze selbst anbietet oder, in Absprache mit dieser, eine andere Institution mit Aktivitäten im Kanton Wallis damit beauftragt (Art. 7 Abs 4 des Gesetzes). Die entsprechende Anzahl an Wochen werden dann vom Ausbildungsziel in Abzug gebracht.

Grundsätzlich sind die Kosten des Aufwandes in den Tarifen enthalten. Es wird vom Kanton eine Abgeltung der Institutionen für die Betreuung der Praktikanten und Lernenden festgelegt. Ein entsprechender Entscheid ist in Kraft.

Die Institutionen müssen bei Nicht-Erreichen des Ausbildungszieles eine Entschädigungszahlung leisten. Diese entspricht nach Abzug eines Toleranzwertes von 10 % (vgl. Art. 11 Abs. 1 der Verordnung) der Differenz zwischen der Abgeltung für die festgelegte Anzahl an Praktikums- und Ausbildungswochen und der Abgeltung der effektiv zur Verfügung gestellten Anzahl an Wochen (vgl. Art 13 Abs. 1 der Verordnung). Diese Entschädigungszahlungen werden auf einen kantonalen Fonds, welcher ausschliesslich für die Aus- und Weiterbildung genutzt wird, einbezahlt.

Falls Institutionen keine Ausbildungsplätze anbieten, werden gemäss Art. 13 Abs 1 der Verordnung Entschädigungszahlungen fällig. Wer jedoch gegen die Bestimmungen des Gesetzes oder seiner Vollzugsbestimmungen handelt, wird mit einer Busse von CHF 20'000.- bestraft (Art. 15 des Gesetzes).

Der Kanton legt nach Anhörung der kantonalen Evaluationskommission die Anzahl Praktikums- und Ausbildungsplätze fest, die jede Institution pro Jahr anbieten muss (Art.7

Abs 1 des Gesetzes). Institutionen bieten die Praktikums- und Ausbildungsplätze unter Berücksichtigung der Empfehlungen der regionalen Einigungskommissionen an (Art. 7 Abs 3 des Gesetzes), sind jedoch grundsätzlich frei, wie sie die Ziele erreichen.

Die Institution kann die Praktikums- oder Ausbildungsplätze selbst anbieten oder, in Absprache mit dieser, eine andere Institution mit Aktivitäten im Kanton Wallis damit beauftragen (Art. 7 Abs 4 des Gesetzes). Ein entsprechender Vertrag muss der Dienststelle für Gesundheitswesen beim Erfassen der effektiven Ausbildungsleistungen unterbreitet werden.

Auf die Ausgleichszahlung wird verzichtet, wenn die Institution nachweisen kann, dass sie für die ungenügende Anzahl Praktikums- und Ausbildungsplätze nicht verantwortlich ist (Art. 13 Abs. 4 des Gesetzes). Diese Erläuterungen sind beim Einreichen der effektiv erbrachten Praktikums- und Ausbildungswochen beim Kanton zu hinterlegen.

Die Regelung bei Minderleistungen ist in einem separaten Dokument festgelegt. Die kantonale Evaluationskommission analysiert jeden Fall des nicht erreichten Ausbildungszieles und gibt der Dienststelle für Gesundheitswesen eine Vormeinung ab (Art. 8 Abs. 4 und Art. 13 des Gesetzes).

6. Daten

6.1. Datenlieferung

Das Listenspital stellt dem Gesundheitsdepartement Kosten-, Leistungs- und weitere Daten zu, die für die optimale Umsetzung des KVG und des GKAI erforderlich sind. Die Datenlieferungen erfolgen in der erforderlichen Qualität und fristgerecht gemäss den Vorgaben der Gesundheitsdepartements.

Das Listenspital liefert Daten an die von der SwissDRG AG bezeichneten Stellen gemäss deren Vorgaben.

Das Spital, das sich um Leistungsaufträge bewirbt, erlaubt die Veröffentlichung der Informationen, die es spezifisch im Rahmen der vorliegenden Spitalplanung geliefert hat, sei es über die Ausschreibungsplattform oder über andere Austauschprozesse zwischen dem Kanton und der Einrichtung, insbesondere die Daten, die im Rahmen der vom Walliser Gesundheitsobservatorium durchgeführten statistischen Erhebungen geliefert wurden. Die gelieferten Daten werden im Rahmen der Spitalplanung und ihrer Überwachung verwendet und können veröffentlicht werden.

6.2. Datenschutz und Informationssicherheit

Das Listenspital ist zur Einhaltung der datenschutzrechtlichen Vorgaben gemäss kantonalem und Bundesrecht verpflichtet. Die Vorgaben sind während der gesamten gesetzlich definierten Bearbeitungs- und Aufbewahrungsdauer zu beachten.

Es sind verantwortliche Personen für Datenschutz und für Informationssicherheit zu bestimmen. Es ist sicherzustellen, dass diese Personen für ihre Aufgaben geschult sind und über die notwendigen Ressourcen und Kompetenzen verfügen.

7. Rechnungslegung

Die Buchführung erfolgt nach den für den Betrieb geltenden gesetzlichen Grundlagen und den branchenüblichen Standards. Die Kostenrechnung wird nach den Bestimmungen des Bundes und den für eine optimale Umsetzung des KVG erforderlichen Vorgaben der Gesundheitsdepartements geführt.

Das Listenspital erstellt eine Jahresrechnung nach einem der Standards Swiss GAAP FER und lässt diese revidieren. Der Revisionsbericht ist der Gesundheitsdirektion vorzulegen. Die Betriebsbuchhaltung muss nach dem Branchenstandard REKOLE® zertifiziert sein. Der Betrieb erstellt einen Rechnungsabschluss pro Kalenderjahr.

Listenspitäler mit Leistungsaufträgen in mehreren Versorgungsbereichen (Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie) grenzen die verschiedenen Bereiche räumlich, betrieblich und in der Kostenrechnung sachgerecht ab.

8. Aufsicht und Revision

Das Gesundheitsdepartement überprüft die Einhaltung der Leistungsaufträge, bei Bedarf auch vor Ort. Das Listenspital hat dem Gesundheitsdepartement alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen und Unterlagen vorzulegen.

Das Listenspital hat die staatsbeitragsrechtlichen Revisionen und Kodierrevisionen durch das Gesundheitsdepartement zu unterstützen. In diesem Zusammenhang sind den zuständigen Organen dem Gesundheitsdepartement die erforderlichen Auskünfte zu erteilen, Einsicht in die Bücher und Belege zu gewähren sowie weitere Unterlagen vorzulegen. Soweit möglich wird sich die staatsbeitragsrechtliche Revision auf die anderen finanziellen Audits stützen, die von den Leistungserbringern zur Verfügung gestellt werden.

Das Gesundheitsdepartement ist berechtigt, die Umsetzung der Aufnahmepflicht bzw. des Gleichbehandlungsgrundsatzes in Form von Audits in den Spitälern zu überprüfen.

Das Gesundheitsdepartement behält sich vor, die Einhaltung von generellen und leistungsspezifischen Anforderungen mittels Audits oder anderer Methoden zu überprüfen.