

**INDUSTRIE- UND HANDELSKAMMER  
ST. GALLEN-APPENZELL**

**BERICHT**  
zu P13-007

**Künftige Spitallandschaft  
Kanton St. Gallen**

12.07.2013

## Inhaltsverzeichnis

1. Zusammenfassung.....	3
2. Einleitung .....	4
2.1. Ausgangslage .....	4
2.2. Ziel der Studie .....	5
2.3. Was die Studie nicht macht .....	5
3. Grundlagen und Aufbau der Studie .....	5
4. IST-Analyse.....	6
4.1. Spitalregionen und Leistungszahlen.....	6
4.2. Leistungsangebot.....	7
4.3. Akutsomatische Privatspitäler im Kanton St. Gallen .....	9
4.4. Marktanteile der Spitalverbunde an St. Galler Patienten .....	9
4.5. Tarifsituation für die Akutsomatik im Kanton St. Gallen .....	10
4.6. Grenzüberschreitende Patientenströme .....	11
4.7. Geplante Investitionen / Bauvorhaben.....	13
5. Trends und Performancetreiber in der akutsomatischen Medizin .....	14
6. Varianten.....	17
6.1. Variante 1 (H <sup>futura</sup> – mini).....	18
6.2. Variante 2 (H <sup>futura</sup> – midi).....	19
6.3. Variante 3 (H <sup>futura</sup> – maxi).....	22
7. Empfehlungen LENZ.....	23
7.1. Bewertung QUADRIGA II und der Varianten .....	23
7.2. Variantenwahl und Begründung .....	24
8. Anhang.....	28

### Redaktioneller Hinweis

Aus Gründen der besseren Verständlichkeit wird im nachfolgenden Text die männliche Form im geschlechtsneutralen Sinn verwendet.

# 1. Zusammenfassung

Basierend auf der Spitalstrategie QUADRIGA II aus dem Jahr 2006 wird die St. Galler Stimmbevölkerung voraussichtlich im November 2014 gleichzeitig über sechs Spital-Bauvorlagen mit einem Gesamtvolumen von knapp einer Milliarde Schweizer Franken abstimmen. Angesichts dieses grossen Volumens und weiterer mittelfristig anstehender Investitionen von gut CHF 800 Mio. in die bestehenden Infrastruktur, gab die Industrie- und Handelskammer St. Gallen-Appenzell die vorliegende Studie mit dem Ziel in Auftrag, die aktuelle Spitalstrategie der St. Galler Regierung zu beurteilen und mögliche Alternativen aufzuzeigen.

Eine Gegenüberstellung der Ist-Analyse des St. Galler Spitalwesens mit Trends und Performancetreibern in der akutsomatischen Medizin attestiert QUADRIGA II in der strategischen Ausrichtung ausgehend vom Jahr 2006 eine richtig antizipierte Basis, die es jedoch jetzt wie folgt weiterzuentwickeln gilt:

- Die **Leistungskonzentration** ist weiterzuführen und konsequenter umzusetzen. Eine effizientere Leistungserbringung bedeutet nicht nur höhere **Qualität**, sondern bewirkt auch eine höhere **Attraktivität** für das Personal und erleichtert die **Rekrutierung** von immer knapper werdendem qualifiziertem Personal.
- Der zunehmenden Verlagerung der Leistungen in den **ambulanten Sektor** soll mit der Umwandlung kleinerer Spitäler in ambulante Versorgungszentren Rechnung getragen werden. Sie sollen möglichst nach PPP-Modellen konzipiert werden und somit auch freiberuflichen Ärzten (als privaten Anbietern) Möglichkeiten zur Beteiligung bieten und die Kosten der öffentlichen Hand entlasten.
- Teure Umbauten und Sanierungen alter Spitalinfrastrukturen sind möglichst zu vermeiden. **Neubauten** an verkehrsstrategisch optimalen Standorten können nach prozessorientierten Kriterien konzipiert und für künftige Bedürfnisse flexibler gestaltet werden. Dies wird sich positiv auf die jährlich wiederkehrenden Betriebskosten auswirken. Die Bau- und Lärmemissionen während jahrelanger Bautätigkeiten, welche sowohl für Personal als auch für Patienten unattraktiv sind, fallen damit weg. Die in den letzten Jahren zu beobachtenden **Abwanderungstendenzen** in Spitäler anderer Kantone können somit gebrochen, Ertragsausfälle und Mehrkosten (Provisorien) während der Umbauphasen vermieden werden.

Zur Beurteilung der eingeschlagenen Strategie gehört auch der Einbezug aktueller bzw. sich abzeichnender Trends. Die Autoren präferieren deshalb eine alternative Spital- und Investitionsstrategie, welche eine effizientere Leistungserbringung, eine gleichbleibende oder sogar höhere Qualität verspricht, ohne die Regionen zu vernachlässigen. Das Kantonsspital St. Gallen wird noch eindeutiger als überregionales Zentrumsspital positioniert. Es soll zusammen mit dem Ostschweizer Kinderspital an einem neuen Standort errichtet werden. Aus ähnlichen Überlegungen sollen die Standorte Rheintal und Wil ebenfalls Neubauten erhalten und zu Spitälern der erweiterten Grundversorgung<sup>1</sup> werden. Damit werden für inner- wie ausserkantonale Patienten qualitativ hochstehende Leistungsangebote und für das Personal

<sup>1</sup> **Grundversorgung** in der akutmedizinischen somatischen Betreuung in öffentlichen Spitälern bedeutet das Erbringen jener Leistungen, welche von spitalexternen Anbietern nicht oder nur teilweise übernommen werden können, welche aber in regionaler Nähe in Zusammenarbeit mit Hausärztinnen und Hausärzten sowie Spezialistinnen und Spezialisten und weiteren Organisationen der Gesundheitspflege erbracht werden sollen und für die keine infrastrukturell und personell aufwendigen Einrichtungen beansprucht werden müssen. Es handelt sich dabei im Wesentlichen um die Bereiche der allgemeinen Chirurgie und der allgemeinen Inneren Medizin. Neben dem Basisbereich umfasst die **erweiterte Grundversorgung** einfache orthopädische Chirurgie, einfache ORL, Ophthalmologie (Katarakte) und Urologie des Håufigen (keine malignen Erkrankungen).

attraktive Arbeitsplätze geschaffen sowie überregionale Kooperationen (FL) ermöglicht. Die Standorte Flawil, Rorschach, Altstätten und Walenstadt sollen mittels PPP-Modellen in ambulante Gesundheitszentren umgewandelt werden. Sie gewährleisten mit der Notfallversorgung und mit Rettungsdienst-Stützpunkten zusammen mit den Akutspitälern die Versorgungssicherheit in den Landregionen. Die Standorte Wattwil und Uznach werden im bereits heute geplanten Umfang saniert. Für das Spital Linth sind umgehend Kooperationen oder Fusionen mit den umliegenden Spitälern (Männedorf und Lachen) zu konkretisieren.

Die Autoren sind überzeugt, dass mit der skizzierten Alternative mit vergleichbaren Investitionen ein zukunftssträchtigeres, nachhaltigeres, qualitativ besseres und auch (volks-) wirtschaftlich effizienteres akutsomatisches Angebot bereitgestellt werden kann. Die Alternative baut auf QUADRIGA II auf und respektiert den Volkswillen auf eine moderne, qualitativ hochstehende und konkurrenzfähige Medizin. Ausserdem nimmt sie Rücksicht auf die dezentrale Besiedelung des Kantons, bleibt aber mit den modular gestaltbaren Spitalbauten flexibel für medizinische und technische Weiterentwicklungen.

## 2. Einleitung

### 2.1. Ausgangslage

Unter der Bezeichnung QUADRIGA wurde in den Jahren 1999/2000 eine umfassende Spitalreform für den Kanton St. Gallen erarbeitet. Sie fand im Grossratsbeschluss über die Schaffung von Spitalverbunden (sGS 320.20) und im Gesetz über die Spitalverbunde (sGS 320.2) ihren Abschluss. Nach positivem Ausgang der Volksabstimmung vom 22. September 2002 erfolgte die Umsetzung auf den 1. Januar 2003. Das Kantonsspital St. Gallen und die acht Regionalspitäler wurden in vier rechtlich verselbständigte Spitalverbunde mit neuen Führungsstrukturen zusammengefasst.

Mit dem Ziel, die politischen Entscheidungsträger stärker in die Führungsstrukturen einzubinden und die Koordination zwischen den Spitalregionen zu verbessern, wurden in der Spitalstrategie QUADRIGA II die Verwaltungsräte der vier Spitalregionen ab dem 1. Januar 2006 durch einen gemeinsamen Verwaltungsrat ersetzt. Auf den gleichen Zeitpunkt wurde das Spital Flawil von der Spitalregion Fürstenland Toggenburg in den Verbund des Kantonsspitals St. Gallen überführt.<sup>2</sup>

Der Spitalstrategie QUADRIGA vorausgegangen war ein „Baumoratorium für Spitalbauten“, welches seinen Ursprung in der vom Kantonsrat abgelehnten Spitalplanung 1995 hatte und faktisch mit den Beschlüssen zum Sparpaket 1997 begann. Ziel des Moratoriums war es, grössere Investitionen für Spitalbauten erst dann wieder zu tätigen, wenn Klarheit über die langfristige Strategie im Spitalbereich und über die Leistungsaufträge an die Spitalverbunde besteht. Aufgrund des Moratoriums wurden seit dem Jahr 1997 nur noch Bauvorlagen im Spitalbereich geplant und umgesetzt, die zur Werterhaltung der Spitalimmobilien und zur Sicherstellung des bedarfsgerechten Spitalbetriebs im Kanton notwendig waren und sind.<sup>3</sup>

Ab dem Jahr 2006 standen mit dem Quadriga II-Beschluss die zwingend nötigen strategischen Grundlagen für die weitere Planung der baulichen Massnahmen an den kantonalen Spitalimmobilien zur Verfügung. Basierend auf dieser Strategie aus dem Jahr 2006 bringen

<sup>2</sup>Vgl. [http://www.sg.ch/home/gesundheit/gesundheitsversorgung/spitaeler\\_und\\_kliniken/akutspitaeler.html](http://www.sg.ch/home/gesundheit/gesundheitsversorgung/spitaeler_und_kliniken/akutspitaeler.html)

<sup>3</sup>Vgl. Kantonsrat St. Gallen, 51.11.05, Schriftliche Antwort der Regierung auf Interpellation der SVP-Fraktion vom 15.2.2011, 21.06.2011

Gesundheits- und Baudepartement im November 2014 gleichzeitig sechs Bauvorlagen mit einem Gesamtvolumen von einer Milliarde Schweizer Franken zur Abstimmung, weitere Vorlagen mit einem Investitionsvolumen von über CHF 800 Millionen sollen folgen.

## 2.2. Ziel der Studie

Vor dem Hintergrund dieses Finanzierungsvolumens beauftragte die Industrie- und Handelskammer St. Gallen-Appenzell (IHK) die Firma LENZ, eine neutrale und ergebnisoffene Studie zur „künftige Spitallandschaft St. Gallen“ zu verfassen.

Ziel der Studie ist es:

- Vor- und Nachteile der aktuellen Spitalstrategie QUADRIGA II zu analysieren und mögliche alternative Spitalstrategien mit ihren Vor- und Nachteilen vorzuschlagen.
- Die Studie soll eine Basis für die Lancierung einer breiten, politischen und öffentlichen Debatte über die Spitalstrategie und die anstehenden Bauvorlagen bilden.

Die Studie konzentriert sich auf den akutsomatischen Spitalbereich, insbesondere auf die Spitalverbunde des Kantons St. Gallen.

## 2.3. Was die Studie nicht macht

Die Studie geht nicht detailliert auf die Strukturen der Versorgung im Rehabilitations- und Psychiatriebereich ein, auch nicht auf die Organisationsstruktur der Spitalverbunde. Die in der Studie aufgezeigten Alternativen bauen auf QUADRIGA II auf und können sowohl innerhalb eines einzigen Spitalverbundes ohne separate Spitalregionen als auch weiterhin im Kleide von vier Spitalregionen, welchen ein gemeinsames strategisches Gremium vorsteht, organisiert werden.

Ebenso geht die Studie nicht der Frage der Eigentumsverhältnisse an den Immobilien bzw. der geplanten Übergabe der Spitalimmobilien an die Spitalverbunde nach. Obwohl die Autoren prinzipiell für eine solche Auslagerung sind, gilt diese Fragestellung gleichermassen für die aktuelle Spitalstrategie wie auch für die aufgezeigten Alternativen.

## 3. Grundlagen und Aufbau der Studie

Für diese Studie wurden den Autoren (seitens der Regierung) keine aktuellen medizinischen Daten der Spitäler der Spitalverbunde zur Auswertung zur Verfügung gestellt. Die in der vorliegenden Studie verwendeten Daten der medizinischen Leistungserbringung haben darum ihre Quellen in den **Geschäftsberichten** der Spitalverbunde, im **Versorgungsbericht des Kantons** (Spitalplanung Akutsomatik 2012) und in den **gesamtschweizerischen Daten** der medizinischen Statistik der Krankenhäuser BFS aus den Jahren 2005 – 2010. Letztere anonymisierte Daten konnten jedoch aus Datenschutzgründen lediglich auf Ebene Spitalregion (nach Definition BFS) ausgewertet werden und lassen keine Rückschlüsse auf einzelne Spitäler (Spitalregionen) oder gar Spitalstandorte zu. Deshalb konnten diese Daten nur für die Darstellung der innerkantonalen Patientenströme und für die grenzüberschreitenden Patientenwanderungen verwendet werden.

Ferner standen den Autoren **Kostendaten** der Spitalverbunde in Form des Tarifberechnungsmodelles **ITAR-K** der Jahre 2010 und 2011 zur Verfügung. Des Weiteren wurden sämtliche relevanten **Gesetze und Regularien** (Gesundheitsgesetz vom 28.06.1979; Gesetz über die Spitalverbunde vom 22.09.2002; Statut der Spitalverbunde des Kantons St. Gallen

vom 11.05.2006; Gesetz über die Spitalplanung und –finanzierung vom 31.01.2012) konsultiert. Ferner werden in der Studie verschiedene Informationen der Gesundheitsdirektion St. Gallen zitiert und auf empirische medizinische und gesundheitsökonomische Daten zurückgegriffen.

Die Ist-Analyse der heutigen Spitallandschaft St. Gallen wird in Kapitel 4 dargelegt. Dabei werden neben der Struktur der vier Spitalregionen sowohl deren Leistungsaufträge, Leistungsangebote, Patientenströme, die Tarifsituation und Kostenstrukturen als auch die geplanten Investitionen ausgewiesen. Im Kapitel 5 werden Trends und Performancetreiber in der akutsomatischen Medizin aufgezeigt und daraus Konsequenzen für die Ausgestaltung des medizinischen Angebots und vorzuhaltende Infrastrukturen abgeleitet. In Kapitel 6 werden alternative Varianten auf Basis der aus Kapitel 4 und 5 gewonnenen Erkenntnisse entwickelt und zusammen mit QUADRIGA II Kriterien-basiert bewertet. Die aus Sicht der Autoren zukunftsfähigste Alternative wird im Kapitel 7 dargestellt und begründet.

## 4. IST-Analyse

### 4.1. Spitalregionen und Leistungszahlen

Die vier Spitalverbunde sind in vier Spitalregionen gegliedert. Die nachstehende Graphik zeigt den Kanton St. Gallen mit den 4 Spitalregionen.

Die **Spitalregion 1** besteht aus dem Kantonsspital St. Gallen, dem Regionalspital Rorschach und seit QUADRIGA II aus dem Spital Flawil.

**Spitalregion 2** (Rheintal, Werdenberg, Sarganserland) beinhaltet die Standorte Grabs, Altstätten und Walenstadt.

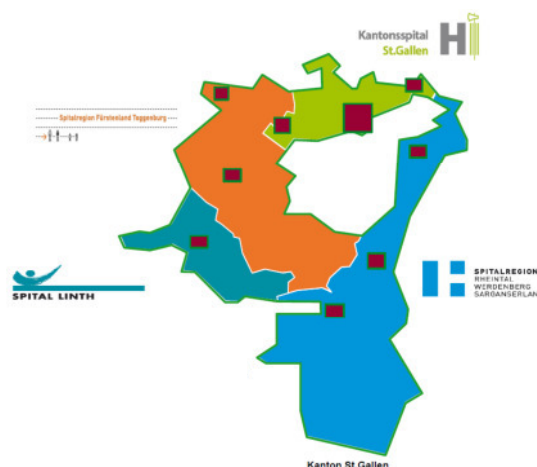
**Spitalregion 3** besteht als einziger Spitalverbund aus lediglich einem Spital, dem Spital Linth in Uznach.

**Spitalregion 4** (Fürstenland, Toggenburg) führt die Spitäler Wil und Wattwil.

Gemäss Jahresbericht 2011 über die Erfüllung des Leistungsauftrages und die Verwendung der Mittel der Spitalverbunde wurden in den vier Spitalregionen im Jahr 2011 insgesamt 63'353 Patienten an 459'212 Pflgetagen behandelt. Die durchschnittliche Liegedauer betrug 7.25 Tage. Der Kanton leistete im Jahr 2011 Beiträge von CHF 308.7 Mio. an die Spitalverbunde, davon CHF 195,1 Mio. für die stationäre Versorgung, was einem Beitrag von CHF 3'079.50 pro stationärem Spitalaufenthalt entspricht. Die restlichen CHF 113.6 Mio. des Globalkredites gelangen in der Regel als Abgeltung für die gemeinwirtschaftlichen Leistungen an die Spitalverbunde. Der Personalaufwand (CHF 645 Mio.) beansprucht einen Anteil von 65% am Betriebsaufwand von knapp einer Milliarde CHF.

Die vier Spitalregionen beschäftigten im Jahr 2011 insgesamt 5'931 durchschnittlich besetzte Vollzeit-Stellen (einschliesslich Personal in Ausbildung), was einem **Zuwachs von knapp 200 Vollzeitstellen gegenüber dem Vorjahr** entspricht.

Abbildung 1 Spitalregionen Kanton St. Gallen

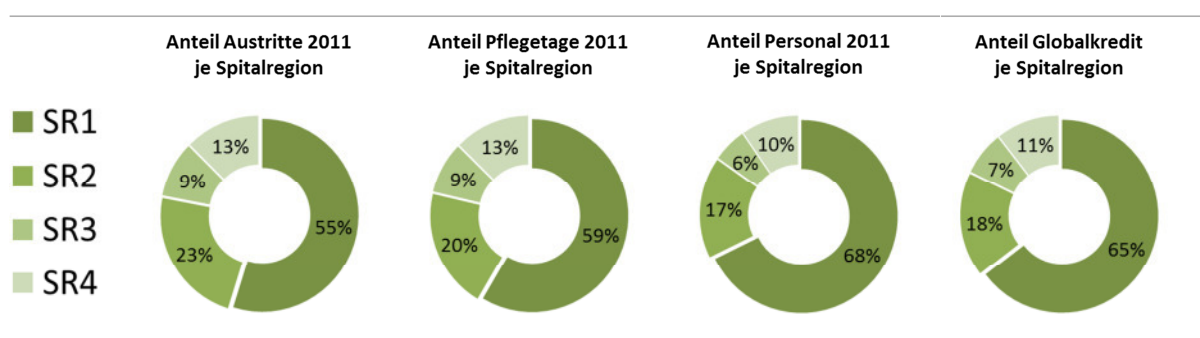


Die wichtigsten Kennzahlen der einzelnen Spitalverbunde entnehmen Sie den untenstehenden Tabellen.

**Tabelle 1 Kennzahlen 2011 Spitalregionen/Spitalverbunde**

	SR1	SR2	SR3	SR4	Total
<b>Austritte</b>	34'762	14'689	5'946	7'956	63'353
<b>Pflegetage</b>	268'747	92'579	39'722	58'164	459'212
<b>Total Personal</b>	4'016.0	1'009.7	335.3	569.6	5'930.6
Ärzte u. Akademiker	680.8	149.9	53.2	79.9	963.8
Pflegepersonal	1'658.6	409.7	127	268.2	2'463.5
andere med. Fachbereiche	975.5	234.3	80.5	121.2	1'411.5
Verwaltung	256.3	62.1	22.3	25.6	366.3
andere	444.8	153.7	52.3	74.7	725.5
<b>Globalkredit Total</b>	199'400'000	54'300'000	22'400'000	32'600'000	308'700'000
Anteil stationäre Versorgung	123'116'580	34'332'972	16'122'758	21'520'407	195'092'717

**Tabelle 2 Abbildung weiterer Kennzahlen**



## 4.2. Leistungsangebot

### 4.2.1. Leistungsaufträge

Der Kanton St. Gallen hat seit der Aufhebung der Spitalliste durch den Bundesrat im Juni 1999 auf die Erarbeitung einer neuen Spitalliste verzichtet. Damit sind sämtliche Anstalten oder deren Abteilungen, die nach bisherigem Recht als Heilanstalten gelten, als Leistungserbringer nach neuem Recht zugelassen. Im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie liegt eine gültige Spitalliste vor. Die zugelassenen St. Gallischen Spitäler (Listenspitäler) sind ab 1. Januar 2012 die folgenden:

- Kantonsspital St. Gallen
- Spital Rorschach
- Spital Flawil
- Spital Altstätten
- Spital Grabs
- Spital Walenstadt
- Spital Linth
- Spital Wattwil
- Spital Wil
- Ostschweizer Kinderspital/Romerhuus
- Geriatrische Klinik St. Gallen
- Klinik Stephanshorn
- Klinik Marienfried
- Rosenklinik am See
- Kliniken Valens und Walenstadtberg
- Psychiatrische Klinik St. Pirminsberg
- Psychiatrische Klinik Wil mit Bettenstation in St. Gallen
- Kinder- und Jugendpsychiatrisches Zentrum Sonnenhof

Gemäss Leistungskonzept QUADRIGA wird die Spitalregion 1 (Spitalverbund Kantonsspital St. Gallen) mit der Grundversorgung und der spezialisierten Zentrumsversorgung von akut somatisch und/oder akut psychisch erkrankten oder verunfallten Patienten beauftragt. Sie ist damit ermächtigt, mit Ausnahme der auf einer Negativliste aufgeführten Leistungen sämtli-

che akutsomatischen Behandlungen an Patienten vorzunehmen. Die Negativliste beinhaltet 18 Eingriffe, unter anderem das Cochlea Implantat, die Chirurgie der grossen Thoraxgefässe mit Herz-Lungen-Maschine, die Herzchirurgie, die Koronare Bypass-Operation, Operationen zur Geschlechtsumwandlung, ausgedehnte Verbrennungen und die Transplantation solider Organe mit Ausnahme der Nierentransplantation.

Die drei anderen Spitalverbunde besitzen einen Leistungsauftrag für die Grundversorgung und ausgewählte Leistungen der spezialisierten Versorgung. Die einzelnen Leistungen sind mittels Positiv- und Negativliste gekennzeichnet. So betreiben die Spitalregionen 2-4 Kliniken für die Fachbereiche Akutgeriatrie, allgemeine Chirurgie, chirurgische Orthopädie, Geburtshilfe und Gynäkologie, und der inneren Medizin. Sie erbringen ebenfalls Leistungen der Anästhesiologie, in Spitalregion 2 die Intensivmedizin und Radiologie.

#### **4.2.2. Leistungskonzentration**

Das Kantonsspital St. Gallen ist für die Zentrumsversorgung zuständig. So führt die Spitalregion 1 die meisten spezialisierten Behandlungen für die St. Galler Wohnbevölkerung aus. Die Regionalspitäler konzentrieren sich in der Regel auf die Grundversorgung, auf orthopädische Eingriffe und auf die Akutgeriatrie und profitieren von den Spezialitäten des Zentrums. Es wurden in der Vergangenheit verschiedene Spitalverbund übergreifende Netzwerke geschaffen. Dazu gehören die Netzwerke Onkologie, Schlaganfallbehandlung, akutes Koronarsyndrom, Spitalhygiene/Infektiologie, Radiologie sowie eine gemeinsame IT-Plattform. Im Weiteren sind Projekte lanciert, welche die Zusammenarbeit der Spitalverbunde in folgenden Bereichen verbessern sollen: Rettungsdienst, Radiologie 134, PMS, gemeinsamer Einkauf, Zentralsterilisation, IPS/IMC. Ausserdem besteht ein gemeinsames Geriatriekonzept.

#### **4.2.3. Leistungsangebot je Standort**

Anhaltspunkte darüber, welche Leistungen in den verschiedenen Standorten der Spitalverbunde angeboten werden, finden sich lediglich in sehr geringem Masse in den Jahresberichten der Spitalverbunde oder müssen aus ihren Internetauftritten abgeleitet werden. Sowohl die Geschäftsberichte als auch die medizinische Statistik der Krankenhäuser BFS weisen die medizinischen Leistungen nicht nach Standorten aus.

Die im Anhang 8 einzusehende Tabelle 15 versucht aufgrund der Homepages der Spitalverbunde, das Leistungsangebot der einzelnen Spitäler zusammenzufassen.

Auffallend dabei ist, dass die orthopädische Chirurgie mit Ausnahme von Flawil und Wattwil an allen Standorten angeboten wird und somit in diesem Bereich lediglich eine schwache Konzentration stattgefunden hat. Gleiches gilt für die Gastroenterologie, welche in den Spitalregionen 2-4 mit Ausnahme von Wattwil an sämtlichen Standorten praktiziert wird.



### 4.3. Akutsomatische Privatspitäler im Kanton St. Gallen

Im Jahr 2010 wurden insgesamt 78'007 stationäre Behandlungen (inkl. gesunde Neugeborene) in Spitälern mit Standort im Kanton St. Gallen vorgenommen. 87 Prozent dieser Behandlungen wurden in Spitälern der vier Spitalverbunde vorgenommen, fünf Prozent im Ostschweizer Kinderspital und die restlichen acht Prozent in den Privatspitälern, insbesondere der Klinik Stephanshorn (7%).

**Tabelle 3 Austritte/Fallzahlen aller St. Galler Spitäler 2010**

	Austritte	Neugeborene	Total	Anteile
SR1	36'360	1'279	37'639	48%
SR2	14'549	1'001	15'550	20%
SR3	5'819	508	6'327	8%
SR4	7'673	694	8'367	11%
Stephanshorn	4'433	860	5'293	7%
Marienfried	694	90	784	1%
OKS	3'825	-	3'825	5%
St. Georg	222	-	222	0%
<b>Total AS</b>	<b>73'575</b>	<b>4'432</b>	<b>78'007</b>	<b>100% 100%</b>

Quelle: BAG, Kennzahlen der Schweizer Spitäler 2010

### 4.4. Marktanteile der Spitalverbunde an St. Galler Patienten

In der Folge werden die Marktanteile der Spitalverbunde und der anderen Spitäler pro Markt- raum untersucht. Dabei wurde der Kanton St. Gallen gemäss der geographischen Einteilung der Spitalregionen in Markträume unterteilt. Es wurde berechnet, in welchen Wohnregionen (Marktraum) die Patienten der Spitalverbunde und Spital wohnen. Dabei wurden nur Patienten mit Wohnsitz im Kanton St. Gallen berücksichtigt.

Tabelle 4 zeigt den Versorgungsanteil der Spitäler/Spitalverbunde innerhalb der Markträume. Die Bevölkerung aus dem Marktraum KSSG lässt sich zu 78% im Spitalverbund KSSG behandeln, 1% im Spitalverbund SRFT, 14% in der Klinik Stephanshorn, 1% in der Klinik Marienfried und 5% im Ostschweizer Kinderspital. Dabei hat der Spitalverbund KSSG einen Anteil von 48% an allen innerkantonalen akutsomatischen Behandlungen der St. Galler Bevölkerung.

**Tabelle 4 Akutsomatischer Versorgungsanteil der Spitäler / Spitalverbunde pro Marktraum 2010**

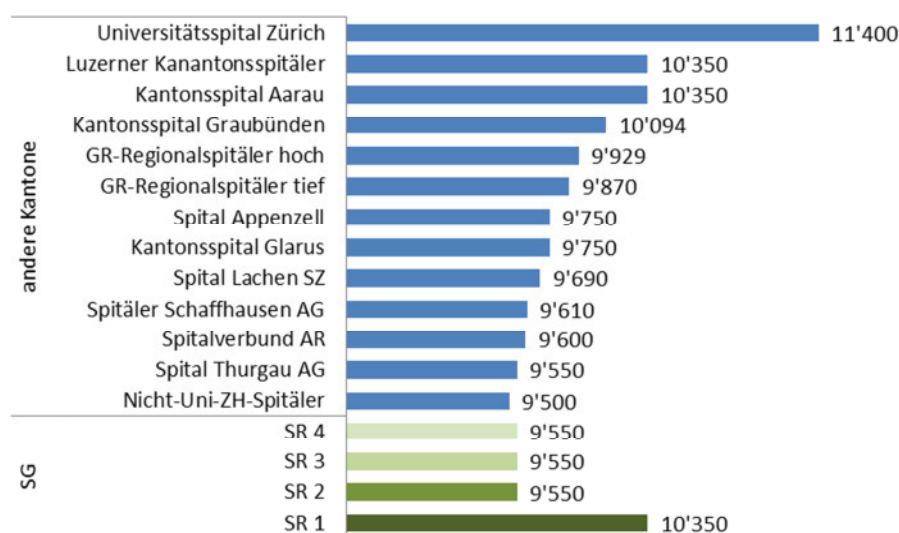
	Marktraum KSSG	Marktraum SRRWS	Marktraum Linth	Marktraum SRFT	Anteil Spital (verbund) an innerkantonalen Behandlungen
KSSG	78%	27%	17%	37%	48%
SRRWS	0%	65%	2%	3%	20%
Linth	0%	1%	77%	4%	9%
SRFT	1%	0%	1%	48%	11%
Stephanshorn	14%	2%	0%	3%	7%
Marienfried	1%	2%	1%	1%	1%
St. Georg	0%	0%	0%	0%	0%
Ostschweizer Kinderspital	5%	3%	2%	5%	4%
	100%	100%	100%	100%	100%

Ebenso ist ersichtlich, dass zwischen 17 und 37 Prozent der Bewohner aus den Markträumen 2-4 sich ebenfalls im Zentrum behandeln lassen. Die Spitäler des Marktraumes SRRWS haben einen Marktanteil im eigenen Einzugsgebiet von 65%, das Spital Linth von 77% und die Spitäler Wil und Wattwil einen Marktanteil von lediglich 48%.

## 4.5. Tarifsituation für die Akutsomatik im Kanton St. Gallen

Vergleicht man in nachfolgender Tabelle 5 die aktuell gültigen Base-Rates (oft noch nicht definitiv genehmigt/festgelegt durch den Kanton oder hängige Rekurse am Bundesverwaltungsgericht) der akutsomatischen Spitäler des Kantons St. Gallen mit jenen von angrenzenden ausserkantonalen Spitälern oder mit Spitälern vergleichbarer Grösse, zeigt sich, dass den St. Galler Regionalspitälern im Jahr 2012 vergleichsweise tiefe Base-Rates vergütet wurden. Lediglich die nicht-universitären Akutspitäler des Kantons Zürich haben pro Casemixpunkt eine tiefere Vergütung. Die Spital Thurgau AG erhält die gleiche Base-Rate und der Spitalverbund AR liegt mit CHF 9'600 pro Casemixpunkt ebenfalls auf dieser Höhe. Das Kantonsspital St. Gallen, aber auch die Spitäler Rorschach und Flawil erhalten für den Casemix-normierten Fall CHF 10'350, was exakt der gleiche Betrag ist, welcher den vergleichbaren Zentrumsspitäler Aarau und Luzern zugestanden wird.

Tabelle 5 Vergleich Base-Rates in CHF von Akutspitäler 2012



Aufgrund der tiefen Base-Rates und der freien Spitalwahl sollten die St. Galler Spitäler eigentlich interessant für ausserkantonale Patienten sein. Diese könnten sich in der Regel ohne persönlichen Aufpreis im Kanton St. Gallen behandeln lassen. Trotz tiefer Base-Rate ist die Zuwanderung von Patienten rückläufig (vgl. Kapitel 4.6).

Beim Blick auf die Kostenstrukturen der St. Galler Spitäler erkennt man, dass zwei der vier Spitalregionen für 2013 klar höhere Base-Rates benötigen würden, um die Betriebskosten über die Base-Rates decken zu können.<sup>4</sup> Bereits heute profitieren die Spitäler von den tiefen Entschädigungen an den Kanton für die Anlagenutzung. Dies kann einerseits auf die wegen des Baumoratoriums reduzierten Investitionen<sup>5</sup> und/oder auf sehr günstige Mietkonditionen beim Kanton zurückgeführt werden. Landesweit wird für die Abgeltung der Anlagenutzungskosten ein Investitionszuschlag von 10 Prozent auf die standardisierten Nettobetriebskosten gewährt. Dieser Betrag ist für unternehmerisch selbständige Spitäler enorm wichtig, denn damit werden künftige Investitionen angespart und finanziert. Während heute der Anteil der Anlagenutzungsentschädigung an den Kanton bei den St. Galler Spitälern bei rund acht Prozent liegt, müsste den Berechnungen des Spitalverbands H+ zufolge der Zuschlag für Inves-

<sup>4</sup> ITAR-K Version 2.0 der Spitalverbunde St. Gallen, 2011

<sup>5</sup> Aufgrund des Moratoriums wurden seit 1997 nur noch Bauvorlagen im Spitalbereich geplant und umgesetzt, die zur Werterhaltung der Spitalimmobilien und zur Sicherstellung des bedarfsgerechten Spitalbetriebs notwendig waren. Hierfür wurden in der Periode von 1997-2010 Ausgaben in der Höhe von CHF 465.3 Mio. getätigt (vgl. Baudepartement Kanton St. Gallen, St. Gallische Spitalplanung, Information der Fraktionen, 15./16.02.2012)

tionskosten zwischen 14 und 16 Prozent betragen, um genügend Reserven für künftige Investitionen bilden zu können (*Stellungnahme H+ zur Teilrevision KVV betreffend Anlage-nutzungskosten, Bern, 29.10.2012*).

In Anbetracht der anstehenden Investitionen und der allfällig bevorstehenden Auslagerung der Immobilien an die Spitalverbunde werden sich die Base-Rates der Spitalverbunde mittelfristig den Nachbarkantonen angleichen müssen, will man den Spitalverbunden das Ansparen der überlebenswichtigen Investitionsbeiträge nicht vorenthalten. Des Weiteren ist anzumerken, dass ausserkantonale Patienten nicht nur durch tiefe Preise angezogen werden. Die Patientenströme richten sich oft nach der Qualität – zurzeit noch in erster Linie jener der Hotellerie. Wenn sich die tiefen Base-Rates durch Investitionsstaus erklären lassen, welche sich im fehlenden Komfort der Spitalinfrastruktur manifestiert, bleiben die ausserkantonalen Patienten trotz tiefer Base-Rate aus, während dem die Wohnbevölkerung auch zunehmend ausserkantonale Spitalleistungen in Anspruch nehmen wird.

#### 4.6. Grenzüberschreitende Patientenströme

Die grenzüberschreitenden Patientenströme entwickelten sich in den Jahren 2005-2010 wie folgt:

**Tabelle 6 Akutsomatische Patientenströme Kanton St. Gallen 2005-2010 nach Fällen**

	2005		2006		2007		2008		2009		2010	
	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %
Zuwanderung	11'741	18%	11'748	18%	12'385	18%	14'481	20%	14'046	18%	13'550	18%
Abwanderung	9'772	15%	10'578	16%	11'032	16%	11'550	16%	11'983	16%	12'271	16%

Die Patientenströme zeigen sich in den Jahren 2005 – 2010 relativ stabil. Während der Anteil der ausserkantonalen und ausländischen Patienten gemessen an sämtlichen in St. Galler Spitälern behandelten Patienten konstant bei 18 Prozent lag, stieg der Anteil der St. Galler Bevölkerung, welcher sich ausserkantonale behandeln liess, von 15 auf 16 Prozent an. Betrachtet man nur die Jahre 2008 – 2010 zeigt sich jedoch eine klare Tendenz: die absolute Zahl der Zuwanderer nimmt ab, gleichzeitig erhöht sich die Zahl ausserkantonale behandelte St. Galler Patienten kontinuierlich, was volkswirtschaftlich bedauerlich ist.

Betrachtet man die Zuwanderungen im Jahr 2010 näher, erkennt man, dass ein Drittel sämtlicher Zuwanderer aus dem Kanton Thurgau, weitere 20 Prozent aus Liechtenstein und 18 Prozent aus Appenzell Ausserrhodener stammen.

Mehr als die Hälfte der Thurgauer Zuwanderer lassen sich in der Spitalregion 1 behandeln, jeweils rund 15 Prozent in der Spitalregion 4, in der Klinik Stephanshorn und im Ostschweizer Kinderspital (OKS).

**Tabelle 7 Herkunft der Zuwanderer 2010**

	Gesamt	Anteil an Zuwanderungen
TG	4568	34%
LIE Liechtenstein	2674	20%
AR	2392	18%
ZH	935	7%
AI	639	5%
GR	502	4%
SZ	290	2%
GL	274	2%
Übrige	1276	9%
Gesamt	13550	100%

Die liechtensteinischen Zuwanderer lassen sich zu gut 70% in der Spitalregion 2 (RWS) und zu knapp 30% in der Spitalregion 1 (Kantonsspital St. Gallen) behandeln. Die Patienten aus Appenzell Ausserrhodener werden zu rund 70% im Spitalverbund Kantonsspital St. Gallen und jeweils zu ca. 15 Prozent im Stephanshorn und im OKS behandelt. Die zugewanderten Zürcher Patienten verteilen sich relativ gleichmässig auf sämtliche Spitalregionen.

Die Patientenströme der St. Galler Wohnbevölkerung in benachbarte Kantone zeigen, dass sich im Jahr 2010 insgesamt 12'271 St. Galler ausserkantonale akutsomatisch behandeln liessen (vgl. Tabelle 8). Die Abwanderer gehen hauptsächlich in die Kantone Appenzell Ausserrhoden (40%), Zürich (35%) und Graubünden (11%), während die Nachbarkantone Thurgau (3%), Schwyz (2%) und Glarus (1%) hinsichtlich der akutsomatischen Abwanderung eher eine untergeordnete Rolle spielen. Die meisten Abwanderer kommen aus dem Markt- raum, der der Spitalregion 1 entspricht, die wenigsten aus der Spitalregion Fürstenland Toggenburg (Markt- raum SRFT).

**Tabelle 8 Herkunft und Zielkanton der St. Galler „Abwanderer“ 2010**

	Anzahl Fälle absolut	Anzahl Fälle in %	davon aus Markt- raum SG (%)	davon aus Markt- raum RWS (%)	davon aus Markt- raum Linth (%)	davon aus Markt- raum FT (%)	
AR	4'968	40%	51%	27%	1%	22%	100%
ZH	4'292	35%	13%	15%	60%	13%	100%
GR	1'314	11%	11%	78%	5%	6%	100%
TG	401	3%	40%	6%	6%	48%	100%
SZ	286	2%	3%	6%	87%	5%	100%
BE	165	1%	34%	27%	15%	24%	100%
GL	161	1%	3%	47%	47%	3%	100%
BS	111	1%	50%	24%	10%	15%	100%
LU	93	1%	26%	34%	22%	18%	100%
AI	92	1%	36%	51%	1%	12%	100%
BL	89	1%	35%	31%	17%	17%	100%
AG	79	1%	42%	19%	13%	27%	100%
übrige Kantone	220	2%	34%	23%	18%	25%	100%
Gesamt	12'271	100%	30%	27%	26%	17%	

Die St. Galler, welche sich in Appenzell Ausserrhoden behandeln liessen, stammen zu gut der Hälfte aus dem Markt- raum St. Gallen, 60% der in Zürich behandelten St. Galler aus der Region Linth und 78% der in Graubünden behandelten aus dem Rheintal, Werdenberg und Sarganserland.

Verfolgt man die Patientenströme in beide Richtungen, so zeigt sich folgendes Bild:

In den Leistungsbereichen Geburtshilfe, Orthopädie, Herz- und Gefässchirurgie findet überwiegend Abwanderung statt, eine positive Strömung ist dagegen hauptsächlich im Bereich Neurologie zu verzeichnen. Insgesamt ergibt sich ein Plus von 1'279 Fällen.

**Tabelle 9 Übersicht Patientenströme Akutsomatik nach Leistungsbereichen**

	Zuwanderung	Abwanderung	Strömungs- differenz
1 Dermatologie	343	258	85
2 Hals-Nasen-Ohren	838	359	479
3 Neurochirurgie	220	107	113
4 Neurologie	1021	394	627
5 Ophthalmologie	332	117	215
6 Endokrinologie	215	85	130
7 Gastroenterologie	788	418	370
8 Viszeralchirurgie	901	485	416
9 Hämatologie	223	147	76
10 Herz- & Gefässchirurgie	360	761	-401
11 Kardiologie & Angiologie	759	842	-83
12 Infektiologie	219	128	91
13 Nephrologie	103	69	34
14 Urologie	514	349	165
15 Pneumologie	432	230	202
16 Thoraxchirurgie	181	99	82
17 Orthopädie	2242	4039	-1797
18 Rheumatologie	357	234	123
19 Gynäkologie	643	414	229
20 Geburtshilfe	912	1084	-172
21 Neugeborene	868	994	-126
22 (Radio-) Onkologie	152	80	72
23 Psychiatrie & Toxikologie	185	79	106
24 Schwere Verletzungen	148	66	82
25 Sonstige Behandlung	208	193	15
26 Verlegungen & Todesfälle	351	213	138
27 Transplantationen	35	27	8
	13550	12271	1279

## 4.7. Geplante Investitionen / Bauvorhaben

Das Gesundheits- und das Baudepartement des Kantons St. Gallen beabsichtigen, im November 2014 eine Spitalbauvorlage im Umfang von knapp 1 Milliarde Schweizer Franken zur Abstimmung vor das Volk zu bringen. Nicht in dieser Bauvorlage enthalten, trotzdem geplant für die Jahre 2014 – 2040 sind weitere Spitalbauprojekte mit einem Volumen von weiteren CHF 837 Mio. Diese CHF 1.835 Milliarden sollen in die bestehende Infrastruktur der Spitalverbunde investiert werden, die z.T. seit dem 19. Jahrhundert besteht.

Die nachfolgenden Tabellen zeigen die Bauvorhaben im Überblick.

**Tabelle 10 Spitalbauvorhaben im Kanton St. Gallen bis 2040**

Gegenstand der Vorlage "Bauprojekte zur Gesundheitsversorgung im Kanton St. Gallen"			Andere Spitalbauprojekte - nicht Gegenstand der Vorlage "Bauprojekte zur Gesundheitsversorgung im Kanton St. Gallen"		
Bauprojekt	Kostenziel	Bauperiode	Bauprojekt	Kostenziel	Bauperiode
Kantonsspital St. Gallen / Neubau Haus 07A, 07B	Fr. 400'000'000	2017-2036	KSSG: Haus 02 Sanierung/Erweiterung	Fr. 10'000'000	2014-2016
Ostschweizer Kinderspital / Neubau	Fr. 193'000'000	2017-2036	KSSG: Haus 54 Lernhaus	Fr. 5'000'000	2020-2021
Spital Alstätten / Gesamtsanierung	Fr. 85'000'000	2017-2021	KSSG: Sanierung Energiezentrale	Fr. 10'000'000	2015-2017
Spital Grabs / Gesamtsanierung	Fr. 135'000'000	2016-2020	KSSG: Haus 06 Sanierung Gebärsaal & Neonatologie	Fr. 10'000'000	2020-2022
Spital Linth / Erneuerung und Sanierung 2. Etappe	Fr. 100'000'000	2016-2020	KSSG: Haus 04 Sanierung	Fr. 170'000'000	2019-2025
Spital Wattwil / Gesamtsanierung	Fr. 85'000'000	2017-2021	KSSG: IT-Rechenzentrum (nicht priorisiert)	Fr. 24'000'000	2022-2025
<b>Total</b>	<b>Fr. 998'000'000</b>	<b>2016-2036</b>	KSSG: Haus 03b, Erweiterung Cafeteria (nicht prio.)	Fr. 10'000'000	2026-2028
			KSSG: Haus 07C, Neubau (nicht priorisiert)	Fr. 180'000'000	2031-2037
			KSSG: Haus 25 Sanierung (nicht priorisiert)	Fr. 50'000'000	2031-2035
			Spital Rorschach, Sanierung und Erweiterung	Fr. 75'000'000	2022-2026
			Spital Walenstadt, Gesamtsanierung (nicht prio.)	Fr. 100'000'000	2032-2036
			Spital Wil: Umbau/Erweiterung Notfall, Labor, Verw.	Fr. 8'000'000	
			Spital Wil: Sanierung und Gesamterweiterung	Fr. 110'000'000	2021-2026
			Spital Flawil: Gesamtsanierung (nicht priorisiert)	Fr. 75'000'000	2034-2040
			<b>Total</b>	<b>Fr. 837'000'000</b>	<b>2014-2040</b>

Quelle: Baudepartement Kanton St. Gallen, Information der Fraktionen, Präsentation RR Willi Haag, 15./16.02.2013

### Fazit IST-Analyse

- Eine Leistungskonzentration in den St. Galler Spitalverbunden ist bereits eingeleitet.
- Das Kantonsspital St. Gallen agiert als Zentrumsspital und verschiedene Netzwerke wurden gebildet oder sind im Aufbau begriffen.
- Trotzdem wird an den meisten Standorten – auch in Regionalspitälern – noch ein breites Angebot vorgehalten: z.B. Orthopädie, Gastroenterologie, Geburtshilfe, womit noch weiteres Konzentrationspotential vorhanden ist.
- Die St. Galler Regionalspitäler weisen aktuell eine tiefe Base-Rate aus. Müssten sie für die Anlagennutzungskosten einer modernen Infrastruktur selber aufkommen, würde die aktuelle Base-Rate nicht ausreichen.
- Trotz tiefer Base-Rate lässt sich die St. Galler Bevölkerung zunehmend in ausserkantonalen Spitälern behandeln und ist der Zustrom ausserkantonalen Patienten rückläufig. Dies ist auch auf den veralteten Zustand der Spitalinfrastruktur zurückzuführen.
- Der Kanton beabsichtigt, vornehmlich in die mehrere Jahrzehnte alte Infrastruktur zu investieren.
- Ein hoher Personalbedarf ist vorhanden – allein im Jahr 2011 wurde der Personalbestand der Spitalverbunde um 200 Vollzeitstellen erhöht. Heute lässt sich das Personal noch finden – der Wettbewerb um qualifiziertes Ärzte- und Pflegepersonal wird sich jedoch verstärken. Um diesen zu bestehen, sind attraktive, einen effizienteren Einsatz des Personals zulassende moderne Arbeitsplätze unabdingbar.

## 5. Trends und Performancetreiber in der akutsomatischen Medizin

Gesamtschweizerisch finden sich die Spitäler in einem Spannungsfeld, welches im Wesentlichen durch vier Determinanten definiert wird: die politisch/gesetzgeberische, ökonomische, demographische und medizinische Rahmenbedingungen.

### Politische/gesetzgeberische Determinante

Mit der neuen Gesetzgebung zur Pauschalfinanzierung im stationären Bereich und der Möglichkeit der freien Spitalwahl sollte zwar eine Wettbewerbssituation eingeführt werden, allerdings fand im Vorfeld ein eigentliches „Wettrüsten“ der Spitäler in den verschiedenen Kantonen statt mit der Konsequenz, dass ein Überangebot an Spitzentechnologie resultierte. Ausserdem wird die kantonale Umsetzung der Spitalfinanzierung, die Abgeltung gemeinwirtschaftlicher Leistungen, die Festsetzung der Base-Rate oft nicht in einem Verhandlungsprozess zwischen Versicherern und Leistungserbringern erreicht, sondern wegen fehlender Einigungen der Beteiligten durch einen normativen kantonalen Entscheid jeweils herbeigeführt. Die nicht immer klaren Kompetenzen zwischen Bund und Kantonen gerade auch bei Fragen der Qualität und der Zuteilung von Spitzenmedizinischen Leistungen über die IVHSM führen zu weiteren Spannungen. Die kantonal ungleiche Verteilung der Ärzte, die unausgewogene Konzentration von Spezialisten und die Diskussionen über den Zulassungsstopp ohne gleichzeitig auch über den Kontrahierungszwang zu reden, tragen weitere Probleme bei.

### Ökonomische Determinante

Die ökonomischen Voraussetzungen sind kantonal sehr verschieden. Die meisten Spitäler haben im Immobilienbereich einen Investitionsstau, den sie mit einem Investitionsanteil von 10% an der Base-Rate kaum beseitigen können. Auch hier agieren die Kantone unterschiedlich, in dem sie teils die Immobilien den Spitalern übergeben, teils diese nur zur Miete überlassen und die Bauinvestitionen nach wie vor tätigen, weil die Finanzierung der Spitäler defizitär ist. Eine PWC Analyse (*Ch. Elsener, Spitalimmobilien, hoher Investitionsbedarf, unsichere Finanzierung, 2010*) und eine Analyse der Credit Suisse (*economic research, Immobilienmarkt, 2012*) sprechen von einem Investitionsbedarf der Spitäler für die nächsten Jahre im zweistelligen Milliardenbereich. Gesamtschweizerisch können wir sicherlich im akutsomatischen Bereich von Überkapazitäten ausgehen, ohne dass diese – nicht zuletzt aus politischen Gründen – abgebaut werden bzw. abgebaut werden können, weil sich der Protest der Betroffenen unmittelbar regt. Eine konsequente Anwendung der WZW-Kriterien, wie sie das KVG vorsieht, fehlt. Einerseits wegen des Fehlens einer entsprechenden Institution (HTA) und andererseits wegen bisher in weiten Kreisen fehlender Bereitschaft, den Nutzen einer getroffenen oder nicht getroffenen medizinischen Massnahme zu quantifizieren. Erste Diskussionen, eine nicht wirksame z.B. medikamentöse Therapie (z.B. in der Onkologie) nicht mehr zu finanzieren, finden zwar mit der Pharmaindustrie statt, aber von einer generellen Regelung ist man noch weit entfernt (*Akademien der Wissenschaften Schweiz, Effizienz, Nutzung und Finanzierung des Gesundheitswesens, 2012*).

### Epidemiologische Determinante

Die epidemiologische Entwicklung zeigt auf, dass die medizinische Entwicklung einen nicht zu unterschätzenden Beitrag am Älterwerden der Bevölkerung geleistet hat. Damit verbunden ist allerdings auch eine Zunahme chronischer Erkrankungen und multimorbider Patienten, deren Anteil an der Gesamtpopulation etwa 20-25% beträgt, die 75-80% der Leistungen

benötigen und deren Anteil an den Spitalpatienten etwa 70% ausmacht (*Health and Health Care – The Forecast – The Challenge, Institute of the Future 2003*).

### **Medizinische Determinante**

Durch die starke Fragmentierung des Gesundheitssystems und die fehlende Koordination an den Schnittstellen zwischen den verschiedenen Leistungserbringern kommt es zu Doppelspurigkeiten und auch fehlerhaften Behandlungen. Das fehlende Schnittstellenmanagement fällt insbesondere bei der grossen Gruppe der chronisch Kranken ins Gewicht, wenn die gesamte Versorgungskette betrachtet wird. Verschiedene Versuche, die integrierte Versorgung als Standard einzuführen, sind bisher nicht zuletzt auch politisch gescheitert. Weiterhin führt das Überangebot an Spitzentechnologie und auch an Spitzenmedizin zu Fehlanreizen und Ineffizienzen im Gesundheitssystem, die nicht zuletzt durch die angebotsinduzierte Nachfrage unterstützt werden (*B. Braun et al. Bertelsmann Stiftung 2006; Anreize zur Verhaltenssteuerung im Gesundheitswesen*).

Aus diesem Spannungsfeld lassen sich verschiedene, das Gesundheitssystem beeinflussende Trends ableiten, die sich am ehesten mit Begriffen wie Markt, Kunden/Patienten, Leistungserbringung, Forschung, Mitarbeiter, Ressourcen, Kosten und Finanzierung umschreiben lassen.

#### **a. Markt**

Der Gesundheitsmarkt ist durch zahlreiche Ineffizienzen und Fehlanreize gekennzeichnet. Seine Qualität ist wegen ungenügender Transparenz und mangelhafter Bereitschaft zur Dokumentation unsicher.

Die neue Finanzierung und der Margendruck zwingen zur Neuausrichtung der bisherigen Anbieter. Dies führt zu einer Ökonomisierung der stationären Versorgung, d.h. Strukturen, Prozesse und Beziehungen müssen nach dem Effizienzprinzip gestaltet werden. Gleichzeitig findet eine Kommerzialisierung der stationären Versorgung nach dem Prinzip der Gewinnmaximierung statt. Letztlich entspricht die Leistungserstellung einer industriellen Produktion, die sich das, was als das effizienteste, lukrativste gilt, aussucht.

#### **b. Kosten und Finanzierung**

Fasst man die Entwicklungstendenzen in der Akutsomatik in der Schweiz von 1999- 2011 zusammen, so zeigen sich folgende Entwicklungen wesentlicher Kennzahlen:

27% weniger Betten, 39% kürzere MAD, 25% weniger Pflage tage, 23% mehr Hospitalisationen, 39% mehr Personal und 15% mehr Einwohner (*H+ Spital- und Klinik-Monitor 2013*).

Es muss deshalb davon ausgegangen werden, dass bis 2030 eine Verdopplung der Gesundheitskosten stattfindet, nachdem sie 2011 bereits CHF 64 Milliarden betragen. Wenn gleichzeitig berücksichtigt wird, dass ein Überangebot an Spitzenmedizin und Spitzentechnologie vorhanden ist und eine angebotsinduzierte Nachfrage existiert, so wird klar, dass mit Effizienzsteigerungen Kosten zu sparen wären. Schätzungen gehen davon aus, dass durch Beseitigung von Überversorgung und Ineffizienzen bis zu 30% der Gesundheitsausgaben eingespart werden könnten (*Brody H. New Engl J Med 2012;366: 1249-1251*). Zunehmend werden sich wohl auch Krankenversicherungen auf dem Gesundheitsmarkt einschalten, indem sie vermehrt Effizienzverantwortung übernehmen. Über die blossen Ausgabenkontrolle hinaus steigen sie ins Gesundheitsmanagement ein und werden sich in der Gesundheitsberatung engagieren.

### c. Leistungskonzentration und Fallzahlsteigerung

Parallel zu dieser Entwicklung lässt sich ein Trend zu mehr Kooperation und Koordination unter den Leistungserbringern feststellen. Es werden Netzwerke und Spitalverbunde aufgebaut und die Auslagerung von Nicht-Kernbereichen in Serviceunternehmen findet statt. Daneben findet in den therapeutischen Optionen bei der Gruppe der Patienten, die grosse Steigerungsraten zeigen, nämlich den onkologischen Patienten, auch eine deutliche Entwicklung einerseits zu immer teureren Therapien und andererseits zur ambulanten Leistungserbringung statt. Zunehmend wird von Bedeutung sein, dass für komplexe Eingriffe diagnostisch/therapeutischer Art für seltenere Krankheiten zwar heilende Verfahren existieren, die aber nicht nur wegen hoher Vorhalteleistungen teuer sind, sondern wegen hoher Komplikationsanfälligkeit auch eine entsprechende Expertise voraussetzen. Diese kann nur mit entsprechendem Volumina/Operateur und pro Spital erworben werden, so dass der Trend zu Zentrumsspitalern mit dem kompletten Angebot einer modernen Leistungserbringung (Notfallstation mit allen Leistungen rund um die Uhr, Intensivstation, Operationssäle) weist.

Diese Entwicklung lässt sich auch am gesamtschweizerischen Trend zur Konzentration der Leistungen in Zentrumsspitalern ablesen. Ihre Zahl hat in den letzten Jahren zugenommen, während die Zahl der kleineren Akutspitäler abgenommen hat. Diese Konzentration kann im Grossraum Ostschweiz noch nicht mit dieser Eindeutigkeit beobachtet werden, wo der Anteil der Zentrumsspitäler relativ zu den kleineren Akutspitalern tiefer ist als in anderen Regionen der Schweiz (*H+ Spital- und Klinik-Monitor 2013*).

### d. Leistungserbringung

Wie bereits in den vorhergehenden Abschnitten gezeigt, wird die Dokumentation der Qualität der Leistungserbringung von entscheidender Bedeutung sein. Das verlangt nicht nur hohe Fallzahlen – gerade in kritischen Bereichen – und eine prozessorientierte Gestaltung der patientenzentrierten Abläufe spitalintern sondern auch an den Schnittstellen, um eine zunehmend unter chronischen Erkrankungen leidende älter werdende Bevölkerung entlang der Behandlungskette auch spitalextern in einem Netzwerk friktionslos zu betreuen. Die technologische Entwicklung wird Abläufe und Kommunikation wesentlich beeinflussen. Diagnosestellung und Behandlung auf Distanz, Realtime-Übertragungen und ein Datenaustausch zwischen allen Akteuren werden möglich, so dass der Trend zur Zentrumsversorgung einerseits und zur Schaffung von weniger komplexen Organisationen wie Gesundheitszentren andererseits unterstützt wird.

Ausserdem zeigt die Entwicklung der Medizin einerseits einen Trend zu immer mehr ambulanter Leistungserbringung, weil die technologische Entwicklung das zulässt, die Eingriffe minimal invasiv durchgeführt werden und die Narkoseverfahren schonender sind.

### e. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Das Gesundheitswesen, insbesondere auch der Spitalbereich, schafft viele Arbeitsplätze. 2011 waren in den Spitälern rund 142'000 Stellen im Vollzeitäquivalent besetzt, was einer Steigerung um 25'000 Stellen seit 2001 entspricht. Dabei beträgt der Ausländeranteil beim ärztlichen Personal 39% und beim Pflegepersonal 33% (*H+ Spital- und Klinik-Monitor 2013*). Unter Berücksichtigung der demographischen Entwicklung ist davon auszugehen, dass der Bedarf weiter zunehmen, der Nachwuchs aber abnehmen wird. Bei optimistischer Schätzung ist bis 2020 von einem Mehrbedarf von ca. 13% auszugehen unter der Voraussetzung, dass die diesem Trend zu widerlaufenden Aktivitäten auch ergriffen werden. D.h. die Produktivität der Institutionen muss gesteigert werden. Das lässt sich nur mit Optimierung der Arbeitsabläufe und der Schaffung von prozessorientierten baulichen



Strukturen erreichen. Wenn der gute allgemeine Gesundheitszustand der Bevölkerung lange erhalten bleibt, sprich die Menschen zwar älter werden aber nur eine kurze Krankheitsphase haben (Kompressionstheorie), dann sind diese Annahmen mit einem 13%igem Mehrbedarf an Pflegekräften erreichbar. Anderenfalls wird von Steigerungsraten des Bedarfs von 20% ausgegangen (*Obsan Arbeitsbericht 35, 2009*). Die Knappheit des Personals zeigt sich schon bei den heutigen Rekrutierungsproblemen gerade auch in den kleineren Spitälern. Nicht zuletzt deshalb wird gerade auch im Gesundheitswesen von einem „War for talents“ gesprochen. Hier wird man nur mit attraktiven Arbeitsbedingungen erfolgreich sein können, die nicht zuletzt auch durch eine moderne Infrastruktur bestimmt werden, die eine optimierte Gestaltung der Arbeit, vereinfachte Prozessabläufe wegen oder trotz der geforderten Verdichtung der Arbeit des Einzelnen zulassen. Dazu spielt sowohl bei den ärztlichen als auch bei den pflegerischen und paramedizinischen Fachkräften neben der Arbeitsumgebung auch der Arbeitsinhalt eine Rolle. Diese sind in der Akutsomatik in der Regel in den Zentrumsspitalern gerade auch für sich in Ausbildung befindliche Personen am attraktivsten.

## 6. Varianten

In Kapitel 6 werden verschiedene alternative Ausgestaltungen der akutsomatischen Spitallandschaft St. Gallen aufgezeigt und deren Vor- und Nachteile diskutiert. Anschliessend werden diese Modelle zusammen mit der aktuellen Spitalstrategie QUADRIGA II anhand definierter Kriterien bewertet.

Als Basis für alle Varianten gilt eine Bettenzahl von ca. 1'370 Betten für den akutsomatischen Bereich. Dieser stützt sich auf die Prognosen der benötigten Pflgetage im Jahr 2020 ab.<sup>6</sup> Die Schätzung von künftigen Investitionen wurde generell auf die Planzahlen der Gesundheitsdirektion St. Gallen abgestellt. Werden in den alternativen Varianten Neubauten oder zusätzliche Erweiterungen der Kapazitäten (Bettenzahl) vorgeschlagen, wurde hierfür der Einfachheit halber der Kostensatz von CHF 1 Million pro Bett herangezogen. Dieser Wert kann je nach Bauprojekt variieren<sup>7</sup>, liegt jedoch im internationalen Vergleich auf hohem Niveau<sup>8</sup>. Der Umstand, dass oft der Kanton als Liegenschaftseigner und Bauherr auftritt und sich an kantonalen Reglementen und Auflagen der Baudepartemente zu orientieren hat, verteuert den Bau zusätzlich. Dies würde als weiteres Argument für die Auslagerung der Liegenschaften an die Spitäler (Spitalverbunde) sprechen.

In den folgenden Unterkapiteln werden in einem ersten Schritt die Eckwerte der Varianten vorgestellt und anschliessend in Form einer Kriterien-basierten Bewertung einander und QUADRIGA II gegenübergestellt. In einem zweiten Schritt wird die Variante mit der besten Bewertung diskutiert und begründet.

---

<sup>6</sup> Versorgungsbericht Spitalplanung 2012, GD St. Gallen

<sup>7</sup> z.B. Neubau Zuger Kantonsspital, Baar, 2008: CHF 172.5 Mio. für 184 Betten; Limmattalspital (in Planung): CHF 235 Mio. für 200 Betten

<sup>8</sup> Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf 2008, EUR 251 Mio. für 737 Betten; Orbis Medical Center, Sittard NL: EUR 380 Mio. für 425 Betten

## 6.1. Variante 1 (H<sup>futura</sup> – mini)

### 6.1.1. Ausgestaltung der Spitallandschaft

Variante 1 – H<sup>futura</sup> mini – organisiert sich in drei Spitalverbunden. Die Spitalregionen 3 und 4 werden in einem Spitalverbund unter derselben Geschäftsleitung geführt. Die Regionalspitäler Flawil und Altstätten werden neu zu ambulanten Gesundheitszentren umfunktioniert.

Abbildung 2 Überblick Variante 1

#### Hauptmerkmale

- 7 Akutspitäler, davon
  - 1 Zentrumsspital
  - 2 Spitäler der erweiterten Grundversorgung
  - 4 Grundversorgungsspitäler
- 2 ambulante Gesundheitszentren

#### Bauvorhaben / Investitionen

Variante 1			
Standort	Betten	Investitionen	Bauvorhaben
KSSG	740	1050 Mio	Erweiterung / Sanierung (inkl. OKS)
Rorschach	80	75 Mio	Sanierung
Grabs	200	200 Mio	Sanierung und Gesamterweiterung
Walenstadt	80	100 Mio	Sanierung
Wil_	100	118 Mio	Sanierung und Gesamterweiterung
Wattwil	70	85 Mio	Gesamtsanierung
Uznach	100	100 Mio	2. Etappe Sanierung
Flawil	0	25 Mio	Umnutzung ambulantes Ges-Zentrum
Altstätten	0	25 Mio	Umnutzung ambulantes Ges-Zentrum
<b>Total</b>	<b>1370</b>	<b>1778 Mio</b>	



### 6.1.2. Medizinisches Angebot

Das Zentrumsspital Kantonsspital St. Gallen wird durch das Umfunktionieren des Spitals Flawil weiter gestärkt. Die durch QUADRIGA II initiierte Leistungskonzentration durch Bildung von Netzwerken wird weitergeführt und gestärkt. Die Orthopädie wird an zwei Standorten (St. Gallen und Grabs) konzentriert. An den anderen Standorten, an welchen bislang ebenfalls orthopädische Leistungen erbracht wurden, werden nur noch Eingriffe der allgemeinen Chirurgie vorgenommen. Spezialisierungen wie Akutgeriatrie, Palliative Care und die PSA (Alkoholkurztherapie) werden aufrechterhalten. Die durch die Umfunktionierung der Standorte Flawil und Altstätten an diesen Standorten nicht mehr zu erbringenden Spezialitäten werden innerhalb der Spitalregionen neu zugeteilt.

Die Standorte Flawil und Altstätten werden in den bestehenden Gebäuden in ambulante Gesundheitszentren umfunktioniert. Im Sinne von Public Private Partnership – Projekten kann an diesen Standorten eine qualitativ hochstehende ambulante Medizin durch niedergelassene Allgemeinmediziner und Spezialisten in Zusammenarbeit mit dem Spitalverbund angeboten werden. Dies verbessert Schnittstellen zwischen dem ambulanten und stationären Bereich und sorgt durch die partnerschaftlichen Investitionen für tiefere Initialkosten der öffentlichen Hand und ausserdem werden damit Vorkehrungen getroffen gegen einen in den nächsten Jahren drohenden Mangel an Hausärzten. Die Spitäler betreiben an den Gesundheitszentren weiterhin Rettungsdienst-Stützpunkte und gewährleisten somit sowohl die Versorgungssicherheit als auch die Erreichbarkeit der medizinischen Leistungen innerhalb nützlicher Fristen.

### 6.1.3. Infrastruktur und Investitionen

Im Wesentlichen werden Investitionen anstehen, welche den Bauvorhaben der St. Galler Regierung – mit Ausnahme der Standorte Flawil und Altstätten – entsprechen. Die Kapazitäten der Standorte Flawil und Altstätten werden durch Erhöhung der Bettenzahlen in St. Gallen und Grabs kompensiert, was zu einer weiteren Konzentration und zur Stärkung dieser beiden Standorte führt. Das Rheintal wird somit noch attraktiver für liechtensteinische Patienten. Der Standort Uznach wird in bisheriger Form weiterbetrieben, eine Intensivierung der Kooperationen mit Zürcher Spitälern (Spital Männedorf) und dem Spital Lachen (SZ) hat umgehend zu erfolgen.

### 6.1.4. Kriterien-basierte Vor- und Nachteile

Folgende Tabelle listet die Pros und Contras der Variante 1 zu Kriterien der Versorgungssicherheit, Wirtschaftlichkeit und Machbarkeit auf.

Tabelle 11 Vor- und Nachteile Variante 1

Beurteilung	pro	contra	Score
<b>Versorgungssicherheit</b>			1-5
medizinisches Angebot / integrierte Versorgung	verstärkte Konzentration in SR 1 und 2 durch Umnutzung Flawil und Altstätten, Wegfall einiger Schnittstellen	SR 3 und SR 4 wie bisher	3
Berücksichtigung der medizinischen Trends	bessere Ausgangslage zur Umsetzung med. Trends in SR 1&2	wohnortfernere Geriatrie in SR2	3
Erreichbarkeit	eindeutigere Zuständigkeiten (Zweier, Patienten); Bodenseeregion/unteres Rheintal über Rorschach weiterhin versorgt; Obertoggenburg ist weiterhin mit Wattwil gut versorgt	längere Fahrwege müssen in SR 1 und SR 2 in Kauf genommen werden	4
Patientenströme (Kantonssicht)	für Patienten attraktivere Angebote auch überregional	Gefahr Abwanderungen aus peripheren Gebieten	3
Patientensicherheit / Qualität	gemeinsame Behandlungsstandards besser umsetzbar; höhere Fallzahlen an den Standorten KSSG, Grabs und Wil	Keine eigentliche Verbesserung (Volumen, Standards) trotz "Unruhe"	4
Personal (-Rekrutierung)	Attraktive Arbeitsplätze, etwas einfachere Personalrekrutierung; rationalere Personaleinsatzplanung	Stellenabbau, weitere Arbeitswege	3
<b>Wirtschaftlichkeit</b>			
Wettbewerbs- & Zukunftsfähigkeit	Attraktivitätssteigerung regional und überregional (IVHSM, FL; z.T. TG); moderne Strukturen (Prozessorientierung); Skaleneffekte	Erhalt Wattwil aus struktur- und regionalpolitischen Gründen führt zu gewisser Schwächung vom Standort Wilggü TG	3
Infrastruktur (Anzahl Standorte)	weniger Standorte, Synergieeffekte ausgenutzt; moderne Infrastruktur; tiefere Unterhaltskosten	Schliessungs- bzw. Umnutzungskosten; Kollateralschäden (Zulieferer)	3
Investitionen (mehr/weniger; Wirksamkeit)	nachhaltige Investitionen	kurzfristig: hoher Investitionsbedarf	3
Kooperation mit anderen Kantonen	erleichtert Kooperationsvereinbarungen mit Dritten	Gefahr der Kooperationsverweigerung (Folge: Überkapazitäten)	2
intra-kantonal (z.B. Einkaufsgemeinschaft)	leichtere Durchsetzung von Einkaufspolitik	berufspolitische Schwierigkeiten möglich	4
<b>Machbarkeit</b>			
Politische	entsprechen der neuen Finanzierungssystematik (vgl. andere Kantone)	schwierig, einiger Widerstand ist zu erwarten (Umnutzung zweier Standorte)	3
Finanzielle	Investition in die Zukunft	Initialkosten sind zu tätigen	3
Gesetzliche		Anpassungen notwendig	2

## 6.2. Variante 2 (*H<sup>futura</sup>* – midi)

### 6.2.1. Ausgestaltung der Spitallandschaft

Variante 2 – *H<sup>futura</sup>* midi – sieht nur noch einen Spitalverbund mit einem strategischen Gremium und einer Geschäftsleitung vor. Die Variante 2 ist aber auch analog Variante 1 mit drei Spitalverbunden denkbar. Neben den Standorten Flawil und Altstätten werden auch die Regionalspitäler Rorschach und Walenstadt neu zu ambulanten Gesundheitszentren umfunktionsiert.

### Abbildung 3 Überblick Variante 2

#### Hauptmerkmale

- 5 Akutspitäler, davon
  - 1 Zentrumsspital
  - 2 Spitäler der erweiterten Grundversorgung
  - 2 Grundversorgungsspitäler
- 4 Ambulante Gesundheitszentren

#### Bauvorhaben / Investitionen

Variante 2			
	Betten	Investitionen	Bauvorhaben
KSSG	770	970 Mio	Neubau auf grüner Wiese
Rheintal	300	300 Mio	Neubau auf grüner Wiese
Wil	130	130 Mio	Neubau auf grüner Wiese
Wattwil	70	85 Mio	Gesamtsanierung
Uznach	100	100 Mio	Sanierung
Altstätten	0	25 Mio	Umnutzung amb. Ges-Zentrum
Rorschach	0	25 Mio	Umnutzung amb. Ges-Zentrum
Walenstadt	0	25 Mio	Umnutzung amb. Ges-Zentrum
Flawil	0	25 Mio	Umnutzung amb. Ges-Zentrum
<b>Total</b>	<b>1370</b>	<b>1685 Mio</b>	



#### 6.2.2. Medizinisches Angebot

Das Zentrumsspital Kantonsspital St. Gallen wird durch das Umfunktionieren der Spitäler Flawil und Rorschach der gesamtschweizerischen Tendenz entsprechend ausgebaut. Die durch QUADRIGA II initiierte Leistungskonzentration und die Bildung von Netzwerken wird mit Variante 2 weitergeführt und weiterentwickelt. Die Orthopädie wird an zwei Standorten (St. Gallen und Rheintal) konzentriert. An den anderen Standorten, an welchen bislang ebenfalls orthopädische Leistungen erbracht wurden, werden nur noch Eingriffe der allgemeinen Chirurgie vorgenommen (Grundversorgung).

Das Fürstenland und Rheintal erhalten neue Spitäler mit höheren Bettenkapazitäten und bieten Leistungen der erweiterten Grundversorgung an. Sie gewinnen dadurch an Attraktivität bei der Personalbeschaffung und für ausserkantonale und liechtensteinische Patienten. Durch die Konzentration erhöhen sich Fallvolumina und Qualität. Spezialisierungen wie Akutgeriatrie, Palliative Care und die PSA (Alkoholkurztherapie) werden an den Standorten Wattwil und Uznach aufrechterhalten. Akutgeriatrie und Palliative Care werden im Rheintal im Spitalneubau konzentriert.

Die Standorte Flawil, Altstätten, Rorschach und Walenstadt werden in den bestehenden Gebäuden in ambulante Gesundheitszentren umfunktioniert. Im Sinne von PPP – Projekten kann an diesen Standorten eine qualitativ hochstehende ambulante Medizin durch niedergelassene Allgemeinmediziner und Spezialisten in Zusammenarbeit mit dem Spitalverbund angeboten werden. Ferner werden damit Vorkehrungen gegen einen in den nächsten Jahren drohenden Mangel an Hausärzten getroffen. Dies verbessert Schnittstellen zwischen dem ambulanten und stationären Bereich, sorgt durch die partnerschaftlichen Investitionen für tiefere Initialkosten der öffentlichen Hand und führt zum Wegfall der staatlichen Mitfinanzierung der Betriebskosten. Die Spitäler betreiben an den Gesundheitszentren weiterhin Rettungsdienst-Stützpunkte und gewährleisten somit sowohl die Versorgungssicherheit als auch die Erreichbarkeit der medizinischen Leistungen innerhalb nützlicher Fristen.

### 6.2.3. Infrastruktur und Investitionen

Durch das Umfunktionieren von vier Standorten in ambulante Gesundheitszentren aber vor allem durch den Neubau der Spitäler in St. Gallen, Wil und Rheintal wird das längerfristige Investitionsvolumen in ähnlichem Masse oder gar leicht tiefer ausfallen als dies QUADRIGA II vorsieht. Durch die Möglichkeit prozessorientierte Spitalneubauten zu erstellen, können künftige Betriebskosten erfahrungsgemäss um ca. 5% - 15% gesenkt werden. Bei Umbauten und Sanierungen sind Patienten und Personal während der jahrelangen Bauphasen mit unattraktiven Lärmemissionen konfrontiert, das sich bei der Personalbeschaffung als Nachteil erweist und mit Senkung der Auslastung zu Ertragsausfällen führt. Zudem sind bei Umbauten oft kostenintensive Provisorien notwendig, die „à fonds perdu“ zu finanzieren sind, womit diese Investitionen ohne Nachhaltigkeit bleiben.

### 6.2.4. Kriterien-basierte Vor- und Nachteile

Folgende Tabelle listet die Pros und Contras der Variante 2 zu Kriterien der Versorgungssicherheit, Wirtschaftlichkeit und Machbarkeit auf:

Tabelle 12 Vor- und Nachteile Variante 2

Beurteilung	pro	contra	Score 1-5
<b>Versorgungssicherheit</b>			
medizinisches Angebot / integrierte Versorgung	konsequente Umsetzung der Konzentration in SR 1 und 2; w eniger Schnittstellen; Prozessorientierung	SR 3 und SR 4 wie bisher	4
Berücksichtigung der medizinischen Trends	konsequente Umsetzung med. Trends in SR 1&2	w ohnortsfornere Geriatrie in SR2	3
Erreichbarkeit	eindeutigere Zuständigkeiten (Zuw eiser, Patienten); Obertoggenburg ist w eiterhin mit Wattw il gut versorgt	längere Fahrw ege müssen in in SR 1 und SR 2 in Kauf genommen werden. Ambulante Versorgung in Rorschach, Flaw il, Walenstadt & Altstätten	3
Patientenströme (Kantonssicht)	für Patienten attraktive Spitzenangebote auch überregional	Gefahr Abw anderungen in peripheren Gebieten	4
Patientensicherheit / Qualiät	gemeinsame Behandlungsstandards noch besser umsetzbar; höhere Fallzahlen an den Standorten KSSG, Grabs und Wil		5
Personal (-Rekrutierung)	Attraktive Arbeitsplätze, einfachere Pers-Rekrutierung; rationalere Personaleinsatzplanung	Stellenabbau, w eitere Arbeitsw ege	4
<b>Wirtschaftlichkeit</b>			
Wettbew erbs- & Zukunftsfähigkeit	Attraktivitätssteigerung regional und überregional (IVHSM, FL; z.T. TG); moderne Strukturen (Prozessorientierung); Skaleneffekte	Erhalt Wattw il aus struktur- und regionalpolitischen Gründen führt zu gew isser Schw ächung vom Standort Will ggü TG	4
Infrastruktur (Anzahl Standorte)	w eniger Standorte, Synergieeffekte ausgenutzt; moderne Infrastruktur; tiefere Unterhaltskosten	Schliessungs- bzw . Umnutzungskosten; Kollateralschäden (Zulieferer)	4
Investitionen (mehr/w eniger; Wirksamkeit)	nachhaltige Investitionen	kurzfristig: hoher Investitionsbedarf	4
Kooperation mit anderen Kantonen	erleichtert Kooperationsvereinbarungen mit Dritten	Gefahr der Kooperationsverw eigerung (Folge: Überkapazitäten)	3
intra-kantonal (z. B. Einkaufsgemeinschaft)	leichtere Durchsetzung von Einkaufspolitik	berufspolitische Schw یرigkeiten möglich	4
<b>Machbarkeit</b>			
Politische	entsprechen der neuen Finanzierungssystematik (vgl. andere Kantone)	schw یرig, einiger Widerstand ist zu erw arten	3
Finanzielle	Investition in die Zukunft	Initialkosten sind zu tätigen	4
Gesetzliche		Anpassungen notw endig	2

## 6.3. Variante 3 (H<sup>futura</sup> – maxi)

### 6.3.1. Ausgestaltung der Spitallandschaft

Variante 3 – H<sup>futura</sup>maxi – sieht nur noch einen Spitalverbund mit einem strategischen Gremium und einer Geschäftsleitung vor. Auch Variante 3 ist analog Variante 1 mit drei Spitalverbunden denkbar. Neben den Standorten Flawil und Altstätten sowie Rorschach und Walenstadt wird auch das Spital Wattwil neu zu ambulanten Gesundheitszentren umfunktioniert.

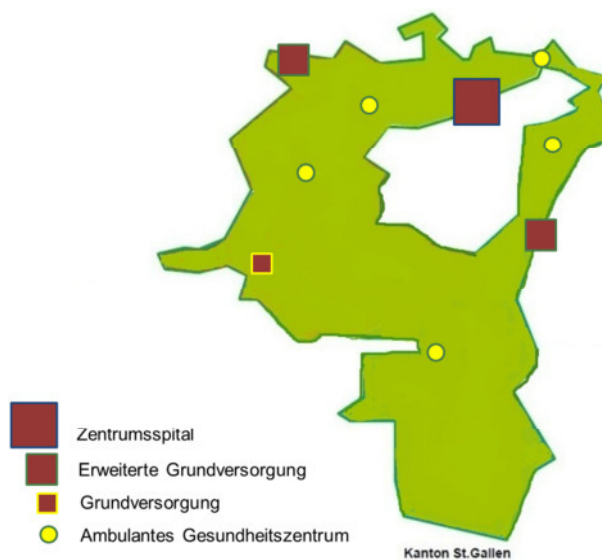
Abbildung 4 Überblick Variante 3

#### Hauptmerkmale

- 4 Akutspitäler, davon
  - 1 Zentrumsspital
  - 2 Spitäler der erweiterten Grundversorgung
  - 1 Grundversorgungsspital
- 5 Ambulante Gesundheitszentren

#### Bauvorhaben / Investitionen

Variante 3			
	Betten	Investitionen	Bauvorhaben
KSSG	770	970 Mio	Neubau auf grüner Wiese
Rheintal	300	300 Mio	Neubau auf grüner Wiese
Wil	200	200 Mio	Neubau auf grüner Wiese
Uznach	100	100 Mio	Sanierung
Wattwil	0	25 Mio	Umnutzung amb. Ges-Zentrum
Altstätten	0	25 Mio	Umnutzung amb. Ges-Zentrum
Rorschach	0	25 Mio	Umnutzung amb. Ges-Zentrum
Walenstadt	0	25 Mio	Umnutzung amb. Ges-Zentrum
Flawil	0	25 Mio	Umnutzung amb. Ges-Zentrum
<b>Total</b>	<b>1370</b>	<b>1695 Mio</b>	



### 6.3.2. Medizinisches Angebot

Variante 3 sieht mit der Umstrukturierung des Spitals Wattwil in ein ambulantes Gesundheitszentrum eine nochmals verstärkte Konzentration der Leistungen und eine Stärkung des Platzes Wil vor. Der Spitalstandort Uznach wird beibehalten, eine enge Kooperation mit den oder einem der umliegenden Spitäler Lachen und Männedorf muss mittelfristig aus wirtschaftlichen Gründen angestrebt werden. Der Wettbewerb im besagten Marktraum wird künftig zu gross sein, um mit den vorhandenen Strukturen konkurrenzfähig zu bleiben. Andererseits lohnen sich die notwendigen Investitionen für einen Alleingang des Spitals Linth nicht, da in dieser Region zu viele Anbieter konkurrieren.

### 6.3.3. Infrastruktur und Investitionen

Mit Ausnahme des Spitals Linth in Uznach sollen sämtliche Akutspitäler (Rheintal, St. Gallen und Wil) an neuen Standorten errichtet werden. Die entsprechenden Vorteile von Neubauten bzw. Nachteile von Umbauten/Sanierungen sind Kapitel 6.2.3 und Kapitel 7.2 zu entnehmen.

Die dafür notwendigen Mittel belaufen sich in ähnlicher Grössenordnung wie bei Variante 2 und sind längerfristig wohl leicht tiefer als das unter QUADRIGA II geschätzte Investitionsvolumen.

### 6.3.4. Kriterien-basierte Vor- und Nachteile

Folgende Tabelle listet die Pros und Contras der Variante 3 zu Kriterien der Versorgungssicherheit, Wirtschaftlichkeit und Machbarkeit auf.

**Tabelle 13 Vor- und Nachteile Variante 3**

Beurteilung	pro	contra	Score
<b>Versorgungssicherheit</b>			1-5
medizinisches Angebot / integrierte Versorgung	konsequente Umsetzung der Konzentration; w enig Schnittstellen; Prozessorientierung		5
Berücksichtigung der medizinischen Trends	konsequente Umsetzung med. Trends	w ohnortsfernere Geriatrie	4
Erreichbarkeit	eindeutigere Zuständigkeiten (Zuweisung, Patienten)	längere Fahrwege zu Akutspitäler müssen in SR 1, SR 2 & SR4 in Kauf genommen werden. Ambulante Versorgung in Rorschach, Flawil, Wattwil, Walenstadt & Altstätten	2
Patientenströme (Kantonssicht)	für Patienten attraktive Spitzenangebote auch überregional	Gefahr Abwanderungen in peripheren Gebieten	4
Patientensicherheit / Qualität	gemeinsame Behandlungsstandards noch viel besser umsetzbar; höhere Fallzahlen		5
Personal (-Rekrutierung)	Attraktive Arbeitsplätze, einfachere Personalrekrutierung; rationalere Personaleinsatzplanung	Stellenabbau, weitere Arbeitswege	4
<b>Wirtschaftlichkeit</b>			
Wettbewerbs- & Zukunftsfähigkeit	Attraktivitätssteigerung regional und überregional (IVHSM, FL; TG); moderne Strukturen (Prozessorientierung); Skaleneffekte;		5
Infrastruktur (Anzahl Standorte)	w eniger Standorte, Synergieeffekte ausgenutzt; moderne Infrastruktur; tiefere Unterhaltskosten	Schliessungs- bzw. Umnutzungskosten; Kollateralschäden (Zulieferer)	4
Investitionen (mehr/w eniger; Wirksamkeit)	nachhaltige Investitionen	kurzfristig: hoher Investitionsbedarf	4
Kooperation mit anderen Kantonen	erleichtert Kooperationsvereinbarungen mit Dritten	Gefahr der Kooperationsverweigerung (Folge: Überkapazitäten)	3
intra-kantonal (z.B. Einkaufsgemeinschaft)	leichtere Durchsetzung von Einkaufspolitik	berufspolitische Schwierigkeiten möglich	4
<b>Machbarkeit</b>			
Politische	entsprechend der neuen Finanzierungssystematik (vgl. andere Kantone)	schwierig, viele Widerstände zu erwarten	1
Finanzielle	Investition in die Zukunft	hohe Initialkosten	4
Gesetzliche		Anpassungen notwendig	1

## 7. Empfehlungen LENZ

Unter Berücksichtigung der Ist-Analyse wird in Kapitel 7.1 die aktuelle Spitalstrategie QUADRIGA II anhand derselben Kriterien wie zuvor die Varianten bewertet und den Varianten gegenübergestellt. Kapitel 7.2 konzentriert sich dann ausschliesslich auf die bestbewertete Strategie und begründet diese Beurteilung ausführlich.

### 7.1. Bewertung QUADRIGA II und der Varianten

Die Bewertungen von QUADRIGA II und der zuvor vorgestellten Varianten 1-3 gelangen im Überblick zu folgenden Resultaten:

Tabelle 14 Beurteilung der Strategien / Varianten

	QUADRIGA II	Variante 1	Variante 2	Variante 3
<b>Beurteilung</b>				
<b>Versorgungssicherheit</b>	19	20	23	24
medizinisches Angebot / integrierte Versorgung	3	3	4	5
Berücksichtigung der medizinischen Trends	2	3	3	4
Erreichbarkeit	5	4	3	2
Patientenströme	3	3	4	4
Patientensicherheit / Qualität	4	4	5	5
Personal	2	3	4	4
<b>Wirtschaftlichkeit</b>	11	15	19	20
Wettbewerbs- & Zukunftsfähigkeit	2	3	4	5
Infrastruktur (Anzahl Standorte)	2	3	4	4
Investitionen (mehr/weniger; Wirksamkeit)	2	3	4	4
Kooperation mit anderen Kantonen	1	2	3	3
intrakantonale (z.B. Einkaufsgemeinschaft)	4	4	4	4
<b>Marchbarkeit</b>	11	8	9	6
Politische	4	3	3	1
Finanzielle	2	3	4	4
Gesetzliche	5	2	2	1
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>43</b>	<b>51</b>	<b>50</b>

Variante 2 (*H<sup>utura</sup> midi*) setzt sich knapp vor Variante 3 durch, da sie im direkten Vergleich vor allem in der (politischen) Machbarkeit deutlich besser bewertet wurde. QUADRIGA II wird sowohl bezüglich Wirtschaftlichkeit und Versorgungssicherheit deutlich schlechter beurteilt. Während die hohe Spitaldichte in den Spitalverbunden die aktuelle Erreichbarkeit der medizinischen Leistungen als sehr gut abschneiden lässt, bewirken die vielen Standorte trotz Konzentrationsbemühungen und Bildung von Netzwerken doch noch eine zu grosse Fragmentierung der Leistungserbringung, entgegen den medizinischen Trends. Dies führt zu kleinen Fallzahlen und dadurch zu potentiell schlechterer Qualität. Ebenso sind die kleineren Spitäler in Zeiten der Personalknappheit zusehends unattraktiver für gut qualifiziertes medizinisches Personal (Ärztenschaft, Pflege und andere Medizinalberufe). Die in den nächsten Jahren anstehenden Umbauten und Sanierungen werden sowohl die Patienten als auch das Personal zusätzlich belasten und zu einer tieferen Produktivität, Bettenauslastung und Erträgen führen. Zudem lassen sich mit Umbauten prozessbedingte Effizienzpotentiale weniger gut als in Neubauten realisieren. An medizinischem Angebot eingeschränkte und von Standard (Umbauten/Sanierungen) und Qualität (kleine Volumina) suboptimal aufgestellte Spitäler vermögen auch im Wettbewerb um ausserkantonale Patienten schlechter zu bestehen und sind zudem weniger attraktiv für grenzüberschreitende Kooperationen.

## 7.2. Variantenwahl und Begründung

Die von LENZ empfohlene Variante 2 soll in der Folge aus verschiedenen Perspektiven begründet werden.

### Medizinische Trends

Die medizinischen Trends zeigen klar in Richtung Zentrums- und Netzwerkbildung. Mit QUADRIGA II antizipierte die GD St. Gallen bereits früh diese Entwicklung, indem das Kantonsspital St. Gallen klar die Rolle des Zentrumsspitals einnahm und verschiedene Netzwer-



ke innerhalb der Spitalverbunde und auch grenzüberschreitend gebildet wurden. Im dynamischen Umfeld des Gesundheitswesens auch hervorgerufen durch die mit dem revidierten Krankenversicherungsgesetz eingetretenen Veränderungen (neue Spitalfinanzierung, freie Spitalwahl) bedarf es regelmässiger Strategieüberprüfungen. Dies umso mehr, als im Kanton St. Gallen mit den anstehenden Bauvorhaben die Weichen längerfristig gestellt und in gewisser Weise zementiert werden. Es ist jetzt wohl der letzte Zeitpunkt, der noch Planungskorrekturen und -optimierungen ohne Mehrkosten zulässt.

Variante 2 nimmt die Kernelemente der Spitalstrategie QUADRIGA II auf und entwickelt die Strukturen des Systems unter Berücksichtigung regionaler Gegebenheiten weiter und schafft eine zukunftsfähigere bauliche Infrastruktur. Dies garantiert, dass die St. Galler Spitallandschaft auch künftig für Patienten und Personal attraktiv sowie wirtschaftlich und qualitativ wettbewerbsfähig ist.

Die Konzentration der akutsomatischen Leistungen in einem Zentrumsspital, zwei Spitälern der erweiterten Grundversorgung und einem Grundversorgungsspital sowie vier ambulanten Gesundheitszentren bringt folgende Vorteile:

- **Qualitätssteigerung** für die Patienten wegen höherer Fallzahlen (pro Operateur und Institution) und mit Standards arbeitenden Behandlungsteams.
- gesteigerte **Attraktivität für Ärzteschaft und Pflegende** wegen grösserer prozessorientierter Einheiten (herausforderndere Arbeit erhöht auch Motivation und Produktivität).
- Hohe Attraktivität **für innerkantonale und ausserkantonale Patienten** wegen moderner Infrastrukturen und breitgefächerter moderner Leistungsangebote. Sie vermögen die Abwanderungstendenz zu stoppen und die Zuwanderung zu aktivieren.
- Berücksichtigung des Trends zu **ambulanter Leistungserbringung (z.B. Operationen)** und Kurzaufenthalten in den vier zu ambulanten Gesundheitszentren umfunktionierten Spitalstandorten.
- Dem zunehmenden **Mangel an niedergelassenen Ärzten** in der Peripherie kann gleichzeitig mit der Bildung von Gesundheitszentren und einem breiteren, auch flexibleren hausärztlichen Angebot **begegnet** werden.
- Die ambulanten Gesundheitszentren sind für die Spitalverbunde und privaten Anbieter attraktiv. Mittels **PPP-Modellen** (Public-Privat-Partnership) können gemeinsam sowohl private als auch öffentliche Interessen verfolgt und finanziert werden (Beispiele: Meiringen, Grenchen, Tafers, Châtel-St-Denis).
- Die zu ambulanten Gesundheitszentren umfunktionierten Standorte bleiben weiterhin wichtige **Arbeitgeber** in der Region und auch Kunden für lokale KMU. Sie ermöglichen zudem attraktive Arbeitszeitmodelle für Teilzeitarbeitende.

#### Versorgungssicherheit

- Gesteigerte Volumina versprechen wegen der höheren Eingriffsrate pro Behandlungsteam eine **bessere Ergebnisqualität** der medizinischen Leistungen.
- Die **Erreichbarkeit** der Spitalversorgung in nützlicher Frist bleibt auch bei vier Akutspitälern **gesichert**. Mit Rettungsdienst-Stützpunkten in den Gesundheitszentren ist auch in peripheren Regionen die Notfallversorgung und gezielte Triage gewährleistet.

- Eine dezentrale Versorgung widerspricht dem Aspekt der Qualität und den medizinischen Entwicklungen innerhalb der Akutsomatik – sie gilt vorderhand für die Langzeitversorgung und die Psychiatrie.

### Wirtschaftlichkeit

- Die Konzentration auf vier Akutspitäler erleichtert die Um- und Durchsetzung von Standardisierungen und ermöglicht ein optimales Ausschöpfen von **Synergieeffekten** im Prozess der Leistungserbringung, in der Logistik und im Einkauf.
- Mit der Umfunktionierung der vier Spitalstandorte in ambulante Gesundheitszentren können die **Kosten** der öffentlichen Hand **gesenkt** werden:
  - o Wegfall von Vorhalte- und somit erheblichen Betriebskosten
  - o Einmietung privater Anbieter (Mietverträge)
  - o Mitfinanzierung der Investition durch Private (PPP)
- Die dadurch steigenden ambulanten Kosten sind jedoch über erhöhte Krankenkassenprämien zu finanzieren. Da die ambulanten Eingriffe zumeist günstiger erbracht werden als die stationären, werden die Kosten trotzdem eingedämmt werden können.
- Um die heute tiefen Base-Rates auch künftig auf konkurrenzfähigem Niveau halten zu können, sind die anstehenden und unbestritten notwendigen Investitionen in zukunftsfähige und effiziente Strukturen zu tätigen.
- Durch einen effizienteren Mitteleinsatz in prozessorientierten Neubauspitälern resultieren eine effizientere Leistungserbringung und **erheblich bessere Betriebsabläufe**, sowie ein rationellerer Personaleinsatz. Erfahrungsberichte weisen Effizienzpotentiale von 5% - 15% der Betriebskosten aus.<sup>9</sup>
- Neubauten ermöglichen den Betrieb von Spitälern an verkehrsstrategisch optimalen Standorten mit **zeitgemässer Erschliessung** durch den öffentlichen Verkehr und den motorisierten Individualverkehr. Die vorgeschlagenen Neubauten in St. Gallen, im Rheintal und bei Wil können somit an verkehrsstrategisch günstigeren Standorten und ausserhalb der teuren Zentrums Lage errichtet werden. Die freiwerdenden Parzellen können anderweitig genutzt oder zu attraktiven Preisen veräussert werden.
- Neubauten sind attraktiv für die Wohnbevölkerung und für ausserkantonale Patienten. Bei jedem Patienten, der sich ausserkantonale behandeln lässt, zahlt der Kanton dem auswärtigen Spital neben den Behandlungskosten einen Investitionszuschlag von aktuell 10 Prozent. Umgekehrt zahlt der Wohnkanton des ausserkantonalen Patienten, der sich in einem St. Galler Spital behandeln lässt, den Investitionsanteil an das St. Galler Spital. Aus **volkswirtschaftlicher Sicht** ist demnach die hiesige Spitallandschaft möglichst **attraktiv** (Qualität, Infrastruktur, Preise) zu gestalten.
- Neubauten **erhöhen die Flexibilität** bei der Reaktion auf geänderte Marktverhältnisse, auf die rasche medizinische Entwicklung. Die Spitalbauten werden nicht mehr für eine Lebensdauer von über vierzig Jahren konzipiert sondern mit einer fixen Hülle und einer modularen Gestaltung des Innenlebens.

<sup>9</sup> Wirtschaftlichkeitsbetrachtungen des Munich Medical International MMI bei Kliniken weisen Unterschiede im Personalbedarf von bis zu 20% je nach baulichen Konzepten der Vergleichskliniken (zentrale vs. dezentrale Struktur) auf. Das niederländische Orbis Medical Center weist durch den Neubau eine 14% höhere Produktivität aus als der Durchschnittswert der niederländischen Krankenhäuser (<http://www.hospitalbuildeurope.de/pressebericht/>)

- Langjährige Umbau- und Sanierungsphasen an den herkömmlichen Standorten sind sowohl für die Patienten als auch für das Personal äusserst unattraktiv. **Lärm- und Schmutzmissionen führen zu** Patientenabwanderungen und tieferen Bettenauslastungen und somit zu **Ertragsausfällen**. Ausserdem besteht die Gefahr, dass verlorene Patienten kaum mehr zurückzugewinnen sind. Das Personal leidet ebenfalls unter den Bauemissionen und oft unter einer auf die Patientenabwanderung zurückzuführende Demotivation.
- Umbauten und Sanierungen sind im Vergleich zu Neubauten teuer und ineffizient, weil stets an der vorherrschenden Bausubstanz und Baustruktur festgehalten oder diese zumindest miteinbezogen werden muss. Dadurch ist eine Prozessorientierung zumeist nicht optimal umsetzbar. Da ‚am lebenden Patienten‘ operiert bzw. gebaut wird, sind als Ausweichmöglichkeiten Provisorien zu errichten, deren Finanzierung nicht nachhaltig (à fonds perdu) ist und den Standort für die Patienten und das Personal unattraktiv machen.
- Daraus folgt, dass Neubauten sowohl eher tieferer Investitionen bedürfen, als auch dass die Folgekosten eindeutig tiefer ausfallen.

Zusammenfassend spricht sich diese Studie für das Festhalten der strategischen Grundziele von QUADRIGA II aus, versucht aber eine konsequentere Umsetzung und Weiterentwicklung aufzuzeigen.

Sie empfiehlt im Zuge der anstehenden Investitionen, die mit einer weiteren Leistungskonzentration einhergehende Steigerung der Qualität, Effizienz, Attraktivität und Konkurrenzfähigkeit mittels der in Variante 2 skizzierten Struktur- und Angebotsbereinigung umzusetzen. Dies auch im Sinne des St. Galler Stimmvolkes, welches sich in der Vergangenheit stets für moderne und konkurrenzfähige Spitäler aussprach. Denn mit den dringend notwendigen Investitionen in die St. Galler Spitäler, über welche die St. Galler Stimmbürger im November 2014 (zumindest teilweise) abstimmen, werden die spital- und gesundheitspolitischen Weichen für die nächsten Generationen gestellt.

Das Ausmass der Attraktivität der Spitäler für (ausserkantonale) Patienten hängt wie in Kapitel 4.5 (ab S. 10) gefolgert nicht alleine von der Höhe der Base-Rate ab. Nicht zuletzt ist neben der Qualität der Leistungserbringung und des Services (u.a. Komfort der Infrastruktur) auch die Bereitschaft der Eigentümer, grenzüberschreitende Kooperationen zu finden, von äusserster Wichtigkeit. Hierbei ist eine längerfristige Perspektive einzunehmen, mit welcher die Kleinräumlichkeit der einzelnen Kantone überwunden und gemeinsam überregionale Angebote definiert werden. Hier darf der richtige Zeitpunkt nicht verpasst werden, die Weichen zu stellen. So stehen verschiedene Bauprojekte im Marktraum des Spitals Linth in der Konzeptionsphase. Kooperationsgespräche sind spätestens in diesen Phasen zu führen, ansonsten sind die Türen für Jahre verschlossen und die Kuchenstücke verteilt. Dasselbe gilt für die Beziehungen zum Fürstentum Liechtenstein, den beiden Appenzeller Kantonen und zum Kanton Thurgau. Sämtliche Kantone sind bei einer Realisierung von Variante 2 frühzeitig in der Projektion miteinzubeziehen.

## 8. Anhang

Tabelle 15 Leistungsangebot nach Standorten

Fachbereiche	Spitalregion 1			Spitalregion 2			Spitalregion 3	Spitalregion 4	
	KSSG	Flawil	Rorschach	Grabs	Altstätten	Walenstadt	Linth	Wil	Wattwil
Allgemeine Innere Medizin	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Angiologie	x			x		x			
Endokrinologie/Diabetologie/Osteologie	x			KA		x	KA		
Gastroenterologie/Hepatoologie	x			x	x	x	x	x	KA
Infektiologie/Spitalhygiene	x								
Kardiologie	x			x	x		x		
Nephrologie/Transplantationsmedizin	x					x, Dialyse			
Onkologie/Hämatologie	x		x	x	x		Netzwerk	x	KA
Pneumologie	x			* kein fester KA			x		KA
Schlafmedizin	x						x		
Rheumatologie/Rehabilitation	x			* kein fester KA			x		
Geriatric					x	x	x		x
Medizinische Intensivstation (MIPS und NIPS)	x								
Neurologie	x			* Innere Medizin, Netzwerk			x		
Stroke unit	x			x					
Psychosomatik	x								
Psychiatrie							x		PSA und KA
Institut für Anästhesiologie	x	x	x				x	x	x
Chirurgie	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Gefäss- und Thoraxchirurgie	x		x	x, BA Gefässchirurgie	Thoraxchirurgie	x			
Hand-, Plastische und Wiederherstellungschirurgie	x			x, BA Plast. Chirurgie		BA Handchir.	KA	x	* Handchir.
Orthop. Chirurgie & Traumatologie des Bewegungsapparates	x		x	x	x	x	x	x	
Kiefer-Gesichts-Chirurgie	x					BA			
Chirurgische Intensivstation (CHIPS)	x								
Urologie	x			BA		BA	x	KA	
Augenheilkunde	x						BA		
ORL	x		BA	BA		BA	KA	KA	KA
Gynäkologie	x			x		x	x	x	
Geburtshilfe	x			x		x	x	x	
Neurochirurgie	x								
Dermatologie/Allergologie	x								
Radio-Onkologie	x								
Nuklearmedizin	x								
Institut für Pathologie	x								
Institut für Radiologie	x		x	x Zentrum für SR2	x	x	x	x	x
Institut für Rechtsmedizin	x								
Brustzentrum	x			x					
Palliativzentrum	x	PC		PC	PC	PC			
Muskelzentrum/ALS clinic	x								
Schmerztherapie					x				
Varizenzentrum		x							
Wundambulatorium		x		x		x			
Ambiplus		x							
Ernährungsberatung		x	x						

Legende:

BA = Belegarzt

KA = Konsiliararzt

PC = Palliative Care

Zürich, 12. Juli 2013

LENZ Beratungen und Dienstleistungen AG