

Weiterentwicklung der Strategie der St.Galler Spitalverbunde

- IV. Nachtrag zum Gesetz über die Spitalverbunde
- Kantonsratsbeschluss über die Festlegung der Spitalstandorte
- Nachtrag zum Kantonsratsbeschluss über die Erneuerung und Erweiterung des Spitals Altstätten
- Nachtrag zum Kantonsratsbeschluss über die Erneuerung und Erweiterung des Spitals Wattwil
- Kantonsratsbeschluss über die Erhöhung des Eigenkapitals der Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland in Form einer Umwandlung von Kontokorrent-Darlehen
- Kantonsratsbeschluss über die Umwandlung von Baudarlehen der Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland in Eigenkapital
- Kantonsratsbeschluss über die Erhöhung des Eigenkapitals der Spitalregion Fürstenland Toggenburg in Form einer Bareinlage und einer Umwandlung von Kontokorrent-Darlehen
- Kantonsratsbeschluss über die Umwandlung von Baudarlehen der Spitalregion Fürstenland Toggenburg in Eigenkapital
- Kantonsratsbeschluss über die Gewährung von Beiträgen für die Notfallversorgung

Botschaft und Entwürfe der Regierung vom 24. Februar 2020

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	5
1 Ausgangslage	8
1.1 Rahmenbedingungen	8
1.1.1 Trends in der Leistungserbringung	8
1.1.2 Anforderungen an die Qualität	10
1.1.3 Wirtschaftliche Ausgangslage der Spitalverbunde	11
1.1.4 Anforderungen an die Strukturentwicklung	15
1.2 Aufbau der Vorlage	16
2 Vorarbeiten	17
2.1 Projektziel und -abwicklung	17
2.2 4-Standort- bzw. Alternativkonzept: Strukturelle Anpassungen	18
2.2.1 Versorgungsmodell und Leistungsangebot	18
2.2.2 Auswirkungen auf die Infrastruktur	21
2.2.3 Auswirkungen auf den Personalbestand	23
2.3 4-Standort- bzw. Alternativkonzept: Finanzielle Auswirkungen	24
2.3.1 Finanzielle Auswirkungen auf die Spitalunternehmen	24
2.3.2 Finanzielle Auswirkungen auf den Kanton	26

2.4	4-Standort- bzw. Alternativkonzept: Gesamtbeurteilung und Zwischenfazit	27
2.4.1	Gesamtbeurteilung	27
2.4.2	Zwischenfazit	30
2.5	Zusätzlich geprüfte Varianten auf Basis des 4-Standort- bzw. Alternativkonzepts	30
2.5.1	Variantenbeschreibung	30
2.5.2	Finanzielle Ergebnisse	31
2.5.3	Diskussion der Zusatzvarianten	34
2.6	Weitere Variantenüberlegungen	35
2.6.1	Beurteilung einer Auslagerung eines Standorts an einen Drittanbieter	35
2.6.2	Beurteilung einer dezentralen Fortführung von akutgeriatrischen Angeboten	37
2.6.3	Beurteilung des Potenzials von Angeboten der Akut- und Übergangspflege	39
2.7	Zusammenfassung und Fazit	41
2.7.1	4plus5-Strategie als bevorzugte Variante	41
2.7.2	4plus5-Strategie mit Wattwil statt Wil als Spitalstandort	41
3	Lösungsansatz: 4 Spitalstandorte plus 5 Regionale Gesundheits- und Notfallzentren (4plus5)	43
3.1	Überblick	43
3.1.1	Zielbild	43
3.1.2	Versorgungsmodell	45
3.1.3	Standort Walenstadt	46
3.2	Spitalstandorte in der 4plus5-Strategie	47
3.2.1	Leistungsangebot	47
3.2.2	Grundversorgung am Kantonsspital	49
3.2.3	Organisationsstruktur	49
3.3	Regionale Gesundheits- und Notfallzentren	51
3.3.1	Leistungsangebot	51
3.3.2	Standort	53
3.3.3	Betriebsmodell und Trägerschaft	53
3.3.4	Finanzierung	54
3.3.5	Regionale Ausgestaltung und Leistungsaufträge	54
3.4	Gesundheits-, Notfall- und Kompetenzzentrum für spezialisierte Pflege Wattwil	55
3.4.1	Leistungsangebot	55
3.4.2	Betriebsmodell und Finanzierung	58
3.4.3	Fazit	59
3.5	Anforderungen an die Infrastruktur	59
3.5.1	Spitalstandorte	59
3.5.2	Regionale Gesundheits- und Notfallzentren	62
3.6	Anforderungen an die Personalressourcen	62
3.6.1	Personalbedarf	62
3.6.2	Rahmenbedingungen für Personalverschiebungen	64

3.6.3	Aus- und Weiterbildung	64
3.7	Eckpunkte des Umsetzungszeitplans	65
3.8	Finanzielle Auswirkungen	66
3.8.1	Finanzielle Auswirkungen auf die Spitalunternehmen	66
3.8.2	Verbleibende Finanzierungslücke	69
4	Interkantonale Planung	70
4.1	Patientenwanderungen	71
4.2	Bisherige Bestrebungen zur interkantonalen Zusammenarbeit	74
4.3	Verhältnis der interkantonalen Zusammenarbeit zur Weiterentwicklung Spitalstrategie	75
4.4	Weiteres Vorgehen	76
5	Weitere Massnahmen	76
5.1	Betriebsoptimierungen der Spitalverbunde	76
5.2	Anpassung der Beiträge für gemeinwirtschaftliche Leistungen	77
5.2.1	Beiträge für gemeinwirtschaftliche Leistungen mit Abgeltungscharakter	78
5.2.2	Beiträge für Vorhalteleistungen	79
5.2.3	Umsetzungsplanung	80
5.3	Sanierungsbeiträge des Kantons	81
5.3.1	Entwicklung der Ebitda-Marge und der Eigenkapital-Quote	81
5.3.2	Beurteilung der Eigenkapitalquote im Hinblick auf die Darlehensgewährung durch den Kanton	83
5.3.3	Variantenüberlegungen zur Ausgestaltung des Sanierungsbeitrags	86
5.3.4	Ausgestaltung des Sanierungsbeitrags	87
6	Finanzielle und personelle Folgen	88
6.1	Auswirkungen auf die Finanzplanung des Kantons	88
6.1.1	Finanzplanung	88
6.1.2	Risiken bei unvollständiger Umsetzung	90
6.2	Personelle Folgen	90
7	Notwendige Rechtsgrundlagen und Beschlüsse	90
7.1	IV. Nachtrag zum Gesetz über die Spitalverbunde	90
7.2	Kantonsratsbeschluss über die Festlegung der Spitalstandorte	93
7.3	Aufhebung des Kantonsratsbeschlusses über die Erneuerung und Erweiterung des Spitals Altstätten	95
7.4	Aufhebung des Kantonsratsbeschlusses über die Erneuerung und Erweiterung des Spitals Wattwil	96

7.5	Stärkung des Eigenkapitals der Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland und der Spitalregion Fürstenland Toggenburg nach Art. 23 des Gesetzes über Spitalplanung und -finanzierung	96
7.5.1	Voraussetzungen für eine Erhöhung von Eigenkapital	96
7.5.2	Voraussetzungen nach Art. 23 des Gesetzes über Spitalplanung und -finanzierung	97
7.5.3	Fazit in Bezug auf die Zulässigkeit einer Eigenkapitalerhöhung	99
7.5.4	Umsetzung	99
7.6	Kantonsratsbeschluss über die Gewährung von Beiträgen für die Notfallversorgung	102
8	Vernehmlassungsverfahren	103
8.1	Grundsätzliche Stossrichtung der Stellungnahmen	104
8.2	In der Vorlage berücksichtigte Themenfelder	104
8.3	In der Vorlage nicht berücksichtigte Themenfelder	107
9	Antrag	110
	Anhang 1: Basispapiere	111
	Anhang 2: Finanzielle Ergebnisse 4plus5-Konzept nach Spitalverbund	112
	Anhang 3: Effizienzmassnahmen der Spitalverbunde	117
	Entwürfe	
	IV. Nachtrag zum Gesetz über die Spitalverbunde	121
	Kantonsratsbeschluss über die Festlegung der Spitalstandorte	123
	Nachtrag zum Kantonsratsbeschluss über die Erneuerung und Erweiterung des Spitals Altstätten	125
	Nachtrag zum Kantonsratsbeschluss über die Erneuerung und Erweiterung des Spitals Wattwil	127
	Kantonsratsbeschluss über die Erhöhung des Eigenkapitals der Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland in Form einer Umwandlung von Kontokorrent-Darlehen	129

Kantonsratsbeschluss über die Umwandlung von Baudarlehen der Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland in Eigenkapital	131
--	------------

Kantonsratsbeschluss über die Erhöhung des Eigenkapitals der Spitalregion Fürstenland Toggenburg in Form einer Bareinlage und einer Umwandlung von Kontokorrent-Darlehen	133
---	------------

Kantonsratsbeschluss über die Umwandlung von Baudarlehen der Spitalregion Fürstenland Toggenburg in Eigenkapital	135
---	------------

Kantonsratsbeschluss über die Gewährung von Beiträgen für die Notfallversorgung	137
--	------------

Zusammenfassung

Das Umfeld hat sich für die Schweizer Spitäler in den letzten Jahren stark verändert und ist für die Institutionen anspruchsvoller geworden. Viele Spitäler schreiben Defizite und sind gehalten, ihre Strukturen zu überdenken. Diese Entwicklung macht auch vor den St.Galler Spitalverbunden nicht halt. Die demografische Entwicklung, der medizinische und technologische Fortschritt, die laufende Spezialisierung, der Fachkräftemangel und vermehrte regulatorische Vorgaben sind Trends, welche die Aufgabenerfüllung der Spitalverbunde zusehends erschweren. Die dezentralen Strukturen und kleineren Spitäler stossen zunehmend an Grenzen, das medizinische Angebot in seiner Breite rund um die Uhr und in der erforderlichen Qualität aufrechtzuerhalten. Gleichzeitig verschlechtert sich die Finanzlage der St.Galler Spitalverbunde. Diese prognostizieren für die nächsten Jahre ein strukturelles Defizit von rund 70 Mio. Franken und ein rasch sinkendes Eigenkapital.

Vor diesem Hintergrund legte der Verwaltungsrat der Spitalverbunde der Regierung im Mai 2018 ein Grobkonzept vor, das auf einem Versorgungsmodell mit den vier Spitalstandorten St.Gallen, Grabs, Uznach und Wil sowie fünf ambulanten Gesundheitszentren an den heutigen Spitalstandorten Flawil, Rorschach, Altstätten, Walenstadt und Wattwil basiert (4-Standort-Konzept). Die Regierung nahm das Grobkonzept zur Kenntnis und gab im Juni 2018 das Projekt «Weiterentwicklung der Strategie der St.Galler Spitalverbunde: Leistungs- und Strukturentwicklung» in Auftrag. Sie setzte einen Lenkungsausschuss mit drei Mitgliedern der Regierung und zwei Mitgliedern des Verwaltungsrates der Spitalverbunde ein und beauftragte diesen, einen Lösungsvorschlag zu erarbeiten, welcher der St.Galler Bevölkerung eine qualitativ gute Gesundheitsversorgung garantiert und den Spitalverbunden unternehmerische Sicherheit bietet. Das Projekt wurde in drei Projektphasen unterteilt: (1) Beantwortung der Fragen zum Grobkonzept und zum angestossenen Strategieprozess, (2) Konkretisierung der Strategie der St.Galler Spitalverbunde mit detaillierter Ausarbeitung des 4-Standort-Konzepts und Entwicklung eines Alternativkonzepts, (3) Formulierung einer Botschaft zu Händen des Kantonsrates.

Kern der Projektarbeiten war die Ausarbeitung und Gegenüberstellung von 4-Standort-Konzept und Alternativkonzept. Für die Spitalstandorte St.Gallen, Grabs, Uznach und Wil sind die Konzepte weitgehend deckungsgleich. Für Flawil, Rorschach, Altstätten, Walenstadt und Wattwil wurden mit Einbezug der relevanten Anspruchsgruppen im Alternativkonzept standortspezifische Lösungen (als Alternative zu den ambulanten Gesundheitszentren gemäss 4-Standort-Konzept) entwickelt. Diese sehen mit Ausnahme von Rorschach die Fortführung eines stationären Angebots vor. Im Fall von Flawil, Altstätten und Wattwil umfasst dieses ein internistisches und akutgeriatrisches Basisangebot bei Aufhebung der operativen Tätigkeiten. In Flawil wird das Angebot

ergänzt um eine Augenklinik (Auslagerung des Bereichs aus dem Kantonsspital) und in Wattwil um den Bereich Psychosomatik. In Walenstadt sieht das Alternativkonzept die Aufhebung der Geburtshilfe und eine Redimensionierung der operativen Tätigkeiten vor, und in Rorschach enthält der Vorschlag ein ambulant Operationszentrum.

Im Quervergleich von 4-Standort-Konzept, Alternativkonzept und Weiterführung des Status quo schneidet das 4-Standort-Konzept insgesamt deutlich am besten ab. In medizinisch-versorgungstechnischer Hinsicht erreicht das 4-Standort-Konzept aufgrund der stärkeren Leistungskonzentration höhere Fallzahlen, was die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung verbessert, die Fachkräfteproblematik reduziert, die Auslastung der Infrastruktur erhöht und der Innovation und medizinisch-fachlichen Entwicklung adäquat Rechnung trägt. In betriebswirtschaftlich-finanzieller Hinsicht führt das 4-Standort-Konzept zu einer deutlichen Reduktion des strukturellen Defizits und der finanziellen Risiken des Kantons, während das Alternativkonzept gegenüber dem Status quo zu keiner finanziellen Verbesserung führt. Nur in einer regionalen Perspektive weist das Alternativkonzept in gesamtwirtschaftlich-politischer Hinsicht Vorteile auf, da es stationäre Spitalstrukturen nur moderat anpasst und damit die Wertschöpfung stärker in den Regionen lässt. Aus einer gesamtkantonalen Sicht vermögen diese Vorteile die Nachteile der fehlenden Strukturanpassung und der ungenügenden Wirtschaftlichkeit jedoch nicht aufzuwiegen. Diese Beurteilung gilt auch für optimierte Formen des Alternativkonzepts, die als Zusatzvarianten geprüft wurden.

Gestützt auf diese Ergebnisse schlägt die Regierung den Lösungsansatz «4plus5» mit vier Spitalstandorten (Kantonsspital St.Gallen, Spital Grabs, Spital Linth und Spital Wil) und fünf regionalen Gesundheits- und Notfallzentren (Flawil, Rorschach, Altstätten, Walenstadt und Wattwil) vor. Innerhalb von drei Jahren nach dem Vollzugsbeginn der vorliegenden Spitalstrategie, d.h. voraussichtlich im Jahr 2024, wird die Regierung dem Kantonsrat einen Bericht zum Standort Walenstadt vorlegen. Dieser wird insbesondere Auskunft geben über eine mögliche Kooperation zwischen dem Spital Walenstadt und den Kantonsspitalern Glarus und Graubünden. Je nach Schlussfolgerungen des Berichts kann die Regierung dann zumal Antrag stellen über die Weiterführung von Walenstadt als Spitalstandort mit stationärem Angebot sowie, damit verbunden, über eine allfällige Herauslösung des Spitals Walenstadt aus der Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland.

Die regionalen Gesundheits- und Notfallzentren (GNZ) kombinieren ein umfassendes ambulantes Leistungsangebot mit einem gut erreichbaren und klar erkennbaren Walk-in-Notfall, der bei Bedarf und in Abstimmung mit dem Notfalldienst der niedergelassenen Ärzteschaft auf einen 7-Tage- und 24-Stunden-Betrieb ausgedehnt sowie mit einem kleinen Bettenangebot für stationäre Kurzaufenthalte von in der Regel höchstens 24 Stunden ergänzt werden kann. Die Bevölkerung soll flächendeckend innerhalb von 20 Fahrminuten selbständig eine 7x24h-Anlaufstelle an einem Spital oder einem GNZ erreichen. Die Regierung sieht in den wohnortnahen Notfallanlaufstellen einen Service public, der dem Sicherheitsbedürfnis in der Bevölkerung Rechnung trägt. Der Kanton erteilt die hierfür notwendigen Leistungsaufträge und richtet aufgrund der nicht kostendeckenden Tarife Beiträge für gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL) aus.

Die GNZ werden unter Leitung des Kantons mit Einbezug primär der privaten niedergelassenen Leistungserbringer und wenn notwendig, ergänzend der Spitalverbunde konzipiert. Damit wird sichergestellt, dass die wohnortnahe Versorgung spezifisch auf den Bedarf und die vorhandenen ambulanten Leistungsangebote der einzelnen Regionen ausgerichtet ist. Die GNZ sollen nach Möglichkeit durch private Trägerschaften oder durch privat-öffentliche Besitzerstrukturen mit Beteiligung der Spitalverbunde betrieben werden. Das Engagement der Spitalverbunde in Bereich GNZ erfolgt subsidiär, wenn private Anbieter die ambulante Versorgung bzw. den Notfallbetrieb in den GNZ nicht ausreichend und eigenverantwortlich erbringen oder weiterentwickeln können. Tätigkeit und Organisation der Rettungsdienste für schwere Notfälle (Notrufnummer 144) bleiben gegenüber heute unverändert.

Am Standort Wattwil sieht die Regierung in der Variante eines Gesundheits-, Notfall- und Kompetenzzentrums für spezialisierte Pflege grosses Potenzial. Dieses soll neben einem GNZ mit breitem medizinischen und therapeutischen Angebot zusätzlich ein Kompetenzzentrum für Personen mit spezifischen pflegerischen Bedürfnissen sowie die Fortsetzung des in Wattwil bereits etablierten Angebots der Alkoholkurzzeittherapie (PSA) umfassen. Damit kann eine Nische besetzt und in Ergänzung der bestehenden Alters- und Pflegeheime ein zukunftsfähiges, attraktives Angebot für ein grosses Einzugsgebiet geschaffen werden, womit Arbeitsplätze im Toggenburg erhalten bleiben und das Spitalgebäude einer weiteren Nutzung zugeführt werden kann. Die Regierung sieht in der privaten Pflegeanbieterin Solviva AG eine mögliche Kooperationspartnerin für dieses Modell.

Das finalisierte 4plus5-Konzept stellt sowohl in medizinisch-versorgungstechnischer als auch in betriebswirtschaftlich-finanzieller Hinsicht eine zukunftsfähige Versorgungs- und Betriebsstruktur dar. Es ermöglicht den Spitalverbunden, sich den veränderten Rahmenbedingungen anzupassen. Das 4plus5-Konzept führt ebenfalls zu einer deutlichen Reduktion des strukturellen Defizits. Obwohl der Beitrag leicht tiefer ist als beim 4-Standort-Konzept, können auch in dieser Variante Vorhalteleistungen und Mehrspurigkeiten in der stationären Versorgung reduziert und Kapazitäten besser ausgelastet werden. Die Ebitda-Marge beträgt rund 7,3 Prozent, was gegenüber dem Status quo einer Verbesserung um 3,2 Prozentpunkte oder 41 Mio. Franken je Jahr entspricht.

Für eine Stabilisierung der Finanzlage der Spitalverbunde – was auch gemäss Eigentümerstrategie eine Ebitda-Marge von rund 10 Prozent und einen Eigenkapitalanteil von mindestens 25 Prozent erfordert – müssen zusätzlich zu den Strukturanpassungen des 4plus5-Konzepts weitere Massnahmen ergriffen werden. Diese umfassen einerseits betriebliche Optimierungsmassnahmen der Spitalverbunde mit einer wiederkehrenden Entlastungswirkung von rund 19 Mio. Franken je Jahr. Andererseits ist eine Erhöhung der kantonalen GWL-Beiträge und die Aufrechterhaltung der Notfallversorgung im Umfang von rund 20 Mio. Franken je Jahr vorgesehen. Darin enthalten sind Beiträge an die Spitalverbunde von insgesamt 14 Mio. Franken für Abgeltungen von Ausbildungskosten und weiteren Leistungen der Spitäler (11 Mio. Franken) sowie den Betrieb der Notfallstationen an den Spitälern Grabs, Uznach und Wil (3 Mio. Franken). 6,25 Mio. Franken können für die Sicherstellung der Notfallversorgung im Rahmen der GNZ ausgerichtet werden. Mit diesen Massnahmen können die Spitalregion Kantonsspital und die Spitalregion Linth aus heutiger Sicht ausreichende Ebitda- und Eigenkapitalwerte erreichen. Für die Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland (SRRWS) und die Spitalregion Fürstenland Toggenburg (SRFT) werden zusätzlich Sanierungsbeiträge erforderlich. Diese umfassen für die SRFT eine Bareinlage von 10 Mio. Franken, eine Umwandlung von Darlehen des Kantons in Eigenkapital in der Höhe von 46 Mio. Franken und bei der SRRWS eine Umwandlung von Darlehen des Kantons in Eigenkapital in der Höhe von 32 Mio. Franken.

In Fortsetzung der mit dem 4plus5-Konzept verbundenen Strukturanpassungen und der darin bereits enthaltenen betrieblichen Optimierungen ist auch die Organisationsform der Spitalverbunde weiterzuentwickeln. Die Regierung will diese Arbeiten im Nachgang zur Weiterentwicklung der Spitalstrategie angehen. Entsprechend stellt sie dem Kantonsrat Antrag, die Regierung einzuladen, verschiedene Varianten zur verstärkten Integration der Spitalverbunde zu prüfen, darunter namentlich die Zusammenlegung zu einem Verbund und den Zusammenschluss zu einem Konzern.

Weiterzuführen sind auch die Arbeiten für die Entwicklung einer gemeinsamen Spitalplanung der Kantone St.Gallen, Appenzell Ausserrhoden, Appenzell Innerrhoden, Glarus und Graubünden, für die diese Kantone im Februar 2020 eine Absichtserklärung unterzeichnet haben. Diese Arbeiten laufen parallel zur Weiterentwicklung der Spitalstrategie, wobei die Strukturanpassungen des 4plus5-Konzepts die verstärkte interkantonale Zusammenarbeit und die Vermeidung von Mengenausweitungen unterstützen.

Die von der Regierung vorgesehene Weiterentwicklung der Strategie der St.Galler Spitalverbunde erfordert mehrere Erlasse bzw. Erlassänderungen. So müssen mit Blick auf das 4plus5-Konzept das Gesetz über die Spitalverbunde (1) angepasst und der Kantonsratsbeschluss über die Festlegung der Spitalstandorte (2) erlassen werden. Zudem sind die Kantonsratsbeschlüsse über die Erneuerung und Erweiterung des Spitals Altstätten (3) bzw. des Spitals Wattwil (4) aufzuheben. Für den Sanierungsbeitrag an die SRRWS sind je ein Kantonsratsbeschluss zur Erhöhung des Eigenkapitals in Form einer Umwandlung von Kontokorrent-Darlehen (5) sowie zur Umwandlung von Baudarlehen (6) notwendig. Für den Sanierungsbeitrag an die SRFT sind je ein Kantonsratsbeschluss zur Erhöhung des Eigenkapitals in Form einer Bareinlage und einer Umwandlung von Kontokorrent-Darlehen (7) sowie zur Umwandlung von Baudarlehen (8) notwendig. Schliesslich sind die zusätzlichen Beiträge für die Notfallversorgung in einem weiteren Kantonsratsbeschluss zu regeln (9). Die Erlasse (7) und (9) unterstehen dem obligatorischen Finanzreferendum, die Erlasse (1), (3), (4) und (5) dem fakultativen Gesetzes- oder Finanzreferendum. Die Erlasse (2), (6) und (8) unterstehen nicht dem Referendum.

1 Ausgangslage

Das Umfeld der Schweizer Spitäler hat sich in den letzten Jahren massiv verschärft und bereits zur Schliessung kleinerer Regionalspitäler geführt. Die Spitäler müssen sich in einem zunehmend anspruchsvollen Umfeld behaupten. Viele Spitäler sehen sich mit Defiziten konfrontiert und sind gefordert, ihre Strukturen zu hinterfragen und zu optimieren. So auch die St.Galler Spitalverbunde. Im Folgenden wird einleitend auf die Rahmenbedingungen eingegangen, namentlich die wichtigsten Trends, die Anforderungen an die Qualität und die wirtschaftliche Ausgangslage der Spitalverbunde. Darauf basierend werden die Anforderungen an die Strukturentwicklung und die übergeordneten Zielsetzungen formuliert.

1.1 Rahmenbedingungen

1.1.1 Trends in der Leistungserbringung

Die demografische Entwicklung, der medizinische und technologische Fortschritt, die Spezialisierung und der damit verbundene Fachkräftemangel sind Trends, welche die qualitativ gute und sichere Leistungserbringung in den bestehenden Strukturen erschweren. Daneben verschärfen nichtkostendeckende Tarife sowie regulatorische Eingriffe in die Tarifstruktur und zur Art der Leistungserbringung (ambulant statt stationär) die finanzielle Situation der Spitäler markant.

Die *demografische Entwicklung* zeigt sich in einer starken Alterung der Bevölkerung und bedeutet für die medizinischen Leistungserbringer eine Zunahme an multimorbiden und chronischen Erkrankungen sowie kognitiven und psychischen Einschränkungen. Daneben breiten sich Erkrankungen aus, die an heute verbreitete Lebensstile gekoppelt sind (u.a. Adipositas, Typ-2-Diabetes). Die Komplexität der aus diesen Entwicklungen folgenden Krankheitsbilder nimmt laufend zu. Die Behandlung erfolgt immer weniger aus einer Hand und erfordert den Beizug und die stete Verfügbarkeit verschiedener Fachspezialistinnen und Fachspezialisten sowie Fachteams.

Parallel schreitet die *medizinische und technologische Entwicklung* voran. Neue Erkenntnisse schaffen zusammen mit neuen und digitalen Technologien innovative Diagnose- und Behandlungsmethoden, die eine Verbesserung der Gesundheit und der Lebensqualität der Patientinnen und Patienten ermöglichen. Medikamente und Therapien können zunehmend auf die einzelne Patientin oder den einzelnen Patienten abgestimmt werden und eine bessere Wirkung erzielen. Verschiedene Akteure des Gesundheitswesens können sich stärker vernetzen und in wachsendem Mass Informationen (elektronische Patientendaten) und Expertise (Telemedizin) austauschen. Eingriffe können dank neuen Behandlungsmethoden gezielter und schonender vorgenommen

men werden (z.B. invasive Techniken statt chirurgische Eingriffe) und stationäre Behandlungen sind zusehends in kürzerer Zeit oder ambulant möglich. Dies führt zu einem kontinuierlichen Rückgang der stationären Pflegetage.

Die medizinische Entwicklung geht mit der raschen *Spezialisierung* einher und ihre Ausschöpfung ist unmittelbar mit einem entsprechenden *Fachkräftebedarf* verbunden. Spitäler sind zusehends gefordert, für eine steigende Anzahl (Sub-)Spezialgebiete ausreichend qualifiziertes Personal zu finden. Der Fachkräftebedarf betrifft Ärztinnen und Ärzte, Pflegepersonal, Therapeutinnen und Therapeuten sowie Hebammen ebenso wie nichtmedizinisches Personal in den Supportbereichen, IT, Finanzen und Spitalmanagement. Die Notwendigkeit, verschiedene Funktionen rund um die Uhr zu besetzen, erhöht den Personalbedarf zusätzlich und führt gerade in kleineren Betrieben immer mehr zu Schwierigkeiten.¹ Entsprechend steigt das Risiko, dass Leistungen infolge Personalengpässen und fehlendem Rekrutierungserfolg reduziert oder eingestellt werden müssen.

Die medizinische Entwicklung stellt auch neue Anforderungen an die *Infrastruktur*. So vermindert die Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich den Bedarf an Spitalbetten und macht gleichzeitig an die ambulanten Prozesse angepasste und flexible Behandlungsinfrastrukturen erforderlich. Darüber hinaus findet die Entwicklung von neuen apparativen medizinischen Einrichtungen in immer rascherer Abfolge statt. Dies betrifft sowohl Geräte (CT, MRI usw.)² und neue Techniken (Robotik, roboterassistierte Chirurgie) als auch Instrumente (Endoskope, minimal-invasive Zugänge für Eingriffe). Ähnliches gilt für die Weiterentwicklung von IT-Lösungen im Rahmen der Digitalisierung. Entsprechend erfordert eine zeitgemässe Infrastruktur laufend kürzere Beschaffungs- und Amortisationszyklen. Um mit diesen Entwicklungen Schritt zu halten, braucht es finanziellen und betrieblichen Handlungsspielraum, d.h. einen ausreichenden Ebitda und eine kritische Betriebsgrösse. Wiederum stossen vor allem kleinere Betriebe an ihre Grenzen.

Das Tätigkeitsumfeld der Spitalverbünde wird schliesslich durch *regulatorische Eingriffe* verändert. Diese betreffen einerseits die Qualität der Leistungserbringung und umfassen insbesondere die Einführung von Mindestfallzahlen als neue Qualitätsvorgaben. Andererseits zielen die Eingriffe auf die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen und umfassen aktuell Vorgaben zur Leistungsverchiebung vom stationären in den ambulanten Bereich. So hat der Bund per 1. Januar 2019 eine Operationsliste in sechs medizinischen Bereichen erlassen, in denen die Operationen nicht mehr stationär, sondern ambulant durchgeführt werden müssen, sofern keine medizinischen Gründe dagegen sprechen. Darüber hinaus hat der Bundesrat mit zweimaligem Eingreifen in die TARMED-Tarifstruktur die ambulanten Tarife reduziert. Sowohl beim Bund als auch in den Kantonen werden weitere Massnahmen zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen diskutiert.³ Im August 2019 hat der Bundesrat aus einem Kostendämpfungspaket von 38 Massnahmen, das alle Akteure in die Pflicht nimmt, ein erstes Paket mit neun Massnahmen verabschiedet. Im Jahr 2020 soll ein zweites Paket folgen.⁴

¹ Für eine durchgehende Abdeckung einer Funktion während 24 Stunden an 365 Tagen sind durchschnittlich fünf bis sechs Personen erforderlich.

² CT = Computertomographie; MRI = Magnetresonanztomographie.

³ M. Maurer / F. Knöfler / R. Schmidt / U. Brügger. Sparpotentiale im Gesundheitswesen. Massnahmen und Instrumente zur Beeinflussung der Kostenentwicklung im Schweizerischen Gesundheitswesen aus der Perspektive des Kantons Zürich, ZHAW, Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie, 2017; Eidgenössisches Departement des Innern, Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der OKP, Bericht der Expertengruppe, 2017.

⁴ Weitere Informationen unter <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung.html>.

1.1.2 Anforderungen an die Qualität

Vorab ist festzuhalten, dass die St.Galler Spitalverbunde aktuell eine gute Versorgungsqualität vorweisen können. In den heute geltenden Qualitätsmessungen erfüllen die St.Galler Spitalstandorte den gesamtschweizerischen Qualitätsstandard und halten die Zertifizierungsvorgaben gut ein. Das ist nicht zuletzt der Netzwerkstrategie und den steten Bestrebungen zu verdanken, die Spitalstandorte im Verbund und über die Spitalregionen hinaus zu vernetzen. Mit Blick auf die Zukunft muss allerdings davon ausgegangen werden, dass Fallzahlen und Betriebsgrössen aufgrund der medizinischen Spezialisierung und Fragmentierung der Leistungserbringung zu kritischen Grössen für die Versorgungsqualität werden.

Die beschriebenen Trends bringen die bestehenden Strukturen der Spitalverbunde zusehends an ihre Grenzen. Die dezentrale Leistungserbringung mit mehreren kleinen Mehrspartenspitälern ist immer weniger in der Lage, mit den neuen Anforderungen Schritt zu halten. Dies stellt – neben den augenscheinlichen Schwierigkeiten, das bestehende Leistungsangebot weiterzuführen – insbesondere die Sicherstellung der Versorgungsqualität vor Probleme.

Die Qualität der angebotenen Leistungen ist das zentrale Element einer sicheren Gesundheitsversorgung. Sie umfasst die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Die Strukturqualität betrifft die Notwendigkeit einer ausreichenden Ressourcenausstattung für die Sicherstellung der Qualität. Sie beinhaltet die ausreichende Verfügbarkeit sowohl von gut ausgebildeten Fachkräften sowie Spezialistinnen und Spezialisten als auch von adäquaten und zeitgemässen Infrastrukturen. Die Prozessqualität fokussiert auf die Ausgestaltung optimaler und standardisierter (Behandlungs-)Abläufe zwecks Erhöhung der Qualität. Bei der Ergebnisqualität interessiert das effektive Resultat der medizinischen Behandlung, Pflege oder Betreuung im Spital, das heisst der Gesundheitszustand der hospitalisierten Patientinnen und Patienten.

Die Versorgungsqualität steht in enger Abhängigkeit zu *minimalen Fallzahlen* in der Leistungserbringung. Der Zusammenhang zwischen höheren Fallzahlen und besserem Outcome ist in internationalen Studien gut dokumentiert.⁵ Auch für die Schweiz wurde für verschiedene Krankheitsbilder der Zusammenhang zwischen Fallzahlen und Mortalitätsraten untersucht und festgestellt, dass Spitäler mit hohen Fallzahlen eine tiefere Mortalität aufweisen.⁶ Für den Kanton Zürich zeigt eine Analyse, dass die Mortalität bei Behandlungen in Spitalleistungsgruppen (SPLG) mit Vorgaben zu Mindestfallzahlen seit 2012 mehr als doppelt so stark gesunken ist wie in solchen ohne Mindestfallzahlen.⁷

Die Kantone sind gemäss dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (SR 832.10; abgekürzt KVG) angehalten, bei der Prüfung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringer unter anderem auf Mindestfallzahlen abzustellen. Leistungen, die eine aufwändige Infrastruktur oder spezialisierte Kenntnisse und Fähigkeiten erfordern, sollen auf jene Leistungserbringer konzentriert werden, die über die erforderlichen Voraussetzungen in Form von Know-how und Routine verfügen. Während die Kantone diesen Anforderungen im Rahmen der gemeinsam geplan-

-
- ⁵ L. Amato et al., Volume and health outcomes: evidence from systematic reviews and from evaluation of Italian hospital data, in: *Epidemiologia e prevenzione*, 41(5-6 (Suppl 2)), 2017, 1–128;
E.A. Halm / C. Lee / M.R. Chassin, Is volume related to outcome in health care? A systematic review and methodologic critique of the literature. *Annals of internal medicine*, 137(6), 2002, 511–520;
J.S. Wang et al., Effects of patient volume on quality of outpatient diabetes care, in: *Diabetes research and clinical practice*, 84(2), 2009, e27–e29;
S.N. Shah / R.M. Wainess / M.A. Karunakar, Hemiarthroplasty for Femoral Neck Fracture in the Elderly: Surgeon and Hospital Volume – Related Outcomes, in: *The Journal of arthroplasty*, 20(4), 2005, 503–508.
- ⁶ Ch. Pfister, Zusammenhang von Fallzahlen und Behandlungsqualität in Schweizer Akutspitälern, Masterarbeit, Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften, 2017;
U. Güller et al., Lower hospital volume is associated with higher mortality after oesophageal, gastric, pancreatic and rectal cancer resection, in: *Swiss medical weekly*, 147(2930), 2017.
- ⁷ Gesundheitsdirektion Kanton Zürich, Gesundheitsversorgung 2015. Akutsomatik. Rehabilitation. Psychiatrie, 2015.

ten hochspezialisierten Medizin (HSM) bereits seit längerem nachkommen, wenden sie Mindestfallzahlen seit dem Jahr 2012 auch im Rahmen der kantonalen Spitalplanung und der Vergabe der Leistungsaufträge an die Spitäler vermehrt an. Im Kanton St.Gallen sind mit der aktuellen Spitalliste – übereinstimmend mit dem Spitalplanungs-Leistungsgruppen-Konzept (SPLG), das von der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) zur Anwendung empfohlen wird – für 30 von insgesamt 139 Spitalleistungsgruppen Mindestfallzahlen definiert. Die Vorgaben gelten im Kanton St.Gallen auf Ebene der Spitalunternehmen. Die aktuell vorgegebenen Mindestzahlen werden von den St.Galler Spitalverbunden auf Ebene Spitalunternehmen erfüllt, andernfalls hätte dies den Entzug des Leistungsauftrags zur Folge. In Bezug auf die Anwendung von Mindestfallzahlen auf Ebene einzelner Spitalstandorte werden Diskussionen geführt.

Neben den Mindestfallzahlen ist auch die *Mindestgrösse* eines Spitalbetriebs aus Qualitätssicht von Bedeutung. Sie ergänzt die Verbesserung der Ergebnisqualität mittels Mindestfallzahlen um eine höhere Struktur- und Prozessqualität, da im grösseren Betrieb die durchgehende Anwesenheit von verschiedenen Fachärztinnen und Fachärzten, die Verfügbarkeit spezialisierter technischer Einrichtungen oder das Vorhandensein fachspezifischer Zertifizierungen gewährleistet ist. Aus Qualitätssicht ist dabei eine Grösse anzustreben, die eine umfassende medizinische Diagnostik erlaubt. Eine aktuelle Studie weist auf eine Mindestgrösse von rund 7'000 stationären Fällen hin.⁸ Diese Grösse deckt sich mit dem aktuellen Diskurs unter Gesundheitsökonominnen und -ökonominnen über die Mindestvoraussetzung für einen wirtschaftlichen Betrieb, der von 5'000 bis 10'000 Austritten bzw. 100 bis 200 Betten ausgeht.

Mit der Kombination von Mindestfallzahlen und Mindestgrössen rückt die Rolle der *Leistungskonzentration* an weniger Standorten als notwendige Handlungsanleitung ins Zentrum. Wie auch in jüngst erschienenen Grundlagenpapieren festgehalten wird, bietet sie mit der gleichzeitigen Sicherstellung und Vernetzung der Fachkräfte, der Bereitstellung der technischen Ausstattung und der Erreichung von Mindestmengen die besten Voraussetzungen, die Qualität der Leistungserbringung nachhaltig sicherzustellen.⁹

1.1.3 Wirtschaftliche Ausgangslage der Spitalverbunde

Den eingangs beschriebenen Trends und Qualitätsanforderungen steht die kritische Finanzsituation der Spitalverbunde gegenüber. Nach einer Verbesserung zwischen 2015 und 2016 haben sich die *Ergebnisse* der Spitalverbunde seit dem Jahr 2017 laufend verschlechtert. Für das Jahr 2019 beläuft sich der Verlust der vier Spitalverbunde bereits auf rund 20 Mio. Franken und das Budget für das Jahr 2020 rechnet mit einem Verlust von rund 35 Mio. Franken.

Ergebnisse in Mio. Fr.	2015	2016	2017	2018	2019	B 2020
SV 1 Kantonsspital	–3,45	4,90	2,95	2,50	–1,88	–10,00
SV 2 Rheintal Werdenberg Sarganserland	1,14	5,28	2,28	–0,67	–4,20	–10,20
SV 3 Linth	3,31	3,13	0,48	0,14	–8,52	–6,96
SV 4 Fürstenland Toggenburg	0,06	–1,90	–0,98	–6,03	–5,72	–8,30
Total	1,07	11,42	4,72	–4,06	–20,32	–35,46

Abbildung 1: Ergebnisse der Spitalverbunde, Abschlüsse 2015–2019 und Budget 2020

⁸ A.-L. Walter / F. Rassouli / F. Baty / M. Brutsche, 121 Correlation between diversity of pulmonary diagnoses and distance to tertiary lung centers in Switzerland, in: Chest, 151(5), 2017, A18.

⁹ M. Albrecht / S. Loos / K. Zich, Zukunftsfähige Krankenhausversorgung, Bertelsmann Stiftung, Gütersloh 2019; Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, Nachhaltige Entwicklung des Gesundheitssystems, Bern 2019.

Innerhalb der Spitalverbunde weisen die einzelnen Standorte deutliche Unterschiede aus. Dies zeigen die – basierend auf den Kostenrechnungen der Spitalverbunde – ermittelten *Standortergebnisse* für die Jahre 2016 bis 2018. Bei diesen Werten handelt es sich um Annäherungswerte; Kosten und Erträge des Gesamtunternehmens wurden verursachergerecht den einzelnen Standorten zugeordnet. Die finanziellen Ergebnisse der Spitalstandorte weisen auf erhebliche Quersubventionierungen innerhalb der Spitalstandorte hin und verdeutlichen den dringlichen Handlungsbedarf an verschiedenen Standorten.

Standortergebnisse in Mio. Franken	2016	2017	2018
Total SV 1	4,90	2,95	2,50
St.Gallen	17,20	14,15	14,10
Rorschach	–6,00	–5,10	–5,60
Flawil	–6,30	–6,10	–6,00
Total SV 2	5,28	2,28	–0,67
Altstätten	0,05	0,33	–0,02
Grabs	6,59	6,78	5,56
Walenstadt	–1,36	–4,83	–6,21
Total SV 3 (Spital Linth)	3,13	0,48	0,14
Total SV 4	–1,90	–0,98	–6,03
Wattwil	–1,89	–1,21	–4,11
Wil	–0,01	0,23	–1,92

Abbildung 2: Ergebnisse nach Spitalstandort, 2016–2018

Mit den Ergebnisverschlechterungen ist ein Rückgang sowohl des *Eigenkapitals* als auch der liquiden Mittel verbunden. Dies machte im Fall der Spitalregion Fürstenland Toggenburg bereits einen Kantonsratsbeschluss für eine Übergangsfinanzierung in Form eines Darlehens in der Höhe von 9,7 Mio. Franken notwendig¹⁰, damit die Spitalregion ihren laufenden Verpflichtungen weiterhin nachkommen kann.

Eigenkapital in Mio. Fr.	2015	2016	2017¹¹	2018	2019	B 2020
SV 1	43,78	51,47	287,21	287,38	285,13	275,13
SV 2	24,25	30,04	65,88	64,14	59,82	49,63
SV 3	9,93	12,00	39,39	38,96	30,37	23,41
SV 4	5,00	3,83	25,41	19,10	13,32	5,02
Total	82,95	97,34	417,88	409,58	388,64	353,18

Abbildung 3: Eigenkapital der Spitalverbunde

Auf operativer Ebene erzielten die Spitalverbunde in den vergangenen Jahren (d.h. zwischen 2012 und 2017) eine durchschnittliche *Ebitda-Marge* (Betriebsergebnis vor Abschreibungen, Zinsen und Steuern in Prozent des Umsatzes) zwischen 5 und 6 Prozent. Sie lagen damit im Mittelfeld der Schweizer Akutspitäler.¹² Seit dem Jahr 2017 nimmt mit der Verschlechterung der Unternehmensergebnisse auch die Ebitda-Marge laufend ab. Im Jahr 2018 erreichten die Spitalverbunde noch eine Ebitda-Marge von 4,9 Prozent und im Jahr 2019 von 3,6 Prozent. Das Budget 2020 rechnet mit einer Ebitda-Marge von 2,6 Prozent.

¹⁰ Vgl. 33.19.02.

¹¹ Der Anstieg des Eigenkapitals im Jahr 2017 ist insbesondere auf die Übertragung der Spitalimmobilien zurückzuführen.

¹² PwC, Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen 2017, 2018.

Ebitda-Marge ¹³	2015	2016	2017	2018	2019	B 2020
SV 1	4,6 %	5,5 %	5,6 %	6,0 %	5,1 %	3,9 %
SV 2	5,0 %	6,6 %	5,1 %	3,4 %	1,3 %	0,2 %
SV 3	9,8 %	8,5 %	5,2 %	4,7 %	-4,6 %	-0,4 %
SV 4	4,0 %	2,1 %	2,0 %	-1,3 %	0,5 %	-1,9 %
Total	4,9 %	5,6 %	5,2 %	4,9 %	3,6 %	2,6 %

Abbildung 4: Ebitda-Marge der Spitalverbunde

Die Spitalverbunde verfehlten damit den langfristig anzustrebenden Richtwert von 10 Prozent, der sich in der Spitalbranche etabliert hat. Spitäler, insbesondere jene mit Neubauten, benötigen erfahrungsgemäss eine Ebitda-Marge von mindestens 10 Prozent, damit sie die notwendigen Investitionen und Innovationen nachhaltig finanzieren und die resultierenden Abschreibungen und Zinszahlungen tragen können. Die Regierung hat diesen Zielwert in die Eigentümerstrategie für die St.Galler Spitalverbunde übernommen.

Gemäss den im Dezember 2019 aktualisierten *Mittelfristplanungen* nehmen die Defizite der Spitalverbunde ohne Gegenmassnahmen bis ins Jahr 2024 insgesamt auf rund 66,8 Mio. Franken zu, reduzieren sich im Jahr 2025 auf rund 64,7 Mio. Franken und betragen zwischen 2026 und 2030 durchschnittlich rund 60 Mio. Franken je Jahr.

Ergebnis in Mio. Fr.	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
SV 1	-12,9	-13,5	-34,3	-42,5	-41,8	-39,2	-37,6	-44,5	-48,2	-46,9
SV 2	-7,6	-6,2	-6,6	-11,3	-10,7	-9,6	-8,5	-6,9	-4,2	-3,8
SV 3	-4,4	-4,2	-4,1	-4,0	-3,5	-3,1	-2,3	-1,5	-1,4	-1,3
SV 4	-8,4	-9,0	-8,9	-9,0	-8,6	-8,4	-8,0	-7,6	-7,6	-7,6
Total	-33,3	-32,9	-53,9	-66,8	-64,7	-60,3	-56,4	-60,5	-61,5	-59,6

Abbildung 5: Ergebnisse der Spitalverbunde gemäss aktualisierten Mittelfristplanungen (Weiterführung des Status quo, ohne Strukturmassnahmen, ohne Effizienzmassnahmen, ohne GWL; Stand Ende Dezember 2019)

Die Unternehmensergebnisse der aktualisierten Mittelfristplanungen fallen – verglichen mit der Vernehmlassungsvorlage – insgesamt leicht besser aus (durchschnittlich knapp 3,8 Mio. Franken je Jahr). Ins Gewicht fallen insbesondere Verbesserungen beim Kantonsspital St.Gallen (aufgrund höherer Erträge), die allerdings durch Verschlechterungen bei den Spitalverbunden 2 und 4 teilweise wieder kompensiert werden. Die Ergebnisse des SV 3 sind vorerst noch unverändert, könnten sich bei der nächsten Überarbeitung der Mittelfristplanung allerdings auch verschlechtern. Die Verschlechterung bei den Spitalverbunden 2 und 4 ist u.a. darauf zurückzuführen, dass sich die stationären Frequenzen oder der CMI schlechter entwickelt haben als angenommen. Hinzu kommt, dass im Jahr 2020 die Personalkosten aufgrund der allgemeinen Lohnerhöhung und der Erhöhung der Sozialversicherungsbeiträge stärker steigen als erwartet, was sich – im Sinne eines Basiseffekts – auch in den Folgejahren niederschlägt. Auf die Ebitda-Marge wirkt sich die leichte Verbesserung bei den konsolidierten Unternehmensergebnissen kaum aus. Der Handlungsbedarf für strukturelle Massnahmen wird somit auch mit den aktualisierten Mittelfristplanungen bestätigt.

Ohne Gegenmassnahmen ist in den nächsten Jahren von einer Ebitda-Marge der Spitalverbunde von durchschnittlich 3 bis 4 Prozent auszugehen. Der Fehlbetrag auf das Ebitda-Ziel von 10 Prozent – d.h. das prognostizierte strukturelle Defizit – steigt damit auf rund 70 Mio. Franken je Jahr.

¹³ Aus Gründen der Vergleichbarkeit wurde in den Jahren 2015 und 2016 die Nutzungsentschädigung des Kantons ausgeklammert (ab dem Jahr 2017 entfallen aufgrund der Immobilienübertragung die Nutzungsentschädigungen).

Diese Lücke kann allein mit Betriebsoptimierungen und Effizienzsteigerungen in den bestehenden Strukturen nicht mehr geschlossen werden. Gleichzeitig können die im Zuge der laufenden Erneuerung der Spitalinfrastruktur steigenden Abschreibungs- und Zinsaufwendungen immer weniger aus eigener Kraft finanziert werden. Die Folge sind jährliche Defizite, ein rascher Abbau des Eigenkapitals, eine Zunahme der Verschuldung und zusehends eine stärkere Beteiligung des Kantons als Eigentümer und Finanzierer.

Eine wesentliche Ursache der negativen Entwicklung liegt in *nicht kostendeckenden* sowie kurzfristig *kaum beeinflussbaren Tarifen* für stationäre und ambulante Leistungen im Bereich der Grundversicherung (obligatorische Krankenpflegeversicherung [OKP]). Mit Einführung der neuen Spitalfinanzierung im Jahr 2012 wurde das Abrechnungssystem für stationäre Leistungen umgestellt und schweizweit vereinheitlicht: Anstelle der bisher üblichen Kostenvergütungen wurden diagnosebezogene Fallpauschalen eingeführt. Neu errechnet sich die Abgeltung für einen Spitalaufenthalt aus dem Basisfallpreis (Baserate) des Spitals multipliziert mit dem Fallgewicht, das den durchschnittlichen Behandlungsaufwand einer Fallgruppe (Diagnosis Related Groups [DRG]) widerspiegelt.¹⁴ Während die Fallgewichte auf Basis der Kosten- und Leistungsdaten der Schweizer Akutspitäler schweizweit einheitlich festgesetzt sind, wird der Basisfallpreis zwischen den Spitälern bzw. den Spitalverbunden und den Krankenversicherern ausgehandelt. Dabei ist ein schweizerischer Benchmark zu beachten. Der Vergleich der Basisfallpreise mit den durchschnittlichen Fallkosten der Fallschwere 1 zeigt, dass die Erträge die Kosten in den Jahren 2015 bis 2018 nicht decken konnten. Hochgerechnet auf alle stationär behandelten Fälle beliefen sich die ungedeckten Kosten in den Spitalverbunden in den Jahren 2017 und 2018 auf rund 30 Mio. Franken.¹⁵

Herausgefordert ist einerseits das Kantonsspital St.Gallen, das als Endversorgungsspital vermehrt Hochdefizit-Fälle behandelt und seinen Basisfallpreis als nichtuniversitäres Spital aber massgeblich am Basisfallpreis von Regional- und Schwerpunktspitälern ausrichten muss. Wie aus Abbildung 6 hervorgeht, beträgt der provisorische Basisfallpreis 2020 für das Kantonsspital St.Gallen (einschliesslich Flawil und Rorschach) Fr. 9'850.– und liegt unter den anrechenbaren durchschnittlichen Fallkosten von Fr. 10'167.– (mit Fallgewicht 1.0). Aufgrund steigender Fallkosten in den vergangenen Jahren bei gleichzeitig stagnierenden Basisfallpreisen sind aber auch die Spitalverbunde 2 bis 4 gefordert. Im Jahr 2018 waren die durchschnittlichen Fallkosten (mit Fallgewicht 1.0) des Spitals Linth und der Spitalregion Fürstenland Toggenburg höher als beim Kantonsspital St.Gallen, gleichzeitig liegt der provisorische Basisfallpreis 2020 tiefer bei Fr. 9'625.–. Auch die Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland, die mit Fr. 9'872.– je Fall die tiefsten durchschnittlichen Fallkosten ausweist, kann ihre Kosten zu den aktuellen Entschädigungen von Krankenversicherern und Kanton für stationäre Spitalbehandlungen nicht decken.

(in Fr.)	Durchschnittliche Fallkosten (Fallgewicht 1.0)	Provisorische Basisfallpreise 2020 ¹⁶	Durchschnittliche Kostenunter- deckung
SV 1 Kantonsspital	10'167	9'850	–317
SV 2 Rheintal Werdenberg Sarganserland	9'872	9'625	–247
SV 3 Linth	10'612	9'625	–987
SV 4 Fürstenland Toggenburg	10'410	9'625	–785

Abbildung 6: Durchschnittliche Fallkosten und Baserates der Spitalverbunde

¹⁴ Das Fallgewicht (Case Weight) ist abhängig von der Fallschwere. Eine durchschnittliche Fallschwere entspricht einem Fallgewicht von 1.0. Schwerere Fälle haben ein höheres Fallgewicht, leichtere Fälle ein tieferes. Der Basisfallpreis (Baserate) bezeichnet den Preis für einen Fall mit Fallschwere 1.0.

¹⁵ Vgl. Basispapier 1, Bericht Offene Fragen, Abschnitt 2.3 «Tarifsituation».

¹⁶ Die Basispreise sind provisorisch, weil noch keine Einigung mit den Krankenversicherern erzielt werden konnte. Mit Blick auf Basispreise anderer Zentrumsspitäler (Kantonsspital Aarau mit definitivem Tarif von 9'700 Franken

Im ambulanten Bereich erfolgt die Abgeltung der Leistungen mit der Tarifstruktur TARMED. Diese ordnet schweizweit jeder Leistung eine vorgegebene Anzahl Taxpunkte zu und multipliziert diese mit dem Taxpunktwert. Der Taxpunktwert ist je nach Kanton unterschiedlich. Im Kanton St.Gallen liegt der Taxpunktwert bei Fr. 0.83, was schweizweit den zweitiefsten Wert bedeutet. Er ist damit ebenfalls nicht kostendeckend. Der Fehlbetrag der Spitalverbunde bei den ambulanten Behandlungen (TARMED-Bereich) lag in den Jahren 2017 bei rund 15 und im Jahr 2018 bei rund 23 Mio. Franken. Da die Kostenunterdeckung je Patientin oder Patient im ambulanten Bereich ausgeprägter ist als in der stationären Leistungserbringung, wird die Ertragssituation durch die fortschreitende Ambulantisierung weiter verschärft. Dabei fallen die durch den Bundesrat in den Jahren 2014 und 2018 vorgenommenen Eingriffe in die ambulante Tarifstruktur sowie die Vorgaben zur ambulanten Leistungserbringung stark ins Gewicht. Die Veränderungen in der Tarifstruktur machen Kostenoptimierungen auf Seiten der Leistungserbringer unumgänglich.

Einfluss auf die Ertragsseite hat des Weiteren der mit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung im Jahr 2012 *gestärkte Wettbewerb* im Schweizer Spitalwesen. Ausgehend von einer hohen Spitaldichte hat auch in der Ostschweiz die Konkurrenz unter den Spitälern spürbar zugenommen. Sowohl im Raum St.Gallen als auch im Einzugsgebiet der Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland haben Privatkliniken ihre Leistungsangebote ausgebaut. Der Fokus liegt dabei auf Bereichen mit Wahlangeboten mit häufigen und planbaren Eingriffen ohne grosse Operationsrisiken und geringen Vorhalteleistungen (insb. Orthopädie, einfachere Wirbelsäulenchirurgie, Allgemeine Chirurgie). Der Einstieg von Privaten in kostenintensive Spezialdisziplinen ist hingegen nur vereinzelt erfolgt.

Die Spitalverbunde stehen aufgrund der im Jahr 2012 ebenfalls eingeführten freien Spitalwahl mit den Privatanbietern, aber auch mit öffentlichen Anbietern anderer Kantone im Wettbewerb. Der Druck wird durch die steigende Mobilität der Bevölkerung und das allgemein steigende Anspruchsniveau der Patientinnen und Patienten in der Arzt- und Spitalwahl erhöht. Erschwerend kommt hinzu, dass der Anteil der zusatzversicherten Patientinnen und Patienten (halbprivat / privat) laufend abnimmt. Die Querfinanzierung des OKP-Bereichs mit den Erträgen der Zusatzversicherten spielte in der Vergangenheit eine wesentliche Rolle für den kostendeckenden Betrieb der Schweizer Spitäler. Mit weniger Zusatzversicherten wird die Querfinanzierung des OKP-Bereichs künftig weniger möglich sein.

1.1.4 Anforderungen an die Strukturentwicklung

Die wichtigsten Herausforderungen, denen die St.Galler Spitalverbunde derzeit gegenüberstehen und Strukturanpassungen erforderlich machen, sind:

- die demografische Entwicklung und älter werdende Bevölkerung mit einer Zunahme von Multimorbidität und chronischen Erkrankungen;
- die Spezialisierung der medizinischen Leistungserbringung und die damit verbundenen Schwierigkeiten, das medizinische Angebot in seiner Breite 7x24h und dezentral in der geforderten Qualität und Sicherheit personell und infrastrukturell anbieten zu können;
- Schwierigkeiten bei der Rekrutierung von Fachkräften sowie bei den Personalkosten für einen durchgehenden Betrieb (hohe Vorhalteleistungen);
- die durch den medizinischen Fortschritt und regulatorische Vorgaben bedingte Verlagerung von stationär zu ambulant und der damit verbundene Rückgang der stationären Pflegetage;
- fehlende Kostendeckung aufgrund des schweizweit zweitiefsten TARMED-Taxpunktwerts im Kanton St.Gallen sowie des zweimaligen Eingriffs des Bundesrates in die Tarifstruktur;
- das strukturelle Defizit von jährlich rund 70 Mio. Franken in Bezug auf den Zielwert einer Ebitda-Marge von 10 Prozent.

und Stadtsptial Triemli mit z.T. provisorischen Tarifen von 9'700 Franken) bildet das Kantonsspital St.Gallen in Absprache mit der kantonalen Finanzkontrolle Rückstellungen, damit bei einem negativen Ausgang des Tarifverfahrens die Rückvergütung von zu viel bezahlten Beiträgen an Krankenversicherer und Kantone aus bestehenden Rückstellungen finanziert werden kann.

Die Entwicklung von öffentlich-rechtlich organisierten Spitälern wurde in der Vergangenheit stark durch die Bereitstellung von zusätzlichen Ressourcen vorangetrieben. Dieses Vorgehen ist aufgrund des grundlegenden Wandels in der medizinischen Leistungserbringung, des Mangels an Fachkräften auf dem Arbeitsmarkt und des erforderlichen Finanzierungsumfangs nur noch sehr beschränkt möglich. Ebenso sind Optimierungen und Produktivitätssteigerungen innerhalb der bestehenden Strukturen nicht mehr ausreichend. Die so erzielbaren Verbesserungspotenziale sind mehrheitlich ausgeschöpft und auch bereits in die Betriebsergebnisse der Spitalverbunde eingeflossen.

Notwendig sind dagegen grundlegende strukturelle Anpassungen über die gesamte Gruppe hinweg, welche die kantonale Leistungserbringung in der erforderlichen Qualität und notwendigen Wirtschaftlichkeit ermöglichen. Die Angebotskonsolidierung mit *medizinischen Leistungskonzentrationen*, *Schwerpunkt- und Netzwerkbildungen* muss massiv verstärkt werden. Dies erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass Mindestfallzahlen und die damit definierten Qualitätsstandards auch in Zukunft erreicht, das erforderliche Fachpersonal rekrutiert sowie fachbereichs- und disziplinenübergreifende Teams organisiert werden können. Sie erlaubt ausserdem die *Reduktion von Vorhalteleistungen und Doppelspurigkeiten*, indem kostenintensive Bereiche zusammengelegt, mehrfach geführte Leistungsangebote reduziert und Öffnungs- und Eingriffszeiten eingeschränkt werden. Dies wiederum erlaubt den gezielteren wie sparsameren Einsatz von personellen und infrastrukturellen Ressourcen.

Vor diesem Hintergrund können folgende übergeordnete Zielsetzungen für die Weiterentwicklung der Spitalstrategie formuliert werden:

- Das Leistungsangebot der Spitalverbunde entspricht der Nachfrage;
- Das Leistungsangebot wird in der notwendigen Qualität erbracht;
- Der Zugang zur Gesundheitsversorgung erfolgt nach Dringlichkeit:
 - in 15 Minuten ist der Rettungsdienst vor Ort;
 - in 20 Minuten ist eine Notfallanlaufstelle selbständig erreichbar;
 - in 30 Minuten ist ein stationäres Bett in einem Spital erreichbar;
- Die Erfüllung der gesetzlichen und regulatorischen Bestimmungen ist sichergestellt;
- Das Leistungsangebot ist grundsätzlich im geltenden Tarifsysteem finanzierbar, wofür auch kostendeckende Tarife anzustreben sind;
- Die Vorgaben der Eigentümerstrategie werden erfüllt.

1.2 Aufbau der Vorlage

Diese Vorlage ist wie folgt aufgebaut: Abschnitt 2 umfasst die Vorarbeiten und fasst die geprüften Varianten zusammen. Abschnitt 3 stellt den Lösungsansatz der Regierung einer 4plus5-Strategie vor. Abschnitt 4 geht auf die Grundlagen und Möglichkeiten der interkantonalen Planung ein. Abschnitt 5 zeigt die für die Umsetzung der 4plus5-Strategie notwendigen weiteren Massnahmen im Bereich der Betriebsoptimierungen der Spitalverbunde, der zusätzlichen Kantonsbeiträge für gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL) sowie der Liquiditäts- bzw. Eigenkapitalzuschüsse (Sanierungsbeiträge). Abschnitt 6 fasst die finanziellen und personellen Folgen der 4plus5-Strategie zusammen, Abschnitt 7 erläutert die notwendigen Rechtsgrundlagen und Abschnitt 8 zeigt eine Zusammenfassung des Vernehmlassungsverfahrens. Im Anschluss an den Anhang folgen sodann die Entwürfe der Erlasse zur Umsetzung der Weiterentwicklung der Strategie der St.Galler Spitalverbunde.

2 Vorarbeiten

Die nachfolgenden Ausführungen geben einen Überblick über die Projektarbeiten, welche die Basis für diese Vorlage bilden. Der Fokus liegt dabei auf dem Vergleich des seitens des Verwaltungsrates der Spitalverbunde vorgelegten 4-Standort-Konzepts (Teilprojekt 3) mit dem im Projektverlauf entwickelten Alternativkonzept (Teilprojekt 4). Ausgehend vom Status quo werden die strukturellen Auswirkungen und finanziellen Folgen¹⁷ für die Spitalverbunde und den Kanton aufgezeigt sowie eine Beurteilung der Strukturvarianten nach medizinisch-versorgungstechnischen, betriebswirtschaftlichen und gesamtwirtschaftlich-politischen Kriterien vorgenommen.¹⁸ Ferner werden weitere geprüfte Varianten vorgestellt.

2.1 Projektziel und -abwicklung

Vor dem Hintergrund der beschriebenen Trends und der zusehends angespannten Finanzsituation mit prognostizierten Defiziten von jährlich rund 70 Mio. Franken und der rasch sinkenden Eigenmittelreserven initiierte der Verwaltungsrat der St.Galler Spitalverbunde im Herbst 2017 eine grundlegende Überprüfung der Strukturen und des Leistungsspektrums der vier Spitalverbunde. Im Mai 2018 legte er der Regierung die Ergebnisse in Form eines Grobkonzepts für ein kantonales Versorgungsmodell mit künftig vier statt wie bisher neun Spitalstandorten vor.

Die Regierung nahm das Grobkonzept zur Kenntnis, fällte aber noch keine Entscheidung. Stattdessen gab sie im Juni 2018 das Projekt «Weiterentwicklung der Strategie der St.Galler Spitalverbunde: Leistungs- und Strukturentwicklung» in Auftrag. Sie setzte einen aus drei Regierungs- und zwei Verwaltungsratsmitgliedern zusammengesetzten Lenkungsausschuss ein und beauftragte diesen, einen Lösungsvorschlag zu erarbeiten, welcher der Bevölkerung im ganzen Kanton eine *qualitativ gute Gesundheitsversorgung* garantiert und den *Spitalverbunden unternehmerische Sicherheit* bietet. In den Arbeiten sollte zudem die unternehmerische Sicht mit einer gesamtkantonalen gesundheits- und finanzpolitischen Sicht zusammengeführt werden.

Das Projekt wurde in drei Projektphasen und acht Teilprojekte (TP) unterteilt:¹⁹ Die *erste Projektphase* fokussierte auf die Beantwortung der seitens Regierung, vorsorglicher vorberatender Kommission, Fraktionen und Gemeinden formulierten Fragen zum Grobkonzept und zum angestossenen Strategieprozess. Das Basispapier 1 «Bericht Offene Fragen»²⁰ zeigt den ungekürzten Zusammenzug der in dieser Phase erstellten drei Zwischenberichte mit Antworten zu gesundheitspolitischen und versorgungstechnischen Fragen, finanzpolitischen, volkswirtschaftlichen und rechtlichen Analysen sowie unternehmerischen Überlegungen und relevanten Datengrundlagen. Weitere Arbeiten in der ersten Projektphase betrafen das Einholen von Erwartungen und Lösungsvorschlägen der verschiedenen Anspruchsgruppen, darunter die Standortgemeinden, die niedergelassene Ärzteschaft und die nicht direkt in den Strategieprozess involvierten Spitalmitarbeitenden. Auch wurde die Bevölkerung an Bevölkerungsgesprächen vom Lenkungsausschuss über das laufende Strategieprojekt informiert. Die erste Projektphase wurde im April 2019 abgeschlossen.

In der *zweiten Projektphase* wurde die Strategie in Bezug auf die Ausgestaltung je Spitalunternehmung und Standort konkretisiert. Dies beinhaltete einerseits die detaillierte Ausarbeitung des

¹⁷ Die finanziellen Ergebnisse wurden zwecks Vergleichbarkeit der verschiedenen Varianten auf dem Stand der Vernehmlassungsvorlage belassen.

¹⁸ Die Darstellung beschränkt sich auf einen übergeordneten und zusammenfassenden Vergleich der Strukturvarianten. Die detaillierten Ergebnisse sind in den im Anhang 1 aufgeführten Teilprojekt-Schlussberichten TP3 (Detailkonzept des Verwaltungsrates) und TP4 (Alternative Vorschläge des Beratungsunternehmens KPMG) dokumentiert.

¹⁹ TP1 «Offene Fragen», TP2 «Recht», TP3 «Detailkonzept», TP4 «Alternative Vorschläge», TP5 «Gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL)», TP6 «Finanzielle Aspekte», TP7 «Botschaft» und TP8 «Kommunikation».

²⁰ Siehe Anhang 1.

4-Standort-Konzepts des Verwaltungsrates der Spitalverbunde (TP3; Detailkonzept) und andererseits die Entwicklung von alternativen Nutzungskonzepten mit ambulanten und/oder stationären Angeboten für die Standorte Altstätten, Flawil, Rorschach, Walenstadt und Wattwil (TP4; Alternative Vorschläge). In jedem Teilprojekt erfolgten je Standort die Definition des künftigen Geschäftsmodells mit Kernaktivitäten, Ressourcenanforderungen und Umsetzungsplanung sowie die Berechnung der finanziellen Auswirkungen für die Spitalunternehmen und den Kanton mittels einheitlichem Finanzmodell. Dabei wurde primär vom zehnjährigen Prognosehorizont (2019–2028) ausgegangen, der auch sonst in der Spitalplanung Anwendung findet. Für die vollständige Abschätzung der finanziellen Auswirkungen – insbesondere hinsichtlich der Investitionen – wurde der Betrachtungszeitraum auf rund zwanzig Jahre bis ins Jahr 2037 ausgedehnt. Die zweite Projektphase wurde mit dem Entscheid des Lenkungsausschusses zur künftigen Spitalstrategie und der Zuleitung des Entwurfs der Vernehmlassungsvorlage an die Regierung im September 2019 abgeschlossen.

Die Regierung löste im Oktober 2019 mit der Verabschiedung der Vernehmlassungsvorlage die *dritte Projektphase* aus. Diese beinhaltete die Auswertung der Vernehmlassungsergebnisse und die Formulierung dieser Vorlage zu Händen des Kantonsrates mit den Ergebnissen der Strategieentwicklung und den Anträgen für die notwendigen Beschlüsse.

2.2 4-Standort- bzw. Alternativkonzept: Strukturelle Anpassungen

2.2.1 Versorgungsmodell und Leistungsangebot

Status quo: Die Akutspitalversorgung im Kanton St.Gallen wird heute sichergestellt durch das Kantonsspital St.Gallen als Zentrumsspital sowie acht regionale Spitalstandorte (Abbildung 7). Die Spitäler sind in vier Spitalunternehmen mit je zentraler Geschäftsleitung und zentralen Departementsleitungen organisiert. Neben den Spitalverbunden sind das Ostschweizer Kinderspital, die Geriatriische Klinik und verschiedene Privatkliniken Teil des St.Galler Versorgungssystems.

Das Kantonsspital erbringt als überregionaler Endversorger stationäre und ambulante Leistungen der spezialisierten bzw. hochspezialisierten Medizin und übernimmt die komplexen, selten vorkommenden Fälle (Erwachsenenbereich). Daneben erbringt das Spital stationäre und ambulante Leistungen der Grundversorgung für die Versorgungsregion St.Gallen. Das Angebot des Kantonsspitals erstreckt sich entsprechend über nahezu alle medizinischen Fachbereiche.

Die regionalen Spitalstandorte erbringen als Mehrspartenspitäler stationäre und ambulante Leistungen der Grundversorgung, wobei innerhalb der Spitalunternehmen eine gezielte Leistungskonzentration angestrebt wird. In einzelnen Bereichen werden auch Leistungen der spezialisierten Medizin erbracht. Im Rahmen der Netzwerkstrategie bieten die regionalen Spitalstandorte in Zusammenarbeit mit dem Kantonsspital ausgewählte diagnostische und therapeutische Zentrumsleistungen an (z.B. onkologische Betreuung und Behandlung der Patienten im Rahmen des Netzwerks Onkologie).

Die Notfallversorgung der Bevölkerung wird durch den ärztlichen Notfalldienst der niedergelassenen Ärzteschaft, den eigenständig organisierten Rettungsdienst und die Notfallaufnahmen an den Spitälern sichergestellt. Die Spitalverbunde unterstützen den ärztlichen Notfalldienst, indem die Notfallaufnahmen nachts die Telefontriage übernehmen.

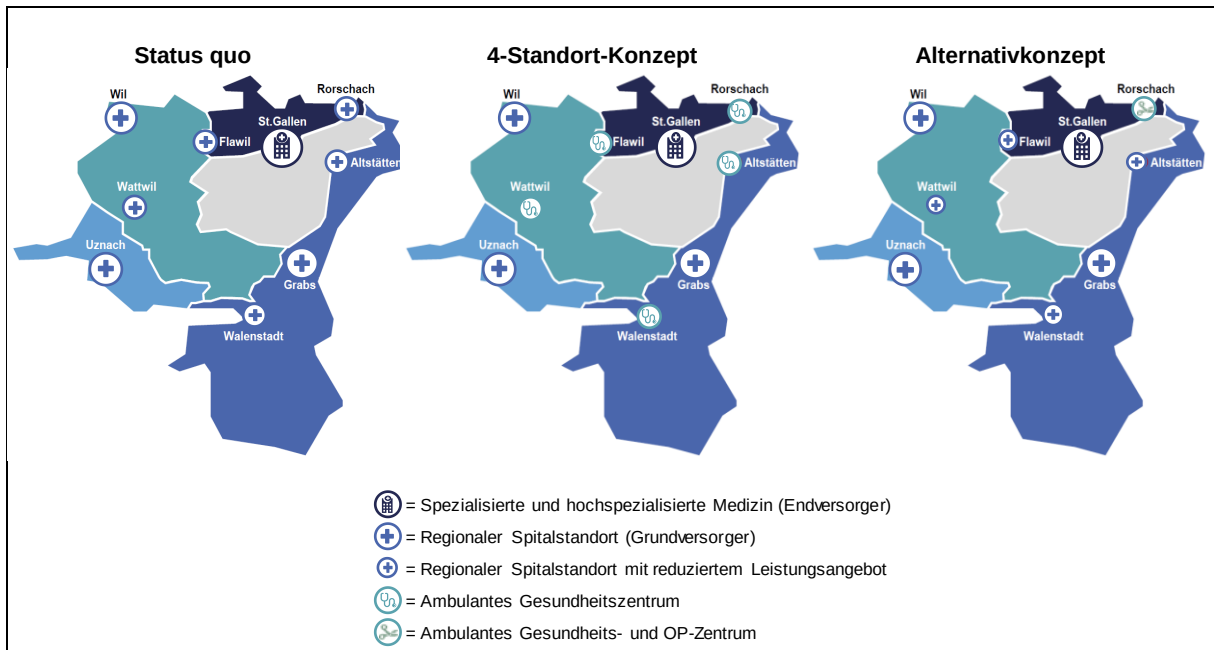


Abbildung 7: Versorgungsstrukturen der Spitalverbunde, Status quo, 4-Standort- und Alternativkonzept

4-Standort-Konzept: In der 4-Standort-Strategie werden die stationären akutsomatischen Leistungen auf einen Standort je Spitalverbund bzw. dessen Versorgungsregion konzentriert. Dadurch werden an den vier verbleibenden Spitalstandorten die Fallzahlen und Kapazitätsauslastung gesteigert, die Vorhalteleistungen reduziert und der Fachkräfteeinsatz konsolidiert.

Das Kantonsspital behält in seiner Funktion als Endversorger sein Leistungsangebot unverändert bei. Ebenso bleiben in Grabs, Uznach und Wil die jeweiligen Leistungsspektren in der stationären und ambulanten Grundversorgung weitgehend gleich.²¹ In Grabs und Wil werden neu akutgeriatrische Leistungen angeboten.

Die bisherigen regionalen Spitalstandorte Flawil, Rorschach, Altstätten, Walenstadt und Wattwil werden aufgehoben und durch ambulante Gesundheitszentren ersetzt. Deren Leistungsangebote orientieren sich am bestehenden ambulanten Angebot der heutigen Standorte sowie am regionalen Bedarf und werden mit den niedergelassenen ambulanten Partnern abgestimmt. Die ambulanten Gesundheitszentren bieten keine stationären oder tageschirurgischen Leistungen an.

Die ambulanten Gesundheitszentren stellen im 4-Standort-Konzept gemeinsam mit den vier Mehrspartenspitälern die wohnortnahe Gesundheitsversorgung und fachgemässe Triage sicher und gewährleisten den niederschweligen Zutritt zur Gesundheitsversorgung.

Die Notfallversorgung wird unverändert über die Notfallaufnahmen der Spitäler, die Rettungsdienste und die ärztlichen Notfalldienste organisiert. Die verbleibenden vier Notfallaufnahmen werden ergänzt durch Walk-in-Praxen an den ambulanten Gesundheitszentren mit verlängerten Öffnungszeiten (Randzeiten, Wochenenden) je nach Bedarf.

Alternativkonzept: Das Alternativkonzept sieht eine Weiterführung von acht der heute neun stationären Leistungsangebote bei einer gewissen Leistungskonzentration sowie Spezialisierung vor.

²¹ Einzelne Leistungskonzentrationen spezialisierter Bereiche im Kantonsspital sind auf regulatorische Vorgaben (insb. Mindestfallzahlen) zurückzuführen und wären voraussichtlich auch im Status quo umzusetzen.

Das Kantonsspital und die regionalen Spitalstandorte Grabs, Uznach und Wil bilden die Kernstandorte und sind in ihrer Funktion und ihrem Leistungsangebot weitgehend identisch zum Status quo und 4-Standort-Konzept. Zusätzlich bleibt Walenstadt mit einem reduzierten Angebot (Aufhebung der Gynäkologie und Geburtshilfe sowie des Nacht-Operationsbetriebs) als Mehrspartenspital erhalten.

In Flawil, Altstätten und Wattwil wird das stationäre Angebot auf ein internistisches Basisangebot beschränkt und um die operativen Fächer reduziert. Auch beim ambulanten Angebot wird die Tageschirurgie aufgehoben. Gleichzeitig werden Leistungsschwerpunkte gebildet: In Flawil wird eine Spezialklinik Ophthalmologie aufgebaut (Bereichsauslagerung aus dem Kantonsspital), in Altstätten wird der bereits bestehende Schwerpunkt Akutgeriatrie weiterverfolgt, in Wattwil wird ausgehend vom heutigen Angebot ein Kompetenzzentrum für Integrative Medizin und Psychosomatik in Kooperation mit dem Psychiatrieverbund St.Gallen Nord aufgebaut.

In Rorschach wird das stationäre Leistungsangebot aufgehoben und durch ein rein ambulantes Leistungsangebot mit einem neu aufzubauenden ambulanten Operationszentrum ersetzt. Am Operationszentrum wird der Grossteil der ambulanten Eingriffe der heutigen Standorte St.Gallen, Flawil, Rorschach sowie Altstätten konzentriert.

Durch das Alternativkonzept werden weniger Fälle in die vier Kernstandorte verschoben. Insbesondere erfährt das Kantonsspital durch die Auslagerung der ambulanten Operationen und der Augenklinik eine gewisse Dekonzentration. Die Wohnortnähe der stationären Grundversorgung einschliesslich der Akutgeriatrie bleibt gegenüber heute weitgehend erhalten.

Die Notfallversorgung wird unverändert über die Notaufnahmen der Spitäler, die Rettungsdienste und die ärztlichen Notfalldienste organisiert. Bis auf Rorschach bleiben alle bisherigen Notfallaufnahmen erhalten, ausserhalb der vier Kernstandorte allerdings ohne oder ohne durchgehendes operatives Angebot.

Exkurs: Erarbeitung der Alternativkonzepte im Rahmen des Teilprojekts 4

Wie aus dem Basispapier 4, Bericht Alternative Vorschläge vom 4. September 2019, detailliert hervorgeht, wurde das Alternativkonzept von KPMG in zwei Phasen erarbeitet. Auf Basis der Vorgabe der Weiterführung der vier Spitalstandorte St.Gallen, Grabs, Uznach und Wil wurden in der ersten Phase für die fünf Fokus-Standorte Altstätten, Flawil, Rorschach, Walenstadt und Wattwil zehn alternative Nutzungskonzepte untersucht:

1. Ambulantes Gesundheitszentrum
2. Ambulantes OP-Zentrum
3. Spezialkliniken (ambulant und stationär)
4. Rehabilitationsklinik
5. Klinik für Akutgeriatrie
6. Psychiatrische Klinik / Sucht-Klinik
7. Klinik für Alternativmedizin
8. Alterszentrum
9. Zahnambulatorium
10. Shop-in-Shop-Lösung bzw. Kombination aus Nutzungskonzepten 1–9

Die alternativen Nutzungskonzepte wurden in Bezug auf die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung sowie den kantonalen Versorgungsbedarf analysiert. In einer ersten Bewertung nach medizinisch-gesundheitspolitischen, betriebswirtschaftlichen und volkswirtschaftlichen Kriterien schnitten die alternativen Nutzungskonzepte an allen 5 Fokus-Standorten schlechter ab als die Aufhebung der Spitalstandorte gemäss 4-Standort-Konzept.

Nach Vorliegen dieser Zwischenergebnisse wurden in der zweiten Phase auf die einzelnen Fokus-Standorte zugeschnittene *Kombinationslösungen* (10) entwickelt. Dabei wurde ein «Bottom-up-Ansatz» mit Einbezug der relevanten Anspruchsgruppen (Gemeindevertretungen, niedergelassene Ärzteschaft, Mitarbeitende Spitäler) verfolgt. Die standortbezogenen Alternativvorschläge wurden zu einer Gesamtkonzeption der künftigen Struktur der St.Galler Spitalverbunde konsolidiert, auf das diese Vorlage als *Alternativkonzept* referenziert.

Das Alternativkonzept nimmt die zentralen Anliegen der Anspruchsgruppen in hohem Masse auf. Dies gilt insbesondere auch für die von verschiedenen Gemeinden und weiteren Organisationen eingereichten Konzeptvorschläge für die einzelnen Fokusstandorte. Das Alternativkonzept ist damit breit abgestützt.

2.2.2 Auswirkungen auf die Infrastruktur

Status quo: Bei Weiterführung der neun Spitalstandorte und Umsetzung der beschlossenen Bauvorhaben belaufen sich die notwendigen Investitionen in die Infrastruktur (Bau und Innenausbau/Ausstattungen bzw. BKP 1–9) im Zeitraum 2020–2037 auf insgesamt rund 1'958 Mio. Franken. Die Bettenkapazität steigt gegenüber heute um rund 80 Betten auf 1'488 Betten im Jahr 2028. Die Zahl der betriebenen Operationssäle im Jahr 2028 liegt bei 39 (Abbildung 8).

	Status quo	4-Standort-Konzept	Alternativ-Konzept
Investitionen (2020–2037) in Fr.²²	1'958 Mio.	1'836 Mio.	1'975 Mio.
SV 1 Kantonsspital	1'354 Mio.	1'354 Mio.	1'376 Mio.
SV 2 Rheintal Werdenberg Sarganserland	381 Mio.	243 Mio.	371 Mio.
SV 3 Linth	74 Mio.	74 Mio.	74 Mio.
SV 4 Fürstenland Toggenburg	149 Mio.	165 Mio.	154 Mio.
Deinvestitionen / a.o. Abschreibungen (2020–2037) in Fr.	8 Mio.	79 Mio.	57 Mio.
Anzahl Betten (Rohkapazitäten, 2028)	1'488	1'159	1'380
Anzahl betriebene Operationssäle (2028)	39	36	42

Abbildung 8: Infrastrukturkennzahlen, Status quo, 4-Standort- und Alternativkonzept

Von der Investitionssumme von 1'958 Mio. Franken entfallen gestützt auf die vorliegenden Investitionsplanungen rund 1'363 Mio. Franken (rund 70 Prozent) auf Bauinvestitionen (BKP 1–6) und rund 595 Mio. Franken (rund 30 Prozent) auf Investitionen in Mobilien, medizin-technische Geräte und Informatik (BKP 7–9). Diese Unterscheidung ist insofern von Bedeutung, weil Investitionen in BKP 1–6 entweder über 20 Jahre (Installationen für Heizung, Lüftung, Klima und Kälte sowie Sanitär- und Elektroinstallationen) bzw. über 33 1/3 Jahre (Gebäude[hülle] und Provisorien) abgeschrieben werden und die Abschreibungsdauern für Mobilien, medizin-technische Geräte und Informatik je nach Kategorie zwischen vier und zehn Jahren betragen. Die durchschnittliche Abschreibungsdauer für BKP 1–6 beträgt rund 29 Jahre und für BKP 7–9 rund 8 Jahre. Beim vorliegenden Betrachtungszeitraum von 18 Jahren (2020 bis 2037) ist somit in Sachen Bau kein ganzer Erneuerungszyklus enthalten (nur 18 von 29 Jahren), während für Mobilien, medizin-technische Geräte und Informatik mehr als 2 Erneuerungszyklen enthalten sind.

In der Investitionssumme enthalten sind auch die notwendig werdenden Erneuerungen der Spitäler Wil (81 Betten) mit Bauinvestitionen von rund 85 Mio. Franken und Walenstadt (97 Betten) mit Bauinvestitionen von rund 91 Mio. Franken (jeweils BKP 1–6). Investitionen am Spitalstandort Walenstadt sind zwar kurz- oder mittelfristig nicht notwendig, können aber nicht bis 2037 oder

²² Im Unterschied zur Vernehmlassungsvorlage wird hier das abgeschlossene Rechnungsjahr 2019 ausgeklammert und nur noch der Zeitraum 2020–2037 betrachtet. Zusätzlich wurden die Investitionsplanungen aktualisiert. Die Investitionssumme liegt deshalb – je nach Variante – um insgesamt 156 bis 158 Mio. Franken tiefer als in der Vernehmlassungsvorlage ausgewiesen.

länger hinausgeschoben werden. Abgesehen von kleineren Projekten wurde am Standort Walenstadt seit dem Jahr 1990 nur ein Vorhaben über 3 Mio. Franken realisiert (Erweiterung der Notfallstation im Umfang von rund 4,9 Mio. Franken im Jahr 2008). Ohne Berücksichtigung eines Investitionsbetrags würde sich der Zeitraum ohne grundlegende Sanierung auf mehr als 47 Jahren verlängern und damit deutlich über dem durchschnittlichen Erneuerungszyklus von 29 Jahren liegen.

Die Investitionen am Spital Linth belaufen sich im Betrachtungszeitraum 2020–2037 auf rund 74 Mio. Franken, weil mit der Umsetzung der Bauetappen 3, 4 und 5 in den Jahren 2020 und 2021 noch Bauinvestitionen (BKP 1–6) von rund 31 Mio. Franken und Investitionen für die Ausstattung (BKP 7–9) von rund 3 Mio. Franken anfallen. Hinzu kommen in den Jahren 2020 und 2021 weitere Investitionen für die Ausstattung von rund 4 Mio. Franken, die unabhängig vom laufenden Bauprojekt anfallen. Die verbleibenden Investitionen von rund 36 Mio. Franken entfallen vorwiegend auf die in den darauffolgenden 16 Jahren notwendige Ersatzbeschaffung von Mobilien, medizintechnischen Geräten und Informatikmitteln (BKP 7–9), die jährlich zwischen 2 und 3 Mio. Franken betragen.

Das Kantonsspital St.Gallen hat im Zeitraum 2020–2037 für die Standorte Flawil und Rorschach einen Aufwand für baulichen Unterhalt von rund 53 Mio. Franken berücksichtigt. Wird dieser bauliche Unterhalt, der in Anbetracht des Gebäudezustands in Rorschach tief veranschlagt worden ist, ebenfalls als Investition betrachtet, würde sich im Status quo (und im Alternativkonzept) das Investitionsvolumen um weitere 53 Mio. Franken erhöhen.

4-Standort-Konzept: Mit der 4-Standort-Strategie reduziert sich das Investitionsvolumen um 121 Mio. Franken auf 1'836 Mio. Franken. Die Reduktion ist wesentlich durch den Verzicht auf das Bauvorhaben Altstätten sowie die wegfallende Erneuerung des Spitals Walenstadt begründet. Sie kompensiert die Mehrkosten der gleichzeitig erforderlichen Vergrösserung der Spitäler Grabs (+60 Betten) und Wil (+20 Betten). Die Bettenkapazität sinkt gegenüber heute um rund 250 Betten auf 1'159 Betten. Die Zahl der betriebenen Operationssäle nimmt von 39 auf 36 ab.

Von den beim 4-Standort-Konzept vorgesehenen Investitionen von 165 Mio. Franken für die Spitalregion Fürstenland Toggenburg entfallen rund 115 Mio. Franken (BKP 1–6) auf einen geplanten Spitalneubau Wil. Die bei einer Weiterführung des Spitalstandorts Wil budgetierten Investitionen für eine Gesamtsanierung im Umfang rund 85 Mio. Franken (BKP 1–6) werden aufgrund der notwendigen Bettenerweiterung um 30 Mio. Franken erhöht. Es handelt sich beim Investitionsvolumen von 115 Mio. Franken um eine Schätzung. Ein allfälliger Investitionsbeschluss hängt von den zukünftigen Patientenzahlen und von der Finanzierbar- und Tragbarkeit des Projekts ab. Die verbleibenden Investitionen von rund 50 Mio. Franken entfallen auf die notwendige Ersatzbeschaffung von Mobilien, medizintechnischen Geräten und Informatikmitteln (BKP 7–9), auf kleinere Bauvorhaben an den Standorten Wattwil und Wil sowie auf Provisorien.

Die Immobilien der Standorte, an denen das stationäre Angebot nicht weitergeführt wird, werden von den Spitalverbunden nicht mehr oder nur noch in beschränktem Umfang benötigt. Dadurch und infolge nicht umgesetzter Bauvorhaben werden a.o. Abschreibungen²³ erforderlich. Diese betreffen insbesondere Wattwil, wo im Jahr 2022 rund 45 Mio. Franken für den Restwert der Spitalinfrastruktur abgeschrieben werden müssen. Daneben sind die Restwerte der bestehenden

²³ Abschreibungen fallen i.d.R. gleichmässig über die jeweilige Abschreibungsdauer an. A.o. Abschreibungen stellen demgegenüber vorzeitige Abschreibungen (d.h. vor Ablauf der vorgesehenen Abschreibungsdauer) dar und fallen an, wenn die Werthaltigkeit einer Anlage nicht mehr gegeben ist oder eine Anlage vorzeitig ausser Betrieb genommen wird. Im Alternativkonzept fallen über den Zeitraum 2020–2037 weniger a.o. Abschreibungen, dafür höhere ordentliche Abschreibungen an. Dies relativiert die vermeintliche Besserstellung des Alternativkonzepts.

Gebäude in Flawil, Rorschach und Walenstadt (insgesamt 16 Mio. Franken) sowie angefallene Planungskosten im Zusammenhang mit dem Bauvorhaben Altstätten (9,5 Mio. Franken) abzuschreiben.

Inhalt und finanzielle Auswirkungen einer späteren alternativen Nutzung (Vermietung an Dritte) oder Veräusserung der freiwerdenden Spitalimmobilien sind im 4-Standort-Konzept nicht konkretisiert. Einzig für das Gebäude Wattwil wird von einem ausserordentlichen Verkaufserlös von 10 Mio. Franken ausgegangen.

Als Transformationskosten eingerechnet sind dagegen einmalige Zusatzkosten von insgesamt rund 5 Mio. Franken für Umzugs- und Rückbaukosten (bezogen auf Mobilien) der aufzuhebenden Spitalstandorte sowie total 5 Mio. Franken für den Aufbau der ambulanten Gesundheitszentren.

Alternativkonzept: Im Alternativkonzept ist das Investitionsvolumen mit 1'975 Mio. Franken leicht höher als im Status quo. Der Betrag umfasst abweichend zum Status quo eine reduzierte Erneuerung des Spitals Altstätten. Umgekehrt sind im Spitalverbund 1 Investitionen in den Standort Flawil für die Umsetzung der Augenklinik und das neue Operationszentrum Rorschach berücksichtigt. Die künftige Bettenkapazität liegt mit 1'380 Betten rund 30 Betten unter dem heutigen Niveau, die Zahl der Operationssäle nimmt dagegen von 39 auf 42 zu.

Obwohl der Spitalstandort Wattwil weitergeführt wird, ist auch im Alternativkonzept analog zum 4-Standort-Konzept eine a.o. Abschreibung (45 Mio. Franken) für die Spitalimmobilie erforderlich.

2.2.3 Auswirkungen auf den Personalbestand

Status quo: Die Beschäftigung der vier Spitalverbunde beläuft sich derzeit auf rund 5'800 Vollzeitstellen (ohne Auszubildende). Bei Weiterführung der neun Spitalstandorte wächst der Stellenetat bis ins Jahr 2028 voraussichtlich auf rund 6'200 Vollzeitstellen (Abbildung 9).

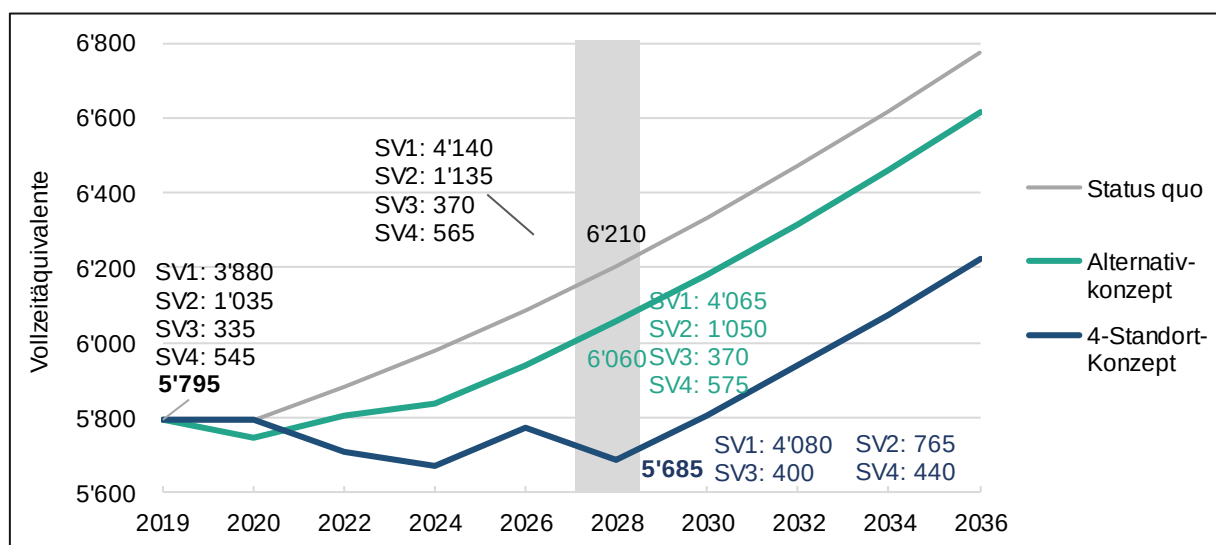


Abbildung 9: Personalbestand (in Vollzeitäquivalenten), Status quo, 4-Standort- und Alternativkonzept

4-Standort-Konzept: Durch die 4-Standort-Strategie wird der Personalbestand in den nächsten zehn Jahren stabilisiert. Gegenüber dem Status quo fällt der Personalbedarf langfristig (bis 2037) um 550 Vollzeitstellen tiefer aus, was neben Effizienzsteigerungen auch auf eine Verminderung des Leistungsvolumens (Fallverschiebungen auf Dritte) zurückzuführen ist. An den fünf Standorten, an denen das stationäre Angebot aufgehoben wird, fallen 915 Vollzeitstellen weg. Der Grossteil davon wird durch den Stellenaufbau an den verbleibenden Standorten kompensiert (St.Gallen +520 Vollzeitäquivalente, Grabs +145, Wil +78, Uznach +64; insgesamt +807). Im Jahr 2028 liegt

der Personalbedarf mit 5'685 Vollzeitäquivalenten rund 110 Vollzeitstellen unter dem heutigen Niveau. In den darauffolgenden Jahren ist – verursacht durch den Anstieg der Besucherzahlen im ambulanten Bereich – wie im Status quo von einem Anstieg des Stellenetats von jährlich rund 1 Prozent auszugehen.

Alternativkonzept: Im Alternativkonzept steigt der Personalbestand bis 2028 um 260 Vollzeitäquivalente auf rund 6'060 Vollzeitstellen. Im Vergleich zum Status quo liegt der Personalbedarf bis 2037 um 160 Vollzeitstellen tiefer, im Vergleich zum 4-Standort-Konzept um 390 Stellen höher. Durch die geringere Leistungskonzentration fällt der Personalzuwachs an den Kernstandorten (St.Gallen, Grabs, Uznach, Wil) tiefer aus als im 4-Standort-Konzept und beträgt bis 2028 gut 380 Stellen (statt rund 810 Stellen). Umgekehrt wird an den Standorten Flawil, Altstätten, Walenstadt und Wattwil der Personalbedarf im Jahr 2028 mit rund 800 Vollzeitstellen auf dem Niveau 2019 stabilisiert. Am Standort Rorschach fallen durch die Aufhebung des stationären Angebots im Vergleich zu heute rund 120 Vollzeitstellen weg.

2.3 4-Standort- bzw. Alternativkonzept: Finanzielle Auswirkungen

2.3.1 Finanzielle Auswirkungen auf die Spitalunternehmen

2.3.1.a Ergebnis und Finanzierung

Status quo: Auf konsolidierter Stufe erreichen die vier Spitalverbunde bei Weiterführung des Status quo im Jahr 2028 eine Ebitda-Marge von 4,2 Prozent. Das konsolidierte Jahresergebnis beläuft sich auf ein Defizit von 59 Mio. Franken bzw. –4,3 Prozent des Umsatzes. In der Folge wird das Eigenkapital bis 2027 aufgebraucht. Im Jahr 2028 resultiert eine (theoretische) Eigenkapitalquote von –7 Prozent. Umgekehrt steigt die Nettoverschuldung bzw. der Fremdfinanzierungsbedarf bis 2028 auf 1'555 Mio. Franken (Abbildung 10).

	Status quo	4-Standort-Konzept	Alternativkonzept
Ebitda-Marge	4,2 %	7,8 %	4,2 %
SV 1 Kantonsspital	4,0 %	7,3 %	3,5 %
SV 2 Rheintal Werdenberg Sarganserland	5,1 %	8,5 %	6,6 %
SV 3 Linth	6,6 %	8,9 %	7,8 %
SV 4 Fürstenland Toggenburg	1,9 %	7,4 %	2,2 % / 3,9 % ²⁴
Jahresergebnis in Fr.	–59,0 Mio.	–9,0 Mio.	–59,6 Mio.
Jahresergebnis in % des Umsatzes	–4,3 %	–0,7 %	–4,4 %
Eigenkapital in Fr.	–114 Mio.	160 Mio.	–183 Mio.
Eigenkapitalquote	–7 %	11 %	–12 %
Fremdkapital in Fr.	1'555 Mio.	1'200 Mio.	1'594 Mio.

Abbildung 10: Finanzkennzahlen der Spitalverbunde für 2028, Status quo, 4-Standort- und Alternativkonzept (Stand Vernehmlassungsvorlage)

4-Standort-Konzept: Bei Umsetzung des 4-Standort-Konzepts steigt die Ebitda-Marge bis im Jahr 2028 auf 7,8 Prozent, während sich das jährliche Defizit auf 9 Mio. Franken bzw. –0,7 Prozent des Umsatzes reduziert. Das Eigenkapital sinkt auf 160 Mio. Franken oder 11 Prozent der Bilanzsumme. Der Fremdfinanzierungsbedarf beträgt im Jahr 2028 1'200 Mio. Franken.

²⁴ Tieferer Wert: Ebitda-Marge bei Patientenverschiebungen analog Annahmen 4-Standort-Konzept (stärkere Abwanderung Patientinnen und Patienten in andere Spitalregionen); höherer Wert: Patientenverschiebungen gemäss Annahmen Sanierungsprojekt Spitalregion 4 Fürstenland Toggenburg (stärkerer Verbleib Patientinnen und Patienten in der Spitalregion 4).

Alternativkonzept: Das Alternativkonzept führt auf konsolidierter Stufe zu keiner finanziellen Verbesserung gegenüber dem Status quo. Infolge der insgesamt tieferen Jahresergebnisse wird im Gegenteil das Eigenkapital rascher abgebaut als im Status quo und fällt der externe Finanzierungsbedarf höher aus.

Auf Ebene der einzelnen Spitalverbunde zeigt sich, dass das Alternativkonzept im Spitalverbund 1 zu einer Verschlechterung der Ebitda-Marge auch im Vergleich zum Status quo führt. Bei den anderen Spitalverbunden werden im Alternativkonzept Verbesserungen in der Ebitda-Marge erzielt, wobei diese in allen Fällen hinter dem 4-Standort-Konzept zurückbleiben.

2.3.1.b Erreichung der geforderten Ebitda-Marge von 10 Prozent

Der branchenübliche, mit einer stabilen Finanzlage verbundene Richtwert für die Ebitda-Marge beträgt im Bereich der Akutspitäler 10 Prozent. Er erlaubt, nach Abschreibungen und Zinsaufwendungen langfristig ein mindestens ausgeglichenes Ergebnis zu erzielen.

Sowohl im *Status quo* als auch im *Alternativkonzept* liegt die Ebitda-Marge im Jahr 2028 rund 5,8 Prozent oder 70 bis 80 Mio. Franken unter dem Richtwert (Abbildung 11). Dieser Fehlbetrag ist als strukturelles Defizit zu interpretieren. Für ein langfristig ausgeglichenes Ergebnis der Spitalverbunde müssen in diesem Umfang jährlich Entlastungen durch Optimierungen und Effizienzsteigerungen in den Spitalverbunden, Mehreinnahmen durch gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL) des Kantons oder Tarifierpassungen erzielt werden. Da Fortschritte bei Tarifierverhandlungen schwer abschätzbar sind, können Tarifierpassungen kurzfristig allerdings kaum einen Lösungsbeitrag leisten. Es verbleiben damit Betriebsoptimierungen sowie Beiträge des Kantons in Form von GWL. Die Möglichkeiten zu Betriebsoptimierungen innerhalb der einzelnen Spitalverbunde wie auch über die Gruppe hinweg stehen dabei in Abhängigkeit von der künftigen Struktur der Spitalverbunde und der darin erfolgten Leistungserbringung. Je geringer die Strukturanpassungen ausfallen, desto weniger können Optimierungspotenziale im geforderten Mass erreicht werden.

Mit der Umsetzung des *4-Standort-Konzepts* kann das strukturelle Defizit bzw. der mit Betriebsoptimierungen und GWL zu erzielende Beitrag auf 2,2 Prozent Ebitda-Marge oder 30 bis 35 Mio. Franken gesenkt werden.

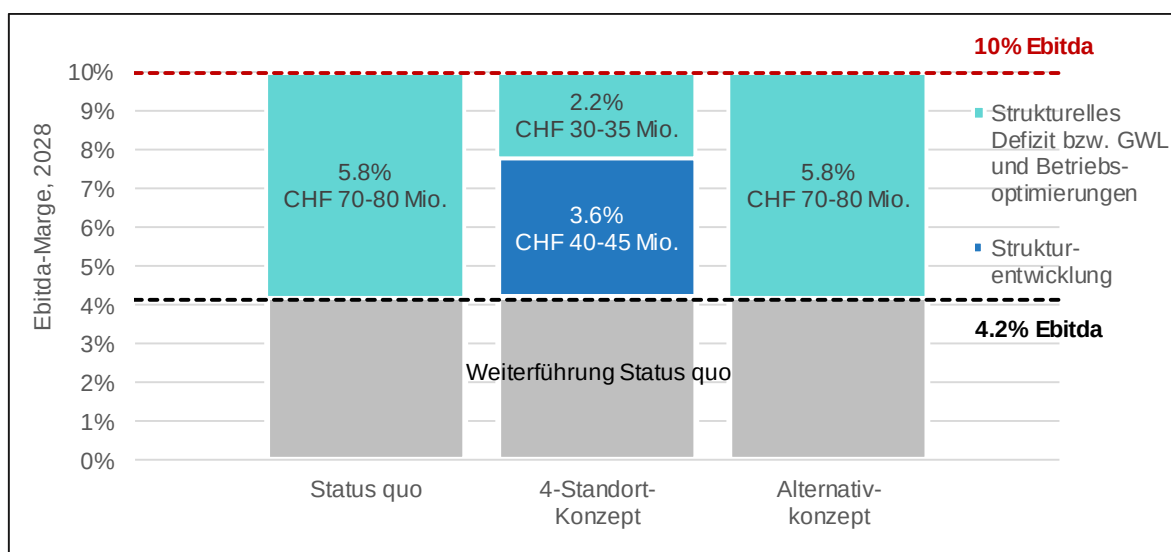


Abbildung 11: Beiträge zur Ebitda-Marge von 10 Prozent 2028, Status quo, 4-Standort- und Alternativkonzept (Stand Vernehmlassungsvorlage)

2.3.2 Finanzielle Auswirkungen auf den Kanton

2.3.2.a Rekapitalisierungsbedarf

Im *Status quo* und im *Alternativkonzept* kumulieren sich die Defizite der Spitalverbunde über die nächsten 20 Jahre auf über 1,1 Mrd. Franken. Für den Kanton als Eigentümer ergeben sich hieraus und unter Einhaltung einer Eigenkapitalquote von mindestens 20 Prozent je Spitalverbund bis 2037 notwendige Rekapitalisierungsbeiträge von insgesamt rund 1 Mrd. Franken.

Aufgrund der fortlaufend negativen Jahresergebnisse sind im Status quo und im Alternativkonzept auch nach 2037 weitere Kapitalisierungsbeiträge erforderlich. Darüber hinaus sind die Spitalverbunde nicht kapital- und kreditmarktfähig und der Kanton muss neben dem zusätzlichen Eigenkapital auch das zusätzlich erforderliche Fremdkapital aufbringen.

Im *4-Standort-Konzept* beträgt der Rekapitalisierungsbedarf bis 2037 insgesamt 170 Mio. Franken.

2.3.2.b Einmalige und wiederkehrende Kantonsbeiträge

Durch die Umsetzung von Betriebsoptimierungen in den Spitalverbunden können die Jahresergebnisse verbessert und der Rekapitalisierungsbedarf gesenkt werden. Die Deckung des verbleibenden Refinanzierungsbedarfs erfordert einen einmaligen Sanierungsbeitrag und die Anhebung der jährlich wiederkehrenden Beiträge für GWL bzw. eine Defizitdeckung.

Abbildung 12 zeigt die Höhe der zusätzlich notwendigen GWL-Beiträge je Variante unter der Annahme, dass die Spitalverbunde Betriebsoptimierungen im Umfang von 15 Mio. Franken umsetzen und der einmalige Sanierungsbeitrag des Kantons 60 Mio. Franken beträgt.

in Fr.	Status quo	4-Standort-Konzept	Alternativ-Konzept
Eigenkapitalbedarf 2019–2037* (nach Strukturanpassungen)			
Bedarf <u>ohne</u> Betriebsoptimierungen und <u>ohne</u> Anpassung GWL/Tarife	960 Mio.	170 Mio.	1'030 Mio.
Massnahmen zur Deckung des Eigenkapitalbedarfs und Erreichung eines Ebitda von 10 Prozent			
a) Betriebsoptimierungen der Spitalverbunde (wiederkehrende Entlastungswirkung ab 2022)	15 Mio.	15 Mio.	15 Mio.
b) einmaliger Sanierungsbeitrag des Kantons*	60 Mio.	60 Mio.	60 Mio.
c) jährliche GWL-Beiträge des Kantons (wiederkehrend ab 2022) <i>davon Defizitdeckungen bzw. Beiträge für die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regional- und gesundheitspolitischen Gründen</i>	60 Mio. <i>ca. 45 Mio.²⁵</i>	15 Mio. <i>0</i>	60 Mio. <i>ca. 45 Mio.</i>
Bestehende jährlich wiederkehrende Kantonbeiträge			
Finanzierungsanteil stationäre Leistungen Akut-somatik 2028 (55 %)	470,0 Mio.	469,6 Mio.	469,8 Mio.
Bestehende GWL-Beiträge	13 Mio.	13 Mio.	13 Mio.

Abbildung 12: Rekapitalisierungsbedarf Spitalverbunde und Finanzierungsbeiträge Kanton (Stand Vernehmlassungsvorlage)

* unter Einhaltung eines Eigenkapitalanteils von mindestens 20 Prozent der Bilanzsumme je Spitalverbund

²⁵ Der Betrag von 45 Mio. Franken bezeichnet den im Zeitraum 2022–2037 notwendigen Durchschnittswert; in den Jahren 2022–2028 belaufen sich die notwendigen Beiträge für die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen auf rund 40 Mio. Franken, in den Jahren 2029–2037 auf rund 55 Mio. Franken.

Im *Status quo* und im *Alternativkonzept* werden unter diesen Voraussetzungen zusätzliche GWL-Beiträge von jährlich mindestens 60 Mio. Franken notwendig. Davon entfallen 45 bis 50 Mio. Franken auf Defizitdeckungen bzw. GWL-Beiträge für die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen. Das bisherige GWL-Beitragsniveau (13 Mio. Franken) muss insgesamt beinahe verfünffacht werden.

Im *4-Standort-Konzept* beträgt die notwendige Erhöhung der jährlichen GWL-Beiträge rund 15 Mio. Franken und beschränkt sich auf die kostendeckende Entschädigung der bisher unterfinanzierten Bereiche Forschung, Seelsorge, Rechtsmedizin, Notrufzentrale, Dolmetscher sowie universitäre Lehre.

Kaum Unterschiede zwischen den Varianten ergeben sich demgegenüber beim bestehenden leistungsbezogenen Finanzierungsanteil von 55 Prozent, den der Kanton an die stationären Leistungen auf Basis der Fallpauschalen zahlt. Die Beiträge belaufen sich in allen Varianten auf rund 470 Mio. Franken. Im Vergleich zum Status quo ergeben sich in den anderen Varianten kleine Unterschiede aufgrund von Patientenverschiebungen innerhalb der Spitalverbunde (zwischen Zentrumsspital und regionalen Spitalstandorten mit unterschiedlichen Baserates) sowie zwischen den Spitalverbunden und privaten oder ausserkantonalen Spitälern. Insgesamt sind die Unterschiede aber unwesentlich, was damit begründet ist, dass die für die Beitragsberechnung massgebenden Fallzahlen (die notwendigen Behandlungen für die St.Galler Wohnbevölkerung) durch die Strukturanpassungen nicht beeinflusst werden.²⁶

2.3.2.c Auswirkungen auf die Bilanz des Kantons

Im *Status quo* und im *Alternativkonzept* werden durch die anhaltend negativen Ergebnisse Bewertungskorrekturen in der Bilanz des Kantons erforderlich. Die Bilanzwerte in der Höhe von insgesamt rund 560 Mio. Franken (Ende Dezember 2019, vor allfälligen Wertberichtigungen) sind geringer als der in Abbildung 12 ausgewiesene Eigenkapitalbedarf. Ihr Wert ist im Umfang eines einmaligen Sanierungsbeitrags je nach gewählter Umsetzungsvariante im Rahmen der Erfolgsrechnung zu berichtigen. Weitere Wertberichtigungen – gegebenenfalls bis null – werden notwendig, wenn die GWL- oder Defizitdeckungsbeiträge nicht im erforderlichen Umfang erhöht werden.

Im *4-Standort-Konzept* können über einen Sanierungsbeitrag von rund 60 Mio. Franken hinausgehende Bewertungskorrekturen vermieden werden, sofern innerbetriebliche Optimierungsmassnahmen und zusätzliche GWL-Beiträge im Umfang von je rund 15 Mio. Franken erreicht und die Finanzlage dadurch stabilisiert werden kann.

2.4 4-Standort- bzw. Alternativkonzept: Gesamtbeurteilung und Zwischenfazit

2.4.1 Gesamtbeurteilung

Für eine ganzheitliche Beurteilung sind die Varianten Status quo, 4-Standort-Konzept und Alternativkonzept entlang der medizinisch-versorgungstechnischen, der betriebswirtschaftlich-finanziellen sowie der gesamtwirtschaftlich-politischen Dimension zu bewerten:

Medizinisch-versorgungstechnische Dimension

a) Versorgungssicherheit (Erreichbarkeit)

- Das 4-Standort-Konzept stellt die Gesundheitsversorgung auf allen Stufen – von der ambulanten Grund- und Spezialversorgung der Spitalverbunde über die stationäre Grund- und Endversorgung – sicher. In der Notfallversorgung bestehen grundsätzlich gleich viele Anlaufpunkte für

²⁶ Analog gilt für die obligatorische Krankenversicherung (OKP), dass deren Beiträge für den restlichen Finanzierungsanteil von 45 Prozent unabhängig von der Variante weitgehend gleichbleiben. Entsprechend sind von verschiedenen Strukturanpassungsvarianten auch keine Auswirkungen auf die Krankenkassenprämien zu erwarten.

eine qualifizierte medizinische Erstuntersuchung und Triage wie im Status quo. Nachts und am Wochenende entstehen aufgrund der nicht durchgehenden Öffnungszeiten der ambulanten Gesundheitszentren längere Anfahrtswege für den Zugang zu einem Spitalnotfall (höchstens 30 Minuten).

- Im Alternativkonzept ist die Gesundheitsversorgung ebenfalls sichergestellt. Gegenüber dem Status quo wird das stationäre Versorgungsnetz und die Zahl der Spitalnotfallaufnahmen nur leicht reduziert (Aufhebung stationäres Angebot und Spitalnotfall Rorschach).
- Die Tätigkeit und Organisation der Rettungsdienste wird vom Strategieentscheid nicht beeinflusst. Die Zusammenarbeit und gegenseitige Ergänzung von Spitalnotfall und ärztlichen Notfalldiensten bleibt in allen Varianten erhalten.

Fazit: Die Versorgungssicherheit und die Erreichbarkeit sind in allen Varianten gegeben.

b) Versorgungsqualität

- Das 4-Standort-Konzept erreicht durch die stärkere Leistungskonzentration im operativen *und* internistischen Bereich höhere Fallzahlen und eine grössere Vernetzung der verschiedenen medizinischen Fachdisziplinen. Beides trägt der medizinischen Spezialisierung Rechnung und beeinflusst die Qualität der Leistungserbringung positiv.
- Im Alternativkonzept ist die Leistungskonzentration auf den operativen Bereich beschränkt. Durch die Teilauslagerung der ambulanten Operationen nach Rorschach sowie den Aufbau einer Augenklinik in Flawil werden infrastrukturelle und personelle Doppelspurigkeiten aufgebaut, da gewisse Leistungen dieser Bereiche am Kantonsspital trotzdem aufrechterhalten werden müssen. In doppelspurigen Strukturen wird die Sicherstellung der qualitativ angemessenen Leistungserbringung erschwert.
- Im Alternativkonzept werden ausserhalb der vier Kernstandorte Notfallaufnahmen aufrechterhalten, die im Haus nur auf ein beschränktes Leistungsangebot (insb. nicht auf eine Chirurgie) und die damit verbundenen Spezialistinnen und Spezialisten zurückgreifen können.

Fazit: Die Versorgungsqualität ist im 4-Standort-Konzept insgesamt besser zu beurteilen.

c) Nachhaltigkeit

- Das 4-Standort-Konzept hat dank der konsequenten Leistungskonzentration die besten Voraussetzungen, den Bedarf an Fachspezialistinnen und Fachspezialisten 7x24h zu decken. Die Anschaffung und Erneuerung der medizinischen Geräte beschränkt sich auf weniger Standorte, wodurch dem medizinisch-technischen Fortschritt besser Rechnung getragen werden kann.
- Das Alternativkonzept erfordert wie der Status quo einen stark dezentralen Einsatz und weist damit einen höheren Bedarf an Fachkräften und spezialisierter Infrastruktur auf. Die Aufrechterhaltung des gesamten Leistungsangebots wird dadurch zunehmend erschwert, so dass längerfristig insbesondere ausserhalb der Kernarbeitszeiten Leistungseinschränkungen zu erwarten sind.

Fazit: Das 4-Standort-Konzept stellt eine zukunftsgerichtete Strukturentwicklung dar und stellt somit die Nachhaltigkeit der umgesetzten Massnahmen am besten sicher.

Betriebswirtschaftlich-finanzielle Dimension

d) Reduktion strukturelles Defizit

- Das 4-Standort-Konzept erreicht eine deutliche Verbesserung der Jahresergebnisse und Ebitda-Margen. Der Investitions- und Finanzierungsbedarf wird gegenüber dem Status quo und dem Alternativkonzept reduziert. Zusammen mit Betriebsoptimierungen und zusätzlichen GWL von je rund 15 Mio. Franken kann die Finanzlage stabilisiert werden.

- Das Alternativkonzept erzielt in finanzieller Hinsicht insgesamt keine Verbesserung gegenüber dem Status quo. Die Finanzlage kann ohne zusätzliche GWL- und Defizitdeckungsbeiträge des Kantons im Umfang von mindestens rund 60 Mio. Franken je Jahr in beiden Varianten nicht stabilisiert werden.
- In Bezug auf den Transformationsaufwand weist das Alternativkonzept höhere Aufwendungen auf als das 4-Standort-Konzept. Für die Umsetzung des Alternativkonzepts müssen neue Infrastrukturen bereitgestellt und neue Leistungsangebote entwickelt und eingeführt werden.

Fazit: Eine Reduktion des strukturellen Defizits wird nur mit dem 4-Standort-Konzept erreicht.

e) Wirkung auf Eigentümer

- Das 4-Standort-Konzept limitiert die Wertberichtigungen in den Beteiligungen und/oder den ausstehenden Darlehen auf einen einmaligen Sanierungsbeitrag von rund 60 Mio. Franken.
- Im Alternativkonzept werden wie im Status quo Wertberichtigungen bzw. Kapitaleinlagen im Umfang von insgesamt bis zu 1 Mrd. Franken notwendig.

Fazit: Die Verpflichtungen und Risiken des Eigentümers werden nur durch das 4-Standort-Konzept vermindert und tragfähig gemacht.

Gesamtwirtschaftlich-politische Dimension

f) Wertschöpfung und Steuern

- Das 4-Standort-Konzept führt infolge der Leistungskonzentration zu einer Verschiebung von rund 500 Vollzeitstellen nach St.Gallen und 300 Stellen in die anderen verbleibenden Spitalstandorte. Da Wohn- und Arbeitsort der Spitalmitarbeitenden bereits heute oft nicht identisch sind, ist in den von Standortaufhebungen betroffenen Gemeinden nicht mit substanziellen Steuerausfällen zu rechnen.²⁷
- In Bezug auf die gesamtkantonale Wertschöpfung zeigt das Alternativkonzept bei den Spitalverbunden ein stärkeres Wachstum der Arbeitsplätze als das 4-Standort-Konzept. Gleichzeitig führt das Alternativkonzept durch den höheren Finanzierungsbedarf der Spitalverbunde zwangsläufig zu Eigenkapitalbezügen, Aufwandkürzungen bei anderen Kantonsaufgaben oder Steuererhöhungen.

Fazit: Das Alternativkonzept erhält grundsätzlich Arbeitsplätze in den Regionen, finanziert diese aber mit gesamtkantonal höheren Steuern.

g) politische Akzeptanz

- Das 4-Standort-Konzept stösst aufgrund der Aufhebung von stationären Spitalstandorten und der unterschiedlichen Betroffenheit («Opfer-Asymmetrie») in den Standortgemeinden und zugehörigen Regionen auf geringe Akzeptanz.
- Das Alternativkonzept weist weniger einschneidende und weniger sichtbare Leistungseinschränkungen auf und dürfte deshalb auch in den betroffenen Regionen mehrheitsfähig sein.
- Im 4-Standort-Konzept ist die Fertigstellung des Projekts Wattwil nicht mehr nötig, während bei der künftigen Erneuerung der Spitäler Wil und Grabs ein Kapazitätsausbau notwendig wird.

Fazit: Das 4-Standort-Konzept stösst in den Regionen auf politischen Widerstand.

²⁷ Vgl. Basispapier 1, Bericht Offene Fragen, Abschnitt 4.2 «Volkswirtschaftliche Bedeutung der Spitäler».

2.4.2 Zwischenfazit

Aufgrund der fehlenden finanziellen Nachhaltigkeit, aber auch mit Blick auf die anstehenden Herausforderungen im Spitalumfeld ist die Weiterführung des *Status quo keine Option*.

Die Beurteilung der verbleibenden Varianten zeigt klar das *bessere Abschneiden des 4-Standort-Konzepts* in medizinisch-versorgungstechnischer und betriebswirtschaftlich-finanzieller Hinsicht. Das 4-Standort-Konzept gewährleistet nachhaltig eine qualitativ gute und sichere Gesundheitsversorgung des Kantons St.Gallen und führt gleichzeitig zu einer deutlichen Reduktion des strukturellen Defizits. Gleichzeitig erlaubt die umfassende Strukturanpassung des 4-Standort-Konzepts den Spitalverbunden, sich den veränderten Rahmenbedingungen mit fortlaufendem medizinischen und technologischen Fortschritt, Spezialisierung, Fachkräfteknappheit, Ambulantisierung und regulatorischen Anpassungen (z.B. mögliche weitere Vorgaben im Bereich der Mindestfallzahlen) anzupassen.

In politischer Hinsicht dürfte das 4-Standort-Konzept hingegen weniger gut abschneiden als das Alternativkonzept. Im Alternativkonzept werden die bestehenden Strukturen nur moderat angepasst und die Spitalstandorte bleiben bis auf Rorschach erhalten. Regional dürfte die Akzeptanz des Alternativkonzepts daher höher ausfallen. Nichtsdestotrotz ist das *Alternativkonzept insgesamt kein gangbarer Weg*, da es keine finanzielle Verbesserung bringt und sich dauerhaft betrieblich kaum umsetzen lässt.

Aus diesen Überlegungen folgt, dass ein Lösungsansatz für die künftige Spitalstrategie weder das 4-Standort- noch das Alternativkonzept vollständig übernehmen kann, es jedoch zielführend ist, auf diesen aufzubauen. Dafür müssen die Ansätze ergänzt, in Teilen abgeändert oder neu kombiniert werden.

2.5 Zusätzlich geprüfte Varianten auf Basis des 4-Standort- bzw. Alternativkonzepts²⁸

2.5.1 Variantenbeschrieb

Auf Basis der Ergebnisse des 4-Standort- und des Alternativkonzepts gemäss den Teilprojekten 3 und 4 wurden insgesamt vier Varianten zusätzlich geprüft und entsprechend ihrer betriebswirtschaftlich-finanziellen und medizinisch-versorgungstechnischen Wirkungen beurteilt. Ausgangspunkt der ersten beiden Varianten A1 und A2 war das 4-Standort-Konzept, das um das Konzept der Regionalen Gesundheits- und Notfallzentren (GNZ) erweitert wurde. Dieses kombiniert – in der Ausgestaltung gemäss Vernehmlassungsvorlage – umfassende ambulante Leistungsangebote eines ambulanten Gesundheitszentrums gemäss 4-Standort-Konzept mit einem auf leichte Fälle ausgerichteten 7x24h-Notfallbetrieb und einem minimalen Bettenangebot für stationäre Kurzaufenthalte von in der Regel höchstens 24 Stunden. Die Variante A1 umfasst vier GNZ an den Standorten Rorschach, Altstätten, Walenstadt und Wattwil und sieht für Flawil den Verkauf des Spitals und die Umwandlung in eine Privatklinik vor. Die Variante A2 sieht auch in Flawil ein GNZ vor und wurde als «4plus5-Konzept» bezeichnet.

Die weiteren Varianten B1 und B2 nehmen Optimierungen am Alternativkonzept vor. Beide Varianten nehmen von den Alternativvorschlägen für den Spitalverbund 1 (Spezialklinik Ophthalmologie in Flawil und ambulantes OP-Zentrum in Rorschach) Abstand und sehen in Rorschach ein GNZ und in Flawil den Verkauf des Spitals (B1) bzw. ebenfalls ein GNZ (B2) vor. Beide Varianten reduzieren zudem das Leistungsangebot des Spitals Walenstadt um die operativen Tätigkeiten

²⁸ Der Abschnitt 2.5 war in der Vernehmlassungsvorlage als Abschnitt 3.3 enthalten.

und beschränken dieses auf ein rein internistisches und akutgeriatrisches Angebot (= «Modell Altstätten» gemäss TP4). Die Alternativvorschläge für Altstätten und Wattwil werden unverändert beibehalten.

Die Angebote der Kernstandorte St.Gallen, Grabs, Uznach und Wil sind in allen Varianten unverändert. Die nachfolgende Abbildung zeigt die Varianten im Überblick:

	Flawil	Rorschach	Altstätten	Walenstadt	Wattwil
4-Standort-Konzept (TP3)	aGZ	aGZ	aGZ	aGZ	aGZ
A1 – 4 GNZ, Verkauf Flawil	Privatklinik	GNZ	GNZ	GNZ	GNZ
A2 – 5 GNZ, ohne Verkauf Flawil (4plus5)	GNZ	GNZ	GNZ	GNZ	GNZ
Alternativkonzept (TP4)	Spezialklinik MS ohne Geburten und OP	Ambulantes OP-Zentrum	MS ohne Geburten und OP	MS ohne Geburten, mit OP	MS ohne Geburten und OP, inkl. Psychosomatik
B1 – Alternativkonzept optimiert mit Verkauf Flawil	Privatklinik	GNZ	MS ohne Geburten und OP	MS ohne Geburten und OP	MS ohne Geburten und OP, inkl. Psychosomatik
B2 – Alternativkonzept optimiert ohne Verkauf Flawil	GNZ	GNZ	MS ohne Geburten und OP	MS ohne Geburten und OP	MS ohne Geburten und OP, inkl. Psychosomatik

aGZ: Ambulantes Gesundheitszentrum, GNZ: 7x24h Regionales Gesundheits- und Notfallzentrum, MS: Mehrspartenspital, OP: Operative Tätigkeiten

Abbildung 13: Geprüfte Zusatzvarianten

Der Einbezug eines Verkaufs des Spitals Flawil in die Zusatzvarianten A1 und B1 wurde vor dem Hintergrund vorgenommen, dass für den Standort Übernahmeanfragen von privaten Klinikgruppen eingingen und Grobkonzepte vorlagen.

2.5.2 Finanzielle Ergebnisse

2.5.2.a Ebene Spitalverbunde

Die nachfolgende Tabelle zeigt für das Jahr 2028 die Ergebnisse der Zusatzvarianten im Vergleich zum ursprünglichen 4-Standort- bzw. Alternativkonzept²⁹:

²⁹ Die hier dargestellten Ergebnisse zur Variante A2 bzw. 4plus5 entsprechen dem Stand der Vernehmlassungsvorlage vom Oktober 2019. Sie können von den im hinteren Teil der Botschaft (Abschnitt 3 ff.) gezeigten Ergebnissen leicht abweichen, weil dort die 4plus5-Variante auf Basis der Mittelfristplanung von Ende Dezember 2019 gezeigt wird.

Jahr 2028	SV 1		SV 2		SV 3		SV 4		SV 1–4	
	Ebitda in Mio. Fr.	Ebitda-Marge	Ebitda in Mio. Fr.	Ebitda-Marge	Ebitda in Mio. Fr.	Ebitda-Marge	Ebitda in Mio. Fr.	Ebitda-Marge	Ebitda in Mio. Fr.	Ebitda-Marge
4-Standort-Konzept (TP3)	71,6	7,3 %	14,5	8,5 %	8,6	8,9 %	7,2	7,4 %	101,6	7,8 %
A1: 4 GNZ, Verkauf Flawil	75,1	7,8 %	12,2	7,2 %	8,6	8,9 %	1,4	1,5 %	97,2	7,4 %
A2: 5 GNZ (4plus5)	69,1	7,1 %	12,2	7,2 %	8,6	8,9 %	5,9	6,1 %	95,8	7,3 %
Alternativkonzept (TP4)	33,7	3,5 %	14,3	6,6 %	6,9	7,8 %	2,5	2,2 %	57,5	4,2 %
B1: optimiert, Verkauf Flawil	67,0	7,1 %	14,8	7,2 %	7,9	8,8 %	1,2	1,1 %	90,9	6,8 %
B2: optimiert, GNZ Flawil und Rorschach	63,9	6,7 %	14,8	7,2 %	7,9	8,8 %	5,7	4,7 %	92,3	6,8 %

Abbildung 14: Ebitda-Margen 2028, Zusatzvarianten (Stand Vernehmlassungsvorlage)

Spitalverbund 1: Die Ebitda-Marge in der Variante A1 beträgt 7,8 Prozent und liegt damit höher als in der 4-Standort-Strategie gemäss TP3. Die Verbesserung liegt darin begründet, dass durch den Weiterbetrieb von Flawil ausserhalb des Spitalverbunds die CMI-tiefen Fälle in Flawil verbleiben und nur noch CMI-höhere Fälle (Palliativmedizin) nach St.Gallen verschoben werden, was sich positiv auf die Ertragslage auswirkt. Umgekehrt reduzieren sich auf der Kostenseite infolge der niedrigen Fallzahlen insbesondere die Personalaufwände.

In der Variante A2 (4plus5) fällt der Verkaufseffekt weg. Gleichzeitig sind die Ausgaben für die Regionalen Gesundheits- und Notfallzentren höher als für die ambulanten Gesundheitszentren gemäss 4-Standort-Strategie, was die Ebitda-Marge wieder senkt.

In den Varianten B1 und B2 resultiert eine Ebitda-Marge von 7,1 bzw. 6,7 Prozent. Obwohl sich die beiden Varianten im Spitalverbund 1 inhaltlich nicht von den Variante A1 bzw. A2 unterscheiden, weisen sie jeweils tiefere Ebitda-Margen aus. Der Unterschied liegt darin begründet, dass in den B-Varianten Altstätten, Walenstadt und Wattwil weiterhin ein stationäres Angebot betreiben und aus diesen Standorten weniger Fälle nach St.Gallen verschoben werden, allerdings ohne den CMI des Spitalverbunds 1 wesentlich zu verändern. Die Ebitda-Marge des Spitalverbunds 1 fällt dadurch tiefer aus. Der Unterschied zwischen den Varianten B1 und B2 ist wiederum auf den Verkaufseffekt Flawil zurückzuführen.

Im Vergleich zum Alternativkonzept gemäss Teilprojekt 4 weisen die B-Varianten eine deutliche Verbesserung aus, was darauf zurückzuführen ist, dass Vorhalteleistungen und Doppelspurigkeiten (Ophthalmologie in Flawil, ambulant OP-Zentrum in Rorschach) reduziert werden können.

Spitalverbund 2: Die Ergebnisse der Varianten A1 und A2 sind mit einer Ebitda-Marge von 7,2 Prozent identisch. Die Verschlechterung gegenüber der 4-Standort-Variante ergibt sich aus den höheren Kosten der GNZ im Vergleich zu den ambulanten Gesundheitszentren in der 4-Standort-Variante. Umgekehrt hat der Verkauf von Flawil auf die Fallverschiebungen nach Grabs keine Auswirkungen, weshalb sich die Varianten A1 und A2 nicht unterscheiden.

In den Varianten B1 und B2 resultiert ebenfalls eine Ebitda-Marge von 7,2 Prozent. In den B-Varianten bleibt durch den Weiterbetrieb von drei Spitalstandorten allerdings ein wesentlich höheres Fallvolumen im Spitalverbund 2 erhalten als bei den A-Varianten. Die Ebitda-Marge in den B-Varianten basiert daher auf einem höheren absoluten Ebitda und einem höheren Umsatz. Gegenüber dem Alternativkonzept gemäss TP4 resultiert in den B-Varianten eine Verbesserung um 0,6 Ebitda-Prozentpunkte, was durch den Abbau der operativen Tätigkeiten in Walenstadt begründet ist.

Spitalverbund 3: Der Ebitda der Varianten A1 und A2 bleibt gleich wie in der 4-Standort-Strategie. Uznach ist weiterhin ein Mehrspartenspital und ein Verkauf von Flawil hat keinen Einfluss auf den Standort Uznach. Auch in den Varianten B1 und B2 liegt die Ebitda-Marge nahe am Wert der 4-Standort-Strategie. Damit wird gegenüber dem ursprünglichen Alternativkonzept eine Verbesserung um einen Prozentpunkt erreicht, die durch die zusätzlichen Fälle aus Walenstadt verursacht wird.

Spitalverbund 4: Die Ebitda-Margen brechen in den Varianten A1 und B1 ein und liegen bei unter 1,5 Prozent. Die Verschlechterung erfolgt aufgrund des Verkaufs von Flawil an Dritte. Durch den Verkauf von Flawil fallen die prognostizierten Fallverschiebungen an den Standort Wil weg (rund 500 Fälle). Dadurch ergibt sich eine Ertragseinbusse in der Grössenordnung von rund 4 Mio. Franken, die durch eine erneute Anpassung der Kostenstruktur nicht kompensiert werden kann. Bereits im 4-Standort-Konzept ist die Kostenstruktur im Spitalverbund 4 bzw. im Spital Wil auf eine minimale Betriebsgrösse ausgelegt und jede weitere Reduktion würde zum Wegfall ganzer Leistungsbereiche am Spital Wil führen. Die Sicherstellung des 7x24h-Betriebs einzelner Leistungsbereiche bedarf einer minimalen fachlichen Personalbesetzung, die nicht weiter reduziert werden kann und bei geringerem Fallzahlaufkommen finanziell negativ zu Buche schlägt.

Die Variante A2 führt zu einer Ebitda-Marge von 6,1 Prozent, die aufgrund der Mehrkosten für das Regionale Gesundheits- und Notfallzentrum Wattwil unter dem Ergebnis gemäss 4-Standort-Konzept liegt.

Die Variante B2 führt zu einer Ebitda-Marge von 4,7 Prozent. Die Umwandlung von Flawil in ein Regionales Gesundheits- und Notfallzentrum (GNZ) anstelle des Verkaufs führt zu einem höheren Fallaufkommen im Spitalverbund 4. Im Vergleich zum Alternativkonzept gemäss Teilprojekt 4 wird die Ebitda-Marge um 2,5 Prozentpunkte verbessert.

2.5.2.b Verbleibende Finanzierungslücke

Die unterschiedlichen Finanzergebnisse der verschiedenen Varianten führen zu unterschiedlich grossen Finanzierungslücken. Um die Finanzsituation nachhaltig zu stabilisieren, sind zusätzlich zu den Strukturanpassungen weitere Massnahmen (Betriebsoptimierungen, GWL-Anpassungen) mit einem Ergebnisbeitrag in folgenden Grössenordnungen notwendig:

	Fehlbetrag bis Ebitda 10 % Schätzung auf Basis Ebitda 2028 in Mio. Fr.					Differenz zu 4-Standort- Konzept
	SV 1	SV 2	SV 3	SV 4	SV 1–4	
4-Standort-Konzept (TP3)	26	3	1	3	33	
A1: 4 GNZ, Verkauf Flawil	21	5	1	8	35	2
A2: 5 GNZ (4plus5)	28	5	1	4	39	6
Alternativkonzept (TP4)	63	7	2	9	81	48
B1: optimiert, Verkauf Flawil	27	6	1	10	44	11
B2: optimiert	31	6	1	6	45	12

Abbildung 15: Finanzierungslücke nach Strukturanpassungen, zusätzlich geprüfte Varianten (Stand Vernehmlassungsvorlage)

Die Varianten A1 und A2 weisen Finanzierungslücken von rund 35 bzw. 39 Mio. Franken auf. Im Vergleich zum 4-Standort-Konzept müssen für eine Stabilisierung der Finanzlage entsprechend weitere rund 2 bzw. 6 Mio. Franken Entlastungen oder Mehreinnahmen erzielt werden.

In den Varianten B1 und B2 liegen die Finanzierungslücken bei 44 bis 45 Mio. Franken. Gegenüber dem ursprünglichen Alternativkonzept stellt dies eine deutliche Verbesserung dar, im Vergleich zur Variante A2 steigt die Finanzierungslücke jedoch um weitere 5 bis 6 Mio. Franken.

2.5.3 Diskussion der Zusatzvarianten

Variante A1 – 4 Spitalstandorte, 4 Regionale Gesundheits- und Notfallzentren, Verkauf Flawil

Medizinisch-versorgungstechnische Beurteilung:

- Die Versorgungssicherheit und -qualität können grundsätzlich gewährleistet werden. Die Variante A1 kann dank der Leistungskonzentration den Entwicklungen des medizinischen und technologischen Fortschritts, der Spezialisierung, der erschwerten Rekrutierung von Fachkräften, den regulatorischen Vorgaben (z.B. Mindestfallzahlen) und der Ambulantisierung mehrheitlich Rechnung tragen.
- Mit der Übernahme von Flawil durch einen privaten Klinikbetreiber wird das Spital in ein Netzwerk mit mehreren Kliniken eingebunden, wodurch die Versorgungsqualität am Standort aufrechterhalten werden kann. Gleichzeitig werden nicht mehr benötigte Versorgungskapazitäten aufrechterhalten.
- Durch den 7x24h-Notfall sowie das Bettenangebot in den Regionalen Gesundheits- und Notfallzentren werden dezentrale Versorgungsstrukturen aufrechterhalten, wodurch das Sicherheitsbedürfnis der Bevölkerung besser befriedigt werden kann. Im Bereich der Notfallversorgung ergibt sich eine weitere Anlaufstelle.

Betriebswirtschaftlich-finanzielle Beurteilung:

- Auf konsolidierter Stufe wird eine im Vergleich zum 4-Standort-Konzept tiefere, aber immer noch erhebliche Reduktion des strukturellen Defizits erreicht. Die Ebitda-Marge beträgt insgesamt 7,4 Prozent (–0,4 Prozentpunkte gegenüber 4-Standort-Konzept).
- Durch den Verkauf von Flawil wird im Kernmarkt des Spitalverbunds 1 und des Spitalverbunds 4 ein potenzieller Konkurrent aufgebaut; die Fallzahlenverluste sind für den Spitalverbund 4 bzw. den Standort Wil bereits kurzfristig existenzbedrohend.
- Für eine Stabilisierung der Finanzlage sind weitere Massnahmen (Betriebsoptimierungen, GWL-Beiträge) mit einer Entlastungswirkung von rund 35 Mio. Franken (+2 Mio. Franken gegenüber 4-Standort-Konzept) notwendig.

Variante A2 – 4 Spitalstandorte, 5 Regionale Gesundheits- und Notfallzentren (4plus5-Strategie)

Medizinisch-versorgungstechnische Beurteilung:

- Die Beurteilung ist bis auf den Aspekt des Verkaufs Flawil identisch mit der Variante A1.

Betriebswirtschaftlich-finanzielle Beurteilung:

- Auf konsolidierter Stufe wird eine im Vergleich zum 4-Standort-Konzept leicht tiefere, aber immer noch erhebliche Reduktion des strukturellen Defizits erreicht. Die Ebitda-Marge beträgt insgesamt 7,3 Prozent (–0,5 Prozentpunkte gegenüber 4-Standort-Konzept).
- Die betriebliche Umsetzbarkeit ist in allen Spitalverbunden gegeben.
- Für eine Stabilisierung der Finanzlage sind weitere Massnahmen (Betriebsoptimierungen, GWL-Beiträge) mit einer Entlastungswirkung von rund 39 Mio. Franken (+6 Mio. Franken gegenüber 4-Standort-Konzept) notwendig.

Variante B1 – Alternativkonzept (TP4) optimiert, mit Verkauf Flawil

Medizinisch-versorgungstechnische Beurteilung:

- Die Aufrechterhaltung von Versorgungssicherheit und -qualität ist in den nächsten Jahren gefährdet. In Altstätten, Walenstadt und Wattwil ist das Leistungsangebot in der Akutgeriatrie und in den internistischen Fächern aufgrund der fehlenden Partnerdisziplinen (chirurgische Fächer und Anästhesiologie) bereits kurzfristig eingeschränkt.

- Durch die beschränkte Strukturanpassung und geringere Leistungskonzentration kann den Entwicklungen des medizinischen und technologischen Fortschritts, der Spezialisierung, der erschwerten Rekrutierung von Fachkräften, den regulatorischen Vorgaben (z.B. Mindestfallzahlen) und der Ambulantisierung kaum Rechnung getragen werden. Dies gefährdet die Versorgungsqualität.
- Durch den Weiterbetrieb der Spitalstandorte Flawil (privat), Altstätten, Walenstadt und Wattwil sowie den Aufbau des Regionalen Gesundheits- und Notfallzentrums Rorschach wird das stationäre Versorgungsnetz weitgehend aufrechterhalten. Gleichzeitig können die Versorgungskapazitäten nicht auf das künftig notwendige Mass reduziert werden.

Betriebswirtschaftlich-finanzielle Beurteilung:

- Auf konsolidierter Stufe wird gegenüber dem 4-Standort-Konzept aufgrund der Aufrechterhaltung von sieben Spitalstandorten eine tiefere Reduktion des strukturellen Defizits erreicht. Die Ebitda-Marge beträgt insgesamt 6,8 Prozent (–1,0 Prozentpunkte gegenüber 4-Standort-Konzept, +2,6 Prozentpunkte gegenüber Alternativkonzept).
- Der Betrieb in den Spitalverbunden 2 und 4 wird gegenüber dem Status quo nur unwesentlich erleichtert. Lediglich in den operativen Fächern findet eine Leistungskonzentration statt, während gleichzeitig alle Spitalstandorte weiterbetrieben werden mit dem entsprechenden Koordinationsaufwand sowie Doppelspurigkeiten und nicht genutzten Vorhalteleistungen.
- Die Betriebsgrößen der Spitalstandorte Altstätten und Walenstadt sowie Wil und Wattwil sind kritisch. Die Fallverluste infolge des Verkaufs von Flawil gefährden die Existenz des Spitalverbunds 4 (Ebitda-Marge von 1,1 Prozent).
- Durch den Verkauf von Flawil wird im Kernmarkt der Spitalverbunds 1 ein potenzieller Konkurrent aufgebaut.
- Für eine Stabilisierung der Finanzlage sind weitere Massnahmen (Betriebsoptimierungen, GWL-Beiträge) mit einer Entlastungswirkung von rund 44 Mio. Franken notwendig (+11 Mio. Franken gegenüber 4-Standort-Konzept). Aufgrund der strukturellen Voraussetzungen nahe am Status quo ist die Umsetzung von Betriebs- bzw. Prozessoptimierungen erschwert.

Variante B2 – Alternativkonzept (TP4) optimiert, ohne Verkauf Flawil

Medizinisch-versorgungstechnische Beurteilung:

- Die Beurteilung ist weitgehend identisch mit der Variante B1. Durch die Umwandlung von Flawil in ein GNZ werden die stationären Versorgungsstrukturen leicht stärker angepasst, was die Reaktionsfähigkeit auf die Haupttrends (medizinischer und technologischer Fortschritt, Spezialisierung, Rekrutierung von Fachkräften, regulatorischen Vorgaben, Ambulantisierung) leicht verbessert.

Betriebswirtschaftlich-finanzielle Beurteilung:

- Grundsätzliche gleiche Beurteilung wie bei Variante B1 bis auf die Ergebnisunterschiede zwischen den Spitalverbunden. Ohne den Verkaufseffekt Flawil fällt die Ebitda-Marge des Spitalverbunds 1 auf unter 7 Prozent, während jene des Spitalverbunds 4 auf gegen 5 Prozent steigt.

2.6 Weitere Variantenüberlegungen

2.6.1 Beurteilung einer Auslagerung eines Standorts an einen Drittanbieter

Im Projektverlauf wurden von den Gemeinden und weiteren Organisationen verschiedene standortbezogene Vorschläge eingebracht. Die Mehrzahl dieser Vorschläge betraf die Ausgestaltung des künftigen Leistungsangebots unter Fortführung der Spitalstandorte durch die Spitalverbunde. Die Vorschläge sind zu einem grossen Teil in die alternativen Nutzungsvorschläge des Alternativkonzepts eingeflossen.

Zwei eingebrachte Vorschläge sind demgegenüber Konzepte, in denen Standorte aus den Spitalverbunden ausgelagert werden. Der erste Vorschlag betrifft das Spital Flawil, für das zwei private Schweizer Klinikgruppen Übernahmeinteresse äusserten. Beide Interessenten signalisierten die Bereitschaft, das Leistungsangebot des heutigen Standorts in ähnlicher Form weiterzubetreiben.

Das zweite Konzept betrifft einen von der Gemeinde Wattwil eingebrachten Vorschlag, der eine Weiterführung des Standorts Wattwils durch mehrere private Leistungserbringer vorsieht. Das stationäre Leistungsangebot soll ebenfalls von einer Schweizer Privatklinikgruppe weitergeführt werden. Für die ambulante Leistungserbringung ist eine Kooperation zwischen einem schweizweit tätigen Hauptpartner und den niedergelassenen Leistungserbringern vorgesehen. Mit Blick auf die Umsetzung schlägt das Konzept die unentgeltliche Übertragung der Spitalimmobilie in eine Stiftung vor. Diese würde die Liegenschaft bewirtschaften und gegenüber den Leistungserbringern als Vermieterin auftreten. Neben den Gemeinden der Region Toggenburg und weiteren interessierten Kreisen soll auch der Kanton als Stifter auftreten. Der Betrieb der Infrastruktur und von gemeinsamen Ressourcen sowie die Koordination zwischen den verschiedenen Leistungsanbietern soll durch eine genossenschaftlich organisierte Betriebsträgerschaft erbracht werden. Genossenschafter wären in erster Linie die Leistungserbringer.

Den Vorschlägen aus Flawil und Wattwil ist gemein, dass sie Fallmengen aus dem System der Spitalverbunde auslagern. Dies führt dazu, dass an verbleibenden Mehrspartenspitälern die kritischen Fallzahlen und notwendige Leistungskonzentration nicht erreicht werden können und dadurch ihr Weiterbetrieb gefährdet wird. Der in den oben beschriebenen Varianten A1 und B1 enthaltene Verkauf des Spitals Flawil mit den stark negativen finanziellen Auswirkungen auf den Spitalverbund 4 bzw. das Spital Wil zeigt die Problematik. Die Aufrechterhaltung eines 7x24h-Mehrspartenangebots als Grundversorger ist mit fixen Vorhalteleistungen und Kosten verbunden, die ab einem gewissen Punkt nicht weiter gesenkt werden können.

Der Weiterbetrieb eines Standorts ausserhalb der Spitalverbunde kann demnach nur aus regionaler Sicht eine Lösung sein und höchstens auf regionaler Ebene gesamtwirtschaftliche (Erhalt der regionalen Arbeitsplätze) und versorgungstechnische (Weiterführung eines wohnortnahen Angebots) Vorteile bieten. Auf übergeordneter Ebene steht ihm das Gesamtinteresse eines für den gesamten Kanton funktionierenden und finanzierbaren Gesundheitsversorgungssystems entgegen. Die Kapazitäten in der stationären Versorgung wären gesamtkantonal nicht nachhaltig konzentriert und reduziert, sondern würden lediglich von einer öffentlichen in eine private Struktur verschoben. Vor diesem Hintergrund ist die Variante Verkauf oder Auslagerung eines Spitalstandorts und Weiterbetrieb durch einen Dritten als möglicher Lösungsansatz auszuschliessen. Die Ausnahme bilden allfällige komplementäre Leistungsangebote, die das Leistungsspektrum der Spitalverbunde ergänzen.

Im Fall des von der Gemeinde Wattwil eingereichten Konzepts stellt sich zusätzlich die Frage nach den Erfolgchancen vor Ort. Im Alternativkonzept wurde in Bezug auf das Leistungsangebot eine mit dem Wattwiler Konzept weitgehend deckungsgleiche Nutzungsvariante geprüft. Neben den ungenügenden finanziellen Ergebnissen (Ebitda-Marge von 4,7 Prozent im optimierten Alternativkonzept B2) ist insbesondere die Betriebsgrösse des stationären Angebots als kritisch zu beurteilen, dies umso mehr, wenn ein Drittanbieter in einer Stand-Alone-Lösung ohne Backup eines nahegelegenen Unternehmensstandorts auskommen müsste. Weitere Fragezeichen bestehen in Bezug auf die Chancen der ausreichenden Rekrutierung von Fachpersonal, den Zugriff auf unterschiedliche Fachdisziplinen vor Ort sowie die Erreichung ausreichender Fallzahlen und stehen damit unmittelbar auch im Zusammenhang mit der ausreichenden Qualität der Leistungserbringung. Problematisch ist schliesslich die vorgesehene Rolle des Kantons als Stifter. Es ist davon auszugehen, dass der Kanton auch ohne rechtliche Verpflichtung im Fall von Finanzengpässen einem hohen Druck ausgesetzt wäre, weitere Mittel in die Stiftung und den Betrieb einzubringen.

Entsprechend würde der Kanton als Stifter ohne angemessene Mitsprache ein erhebliches finanzielles Risiko eingehen. Vor diesem Hintergrund ist das von Wattwil vorgebrachte Konzept auch aus einer standortbezogenen und finanzpolitischen Perspektive abzulehnen.

2.6.2 Beurteilung einer dezentralen Fortführung von akutgeriatrischen Angeboten

Als Variante zur Fortführung stationärer Leistungen in Altstätten, Walenstadt, Flawil und Wattwil stand insbesondere die Positionierung eines Angebots für Altersmedizin mit einem akutgeriatrischen Angebot zur Diskussion.

2.6.2.a Inhalt der Akutgeriatrie bzw. Altersmedizin

Die Akutgeriatrie bezeichnet die stationäre Versorgung von akut erkrankten, meist hochbetagten Menschen (Alter 80+), die aufgrund ihrer Multimorbidität (Vorliegen mehrerer behandlungsbedürftiger Krankheiten) eine spezielle interdisziplinäre Diagnostik und interprofessionelle Therapie benötigen. Geriatrische Patientinnen und Patienten weisen vielfach eine herabgesetzte körperliche Belastbarkeit bis hin zur starken Gebrechlichkeit (Frailty-Syndrom) auf. Bei geriatrischen Patientinnen und Patienten treten schwerwiegende, oftmals chronische Erkrankungen zu den üblichen altersbedingten Veränderungen (wie Sehbehinderung, Schwerhörigkeit, eingeschränkte Beweglichkeit) hinzu. Geriatrische Patientinnen und Patienten sind deshalb regelmässig überaus anfällig für Komplikationen und stellen eine sehr verletzbare Gruppe dar.

Akutgeriatrie wird in der Regel in Akutspitälern oder in Verbindung mit Akutspitälern angeboten, da zur anspruchsvollen Diagnostik und Behandlung die Infrastruktur eines Spitals benötigt wird. Die medizinische Diagnostik wird ergänzt durch ein geriatrisches Assessment. Beim geriatrischen Assessment handelt es sich um einen interprofessionell abgestützten Prozess, der die Erfassung aller relevanten Bereiche (u.a. Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Ernährung, Kognition, Stimmung, Kontinenz und soziale Situation) umfasst. In der Schweiz werden die Begriffe «Akutgeriatrie» und «Altersmedizin» vielfach synonym verwendet. Altersmedizin ist aber das medizinische Fachgebiet, das Alterungsprozesse und diagnostische, therapeutische, präventive und rehabilitative Aspekte der Erkrankung alter Menschen zum Gegenstand hat.

Findet die akutgeriatrische Behandlung durch ein geriatrisches Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung eines Schwerpunktträgers Geriatrie (FMH) statt und werden die geforderten Elemente des CHOP-Codes 93.89.9 (definierte Anzahl Therapie-Einheiten, Einbezug definierter Berufsgruppen) erfüllt, erfolgt die Abgeltung mittels der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung. Fehlen diese Elemente, erfolgt die Finanzierung über «normale» DRG-Pauschalen.

Die Durchführung einer geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung trägt der Verletzlichkeit betagter bzw. hochbetagter Menschen und ihren alterstypischen Bedürfnissen Rechnung und hat zum Ziel, über die notwendigen altersgerechten Therapie- und Behandlungsinterventionen Immobilität, Mangelernährung, Delir und Verlust von Alltagskompetenzen entgegenzuwirken und möglichst rasch die Selbstständigkeit wieder zu erlangen. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer beträgt zweieinhalb bis drei Wochen (einschliesslich Akutereignis). Der Schwerpunkt der Behandlung ist auf eine Rückkehr nach Hause (häufig mit Spitex-Unterstützung) ausgerichtet. Ist dies trotz Ausschöpfung des vorhandenen Rehabilitationspotenzials nicht mehr möglich, erfolgt ein Übertritt in eine geriatrische Rehabilitation, in eine Pflegeinstitution oder eine spezialisierte alterspsychiatrische Institution.

2.6.2.b Bedarf an stationären akutgeriatrischen Leistungen

Als einer der ersten Kantone in der Schweiz verfügt der Kanton St.Gallen seit dem Jahr 2005 über ein kantonales Geriatriekonzept. Gestützt darauf wurden unter der Leitung der Geriatriischen Klinik St.Gallen als Kompetenzzentrum für Altersmedizin in jeder Spitalregion dezentrale akutgeriatriische Abteilungen aufgebaut. Nebst der Geriatriischen Klinik St.Gallen bestehen heute stationäre akutgeriatriische Abteilungen an den Spitalstandorten Altstätten, Walenstadt, Linth und Wattwil.

Abbildung 16 zeigt die Fallzahlen, Pfl egetage, Aufenthaltsdauer und Bettenzahl des Bereichs Akutgeriatrie. Im Jahr 2018 wurden rund 3'200 Patientinnen und Patienten (2'900 SG, 300 ausserkantonale) in der Geriatriischen Klinik und den vier akutgeriatriischen Abteilungen der drei Spitalverbunde behandelt. Bei einer rechnerisch angenommenen Bettenauslastung von 90 Prozent ergibt sich daraus ein Bettenbedarf von 170 Betten.

Der Bedarf an akutgeriatriischen stationären Spitalleistungen wird in den nächsten Jahren zunehmen. Die Bedarfsprognose für das Jahr 2025 geht von zusätzlich rund 700 Fällen und 6'900 Pfl egetagen aus. Die Zunahme erfordert 17 bis 25 zusätzliche Betten gegenüber dem Jahr 2018 (+10 bis 15 Prozent des heutigen Bettenangebots) – sofern sich die Aufenthaltsdauer bis ins Jahr 2025 nicht stärker verkürzt als in der Spitalplanung 2017 angenommen.

	Austritte	Pfl egetage	Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	Betten
2018				
Geriatriische Klinik	1'444	26'197	18,1	80
Spital Altstätten	512	10'052	19,6	31
Spital Walenstadt	354	7'310	20,6	22
Spital Linth	402	5'614	14,0	17
Spital Wattwil	463	6'048	13,1	18
Total	3'213	55'916	17,4	170
2025 (auf Basis der Daten 2018)				
Total	3'984	62'829	15,5	191

Abbildung 16: Angebotsstruktur Akutgeriatrie im Kanton St.Gallen, inner- und ausserkantonale Patienten, 2018 und 2025

2.6.2.c Anforderungen an die Erbringung stationärer akutgeriatriischer Leistungen

Für die Alternative einer dezentralen Fortführung der Akutgeriatrie ist zu beachten, dass die Akutgeriatrie nicht als alleinstehendes Angebot betrieben werden kann, sondern die Verfügbarkeit weiterer Fachgebiete im gleichen Haus oder in unmittelbarer Nachbarschaft erfordert. Im Vordergrund stehen Fachspezialistinnen und Fachspezialisten sowie Angebote der Inneren Medizin (z.B. Angiologie, Kardiologie, Dialyse, Wundmanagement). Des Weiteren sind eine gute Röntgendiagnostik, ein Labor sowie eine Überwachungsstation bzw. Monitoring-Möglichkeit erforderlich.

Im Alternativkonzept bzw. in der optimierten Variante B2 wurde für Altstätten, Walenstadt und Wattwil die Weiterführung der akutgeriatriischen Abteilungen geprüft. Dabei wurden – zwecks betriebswirtschaftlicher Optimierung der Variante – die erforderlichen Begleitdisziplinen und -einrichtungen bereits auf ein Minimum reduziert. Entsprechend wäre die Formulierung einer weiteren Alternativvariante mit Weiterführung der Akutgeriatrie bei noch kleinerem Begleitangebot aus qualitativer Sicht abzulehnen. Im Gegenteil ist darauf hinzuweisen, dass für eine optimale Versor-

gungsqualität in der Akutgeriatrie das Vorhandensein chirurgischer Disziplinen vor Ort, insbesondere der Alterstraumatologie, empfehlenswert ist, um Patientenverlegungen zu vermeiden. Diese Bedingungen sind am Standort St.Gallen erfüllt, wo akutgeriatrische Patientinnen und Patienten, die operativ am Kantonsspital versorgt wurden, anschliessend über die unterirdischen Verbindungskorridore direkt an die benachbarte Geriatriische Klinik übergeben werden können. Im Fall von Altstätten, Walenstadt, Wattwil wie auch Flawil wären im Fall von operativen Eingriffen demgegenüber (Sekundär-)Transporte von geriatrischen Patientinnen und Patienten zwischen dem Kantonsspital bzw. den regionalen Mehrspartenspitälern (Grabs, Wil) und dem akutgeriatrischen Behandlungsort erforderlich. Das ist zwar möglich, aber keine ideale Lösung. Beispielsweise führen gemäss der britischen Future Hospital Commission Verlegungen zu einer schlechteren Versorgungsqualität, schlechten Erfahrungen bei den Patientinnen und Patienten und höheren Aufenthaltsdauern.³⁰

Im 4plus5-Konzept ist vorgesehen, die Patientinnen und Patienten aus Altstätten und Walenstadt in Grabs und die Fälle aus Wattwil in Wil zu konzentrieren. Die Variante 4plus5 weist – abgesehen von den bereits genannten medizinisch-versorgungstechnischen sowie finanziellen-betriebswirtschaftlichen Gründen – aus Sicht der Akutgeriatrie weitere Vorteile auf. Abgesehen davon, dass die Akutgeriatrie aufgrund der Mehrfacherkrankung der Patientinnen und Patienten auf ein komplexes und anspruchsvolles Umfeld angewiesen ist, sind auch die Patientinnen und Patienten der anderen Fachabteilungen vermehrt auf akutgeriatrische Kompetenzen angewiesen. Ein grosser Teil dieser Patientinnen und Patienten leidet bereits an Demenz, Delir, Depression oder anderen psychischen Problemen, Gebrechlichkeit, abnehmender Mobilität und Funktionseinschränkungen und wird in Zukunft noch mehr daran leiden. Ein grosser Teil der akutsomatisch erkrankten und verunfallten Patientinnen und Patienten wird künftig über 70 Jahre alt sein und ein grosser Teil der Betten wird für Patientinnen und Patienten älter 80 zur Verfügung gestellt werden müssen. Akutspitäler müssen sich somit viel mehr (als heute) auf ältere und gebrechliche Patientinnen und Patienten ausrichten. Geriaterinnen und Geriater sind darauf spezialisiert, gebrechliche Menschen im Akutspital zu erkennen und zu behandeln. Verschiedene Studien belegen den Wert dieser Zusammenhänge. So konnte der Wert einer frühen geriatrischen Mitbeurteilung alter Menschen auf einer akutsomatischen Notfallstation nachgewiesen werden. Ebenso hat die Zusammenarbeit von Geriaterinnen und Geriatern mit Orthopädinnen und Orthopäden wissenschaftlich belegte positive Effekte auf die Hospitalisationsdauer und die Häufigkeit von Rehospitalisationen.³¹

Zusammengefasst zeigt sich, dass sowohl mit Blick auf die Versorgungsqualität der akutgeriatrischen wie auch der anderen – älter werdenden – Patientinnen und Patienten die Integration der Akutgeriatrie an den vier Mehrspartenspitälern gemäss 4plus5-Konzept zielführend ist. Die dezentrale Weiterführung von akutgeriatrischen Angeboten schneidet aus qualitativer wie aus betriebswirtschaftlicher Sicht schlechter ab. Eine Integration der Akutgeriatrie in die vier Mehrspartenspitäler führt zu einer besseren Qualität und Versorgungssicherheit, kostet weniger und ermöglicht die notwendige Konzentration im Bereich der Inneren Medizin, denn auch dort verschärft sich der Fachkräftemangel und nimmt die Spezialisierung zu.

2.6.3 Beurteilung des Potenzials von Angeboten der Akut- und Übergangspflege

Im Zusammenhang mit den Abklärungen zu dezentralen akutgeriatrischen Angeboten wurde auch die Möglichkeiten zusätzlicher Angebote der Akut- und Übergangspflege (AÜP) thematisiert. Die AÜP soll nach einem Spitalaufenthalt einen vorübergehend erhöhten Pflegeaufwand bewälti-

³⁰ Future Hospital Commission, Future hospital: Caring for medical patients, Royal College of Physicians, 2013.

³¹ D. Oliver / E. Burns, Geriatric medicine and geriatricians in the UK. How they relate to acute and general internal medicine and what the future might hold?, in: Future hospital journal, 3(1), 2016, 49–54.

gen helfen und eine Rückkehr in die gewohnte Umgebung (wie sie vor dem Spitalaufenthalt bestand) ermöglichen. Die AÜP wurde im Rahmen der Neuordnung der Pflegefinanzierung ins Bundesgesetz über die Krankenversicherung (SR 832.10; abgekürzt KVG) aufgenommen. Der Gesetzgeber führte diese Regelung im Hinblick auf die KVG-Revision der Spitalfinanzierung (2012) ein. Es wurde befürchtet, dass die Vergütung mit leistungsbezogenen Fallpauschalen (SwissDRG) bei den Spitälern zu Anreizen führt, die Patientinnen und Patienten zu früh zu entlassen. Die AÜP sollte diese potenziellen unerwünschten Wirkungen abfangen.

Die AÜP ist in Art. 25a Abs. 2 KVG geregelt. Der Gesetzgeber hat sich bei der Umschreibung darauf beschränkt, dass es sich um Pflegeleistungen handelt, die sich direkt nach dem Spitalaufenthalt als notwendig erweisen und von einer Spitalärztin oder einem Spitalarzt angeordnet werden. Die AÜP wird während längstens zwei Wochen nach den Regeln der Spitalfinanzierung übernommen, d.h. 45 Prozent werden vom Krankenversicherer und 55 Prozent von der öffentlichen Hand (Kanton und/oder Gemeinde) getragen. Versicherer und Leistungserbringer sollen dazu Pauschalen vereinbaren. Nähere Einzelheiten sind in Art. 7b und Art. 8 der Krankenpflege-Leistungsverordnung (SR 832.112.31; abgekürzt KLV) geregelt.

Gemäss Art. 7 Abs. 3 KLV und Art. 7 Abs. 1 Bst. c KLV können Leistungen der AÜP von freiberuflich tätigen Pflegefachpersonen, von Spitex-Organisationen und von Pflegeheimen erbracht werden. Für die stationäre AÜP sind somit nur Pflegeheime als Leistungserbringer zugelassen, aber nicht Akutspitäler.

Insbesondere von den Leistungserbringern wird immer wieder darauf hingewiesen, dass zu wenig Überbrückungsangebote bestehen und dass die Zusammenarbeit unzureichend sei. Im Kanton Bern haben sich die stationären AÜP-Pflegetage – entgegen dieser Feststellung – allerdings rückläufig entwickelt. Zwischen 2015 und 2018 haben die stationären AÜP-Pflegetage um mehr als 70 Prozent abgenommen (von 4'035 Pflegetage auf 1'176 Pflegetage bzw. von rund 12 Betten auf rund 4 Betten).

Gemäss des Evaluationsberichts des Bundesamtes für Gesundheit zur Neuordnung der Pflegefinanzierung³² haben die Kantone mit Ausnahme der Waadt und des Wallis die Zuständigkeiten für die Umsetzung und Finanzierung der AÜP geklärt. Das Angebot der AÜP ist aber noch eher gering. Ob das bestehende Angebot an AÜP ausreichend ist, um den (potenziellen) Bedarf an AÜP zu decken, lässt sich aufgrund der Ergebnisse der Evaluation nicht abschliessend beurteilen. Die vorliegenden Ergebnisse zeigen, dass auch die Nachfrage nach der AÜP (noch) gering ist. Ein zentraler Grund für das lückenhafte Angebot und die geringe Nachfrage scheint die Ausgestaltung der AÜP zu sein (kurze Dauer, keine Finanzierung der Hotellerie und Betreuungskosten, Unklarheiten über die Bedingungen und Abgrenzung der AÜP). Es stellt sich in diesem Zusammenhang die Frage, ob die Rahmenbedingungen zweckmässig ausgestaltet sind, damit in allen Kantonen ein bedarfsgerechtes Angebot aufgebaut und die AÜP als solche in Anspruch genommen und abgerechnet wird. Diskussionsbedarf besteht insbesondere bei der Dauer der Vergütung, aber auch beim Einbezug der Aufenthaltskosten (Hotellerie und Betreuung) in die Finanzierung.

Die Ausführungen zeigen, dass der AÜP-Bereich angesichts der aktuell fehlenden Nachfrage wie auch aufgrund der gesamtschweizerisch ungeklärten Fragen in der vorliegenden Strategieentwicklung keinen Beitrag leisten kann.

³² Bundesamt für Gesundheit, Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung, Schlussbericht, Bericht vom 4. Januar 2018, abrufbar unter <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/publikationen/evaluationsberichte/evalber-kuv.html>.

2.7 Zusammenfassung und Fazit

2.7.1 4plus5-Strategie als bevorzugte Variante

Das 4plus5-Konzept stellt sowohl in medizinisch-versorgungstechnischer als auch in betriebswirtschaftlich-finanzieller Hinsicht eine zukunftsfähige Versorgungs- und Betriebsstruktur dar. Es hält einerseits an der grundlegenden Strukturanpassung mit vier Spitalstandorten fest und ermöglicht den Spitalverbunden, sich den veränderten Rahmenbedingungen mit fortlaufender medizinischer und technologischer Entwicklung, zunehmender Spezialisierung, Fachkräfteknappheit, neuen regulatorischen Vorgaben und zunehmender Ambulantisierung anzupassen. Andererseits trägt das 4plus5-Konzept dem Anliegen der Bevölkerung nach wohnortnahen Anlaufstellen im medizinischen Notfall Rechnung, indem es Regionale Gesundheits- und Notfallzentren (GNZ) etabliert. Wie im nachfolgenden Abschnitt ausgeführt wird, ist die Ausgestaltung des Leistungsangebots der GNZ wie auch von deren zweckmässigem Beitrag zur ambulanten Notfallversorgung auf die konkrete regionale Angebots- und Bedarfssituation abzustimmen und mit den niedergelassenen Leistungserbringern zu entwickeln, die primär die ambulante Versorgung sicherstellen. Die Spitalverbunde leisten subsidiär Unterstützung in der Konzeption und dem Betrieb der GNZ.

Das 4plus5-Konzept führt zu einer deutlichen Reduktion des strukturellen Defizits. Obwohl der Beitrag hinter dem ursprünglichen 4-Standort-Konzept zurückliegt, können auch in dieser Variante Vorhalteleistungen und Mehrspurigkeiten in der stationären Versorgung reduziert und Kapazitäten besser ausgelastet werden. Die Ebitda-Marge liegt in der 4plus5-Strategie über 3 Prozentpunkte höher als bei einer Weiterführung des Status quo. Die verbleibende Finanzierungslücke kann mit weiteren betrieblichen Optimierungsmassnahmen der Spitalverbunde im Umfang von rund 19 Mio. Franken und zusätzlichen GWL-Beiträgen des Kantons von rund 20 Mio. Franken gedeckt werden (vgl. Abschnitt 3.8.2).

Das Alternativkonzept schneidet gegenüber der 4plus5-Strategie auch in seiner optimierten Form (Varianten B1 und B2) relevant schlechter ab. Die Strukturanpassungen gehen zu wenig weit, um massgebliche Verbesserungen zur langfristigen Aufrechterhaltung der Versorgungsqualität und der Wirtschaftlichkeit zu erzielen. Den Anforderungen, die der medizinisch-technologische Fortschritt und die Spezialisierung an die Fachkräfte- und Infrastrukturausstattung stellen, wird kaum Rechnung getragen. Fallvolumen und Betriebsgrössen bleiben an verschiedenen Standorten kritisch, was die Aufrechterhaltung des Leistungsangebots und der Versorgungsqualität in Frage stellt. Diese Probleme gelten umso stärker, je mehr an kleinen Standorten die Leistungsangebote auf einzelne Fachgebiete fokussiert werden, wie dies insbesondere für die Akutgeriatrie diskutiert wurde. Das Alternativkonzept liegt ausserdem in finanzieller Hinsicht hinter dem 4plus5-Konzept zurück und erhöht die Finanzlücke im Vergleich zum 4plus5-Konzept um 6 Mio. Franken, die ebenfalls durch jährliche Kantonsbeiträge zu decken wären.

2.7.2 4plus5-Strategie mit Wattwil statt Wil als Spitalstandort

In der Vernehmlassung wurde der Vorschlag eingebracht, die 4plus5-Strategie dahingehend abzuändern, dass Wattwil anstelle von Wil Standort eines Mehrspartenspitals bleibt. Dies hätte Auswirkungen auf die Patientenströme im nordwestlichen Kantonsteil. Analog der für die anderen Varianten angewendeten Methodik zur Herleitung der Leistungsmengen³³ hätte die Aufhebung des Spitalstandorts Wil zur Folge, dass noch mehr Patientinnen und Patienten vom Kantonsspital St.Gallen versorgt werden müssten und der Standort Wattwil trotzdem deutlich unter einer kritischen Spitalgrösse verbleiben würde. Der auf Basis der heute existierenden Patientenströme erstellte Verteilschlüssel bei einer Schliessung des Spitals Wil zeigt auf, dass mehr als die Hälfte der heute am Spital Wil behandelten Fälle ins KSSG abwandern würde (Achse St.Gallen–Wil). 25 Prozent der Fälle aus der Region Fürstentland würden sich neu im Spital Wattwil behandeln

³³ Vgl. hierzu auch Basispapier 3, Detailkonzept, Anhang A, S. 138 ff.

lassen, wobei der grössere Teil (16 Prozent) indirekt aus dem Patientenaufkommen vom ebenfalls aufzuhebenden Spital Flawil und nur 9 Prozent aus dem heutigen Einzugsgebiet des Spitals Wil stammen würden.

		Zielspital				
		St.Gallen	Grabs	Uznach	Wil / Wattwil	private / ausserkantonale Spitäler
Wegfallendes Spital	Rorschach	53 %	6 %	0 %	2 %	39 %
	Flawil	49 %	1 %	1 %	16 %	33 %
	Altstätten	50 %	30 %	0 %	1 %	20 %
	Walenstadt	21 %	27 %	10 %	1 %	41 %
	Wattwil	42 %	10 %	14 %	17 %	16 %
	Wil	54 %	2 %	1 %	9 %	34 %

(Lesebeispiel: Bei einer Aufhebung des Spitalstandorts Wil würden 54 Prozent der Patientinnen und Patienten nach St.Gallen, 34 Prozent in private oder ausserkantonale Spitäler und 9 Prozent ins Spital Wattwil gehen.)

Abbildung 17: Verteilschlüssel für Prognose der Patientenverschiebungen

Auch eine manuelle Korrektur im Bereich der Geburtshilfe für die Region Toggenburg ändert wenig an diesem Resultat. Die manuelle Korrektur ist erforderlich, weil am bestehenden Standort Wattwil derzeit keine Geburtshilfe angeboten wird. Der zukünftige Betrieb eines Mehrspartenspitals in Wattwil an Stelle von Wil sähe jedoch auch eine Geburtshilfe vor. Entsprechend werden die geburtshilflichen Fälle aus dem Toggenburg in den Spitälern Wil, Linth und Grabs manuell dem Spital Wattwil zugeteilt. Wird dieser Verteilschlüssel auf die prognostizierten Fallzahlen des «4plus5»-Modells angewandt, ergeben sich folgende Resultate:

	4plus 5-Konzept mit Wil	4plus5-Konzept mit Wattwil	Differenz
	2028	2028	
St.Gallen	37'598	39'738	+2'140
Grabs	11'898	11'670	-228
Uznach	7'196	6'691	-506
Wil	7'025		-7'025
Wattwil (inkl. PSA)		4'586	+4'586
private / ausserkantonale Spitäler	5'483	6'989	+1'506

Abbildung 18: Fallzahlen 4plus5-Konzept mit Wil bzw. Wattwil

Ein Beibehalten des Spitals Wattwil anstelle des Spitalstandorts Wil würde die Abwanderung in ausserkantonale Grundversorgerspitäler und in die Klinik Stephanshorn aus dem Wahlkreis Wil vergrössern. Insgesamt würde der Marktanteil der Spitalregion Fürstenland Toggenburg um gut 1'000 Fälle sinken. Gleichzeitig beliefe sich am Spitalstandort Wattwil die Anzahl der stationären Patientinnen und Patienten auf knapp 4'600 Fälle. Damit liegt das Fallzahlaufkommen für ein Mehrspartenspital in Wattwil deutlich unter der geforderten Zahl von mindestens 7'000 Fällen. Die zu kleine Fallzahl für ein Mehrspartenspital kommt auch in der Dimensionierung der neu zu schaffenden Geburtshilfe in Wattwil zum Ausdruck. Es muss mit weniger als 300 Geburten je Jahr gerechnet werden, wenn der Standort für das Mehrspartenspital von Wil nach Wattwil transferiert würde.

Als Fazit kann festgehalten werden, dass ein Beibehalten des Spitalstandorts Wattwil (einschliesslich der wiederaufgebauten Geburtshilfe) an Stelle von Wil zu einem Fallzahlaufkommen

von knapp 4'600 stationären Patientinnen und Patienten am Spitalstandort Wattwil führen würde. Diese Fallzahl erlaubt es aus qualitativen und wirtschaftlichen Gründen nicht, im Rahmen der 4plus5-Strategie in Wattwil ein Mehrspartenspital zu betreiben. Darüber hinaus würde ein Mehrspartenspital in Wattwil in Konkurrenz treten zum nahegelegenen Mehrspartenspital Linth (der Standort Uznach würde rund 500 Fälle verlieren). Als Folge davon würden sich die Ergebnisse des Spitals Linth wegen ausbleibenden Patientinnen und Patienten aus dem Toggenburg verschlechtern.

Im Vergleich zum 4plus5-Modell wäre ein Festhalten am Spital Wattwil als Mehrspartenspital mit einem Marktanteilsverlust der Spitalregion Fürstenland Toggenburg, einer schlechten Wirtschaftlichkeit des Standorts Wattwil im Vergleich zu Wil und mit einer erhöhten Konkurrenzierung des Standorts Uznach verbunden. Die Variante «Wattwil statt Wil» wird deshalb nicht weiterverfolgt.

3 Lösungsansatz: 4 Spitalstandorte plus 5 Regionale Gesundheits- und Notfallzentren (4plus5)

Abschnitt 3 zeigt den von der Regierung verfolgten Lösungsansatz einer 4plus5-Strategie mit vier Spitalstandorten und fünf Regionalen Gesundheits- und Notfallzentren. Ausgehend vom Zielbild und dem Versorgungsmodell werden die Spitalstandorte und Regionalen Gesundheits- und Notfallzentren hinsichtlich Leistungsangebot, Infrastruktur- und Personalbedarf beschrieben. Anschließend werden die finanziellen Auswirkungen des Konzepts auf die Spitalunternehmen und den Kanton dargestellt.

3.1 Überblick

3.1.1 Zielbild

Das für die Weiterentwicklung der Spitalstrategie vorgeschlagene Zielbild «4plus5» sieht wie das 4-Standort-Konzept des Verwaltungsrates der Spitalverbunde eine Konzentration des stationären akutsomatischen Angebots auf die *vier Spitalstandorte* St.Gallen, Grabs, Uznach und Wil vor. Das Kantonsspital St.Gallen übernimmt weiterhin die Funktion des überregionalen Endversorgers und des regionalen Grundversorgers, während die regionalen Spitalstandorte Grabs, Uznach und Wil als Mehrspartenspitäler die stationäre Grundversorgung – ergänzt mit Spezialangeboten – in den jeweiligen Spitalregionen sicherstellen.

An den bisherigen Spitalstandorten Flawil, Rorschach, Altstätten, Walenstadt und Wattwil werden *Regionale Gesundheits- und Notfallzentren (GNZ)* aufgebaut. Diese kombinieren ein umfassendes ambulantes Leistungsangebot mit einem gut erreichbaren und klar erkennbaren Walk-in-Notfall, der bei Bedarf und in Abstimmung mit dem Notfalldienst der niedergelassenen Ärzteschaft auf einen 7-Tage- und 24-Stunden-Betrieb ausgedehnt sowie mit einem kleinen Bettenangebot für stationäre Kurzaufenthalte von in der Regel höchstens 24 Stunden ergänzt werden kann. Die Konzipierung der GNZ erfolgt unter der Leitung des Kantons mit Einbezug primär der privaten niedergelassenen Leistungserbringer und ergänzend der Spitalverbunde. Damit wird sichergestellt, dass die wohnortnahe Versorgung spezifisch auf die Nachfrage und Bedürfnisse sowie die vorhandenen ambulanten Leistungsangebote der einzelnen Regionen ausgerichtet ist. Die GNZ werden von privaten Leistungserbringern, privaten Leistungserbringern gemeinsam mit den Spitalverbunden oder, subsidiär, durch die Spitalverbunde betrieben.

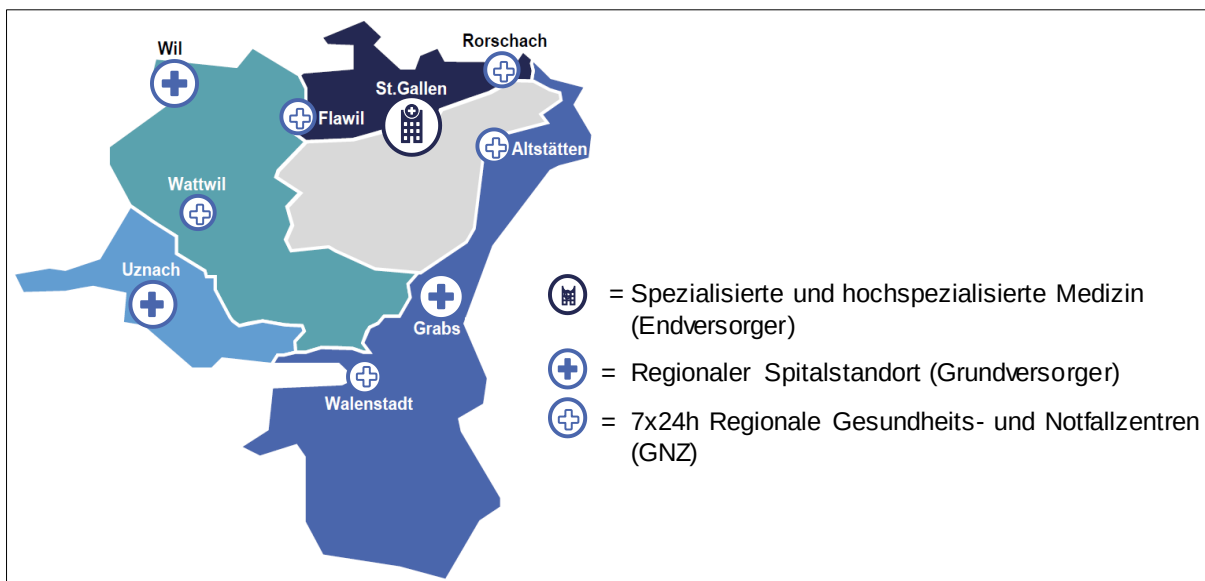


Abbildung 19: Versorgungsstruktur der St.Galler Spitalverbunde im Lösungsansatz 4plus5

Die 7x24h-Notfallversorgung wird unverändert über die ärztlichen Notfalldienste, die Rettungsdienste und die Notfallaufnahmen der verbleibenden Spitäler organisiert. Ist eine Patientin oder ein Patient aufgrund einer akuten medizinischen Situation nicht in der Lage, selbständig eine Notfallinfrastruktur aufzusuchen, deckt der ärztliche Notfalldienst durch Hausbesuche oder, bei zeitlich kritischen Fällen, der Rettungsdienst mittels Rettungseinsatz die notfallmässige Versorgung der Patientinnen und Patienten ab.

Die leichteren Notfälle werden durch den ärztlichen Notfalldienst versorgt. Dieser obliegt organisatorisch und planerisch unverändert den Regionalvereinen der kantonalen Ärztesgesellschaft und wird durchgehend von den diensthabenden Ärztinnen und Ärzten (je Dienstkreis) sichergestellt. Diese können ihren Dienst aus ihrer eigenen Praxis, den bereits bestehenden vorgelagerten Hausarztpraxen an den Spitalstandorten (Kantonsspital St.Gallen, Spitäler Uznach und Wil) oder gegebenenfalls den GNZ leisten. Die Spitalverbunde unterstützen die niedergelassene Ärzteschaft bei Bedarf.

Schwerere Notfälle werden durch die Rettungsdienste erstversorgt und in die Notfallaufnahmen der Spitäler St.Gallen, Grabs, Uznach, Wil oder, gegebenenfalls, in die Notfallaufnahme eines ausserkantonalen Spitals triagiert. Da die Rettungsdienste bereits heute losgelöst von den Spitalstandorten organisiert sind, werden die Hilfsfristen gemäss den geltenden Vorgaben des Kantons bzw. des Interverbands für Rettungswesen (IVR) durch eine Veränderung der Spitalstandorte nicht tangiert. Die Rettungsdienste müssen weiterhin sicherstellen, dass sie einen Einsatzort in 90 Prozent der Fälle innerhalb von 15 Minuten nach Eingang eines Notrufs erreichen. Die Rettung St.Gallen, die als gemeinsame Organisation der Spitalverbunde Kantonsspital St.Gallen, Rheintal Werdenberg Sarganserland und Fürstenland Toggenburg in deren Versorgungsgebieten die Notfallversorgung wahrnimmt, erreicht dieses Ziel durch elf dezentral gelegene Stützpunkte³⁴ und die Stationierung von Notärztinnen und Notärzten an den drei Standorten St.Gallen, Grabs und Wil. Die Spitalregion Linth wird durch den Rettungsdienst «Regio 144 AG» versorgt, die eine Kooperation des Spitals Linth mit dem Spital Wetzikon darstellt.

³⁴ Die Stützpunkte der Rettung St.Gallen sind: Alt St.Johann, Wattwil, Bütschwil, Wil, Gossau, St.Gallen, Thal, Kriessern, Buchs, Sargans, Flums.

Das angestrebte Zielbild 4plus5 leistet einen wesentlichen Beitrag zu den dem Strategieprozess vorgegebenen Zielsetzungen, im ganzen Kanton eine qualitativ gute Gesundheitsversorgung zu garantieren und den Spitalverbunden unternehmerische Sicherheit zu bieten. Durch die Leistungskonzentration im stationären Bereich wird im Kantonsspital eine Fallzahl von rund 37'000 erreicht, in Grabs von rund 11'000 und in Uznach und Wil von je rund 7'000. Damit wird an allen Standorten die angestrebte Fallzahl von rund 7'000 erreicht (Abbildung 20).

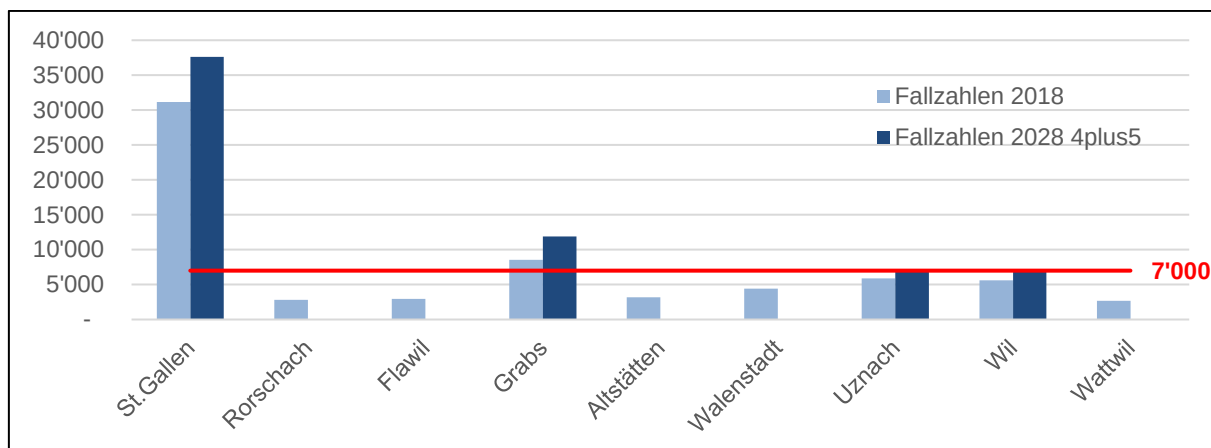


Abbildung 20: Fallzahlen 2018 und 2028, nach Umsetzung des 4plus5-Konzepts

Wie einleitend in dieser Botschaft ausgeführt, stellen ausreichende Fallzahlen ein zentrales Element der Zukunfts- und Qualitätssicherung in der Akutspitalversorgung dar, da sie die durchgehende Besetzung der Fachabteilungen mit dem spezialisierten medizinisch-pflegerischen Fachpersonal vereinfachen, damit verbunden die interprofessionelle Zusammenarbeit fördern und zum Erreichen regulatorischer oder erwünschter Mindestfallmengen beitragen. Darüber hinaus führt die Leistungskonzentration zu einer besseren Auslastung der bereitgestellten Infrastruktur, einer Reduktion wenig genutzter Vorhalteleistungen sowie einer verbesserten Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung.

Auf der anderen Seite vereinen die GNZ ambulante Gesundheitsleistungen an einem Ort. Ohne die umfangreichen Vorhalteleistungen eines Spitalbetriebs bereitstellen zu müssen, können sie wohnortnah ein breites Spektrum an medizinischen Fragestellungen abdecken, was gerade für Menschen mit chronischen Erkrankungen und langfristigem Therapiebedarf von grosser Bedeutung ist. GNZ können schliesslich eine Plattform bieten, um neben ambulanten auch vor- und nachgelagerte Leistungserbringer miteinander zu verknüpfen, womit vermehrt integrierte Versorgungsansätze möglich werden. Diese zeichnen sich durch eine strukturierte und verbindliche Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Leistungserbringern und Professionen über den ganzen Behandlungspfad aus und leisten durch die so erreichte höhere Patientenzentrierung ebenfalls einen Beitrag zur Qualitätssteigerung und Senkung der Gesundheitskosten.

3.1.2 Versorgungsmodell

Das Versorgungsmodell der Spitalverbunde orientiert sich weiterhin an den vier Versorgungsregionen St.Gallen, Rheintal Werdenberg Sarganserland, Linthgebiet und Fürstenland Toggenburg. In der Versorgungskette stellen die Spitalverbunde in allen Regionen die akutstationäre Grundversorgung sicher und übernehmen an den Spitalstandorten Teile der ambulanten Versorgung (Abbildung 21). Die Versorgungsstufe der Zentrums- und spezialisierten Medizin ist am Standort St.Gallen konzentriert, wobei die regionalen Spitalstandorte in Zusammenarbeit mit dem Kantonsspital teilweise auch spezialisierte Leistungen anbieten. Zwischen den Spitalverbunden wird die Zusammenarbeit und Schwerpunktsetzung im Sinn der Netzwerkstrategie weitergeführt. Wo sinnvoll und notwendig, werden kantonsübergreifende Kooperationen und Netzwerke weiterentwickelt oder aufgebaut.

Die Sicherstellung der ambulanten Versorgung obliegt unverändert primär den niedergelassenen ambulanten Leistungserbringern. Die Spitalverbunde bieten in den GNZ und ausserhalb der Spitalstandorte ambulante Leistungen nur dann an, wenn die Versorgung nicht hinreichend durch private Leistungserbringer sichergestellt wird. Die Spitalverbunde halten sich also an das Subsidiaritätsprinzip, wonach ambulante Gesundheitsleistungen primär durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte erbracht werden.

In den weiteren vor- und nachgelagerten Stufen der Versorgungskette – Prävention, Rehabilitation, Langzeitpflege – sind die Spitalverbunde nicht tätig. Mit Blick auf eine integrierte Versorgung wird mit den Leistungserbringern der weiteren Versorgungsstufen indes eine enge und barrierefreie Zusammenarbeit angestrebt.

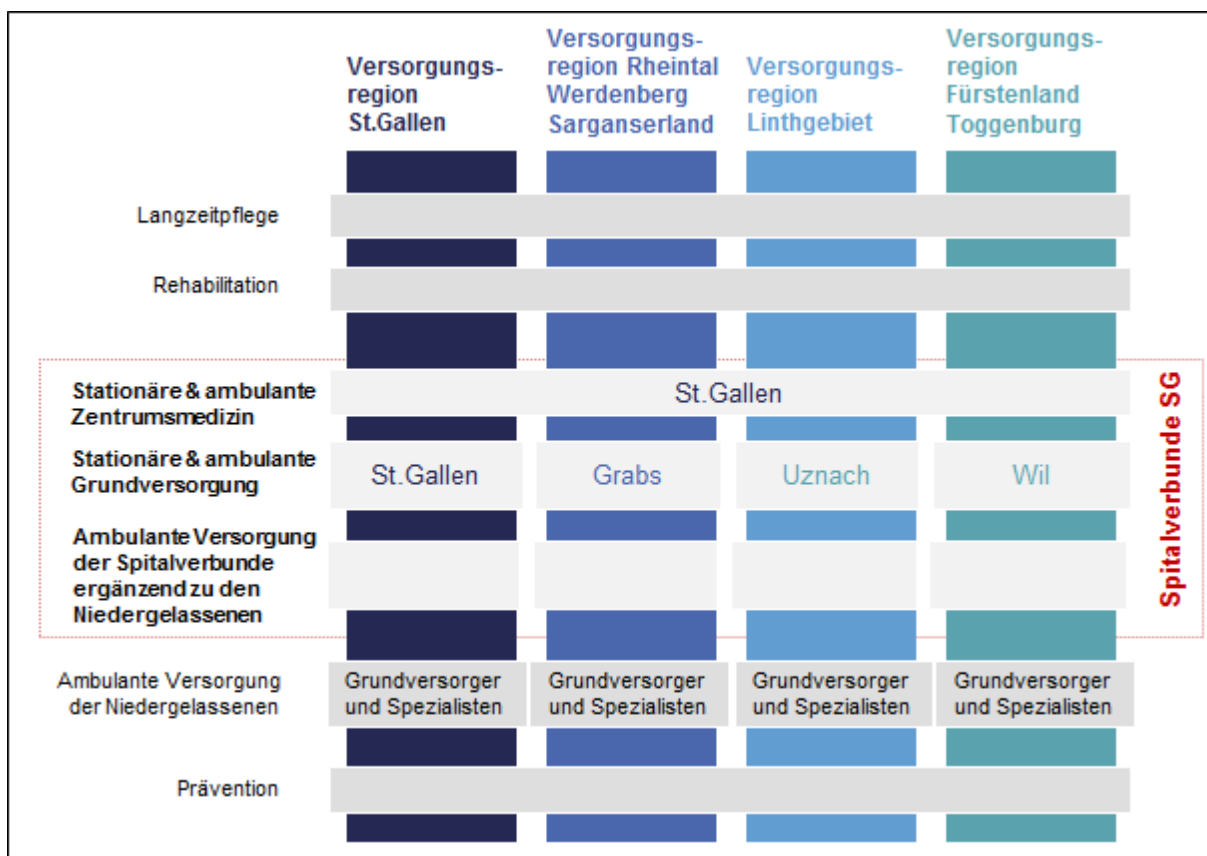


Abbildung 21: Überblick über die Versorgungspfade im Kanton St.Gallen

3.1.3 Standort Walenstadt

Die Aufhebung des Standorts Walenstadt ist zeitlich vom vorgängigen Aufbau von Bettenkapazitäten am Spital Grabs abhängig und kann nach heutiger Planung nicht vor dem Jahr 2027 erfolgen. Mit der Aufhebung der Geburtshilfe und den Anpassungen im Operationsbetrieb wurden per Februar 2020 die Voraussetzungen geschaffen, dass der Spitalbetrieb bis 2027 weitergeführt werden kann. Grössere Bauinvestitionen fallen in diesem Zeitraum keine an. Ebenfalls haben – nachdem das Gesundheitsdepartement St.Gallen mit den Kantonen Appenzell Ausserrhoden, Appenzell Innerrhoden, Glarus und Graubünden seit geraumer Zeit das Ansinnen einer gemeinsamen Spitalplanung diskutiert hat – die Kantone Glarus und Graubünden sowie deren Kantonsspitäler im Rahmen der Vernehmlassung die gemeinsame, weitergehende Prüfung der Situation in Walenstadt angeregt. Zur Diskussion stehen gemäss den Vernehmlassungsstellungen insbesondere zwei Möglichkeiten: Die erste sieht die Schaffung einer grenzüberschreitenden Versorgungsregion «Sardona» und den Weiterbetrieb eines Spitalbetriebs mit stationärem und ambulantem Basisangebot in Walenstadt durch die beiden Kantonsspitäler Graubünden und

Glarus vor, wobei dies gemäss gemeinsamem Schreiben der beiden Kantonsspitäler vom 18. Dezember 2019 wohl nur mit zusätzlichen Mitteln der Gemeinden realistisch ist. Die zweite Möglichkeit beinhaltet die Berücksichtigung der Kantonsspitäler Glarus und Graubünden auf der St.Galler Spitalliste und die Vergabe von Leistungsaufträgen an die beiden Spitäler. Neben stationären Grundversorgungsleistungen (Basispaket Chirurgie und Innere Medizin) sollen auch Spezialangebote mit nachweisbarem Zusammenhang zwischen Interventionszeit und Qualität der Leistungserbringung auf der St.Galler Spitalliste berücksichtigt werden. Des Weiteren wird der Kanton St.Gallen von den Kantonen Glarus und Graubünden ersucht, vor einer Entscheidung zu einem weiteren Kapazitätsausbau in Grabs heute brachliegende stationäre Kapazitäten in den angrenzenden Versorgungsräumen (Kantonsspital Graubünden und Glarus sowie Landesspital Liechtenstein) zu berücksichtigen. Künftige Überkapazitäten seien zu verhindern.

Die Regierung anerkennt, dass die Neuausrichtung der St.Galler Spitalstrategie auch die Spitalplanung der Kantone Graubünden und Glarus tangiert. Gleichzeitig öffnet sich durch die Eingaben der beiden Nachbarkantone Graubünden und Glarus eine Reihe von Fragen, die zu klären sind. Die Regierung ist daher bereit, die Transformationsphase, die einen Weiterbetrieb von Walenstadt bis zum Jahr 2027 vorsieht, zu nutzen, um sowohl auf Ebene der Spitalplanung als auch auf Ebene der Spitalunternehmungen eine weitergehende Zusammenarbeit zu prüfen. Ebenso erklärt sie sich einverstanden, im Rahmen dieser Abklärungen den Umfang einer zusätzlich notwendigen Kapazitätsanpassung in Grabs für die Versorgung von Patientinnen und Patienten aus dem Sarganserland nochmals neu zu erwägen.

Die Regierung wird dem Kantonsrat drei Jahre nach Vollzugsbeginn der vorliegenden Spitalstrategie, voraussichtlich im Jahr 2024, Bericht erstatten zu den Ergebnissen aus den weiterführenden Abklärungen. Dieser Bericht wird Auskunft geben insbesondere über eine mögliche Kooperation zwischen dem Spitalstandort Walenstadt und den Kantonsspitalern Glarus und Graubünden, das daraus resultierende Leistungsspektrum am Standort Walenstadt, dessen Einbettung in die kantonalen Spitalplanungen, dessen Qualitätssicherung und dessen Finanzierung unter Einbezug der Kantone Glarus, Graubünden und St.Gallen sowie der Sarganserländer Gemeinden. In Bezug auf das Spital Grabs soll der Bericht auch Angaben über eine allfällige Kapazitätsanpassung für die Versorgung von Patientinnen und Patienten aus dem Sarganserland und die weitere Konkretisierung des Investitionsbedarfs am Standort Grabs enthalten. Dabei werden die bis 2024 zu beobachtenden Patientenströme berücksichtigt. Je nach Schlussfolgerungen des Berichts kann die Regierung Antrag stellen über die Weiterführung von Walenstadt als Spitalstandort mit einem stationären Angebot. Damit verbunden kann sie auch die Herauslösung des Spitalstandorts Walenstadt aus der Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland und dessen Übergang in eine interkantonale Versorgungsregion vorschlagen.

3.2 Spitalstandorte in der 4plus5-Strategie

3.2.1 Leistungsangebot

Das stationäre und ambulante Leistungsangebot an den vier Standorten St.Gallen, Grabs, Uznach und Wil bleibt mehrheitlich unverändert. Wie aus Abbildung 22 hervorgeht, erbringt das Kantonsspital St.Gallen als Endversorgerspital umfassende Leistungen auf den Ebenen der Grundversorgung, der spezialisierten und der hochspezialisierten Medizin in nahezu allen Fachbereichen. Ausgenommen ist die Akutgeriatrie, die durch die Geriatriische Klinik St.Gallen abgedeckt wird.

An den regionalen Spitalstandorten wird unverändert ein breites ambulantes und stationäres Grundversorgungsangebot bereitgestellt. Das Basispaket als wichtigster Leistungsbereich wird an allen Standorten angeboten und umfasst die Basisleistungen in den Bereichen Chirurgie und Innere Medizin eines Grundversorgerspitals mit Notfallstation. Knapp 38 Prozent aller Spitalau-

fenthalte der St.Galler Bevölkerung fallen in diesen Leistungsbereich. Eine wesentliche Strukturanpassung ergibt sich nur im Bereich der Akutgeriatrie, deren Leistungen innerhalb der Versorgungsregionen verschoben und neu in Grabs (statt Altstätten und Walenstadt) und Wil (statt Wattwil) angesiedelt werden. Weiterhin im Angebot der regionalen Spitalstandorte bleiben demgegenüber ausgewählte diagnostische und therapeutische Zentrumsleistungen in Zusammenarbeit mit dem Kantonsspital. Ebenso werden die dezentralen Sprechstundenangebote in den anderen Bereichen der Zentrumsmedizin weitergeführt.

	St.Gallen	Grabs	Uznach	Wil
Basispaket				
Akutgeriatrie				
Bewegungsapparat		Ohne BEW8-BEW11	Ohne BEW8-BEW11	Ohne BEW8-BEW11
Dermatologie				
Endokrinologie				
Gastroenterologie				
Geburtshilfe				
Gefässe				
Gynäkologie				
Hämatologie				
Herz	Ohne Herzchirurgie	Nur Kardiologie	Nur Kardiologie	Nur Kardiologie
HNO				
Nephrologie				
Neugeborene				
Neurochirurgie				
Neurologie				
Onkologie				
Ophthalmologie				
Palliativ				
Pneumologie			ohne PNE 1.3	
Rheumatologie				
Schwere Verletzungen				
Thoraxchirurgie				
Transplantation	nur Nieren / Stammzellen			
Urologie				
Viszeralchirurgie				

Vollangebot nichtinterventionell und interventionell in den Bereichen Sprechstunde, Diagnostik und Therapie (Zentrumsmedizin)

Teilangebot nichtinterventionell und/oder interventionell in den Bereichen Sprechstunde, Diagnostik und Therapie (Grundversorgung)

Nur Sprechstundenangebot (Grundversorgung)

BEW8: Wirbelsäulenchirurgie, BEW9: Knochentumore, BEW10: Plexuschirurgie, BEW11: Replantationen, PNE1.3: Cystische Fibrose

Abbildung 22: Leistungsbereiche der Spitalstandorte

Die Notfallaufnahmen an den vier Spitalstandorten bleiben im Versorgungsumfang gegenüber heute unverändert. Die Notfallaufnahmen sind personell und technisch für eine umfassende Notfallbehandlung ausgerüstet. Sie sind Anlaufstation für die Rettungsdienste und selbsteintretende Patientinnen und Patienten. Für die bedarfsgerechte Versorgung und Triage der selbsteintretenden Patientinnen und Patienten werden in St.Gallen, Uznach und Wil die gemeinsam mit der niedergelassenen Ärzteschaft betriebenen vorgelagerten Notfallpraxen weitergeführt.

3.2.2 Grundversorgung am Kantonsspital

Mit der Konzentration der stationären Leistungen auf vier Standorte gewinnt die Frage an Bedeutung, inwiefern das Kantonsspital St.Gallen seine Doppelfunktion als Grund- und Endversorger ausreichend trennen kann, damit Patientinnen und Patienten bedarfsgerecht abgeklärt und behandelt und Spezialistinnen und Spezialisten nur dann beigezogen werden, wenn dies notwendig ist. Auf diese Weise soll ein Zuviel an Diagnostik und Therapie verhindert werden, was aus medizinischer wie finanzieller Sicht notwendig ist. Die Problematik ist nicht neu; bereits heute erbringt das Kantonsspital auch am Standort St.Gallen zu einem bedeutenden Teil Grundversorgungsleistungen. Dabei wird über alle Fälle – d.h. Fälle mit Grundversorger- wie Zentrumsleistungscharakter – ein Kostenniveau erreicht, das zwar höher liegt als dasjenige der Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland, aber tiefer als die durchschnittlichen Kosten je Fall in den Spitälern Uznach, Wattwil und Wil (vgl. Abschnitt 1.1.3, Fallkostenvergleich für Schweregrad 1,0 in Abbildung 6).

Das Kantonsspital sieht weitere Massnahmen vor, um die Prozesse der Grund- und Endversorgung effizient zu trennen: Erstens soll mit der aktuell laufenden Einführung eines neuen Triage-, Beurteilungs- und Abklärungssystems in der Zentralen Notfallaufnahme sowie der Weiterentwicklung der Hausarztmedizin (ambulante Praxis) erreicht werden, dass die Patientinnen und Patienten der Grund- und Endversorgung je zeit- und bedarfsgerecht abgeklärt und behandelt werden können. Zweitens wird die Geriatriische Klinik ab Mai 2020 auf der zentralen Notfallaufnahme personell vertreten sein, um hochbetagte multimorbide Patientinnen und Patienten mit akutgeriatrischem Behandlungsfachwissen ergänzend betreuen zu können und, falls angezeigt, direkt in die Geriatriische Klinik zu überführen. Drittens wird die Geriatriische Klinik ab Mai 2020 über 11 zusätzliche akutgeriatrische Betten verfügen, um den Patientenabfluss aus dem Akutspital zu verbessern.³⁵ Viertens wird durch die Bereitstellung von weiteren 20 Betten, die durch die Innere Medizin im Kantonsspital betrieben werden, sichergestellt, dass die Patientinnen und Patienten ein analoges Betreuungsniveau wie in Rorschach und Flawil erhalten. Schliesslich läuft bereits seit dem Jahr 2018 unter der Leitung eines stellvertretenden Chefarztes Innere Medizin (Leitung Rorschach) das Fortbildungsprogramm «Hospitalist» zur Ausbildung von Allgemeininternistinnen und -internisten im Spital mit dem Ziel, am Kantonsspital einen «internistischen Fast Track» zu etablieren bzw. Überdiagnostik und Übertherapie zu vermeiden.

3.2.3 Organisationsstruktur

Die Spitalverbunde sind seit dem Jahr 2003 als vier selbständige öffentlich-rechtliche Anstalten mit je einer Geschäftsleitung organisiert. Für gewisse übergeordnete Fragestellungen ist ein Koordinationsorgan – bestehend aus den vier Vorsitzenden der Geschäftsleitungen und der Stellvertreterin oder dem Stellvertreter des Geschäftsleitungsvorsitzenden des Kantonsspitals St.Gallen – zuständig. Die strategische Leitung und Oberaufsicht der vier Spitalverbunde obliegt seit dem Jahr 2006 einem gemeinsamen Verwaltungsrat. Bis 2006 verfügte jeder Spitalverbund über einen eigenen Verwaltungsrat.

Die Zusammenarbeit unter den Spitalverbunden wurde in den letzten Jahren intensiviert, weil insbesondere die regionalen Spitalverbunde vermehrt auf das fachliche Know-how des Kantonsspitals St.Gallen angewiesen sind. Ausdruck dieser Zusammenarbeit sind verschiedene Netzwerke und Kooperationen (z.B. Radiologie, Onkologie, Rettungswesen, Sterilgutaufbereitung, Informatik), die vom Kantonsspital St.Gallen geleitet werden. Im Zuge der 4plus5-Strategie sollen die Kooperationen in den nächsten Jahren auf weitere medizinische Fachbereiche und Supportbereiche ausgeweitet werden. Die Spitalverbunde sehen vor, Leistungen im Kerngeschäft bis auf wenige Ausnahmen im Rahmen von Kooperationen zu erbringen.³⁶ Je spezialisierter ein Fachbereich ist,

³⁵ Die Geriatriische Klinik könnte zudem eine Etage, in der ab Mai 2020 eine Pflegeabteilung mit 24 Betten betrieben wird, für akutgeriatrische Patientinnen und Patienten nutzen.

³⁶ Vgl. Basispapier 3, Detailkonzept, Abschnitt 5.2 «Organisationsmodell Spitäler»

desto höher soll der Integrationsgrad sein, der von Koordination (Abstimmung gemeinsamer Angebote) über Kooperation (dezentrale Leistungserbringung mit zentraler Fachführung und dezentraler Linienführung) bis hin zu Kollaboration (dezentrale Leistungserbringung mit zentraler Fach- und Linienführung) gehen kann. Dies erfordert im Gegenzug neue Betriebs- bzw. Organisationsmodelle.

Im Vordergrund steht in einer ersten Phase die Stärkung der Exekutivfunktion und die Beschleunigung von Entscheidungen, um die Handlungsfähigkeit des Koordinationsorgans zu erhöhen. Des Weiteren soll die Gesamtsicht über alle Spitalverbunde etabliert werden. Diese umfasst die verbundsübergreifende, gemeinsame Steuerung des Leistungsangebots, der Personalführung und der Personalkosten sowie eine gemeinsame Finanzsicht mit einem konsolidierten Budget. Die Anpassung der Betriebs- und Organisationsmodelle setzt eine Anpassung des Statuts der Spitalverbunde (sGS 320.30) voraus. Diese Änderung liegt im Zuständigkeitsbereich des Verwaltungsrates der Spitalverbunde. Sie bedarf der Genehmigung durch die Regierung (vgl. Art. 6 Abs. 1 des Gesetzes über die Spitalverbunde [sGS 320.2; abgekürzt GSV]).

In einer zweiten Phase soll die Organisationsstruktur der Spitalverbunde nach Auffassung des Verwaltungsrates angepasst werden (Integrationsmodell). Eine verstärkte Integration der Spitalverbunde erleichtert die effiziente Gestaltung von Prozessen über alle vier Spitalverbunde. Anpassungen an der Organisationsstruktur setzen aber vertiefte und zeitintensive Abklärungen zu verschiedenen Organisationsvarianten voraus (z.B. Fusion der vier Spitalverbunde zu einem Spitalverbund oder die Einführung einer Konzernstruktur bzw. Zusammenfassung mehrerer rechtlich selbständiger Unternehmen unter einem Dach – vergleichbar mit der Organisationsstruktur der Hirslanden-Gruppe oder der Gruppe Swiss Medical Network). Bei einer Gruppenstruktur ist beispielsweise zu klären, welches Mass an Eigenständigkeit die einzelnen Spitalverbunde noch haben sollen.

Die Regierung teilt die Auffassung des Verwaltungsrates, die Frage der Organisationsstruktur in einer zweiten Phase anzugehen. Im Vordergrund steht jetzt der Entscheid zum Leistungsangebot der einzelnen Standorte. Eine Zusammenführung von Unternehmen bedarf einer sorgfältigen und umfassenden Planung und Umsetzung. Erfahrungen aus Fusionen zeigen ausserdem, dass den weichen Faktoren (Betriebskultur, Werte und Emotionen) für eine erfolgreiche Umsetzung viel Beachtung geschenkt werden muss. Die Zusammenführung von Unternehmen muss deshalb aktiv gesteuert werden. Dabei kommt der Kommunikation für die Erreichung der Fusionsziele eine Schlüsselrolle zu.

Die Arbeiten für eine neue Organisationsstruktur sollen deshalb nach dem Entscheid von Regierung und Kantonsrat zur Weiterentwicklung der Strategie der Spitalverbunde angegangen werden. Eine Klärung im Rahmen dieser Vorlage ist nicht möglich oder würde eine erhebliche Verzögerung für die prioritäre Leistungs- und Strukturüberprüfung bedeuten. Hinzu kommt, dass die erste Transformationsphase in den Spitalverbunden bereits erhebliche Personalressourcen bindet, die für eine gleichzeitige Umsetzung einer neuen Organisationsstruktur nicht zur Verfügung stehen. Aufgrund der nachgelagerten Klärung der Organisationsstruktur ist zum jetzigen Zeitpunkt auch auf die im Rahmen der Vernehmlassung z.T. geforderte Neuzuteilung einzelner Spitalstandorte (z.B. Spital Wattwil zum Spitalverbund Linth oder Spital Wil zum Spitalverbund Kantonsspital St.Gallen) zu verzichten.

Die Regierung soll jedoch (in Abstimmung mit dem Verwaltungsrat der Spitalverbunde) beauftragt werden, bis ins Jahr 2024 Varianten zur verstärkten Integration der Spitalverbunde – darunter namentlich die Zusammenlegung zu einem Verbund und der Zusammenschluss zu einem Konzern – zu prüfen und dem Kantonsrat Bericht zu erstatten.

3.3 Regionale Gesundheits- und Notfallzentren

3.3.1 Leistungsangebot

Die GNZ sollen in enger Abstimmung mit der niedergelassenen Ärzteschaft eine *ambulante Grund-, Spezial- und Notfallversorgung* anbieten, die sowohl auf die regionenspezifischen Gegebenheiten und den Bedarf als auch auf die bestehenden Angebote der privaten ambulanten Leistungserbringer abgestimmt ist. Je nach Situation können die GNZ entsprechend Angebote der niedergelassenen ambulanten Leistungserbringer unter einem Dach zusammenbringen oder bestehende Angebote in geeigneter Form ergänzen. Gleichzeitig sollen die GNZ allfällige Lücken, die sich in der ambulanten Versorgung durch den Wegfall von Spitalstandorten ergeben und die von niedergelassenen Leistungserbringern nicht aufgefangen werden können, schliessen. Auch sollen die GNZ durch ihre Einbindung ins System des ärztlichen Notfalldiensts die niedergelassene Ärzteschaft in der Sicherstellung der Notfallversorgung unterstützen. Die Spitalverbünde engagieren sich subsidiär zu den niedergelassenen Leistungserbringern und werden dann tätig, wenn die privaten Anbieter die ambulante Versorgung nicht ausreichend erbringen oder weiterentwickeln können.

Die Leistungen eines Regionalen Gesundheits- und Notfallzentrums erstrecken sich über die Bereiche Diagnostik, Notfall und Überwachung, internistische Fächer, operative Fächer und ergänzende Angebote (Abbildung 23). Das Leistungsangebot kann grundsätzlich in zwei Bereiche unterteilt werden: die ambulante Grund- und Notfallversorgung und weitergehende ambulante Angebote.

Der erste Bereich umfasst eine klar erkennbare und gut erreichbare *Anlaufstelle in Notfallsituationen* mit einer kompetenten medizinischen Beurteilung und Triage, die auch ohne Voranmeldung aufgesucht werden kann (sog. Walk-in-Praxis). Der Notfall ist dabei auf die Behandlung von niedrigen Schweregraden ausgelegt. Bei Notfällen, die nicht im GNZ behandelt werden können, erfolgt eine direkte Triage (falls notwendig über die Rettungsdienste) in die Notaufnahme eines Spitals. Das Leistungsspektrum des ersten Bereichs beinhaltet mindestens die Hausarzt- bzw. Allgemeine Innere Medizin und grundlegende diagnostische Leistungen (Labor, Ultraschall, Röntgen). Die Anlaufstelle wird ins System des ärztlichen Notfalldiensts integriert. Entsprechend richtet sich der Umfang der Öffnungszeiten – reguläre Öffnungszeiten oder eine Ausdehnung auf Rand-, Nacht- oder Wochenendzeiten – nach den vorhandenen Notfallstrukturen der niedergelassenen Ärzteschaft und den regionalen Gegebenheiten in Bezug auf die Erreichbarkeit einer Notfallinfrastruktur. In Bezug auf Letztere ist es das Ziel, dass die Bevölkerung in einer Notsituation flächendeckend innerhalb von 20 Fahrminuten selbständig eine 7x24h-Anlaufstelle erreichen kann.

Die Notfallversorgung am GNZ kann bei Bedarf um ein minimales stationäres Angebot erweitert werden. Für Patientinnen und Patienten, die aufgrund der Behandlungs- oder Betreuungssituation nicht direkt nach Hause gehen können, kann in den GNZ ein kleines Bettenangebot (rund vier Betten) zur Übernachtung und Überwachung bereitgestellt werden. Gründe für die Inanspruchnahme sind beispielsweise Notfallsituationen, Zuweisungen einer Hausärztin oder eines Hausarztes oder soziale Indikationen (z.B. keine Überwachung und Betreuung zu Hause bei alleinstehenden Personen). Grundsätzlich wird von einer Aufenthaltsdauer von höchstens 24 Stunden ausgegangen. Ist ein weiterführender stationärer Aufenthalt angezeigt, wird die Patientin oder der Patient für weitere Abklärungen, Behandlung und Betreuung an ein Mehrspartenspital überwiesen.

Die Regierung sieht in den wohnortnahen Notfalleinlaufstellen einen Service public, der dem Sicherheitsbedürfnis in der Bevölkerung Rechnung trägt. Der Kanton erteilt die hierfür notwendigen Leistungsaufträge und richtet kostendeckende Abgeltungen aus.

Der zweite Bereich umfasst ein attraktives, *auf die jeweilige Region ausgerichtete ambulantes Angebot*, das die hausärztlichen Sprechstunden mit spezialärztlichen Angeboten und weiteren

Diagnostik- und Behandlungsleistungen ergänzen kann. Mögliche Leistungen sind beispielsweise:

- Onkologie: Sprechstunden, ambulante onkologische Behandlungen (Chemotherapien)
- Nephrologie: nephrologische Sprechstunden, Dialyse
- Kardiologie: kardiologische Sprechstunden, Belastungs-Echokardiografien
- Gastroenterologie: gastroenterologische Sprechstunden, Koloskopien oder Endoskopien
- Infiltrationen: Infiltrationen (z.B. Schmerztherapie)
- chirurgische Sprechstunden

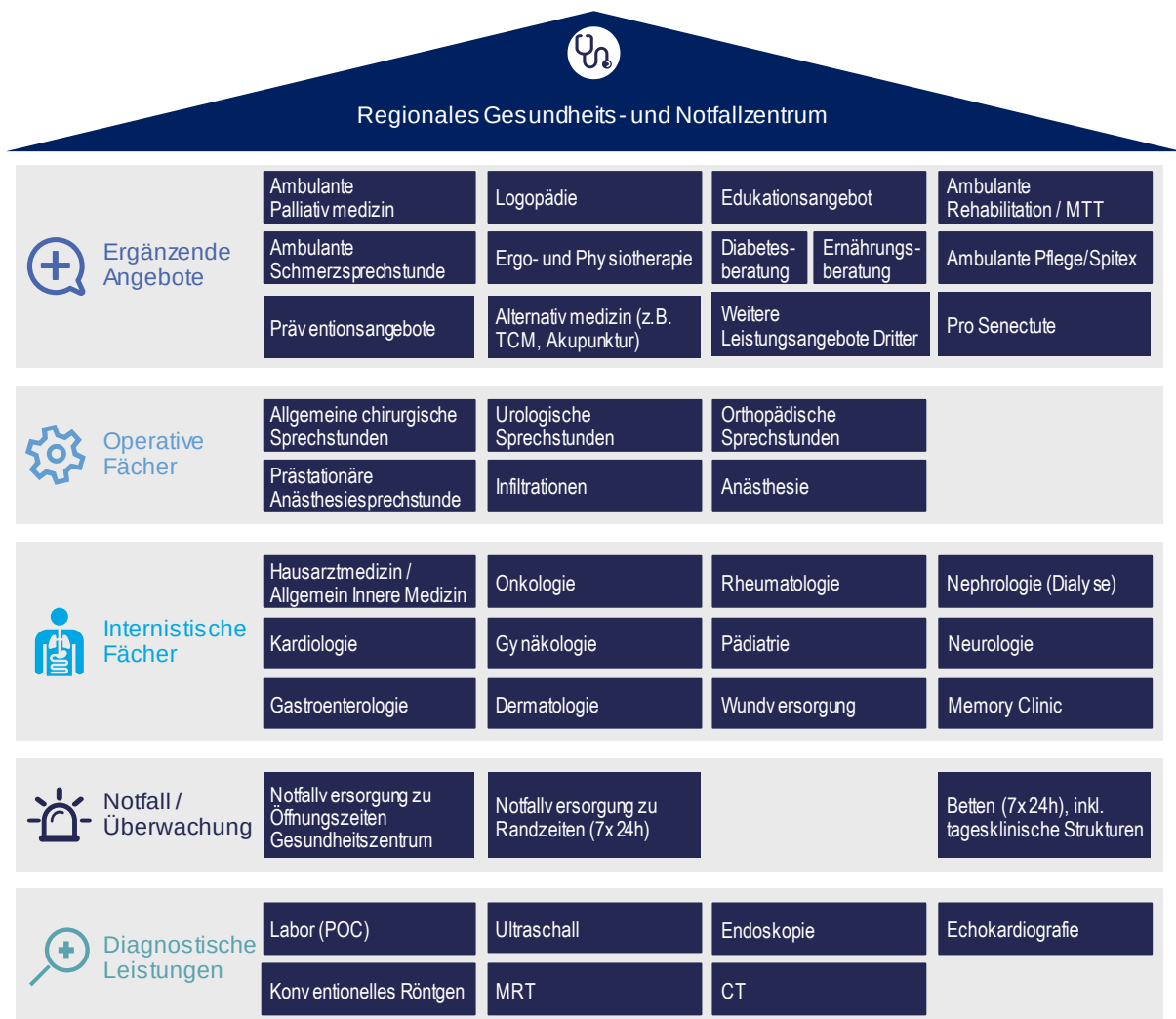


Abbildung 23: Mögliches Leistungsangebot der Regionalen Gesundheits- und Notfallzentren (GNZ)

Mit den in der Region tätigen ärztlichen Leistungserbringern können tageschirurgische Angebote geprüft werden.³⁷

Das Leistungsspektrum kann durch ambulante Therapieangebote (z.B. Ergo- und Physiotherapie sowie Logopädie), Beratungsangebote (z.B. Ernährungs- oder Diabetesberatung) und zusätzliche Angebote anderer Versorgungsstufen erweitert werden, darunter Präventionsangebote, Rehabilitationsangebote, MTT (medizinische Trainingstherapie) und Alternativmedizin (z.B. Akupunktur,

³⁷ Der Erfahrungswert für einen wirtschaftlichen Betrieb liegt bei rund 4'000 Operationen je Jahr, vgl. Angaben KMPG im Basispapier 4, Alternativkonzepte (S. 89 ff.)

TCM). Schliesslich können die GNZ so dimensioniert werden, dass darin die Stützpunkte der regionalen ambulanten Pflege bzw. Spitex oder themenverwandter regionaler Beratungsstellen (z.B. Pro Senectute, Mütter- und Väterberatung) angesiedelt werden können.

Von grundlegender Bedeutung ist ein modularer Aufbau des regional unterschiedlichen Leistungsangebots, der einen schrittweisen Aufbau und flexible Anpassungen am Angebot zulässt. Die Infrastruktur muss so ausgerichtet oder gewählt werden, dass diese Flexibilität sichergestellt ist.

3.3.2 Standort

Die GNZ sollen grundsätzlich an den ehemaligen Spitalstandorten oder an einem anderen Standort innerhalb der Standortgemeinde aufgebaut werden. Entsprechend legt der Kantonsrat die Standorte per Kantonsratsbeschluss explizit fest. Wenn sich aus der Konzeption der GNZ ein Standortwechsel aufdrängt und dies von der niedergelassenen Ärzteschaft unterstützt wird, ist die Regierung jedoch bereit, dem Kantonsrat eine Anpassung des Kantonsratsbeschlusses zu unterbreiten. Denkbar ist eine solche Lösung insbesondere dann, wenn ein GNZ in den Strukturen von bestehenden Gesundheitszentren oder Gemeinschaftspraxen entwickelt werden kann. Weitere zentrale Aspekte für die Standorte der GNZ sind auch die Anbindung an andere Leistungserbringer und bestehende Cluster im Gesundheitswesen wie Alters- und Pflegeheime sowie die Erreichbarkeit mit dem öffentlichen Verkehr und gegebenenfalls Privatverkehr.

3.3.3 Betriebsmodell und Trägerschaft

Die GNZ können auf verschiedene Arten organisiert werden. Indem sie aufgrund ihres breiten Leistungsspektrums verschiedene Leistungserbringer kombinieren, bieten sich einerseits *Betriebsmodelle* an, in denen ein Teil des Angebots (z.B. hausärztliche und gewisse spezialärztliche Leistungen, Walk-in-Betrieb) durch das GNZ mit eigenen Mitarbeitenden erbracht wird und weiteren Leistungserbringern die Infrastruktur (z.B. Praxis- oder Therapieräume) und allenfalls gemeinsame Supportleistungen (z.B. Administration, Empfang, Laborleistungen) gegen Entschädigung zur Verfügung gestellt werden. Andererseits ist auch denkbar, dass das GNZ durch einen Drittanbieter betrieben wird, der selber keine Leistungen erbringt, sondern die Infrastruktur und Supportleistungen betreibt und alle Leistungserbringer als eigenständige Unternehmen eingemietet sind (Shop-in-Shop-Ansatz).

Mit dem Einbezug verschiedener Leistungserbringer nehmen die erwähnten Betriebsmodelle die verbreitet beobachtbare Verlagerung von Einzel- zu Gruppenpraxen und Gesundheitszentren auf. Dieser Trend hängt einerseits mit den veränderten Ansprüchen der Patientinnen und Patienten zusammen (z.B. erweiterte Öffnungszeiten und ganzheitlicher Dienstleistungsumfang) und ist andererseits auf die veränderten Ansprüche der Leistungserbringer in Bezug auf die Arbeitsbedingungen zurückzuführen. Gesundheitszentren bilden einen Rahmen, in denen neue und familienkompatible Arbeitsmodelle für Ärztinnen und Ärzte umgesetzt werden können. Darüber hinaus bieten sie gerade für neu praktizierende Ärztinnen und Ärzte attraktive Anreize, um in der ambulanten niedergelassenen Medizin Fuss zu fassen. Im Gegensatz zur Tätigkeit in Einzelpraxen arbeiten Ärztinnen und Ärzte im Gesundheitszentrum oft in einem Anstellungsverhältnis (d.h. beim Betreiber des Gesundheitszentrums) und müssen dadurch für den Praxisaufbau keine Investitionen tätigen. Auf der anderen Seite bieten Gesundheitszentren auch erfahrenen und in Einzelpraxen etablierten Ärztinnen und Ärzten attraktive Möglichkeiten, indem sie u.a. im Rahmen der Altersplanung ihr bestehendes Patientenkollektiv schrittweise übergeben können.

Die *Trägerschaft* soll nach Möglichkeit durch eine private Besitzerstruktur erfolgen. Hierfür kommen heute verbreitete Betreibermodelle in Frage, darunter ärztzeigene Modelle, Ärztenetzwerke und ärztliche Betriebsgesellschaften sowie von Krankenkassen oder Investorengruppen (mit)finanzierte Modelle. Ebenfalls denkbar ist eine privat-öffentliche Besitzerstruktur mit Beteiligung

der Spitalverbunde, Gemeinden oder Stiftungen. Die alleinige Trägerschaft durch die Spitalverbunde wird nicht angestrebt und stellt eine Rückfalloption für den Fall dar, dass andere Trägerschaftsformen nicht zustande kommen. Sind die Spitalverbunde in den GNZ beteiligt, haben sie hierfür eine von den anderen Unternehmensbereichen getrennte Rechnung zu führen.

Die Wahl des Betriebsmodells wie auch der Trägerschaft ist auf die Bedürfnisse der einzelnen Regionen und der beteiligten Leistungserbringer abzustimmen. Die GNZ sollen dabei – unabhängig von der letztendlich gewählten Organisationsform – möglichst losgelöst von den Spitalverbunden entstehen und agieren. Nichtsdestotrotz dürfte den Spitalverbunden in verschiedenen GNZ eine relevante Rolle zukommen, indem sie bei Bedarf die niedergelassene Ärzteschaft in der Sicherstellung der Notfallversorgung unterstützen, notwendige ambulante Leistungsangebote übernehmen oder – bei fehlenden Nachfolgelösungen in Arztpraxen – weiterführen können. Den Spitalverbunden kommt damit gewissermassen die Funktion eines Rückversicherers zu.

3.3.4 Finanzierung

Die Leistungen des GNZ sind grundsätzlich kostendeckend zu erbringen.³⁸ Im Bereich des geforderten Notfallversorgungs- und ggf. Bettenangebots ist allerdings ein kostendeckender Betrieb nicht in jedem Fall möglich. Der Kanton kann deshalb für die Bereitstellung eines bedarfsgerechten und regional abgestimmten Angebots und auf Basis der aktuell geltenden Tarifstrukturen jährlich wiederkehrend GWL-Beiträge im Umfang von insgesamt 6,25 Mio. Franken ausrichten (vgl. Abschnitt 5.2.3).

3.3.5 Regionale Ausgestaltung und Leistungsaufträge

Die GNZ werden je nach Standort und Region unterschiedliche Ausprägungen haben. Sowohl das konkrete Leistungsangebot im Bereich der Notfallanlaufstelle und ambulanten Grund- und Spezialversorgung als auch das Betriebsmodell ist entsprechend in den einzelnen Regionen mit den möglichen Betreibern und unter Einbezug primär der niedergelassenen Leistungserbringer und ergänzend der Spitalverbunde sowie gegebenenfalls von vor- und nachgelagerten Leistungserbringern zu konzipieren.

Der Kanton leitet in seiner gesetzlichen Rolle als Garant für die ausreichende Gesundheitsversorgung den Konzeptionsprozess in den einzelnen Regionen. Hierzu ermittelt er in einem ersten Schritt mit den heute in der Region tätigen niedergelassenen Leistungserbringern sowie den Spitalverbunden den ambulanten Versorgungsbedarf und vergleicht diesen mit dem bestehenden Angebot vor und nach Aufhebung des regionalen Spitalstandorts. Anschliessend definiert er gemeinsam mit den in der Region tätigen Leistungserbringern von ärztlichen Leistungen das Mindest-Leistungsprofil der GNZ im Notfallbereich sowie in weiteren ambulanten Leistungsbereichen und legt die Einbindung in die ärztlichen Notfallstrukturen bzw. den Notfalldienst fest. Auf dieser Basis definiert der Kanton die Kriterien für die Vergabe von Leistungsaufträgen. In einem zweiten Schritt erteilt er die Leistungsaufträge, wobei er je nach Notwendigkeit eine Ausschreibung vornehmen kann.

Die Konzeptionsphase für die GNZ beginnt spätestens drei Jahre vor der geplanten Aufhebung der jeweiligen Spitalstandorte. Kann dieser Zeitraum aufgrund der politischen Entscheidungsprozesse und der geplanten Transformation (vgl. Abschnitt 3.7) nicht eingehalten werden, kann der Kanton den Leistungsauftrag für die Bereitstellung eines regionalen abgestimmten Notfallversorgungsangebots im Sinn einer Übergangslösung in einem verkürzten Verfahren direkt definieren und erteilen, um die Sicherstellung der Versorgung zu gewährleisten. Aus heutiger Sicht handelt es sich hierbei um die Standorte Flawil und Rorschach und eine übergangsweise direkte Beauf-

³⁸ Allerdings ist zu beachten, dass der TARMED-Tarif mit 83 Rappen im Kanton St.Gallen – der zweittiefste Wert in der Schweiz – insgesamt nicht kostendeckend ist.

tragung des Spitalverbunds Kantonsspital St.Gallen. Auch in diesem Fall hat der Auftragnehmer für eine enge Abstimmung des Angebots mit den Niedergelassenen zu sorgen und die subsidiäre Rolle der Spitalverbunde in der ambulanten Versorgung einzuhalten.

Aus heutiger Sicht sind die Kriterien für die Vergabe von Leistungsaufträgen im Zusammenhang mit GNZ und der Bereitstellung eines regionalen Notfallversorgungs- und ggf. Bettenangebots:

- Abstimmung des Notfallangebots auf den Bedarf in der massgeblichen Versorgungsregion;
- Integration des Notfallangebots in die regionale ärztliche Notfallversorgung und Abstimmung auf die Rettungsorganisation;
- hoher Vernetzungsgrad verschiedener Leistungserbringer innerhalb der ambulanten Versorgungsstufe und zwischen verschiedenen Versorgungsstufen;
- wirtschaftliche Leistungserbringung;
- Flexibilität in Bezug auf Angebotsanpassungen.

Für den Fall, dass keine privaten Leistungserbringer die Leistungsaufträge im Zusammenhang mit den GNZ ausreichend und eigenverantwortlich wahrnehmen wollen oder können, beauftragt der Kanton die Spitalverbunde direkt mit der Bereitstellung eines angemessenen Angebots. In diesem Fall wird das GNZ durch die Spitalverbunde mit getrennter Rechnung betrieben.

3.4 Gesundheits-, Notfall- und Kompetenzzentrum für spezialisierte Pflege Wattwil

In Wattwil zeichnet sich im Zeitpunkt der Erarbeitung dieser Vorlage eine mögliche Folgenutzung der Spitalimmobilie ab. Diese umfasst die Kombination eines GNZ mit einem Kompetenzzentrum für Personen mit spezifischen Pflegebedürfnissen (vgl. Abbildung 23). Als Betreiberin des Kompetenzzentrums wie der Gesamtinfrastruktur kommt das Unternehmen Solviva AG in Frage, das neben diversen Pflegeeinrichtungen insbesondere das Gesundheits-, Pflege- und Weiterbildungszentrum «Sunnepark» im ehemaligen Spital Grenchen betreibt und im Bereich der Spezialpflege tätig ist.

3.4.1 Leistungsangebot

3.4.1.a Kompetenzzentrum für spezialisierte Pflege

Das Kompetenzzentrum für spezialisierte Pflege umfasst einerseits auf spezifische Bedürfnisse ausgerichtete Langzeitpflegeangebote, wofür überregional eine Nachfrage beobachtet werden kann. Andererseits werden Leistungen angeboten, die sich stärker an regionalen Bedürfnissen ausrichten oder mit im Haus erbrachten Dienstleistungen verbunden sind. Allen Angeboten ist gemeinsam, dass sie sich nicht mit dem bestehenden Angebot der regionalen Alters- und Pflegeheime überschneiden, sondern dieses ergänzen. Die nachstehend aufgeführten Leistungen und Bezeichnungen lehnen an Angebote an, die Solviva im Sunnepark Grenchen betreibt.

- *Spezialpflege*: Dieses Angebot richtet sich an Personen mit spezifischen pflegerischen Bedürfnissen. Dazu gehören beispielsweise Erwachsene mit Langzeitpflegebedarf aufgrund psychiatrischer Grunderkrankungen, Tetraplegie, dauerhafter invasiver Beatmung oder einer schweren Demenzerkrankung. Diese Personen benötigen eine auf ihre Situation zugeschnittene Pflege und Betreuung, was durch spezifisch weitergebildetes diplomiertes Pflegepersonal (z.B. durch mehrwöchige Vor-Ort-Schulungen in akutstationären oder rehabilitativen Partnerinstitutionen) und angepasste Pflegeumgebungen (z.B. eine «Pflegeoase», in der Personen mit Angstzuständen flexibel in Pflegegemeinschaften statt Einzelzimmern gepflegt und betreut werden können) sichergestellt werden kann.

- *Passerelle-Betten*: Dieses Bettenangebot bietet eine Übergangslösung für Personen, bei denen die Behandlung im Akutspital abgeschlossen ist, die aber zu Hause nicht ausreichend pflegerisch betreut werden können oder die nach dem Spital ins Altersheim übertreten müssen, aber noch keinen Pflegeplatz haben. Im Sunnepark Grenchen beträgt die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Passerellen-Betten 22 Tage.

In Zusammenarbeit mit den Spitalverbunden und der Spitalregion Fürstenland Toggenburg (SRFT) könnte in Passerelle-Betten fallweise auch die wohnortnahe Nachsorge von Patientinnen und Patienten aus dem Toggenburg vorgenommen werden, die in Wil oder einem anderen Spital akutstationär behandelt worden sind (ärztliche Betreuung durch Ärzte der SRFT).

- *24-Stunden «Drehtüre»*: Die Drehtüre ist ein Entlastungsangebot für Angehörige, Ärztinnen und Ärzte sowie Spitäler in Notfallsituationen. Hier werden rund um die Uhr Personen aufgenommen, die kurzfristig einen Pflege- oder Betreuungsplatz brauchen (z.B. Aufnahme einer demenzerkrankten Frau, weil der Ehemann, der sie normalerweise zu Hause betreut, verunfallt ist).
- *Pflegebetten in Kombination mit anderen Dienstleistungen*: Das Bettenangebot und die Pflegeleistungen können andere (therapeutische) Dienstleistungen im Haus ergänzen. Im Vordergrund steht hier die nachstehend beschriebene Alkoholkurzzeittherapie (PSA), die Betten für den anfänglichen stationären Alkoholentzug und den anschliessenden Aufenthalt benötigt. Daneben kann das Bettenangebot aber auch Personen aufnehmen, die in der integrierten Notfallpraxis behandelt worden sind.
- *Weiterbildung*: Das Kompetenzzentrum für spezialisierte Pflege kann einen Beitrag zum Berufs- und Weiterbildungswesen leisten, so z.B. im Rahmen von überbetrieblichen Kursen der Berufsbildungsorganisation OdA GS (Organisation der Arbeitswelt für Gesundheits- und Sozialberufe) oder in der Weiterbildung von Mitarbeitenden anderer Pflegeheime.

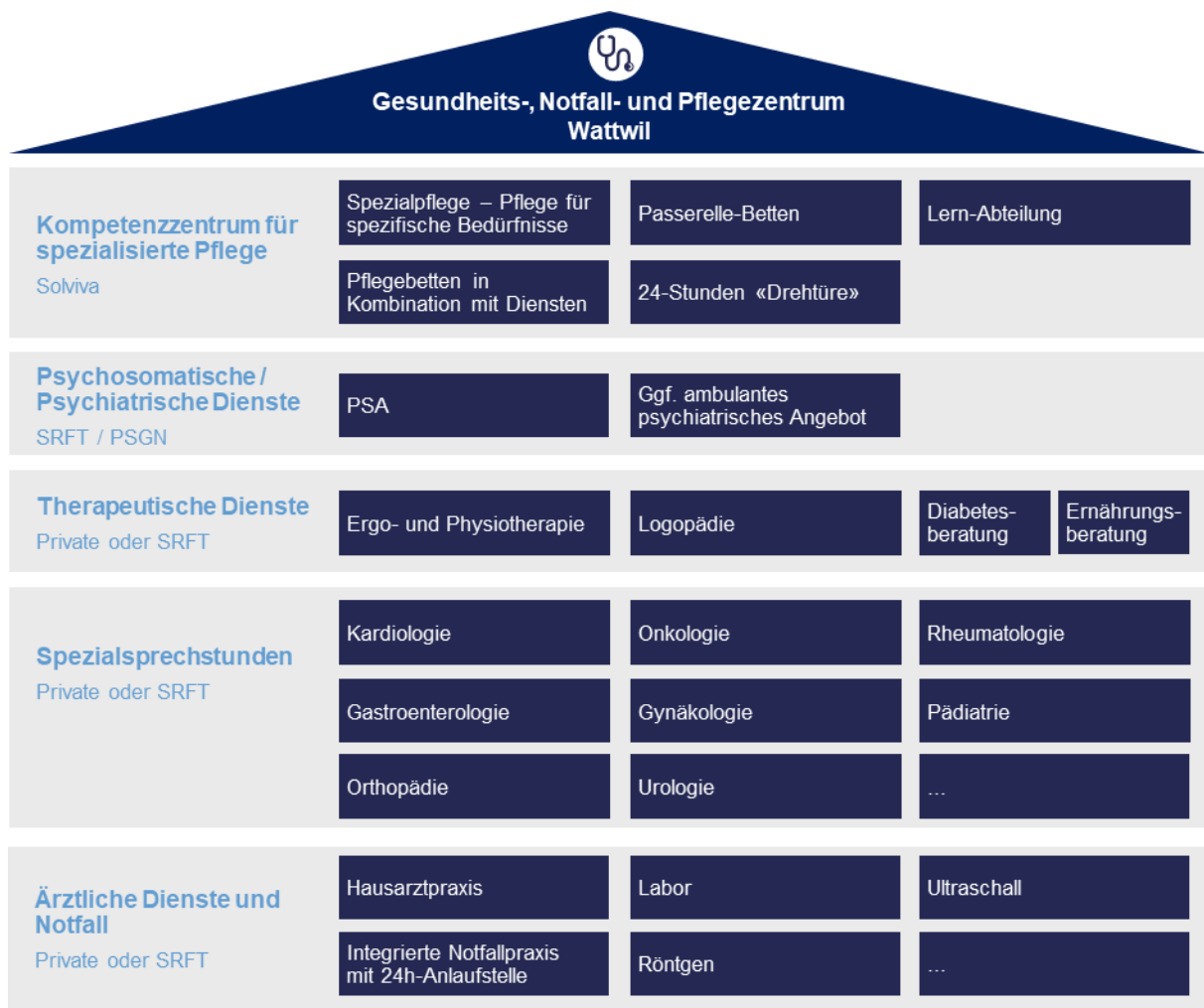


Abbildung 24: Mögliches Leistungsangebot des Gesundheits-, Notfall und Pflegezentrums Wattwil

3.4.1.b Psychosomatische und psychiatrische Dienste

- *Alkoholkurzzeittherapie (PSA)*: Bei der Alkoholkurzzeittherapie (Psychosomatische Abteilung, PSA) handelt es sich um ein bestehendes Angebot am Standort Wattwil. Menschen mit Alkoholproblemen erhalten die Möglichkeit, sich intensiv mit ihrem Suchtverhalten und -erleben auseinanderzusetzen. In einem sicheren Rahmen können Belastungs- und Konfliktsituationen sowie Zusammenhänge mit der Suchtentwicklung erkannt und neue Verhaltensweisen eingeübt werden. Eine der Besonderheiten der Therapie ist deren kurze Dauer von vier Wochen. Der Tagesablauf ist klar strukturiert, die Teilnahme an sämtlichen Aktivitäten ist für alle Teilnehmenden verbindlich. Die PSA bietet heute 14 Plätze an. Die PSA arbeitet mit vielen Therapieformen, die auch in der psychiatrischen Behandlung eingesetzt werden. Eine Erweiterung des Angebots von Alkohol auf weitere Süchte (z.B. Spielsucht) ist denkbar.
- *ambulantes psychiatrisches Angebot*: Die Psychiatrie St.Gallen Nord (PSGN) betreibt in Wattwil ein ambulantes Zentrum für Menschen mit psychosozialen Problemen, akuten psychischen Krisen oder psychischen Erkrankungen. Zur Nutzung von Synergien wäre es denkbar, den Standort ins neue Gesundheits- und Notfallzentrum Wattwil zu überführen.

3.4.1.c Weitere Leistungen / Gesundheits- und Notfallzentrum

Die oben genannten Leistungsbereiche könnten durch ein GNZ ideal ergänzt werden. Wie vorgängig in Abschnitt 3.3 beschrieben, müsste das GNZ primär mit den Niedergelassenen konzipiert werden. Nachstehende Leistungsbereiche wären – wiederum auch mit Blick auf die Erfahrungen des Sunneparks Grenchen, in dem zahlreiche private Leistungserbringer und das Kantonsspital Solothurn tätig sind – von Interesse:

- *therapeutische Dienste*: Zusammen mit medizinischen Beratungen sind therapeutische Dienste ein wichtiger Pfeiler im Behandlungspfad der Patientinnen und Patienten. Sie werden oft und in wiederholter Form in Anspruch genommen und sind wohnortnah besonders sinnvoll. Am Spital Wattwil werden bereits heute verschiedene Therapie- und Beratungsformen angeboten. Logopädie, Physiotherapie und Ergotherapie bilden einen integralen Baustein auch in der Behandlung von Personen mit spezifischen Pflegebedürfnissen. Im Vergleich zu heute würde das Angebot der Spezialpflege den Bedarf an spezialisierten Therapieformen tendenziell noch vergrössern.
- *Spezialsprechstunden*: Ambulante Sprechstunden – insbesondere auch in der Vor- und Nachbetreuung von stationären Patientinnen und Patienten – finden vorzugsweise wohnortnah statt. Die Sicherstellung des ambulanten Angebots ist in erster Linie Aufgabe der niedergelassenen Ärzte. Es ist aber voraussehbar, dass bei einem Wegfall der spitalärztlichen Leistungen die bestehenden niedergelassenen Ärzte die ambulante Versorgungslücke nicht gänzlich eigenständig füllen können. Die Fortführung der partnerschaftlichen und sich gegenseitig unterstützenden Zusammenarbeit zwischen den Niedergelassenen und der SRFT ist daher anzustreben und wäre die Basis für ein attraktives Angebot an ambulanten Sprechstunden.
- *ärztliche Dienste und Notfall*: Die Angebote des Kompetenzzentrums für spezialisierte Pflege würden idealerweise durch eine im Haus angesiedelte Hausarztpraxis ergänzt. Diese könnte mit der gemäss 4plus5-Strategie geforderten Notfall-Anlaufstelle bzw. der vom Toggenburger Ärzteverein und der SRFT seit November 2019 gemeinsam betriebenen integrierten Notfallpraxis (INP) kombiniert werden. In Absprache mit den Niedergelassenen könnte ausgewiesenes ärztliches und pflegerisches Spital-Notfallpersonal beigezogen und je nach Bedarf eine Ausdehnung der Öffnungszeiten auf Rand-, Wochenendzeiten oder ein 24-Stunden-Betrieb umgesetzt werden. Zum Angebot würde schliesslich die Fähigkeit einer ausführlichen Diagnostik gehören: Ein Labor und radiologische Untersuchungen sind zentraler Bestandteil eines Gesundheitszentrums. Diese Dienstleistungen würden auch den anderen Partnern im Haus zur Verfügung gestellt.

3.4.2 Betriebsmodell und Finanzierung

Im vorgestellten Modell würde die Solviva AG die Spitalimmobilie erwerben, ausbauen und künftig betreiben. Der Pflegebereich würde – nach entsprechenden baulichen Anpassungen – zusammen mit Supportleistungen (z.B. Restaurant/Küche, Empfang, technische Dienste, Reinigung) ebenfalls durch Solviva selber betrieben. Die restliche Infrastruktur würde von Solviva an externe medizinische, therapeutische und weitere Leistungserbringer sowie die SRFT vermietet. Das Gesamtkonzept mit der Zusammensetzung des Leistungsangebots und der Nutzung der Infrastruktur würde in enger Zusammenarbeit mit der SRFT und den verschiedenen Leistungserbringern erarbeitet. Dabei wäre die Übernahme von Spitalmitarbeitenden durch Solviva für beide Seiten von zentraler Bedeutung. Des Weiteren würden die Gemeinde Wattwil und die umliegenden Gemeinden in die Arbeiten einbezogen.

Die Finanzierung der dargestellten Leistungen würde so weit möglich im Rahmen der heute geltenden Systeme und Ansätze erfolgen. Im Bereich der Spezialpflege ist allerdings absehbar, dass der Kanton gemeinsam mit Solviva individuelle Finanzierungsansätze erarbeiten müsste, die den Pflegeaufwand adäquat abbilden. Es muss angestrebt werden, dass primär heute über

diverse Kanäle laufende Finanzierungen für Personen mit besonderen pflegerischen Bedürfnissen umgeleitet und zusammengeführt werden können. Im Bereich der Notfallversorgung könnte die Bereitstellung eines bedarfsgerechten und regional abgestimmten Angebots mit GWL-Beiträgen unterstützt werden (vgl. Abschnitt 3.3.4).

3.4.3 Fazit

Die Regierung sieht im skizzierten Modell eines Gesundheits-, Notfall- und Kompetenzzentrums für spezialisierte Pflege Wattwil in Zusammenarbeit mit der Solviva AG grosse Chancen. Einerseits könnte mit der Schaffung eines spezialisierten Pflegeangebots sowie der Weiterführung der etablierten Alkoholkurzzeittherapie ein Angebot mit überregionaler Bedeutung geschaffen werden. Dabei würde aus heutiger Sicht eine Nische besetzt, in der bestehende Leistungsanbieter nicht konkurrenziert würden. Andererseits könnte durch die Einbindung und Vernetzung der regionalen Leistungserbringer wohnortnah weiterhin eine attraktive medizinische Grundversorgung angeboten werden. Das Zentrum würde ebenfalls stark einem integrativen Versorgungsansatz folgen. Es wäre damit, obwohl ohne akutstationäre Leistungen (Innere Medizin, Akutgeriatrie), in Teilen deckungsgleich mit dem von der Gemeinde Wattwil entwickelten Modell der «Integrierten Versorgung Toggenburg» – allerdings bei bedeutend schlankeren Strukturen. Ausserdem wäre der Risikoträger Solviva und nicht die Gemeinden und der Kanton.

Aus Sicht der Regierung hat die vorgestellte Variante das Potenzial, den Standort Wattwil einschliesslich des Neubaus einer zukunftsfähigen Folgenutzung zuzuführen. Dies schafft die Grundlage für einen Erhalt von Arbeitsplätzen in Wattwil. Basierend auf diesen Überlegungen werden der Kanton St.Gallen, die Spitalregion Fürstenland Toggenburg und die Solviva AG im Februar 2020 eine Absichtserklärung unterzeichnen, das Modell weiter zu vertiefen.

3.5 Anforderungen an die Infrastruktur

3.5.1 Spitalstandorte

Die Infrastrukturanforderungen des vorgeschlagenen 4plus5-Lösungsansatzes entspricht im stationären Bereich jenem des 4-Standort-Konzepts der Spitalverbunde (vgl. Abschnitt 2.2.2).

Abbildung 25 zeigt die erforderlichen Kapazitäten für die Umsetzung der 4plus5-Strategie. Die Konzentration auf vier Spitalstandorte führt – gestützt durch die kürzeren Verweildauern und die fortschreitende Ambulantisierung – gegenüber heute zu einer Reduktion der Bettenkapazität um rund 250 Betten und der Operationskapazitäten um 3 Operationssäle. Werden die laufenden und beschlossenen sowie notwendig werdenden Neubau- und Erweiterungsprojekte bis 2037 berücksichtigt, wird im 4plus5-Konzept im Vergleich zur Weiterführung des Status quo die Bettenzahl um rund 330 Betten reduziert.

Der kumulierte Investitionsbedarf zwischen 2020 und 2037 beträgt im 4plus5-Konzept rund 1,8 Mrd. Franken, wovon rund 70 Prozent auf Bauinvestitionen (BKP 1–6) und rund 30 Prozent auf Investitionen in Mobilien, medizin-technische Geräte und Informatik (BKP 7–9) entfallen. Die Investitionstätigkeit resultiert in einer maximalen zusätzlichen Abschreibungsbelastung von insgesamt rund 75 Mio. Franken je Jahr.

	Betten (davon in Intensiv- pflegestation IPS) je Standort 2028 Rohkapazitäten ³⁹	Operations- säle je Standort 2028	Investitionen je Spitalverbund 2020–2037		a.o. Abschrei- bungen / Dein- vestitionen je Spitalverbund 2020–2037 in Mio. Fr.
			Bauinvestitionen (BKP 1–6) in Mio. Fr.	Mobilien, med.- techn. Geräte, IT, kleinere Er- satzbeschaffun- gen (BKP 7–9) in Mio. Fr.	
SV 1 / Kantonsspital	734 (48)	24	945	409	9
SV 2 / Spital Grabs	209 (7)	5	172	71	17
SV 3 / Spital Uznach	116	4	31	44	0
SV 4 / Spital Wil	100	3	133	32	53
Total 4-Standorte	1'159	36	1280	556	79
Reduktion im Vergleich zum Jahr 2019	–250	–3			
Differenz zur Weiter- führung Status quo	–330	–3	–130		+70

Abbildung 25: Infrastrukturkennzahlen, 4plus5-Konzept

Der Spitalverbund 1 bzw. das Kantonsspital St.Gallen vereinigt rund 74 Prozent der gesamten Investitionskosten auf sich. Am Kantonsspital entfallen von der Investitionssumme für die Jahre 2020 bis 2037 rund 452 Mio. Franken auf die vom Kantonsrat beschlossenen laufenden Bauvorhaben (BKP 1–6: 316 Mio. Franken / BKP 7–9: 136 Mio. Franken). Weitere Beträge entfallen auf Investitionsvorhaben bei bestehenden Gebäuden, auf Investitionen für Mobilien, medizin-technische Geräte und Informatik sowie auf geplante Neubauprojekte.

Die für die Spitalregion 2 Rheintal Werdenberg Sarganserland vorgesehenen 243 Mio. Franken beinhalten 160 Mio. Franken Bauinvestitionen (BKP 1–6) für die laufende Erneuerung Grabs, den Ausbau für die Onkologie, Verwaltung und Parkierung sowie die nach heutiger Planung vorgesehene Bettenerweiterung um 62 Betten. Rund 12 Mio. Franken entfallen auf kleinere Bauvorhaben in Altstätten und Walenstadt (einschliesslich Realisierung Gesundheitszentren) sowie rund 71 Mio. Franken auf Mobilien, medizin-technische Geräte und Informatik. Bei der Kapazitätserweiterung Grabs handelt es sich um einen Planwert. Dieser wird insbesondere in Abhängigkeit der Abklärungen mit den Kantonen Graubünden und Glarus betreffend eine interkantonalen Versorgungsregion Sarganserland und die Weiterführung des Spitalstandorts Walenstadt zu fällen sein.

Beim Spitalverbund 3 entfallen 31 Mio. Franken (BKP 1–6) auf die Fertigstellung der noch laufenden Erneuerung des Spitals Uznach und rund 44 Mio. Franken auf Mobilien, medizin-technische Geräte und Informatik.

³⁹ Die Betten-Rohkapazität entspricht der Anzahl Bettenstellplätze und ist die einzig objektive Grösse in Bezug auf die Dimensionierung des erforderlichen Bettenangebots. Diese Grösse ist massgebend für die Beantwortung der Frage, ob mit den vorhandenen Bettenstellplätzen die prognostizierten Fälle behandelt werden können oder ob es zu Engpässen kommt bzw. ob zusätzliche Infrastrukturen erforderlich sind. Dabei werden die Betten-Rohkapazitäten mit entsprechenden Abschlägen berücksichtigt, weil nicht durchgehend 100 Prozent der Kapazitäten zur Verfügung stehen und eine Bettenauslastung von 90 Prozent angenommen wird. Die Betten-Rohkapazitäten werden insbesondere für die Machbarkeitsprüfung der Transformationsphase herangezogen. Bei der Anzahl durchschnittlich betriebener Betten werden nur die effektiv betriebenen Betten (d.h. die Betten, die auch belegt werden) berücksichtigt. Temporär geschlossene Betten (wegen Ferien, Personalmangel oder Umbauarbeiten) werden nur anteilmässig berücksichtigt. Die Zahl der durchschnittlich betriebenen Betten ist daher tiefer als die Zahl der Bettenstellplätze.

Die für die Spitalregion 4 Fürstenland Toggenburg (SRFT) vorgesehenen Investitionen von 165 Mio. Franken entfallen zu rund 115 Mio. Franken (BKP 1–6) auf die künftige Gesamtanierung und Betten-erweiterung (20 Betten) des Spitals Wil sowie zu rund 18 Mio. Franken auf kleinere Bauvorhaben für Wattwil und Wil sowie für Provisorien in Wil (Aufnahme der Akutgeriatrie). Daneben fallen rund 32 Mio. Franken für Mobilien, medizin-technische Geräte und Informatik an.

Beim Investitionsvolumen für die Gesamterneuerung Wil handelt es sich um eine Schätzung. Ein allfälliger Investitionsbeschluss hängt von den zukünftigen Patientenzahlen und von der Finanzierbarkeit und Tragbarkeit des Projekts ab. Die Frage des Standorts (innerhalb der Stadt Wil oder ausserhalb) ist ebenfalls noch offen. In Bezug auf das derzeit geplante Provisorium in Wil für die Aufnahme der akutgeriatrischen Fälle aus Wattwil ist neben einem Ausbau der Raumkapazitäten am Spital Wil auch die Miete einer Station im Pflegezentrum Fürstenau denkbar. Für die SRFT und die Thurvita AG könnte dies Anlass bieten, die Zusammenarbeit zu vertiefen. Derzeit wird bereits das Brückenangebot der Thurvita AG partnerschaftlich mit der SRFT betrieben.

Die in den Spitalregionen geplanten Investitionen für Mobilien, medizin-technische Geräte und Informatik (BKP 7–9) betreffen in erster Linie notwendige Ersatzbeschaffungen im betrachteten Zeitraum. Diese Ausgaben würden in den Spitalverbunden (in grösserem Umfang) auch bei einer Weiterführung des Status quo anfallen.

Die Immobilien der Standorte, an denen das stationäre Angebot nicht weitergeführt wird, werden von den Spitalverbunden nicht mehr oder nur noch in beschränktem Umfang benötigt. Dadurch und infolge nicht umgesetzter Bauvorhaben werden bei den Spitalverbunden a.o. Abschreibungen erforderlich.⁴⁰ Diese betreffen insbesondere Wattwil, wo rund 45 Mio. Franken für den Restwert der Spitalinfrastruktur abgeschrieben werden müssen. Des Weiteren sind die Restwerte der bestehenden Gebäude in Flawil, Rorschach, Walenstadt (insgesamt 16 Mio. Franken) und, im Zuge der künftigen Erneuerung, Wil (8 Mio. Franken) zu berücksichtigen. Schliesslich sind angefallene Planungskosten im Zusammenhang mit dem Bauvorhaben Altstätten (9,5 Mio. Franken) abzuschreiben.

Die weitere Verwendung der nicht mehr benötigten Spitalimmobilien steht noch nicht fest. Sie ist im Anschluss an den Entscheid zur Weiterentwicklung der Spitalstrategie festzulegen. Aus heutiger Sicht kann in Bezug auf die künftige Nutzung Folgendes festgehalten werden:

Rorschach: Die Spitalimmobilien in Rorschach können keiner weiteren Verwendung zugeführt werden. Aufgrund der Bausubstanz ist ein Rückbau der Spitalimmobilien angezeigt. Als Standort für das vorgesehene Regionale Gesundheits- und Notfallzentrum (GNZ) ist das Grundstück aufgrund seiner Lage nur bedingt geeignet. Demgegenüber ist eine Umnutzung, z.B. in Wohngebiet, denkbar.

Altstätten: Die Spitalimmobilien in Altstätten sind mit dem Pflegeheim Altstätten verbunden. Der Standort kommt grundsätzlich für eine Nutzung für das vorgesehene GNZ in Frage, auch wenn aufgrund der Bausubstanz ein Rückbau der Immobilien angezeigt ist.

Flawil: Die Spitalimmobilien in Flawil sind mit dem Wohn- und Pflegeheim Flawil verbunden. Eine Teilnutzung als GNZ ist vorstellbar. Die übrige Infrastruktur könnte gemeinsam mit der Baulandreserve zur städtebaulichen Entwicklung genutzt werden, z.B. für (betreute) Alterswohnungen.

⁴⁰ Die a.o. Abschreibungen betreffen die Rechnungen der Spitalverbunde und nicht die Rechnung des Kantons. Die Ausnahme bildet die a.o. Abschreibung für das Spitalgebäude Wattwil, die zu einem negativen Eigenkapital des Spitalverbunds 4 führt und einen Sanierungsbeitrag des Kantons erfordert, vgl. Abschnitt 5.3.

Walenstadt: Mit dem Neubau des Alters- und Pflegeheims «Riva» auf dem Spitalareal in Walenstadt wird auch eine Verbindung zu den Spitalimmobilien hergestellt. Der Standort kommt grundsätzlich für eine Nutzung für das GNZ in Frage. Die bestehende Baulandreserve könnte zudem zur städtebaulichen Entwicklung genutzt werden, z.B. für (betreute) Alterswohnungen.

Wattwil: Die Spitalimmobilien in Wattwil können das GNZ umfassen. Für die weitere Nutzung der Infrastruktur laufen derzeit Gespräche mit Dritten (Solviva AG), die gegebenenfalls zu einer abgestimmten Ergänzung der Leistungspalette des GNZ und der Spitalverbunde führen.

Bei allen Grundstücken besteht im Fall einer Veräusserung ein Vorkaufsrecht des Kantons.

3.5.2 Regionale Gesundheits- und Notfallzentren

Der Infrastrukturbedarf der GNZ hängt vom konkreten Leistungsangebot und der unter dem Dach der GNZ angesiedelten Partner ab. Für allfällige Bettenangebote wird basierend auf der Auswertung der Notfallstatistiken von einem Angebot von vier stationären Betten ausgegangen.

Als Standorte der GNZ sind die heutigen Spitalstandortgemeinden Flawil, Rorschach, Altstätten, Walenstadt und Wattwil vorgesehen, wobei, wie erwähnt, Anpassungen auf Basis der Konzeptionsarbeiten möglich sind. Für die konkrete Standortwahl kommen vorzugsweise Mietobjekte ausserhalb der bestehenden Spitalstrukturen in Frage, die gut erreichbar sind und auf die betrieblichen Anforderungen ausgerichtet werden können. Ebenfalls denkbar ist die örtliche Anbindung an andere medizinische oder pflegerische Leistungsanbieter wie z.B. Pflegeheime.

3.6 Anforderungen an die Personalressourcen

3.6.1 Personalbedarf

Durch das 4plus5-Konzept wird der Personalbedarf in den nächsten zehn Jahren weitgehend auf dem heutigen Niveau stabilisiert (Abbildung 26). Bis ins Jahr 2028 sinkt der Personalbedarf im 4plus5-Konzept um 1,1 Prozent von heute 5'794 auf rund 5'730 Vollzeitstellen (ohne Auszubildende).

An den verbleibenden Spitalstandorten St.Gallen, Grabs, Uznach und Wil werden bis ins Jahr 2028 rund 810 zusätzliche Vollzeitstellen geschaffen. Die Stellen werden primär den bisherigen Mitarbeitenden sämtlicher Spitalstandorte angeboten und wenn möglich durch diese besetzt. Die Umsetzungsverantwortung liegt beim CEO-KA. Für die operative Umsetzung arbeiten die Human-Resources-Abteilungen (HR) der Spitalverbunde eng miteinander zusammen.

In Flawil, Rorschach, Altstätten, Walenstadt und Wattwil fallen bis 2028 insgesamt rund 870 Vollzeitstellen weg. Darin enthalten ist der Wegfall von rund 980 Vollzeitstellen an den bisherigen Spitalstandorten. Umgekehrt wird für Tätigkeiten im Rahmen der GNZ mit einer bedarfsorientierten Ausgestaltung des Notfall- und weiteren ambulanten Angebots von einem Personalbedarf von durchschnittlich 20–25 Vollzeitstellen je Standort bzw. insgesamt 110 Vollzeitstellen ausgegangen. In den vorliegenden Hochrechnungen ist der Personalbedarf des für Wattwil skizzierten Modells des Kompetenzzentrums für spezialisierte Pflege (vgl. Abschnitt 3.4) nicht berücksichtigt.

in Vollzeitäquivalenten	Status quo		4plus5
	2019	2028	2028
Spitalverbund 1	3'880	4'140	4'100
Kantonsspital St.Gallen	3'540		4'060
Standort Flawil	160		20–25
Standort Rorschach	180		20–25
Spitalverbund 2	1'034	1'135	780
Spital Grabs	584		730
Standort Altstätten	196		20–25
Standort Walenstadt	255		20–25
Spitalverbund 3 / Spital Uznach	337	370	400
Spitalverbund 4	543	565	450
Spital Wil	350		430
Standort Wattwil	193		20–25
Total 4 Spitalverbunde	5'794	6'210	5'730
Reduktion im Vergleich zum Jahr 2019			–65
Differenz zum Status quo im Jahr 2028			–480
Differenz zum Status quo im Jahr 2037			–505

Abbildung 26: Personalbedarf, 4plus5-Konzept und Status quo

Abbildung 27 zeigt die Entwicklung des Personalbedarfs der vier Spitalverbunde für den Zeitraum 2019 bis 2037. Das 4plus5-Konzept führt bis 2037 zu einem Personalbedarf von rund 6'300 Vollzeitstellen. Gegenüber dem heutigen Personalbestand nimmt der Personalbedarf damit um rund 500 Vollzeitstellen zu. Im Vergleich zur Weiterführung des Status quo fällt der Personalbedarf bis 2037 dagegen um rund 500 Vollzeitstellen tiefer aus, wobei sich der Minderbedarf stufenweise in Abhängigkeit der einzelnen Transformationsschritte (vgl. unten Abschnitt 3.7) einstellt.

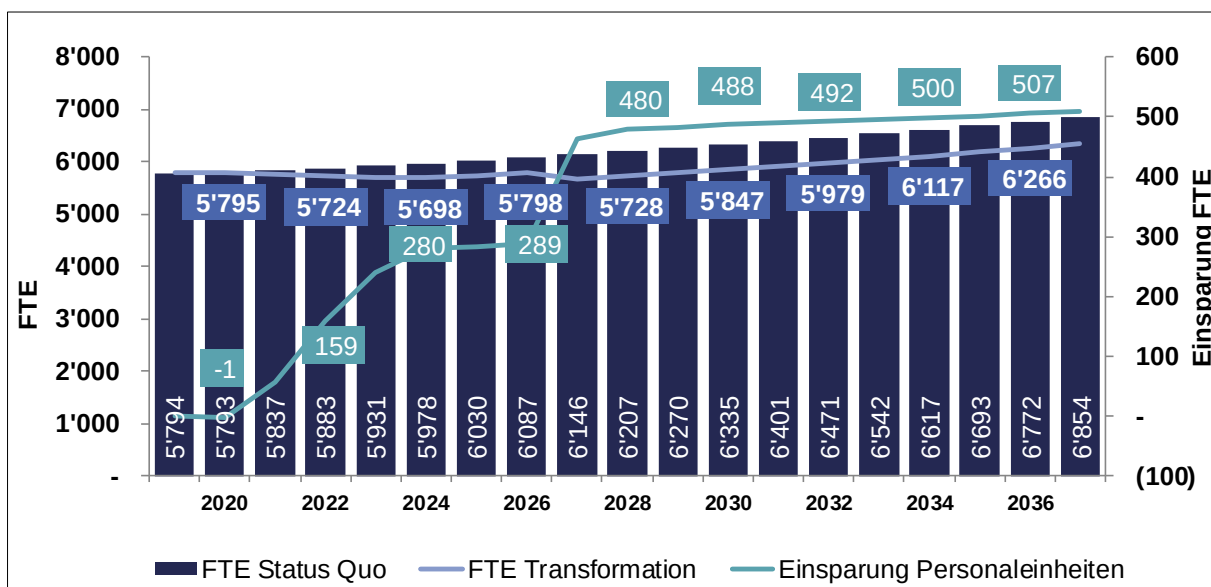


Abbildung 27: Entwicklung des Personalbedarfs, alle Spitalverbunde, 4plus5-Konzept (Transformation) und Status quo 2019–2037 (FTE = Vollzeitäquivalente)

3.6.2 Rahmenbedingungen für Personalverschiebungen

Die *Personalfluktuat*ion in den Spitalverbunden beträgt aktuell 6 bis 7 Prozent. Beim heutigen Stellenetat bedeutet das jährlich natürliche Abgänge von rund 350 Vollzeitstellen. Vor dem Hintergrund des über die gesamte Gruppe stabilen bzw. längerfristig steigenden Personalbedarfs bietet die Personalfluktuation Möglichkeiten, die Neustrukturierung mit wenig Entlassungen umzusetzen. Ein institutionalisiertes, über die Spitalverbunde übergeordnetes Change Management, das die einzelnen Mitarbeitenden in einer allfälligen Neuorientierung eng begleitet, leistet diesbezüglich einen weiteren wichtigen Beitrag.⁴¹

Bei verschiedenen Personalkategorien, allen voran den Angehörigen der Gesundheitsberufe, bestehen zudem sehr gute *Arbeitsmarktaussichten*. Gemäss dem jährlich erstellten Fachkräftemangel-Index Schweiz⁴² ist der Fachkräftemangel im Gesundheitsbereich überdurchschnittlich hoch. Im Ostschweizer Ranking weisen von 32 ausgewerteten Berufsfeldern die Berufe der Humanmedizin und Pharmazie den vierthöchsten Fachkräftebedarf auf, die Therapie- und Pflegeberufe den elfthöchsten. Darüber hinaus zeigen im Bereich des Pflegepersonals spezifische Schätzungen für den Kanton St.Gallen bis ins Jahr 2030 einen Mehrbedarf von über 5'400 Vollzeitstellen voraus (Spitäler, Alters- und Pflegeheime, Spitex), wobei die per 2017 verfügbaren Ausbildungsplätze den Mehrbedarf erst zu rund 80 Prozent decken.⁴³ Für notwendige Stellenverschiebungen ist entsprechend auch mit Blick auf die Arbeitsmarktsituation davon auszugehen, dass die negativen Effekte von strukturbedingten, personellen Veränderungen begrenzt werden können.

3.6.3 Aus- und Weiterbildung

Die Nachwuchssicherung in den Berufen des Gesundheitswesens ist sowohl aus der Unternehmens- als auch der Versorgungsperspektive entscheidend für die nachhaltige Entwicklung der Spitalverbunde bzw. für die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung der St.Galler Bevölkerung. Zu unterscheiden ist dabei zwischen universitären Berufen (Ärztinnen und Ärzte, Chiropraktorinnen und -praktoren, Psychologinnen und Psychologen) und nicht-universitären Berufen des Gesundheitswesens (Pflege, Logopädie, Physio- und Ergotherapie, Technisches OP-Personal).

In der *ärztlichen Ausbildung* engagieren sich der Kanton, die Universität St.Gallen und die Spitalverbunde in Zusammenarbeit mit der Universität Zürich für den Joint Medical Master und für Ausbildungsplätze für Unterassistentzärztinnen und -ärzte. Die Spitalverbunde boten per Jahresende 2018 insgesamt 72 Plätze für Unterassistentzärztinnen und -ärzte an (Abbildung 28). 22 Plätze befanden sich in Rorschach, Flawil, Altstätten, Walenstadt und Wattwil und müssen im Rahmen der 4plus5-Strategie an die verbleibenden Spitalstandorte transferiert werden. Im Assistenzarztbereich waren 75 von insgesamt 483 Stellen in den fünf aufzuhebenden Spitalstandorten angesiedelt, die ebenfalls an die Standorte der Mehrspartenspitäler verschoben werden.

In Bezug auf die Breite des ärztlichen Weiterbildungsangebots (nach Staatsexamen bis zu den Facharzttiteln) kann auf die vom Schweizerischen Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) akkreditierten Weiterbildungsstätten abgestellt werden. Die St.Galler Spitalverbunde verfügen insgesamt über 110 akkreditierte Weiterbildungsstätten. Diese umfassen 51 verschiedene Weiterbildungsgänge. Abgesehen von den Weiterbildungsgängen für Geriatrie in Altstätten, Walenstadt und Wattwil sind alle anderen Weiterbildungsgänge auch oder im grossen Umfang ausschliess

⁴¹ Für detaillierte Ausführungen zum Change-Management vgl. Basispapier 3, Detailkonzept, Abschnitt 6.3 «Transformationsplanung Personal».

⁴² Vgl. <https://www.stellenmarktmonitor.uzh.ch/de/indices/fachkraeftemangel.html> sowie http://adeccogroup.ch/wp-content/uploads/2018/11/ranking_tabelle_9_de.pdf.

⁴³ Während in den Spitälern (insbesondere auf Sekundarstufe II) deutlich mehr Personen ausgebildet werden, als es gemäss den Berechnungen im Jahr 2030 in den Spitälern braucht, werden in Betagten- und Pflegeheimen nur gut 3/4 und im Spitex-Bereich knapp 1/5 so viel Pflegepersonen ausgebildet wie notwendig.

lich an den verbleibenden regionalen Mehrspartenspitälern vorhanden. Die 4plus5-Strategie hat damit keine Auswirkung auf die Breite des Angebots der Weiterbildungsstätten der Spitalverbunde.

Im Bereich der *Ausbildung der nicht-universitären Gesundheitsberufe* verfügt der Kanton St.Gallen seit dem Jahr 2015 über ein Konzept über die Ausbildungsverpflichtung der Listenspitäler im Kanton St.Gallen. Darin werden die Spitäler verpflichtet, gemäss ihrer Grösse gewisse Mindestmengen an Aus- und Weiterbildungsplätzen in den nicht-universitären Gesundheitsberufen anzubieten. Bei Unterschreiten der Vorgaben müssen die Spitäler Ausgleichszahlungen in einen Fonds leisten. Aus diesem werden wiederum Spitäler abgegolten, die Ausbildungsleistungen über dem vorgegebenen Wert erbringen. Nachfolgende Tabelle zeigt auf, dass die vier künftigen Mehrspartenspitäler über alle Berufsgruppen hinweg 83 Prozent aller Ausbildungsplätze anbieten.

	Unterassistentinnen und -assistenten	Assistenz-ärzteschaft	Pflege	medizinisch-technisches Personal	medizinisch-therapeutisches Personal	Total
KSSG	46	393	400	12	12	863
Rorschach	5	12	-	-	-	17
Flawil	4	9	3	-	-	16
Grabs	10	42	43	15	1	111
Altstätten	3	16	28	-	2	49
Walenstadt	5	24	31	2	1	63
Wil	6	29	36	13	2	86
Wattwil	5	14	25	-	1	45
Linth	10	19	34	-	2	65
Total 4plus5 Standorte	72	483	513	40	17	1'125
Total GNZ-Standorte	22	75	87	2	4	190
Zu ersetzen in Prozent des Totals	31 %	16 %	17 %	5 %	24 %	17 %

Abbildung 28: Anzahl der am 31.12.2018 beschäftigten Personen in Ausbildung je Berufsgruppe und Spitalstandort (Quelle: BFS-Krankenhausstatistik, 2018)

Die Regierung bekennt sich dazu, dass die Umsetzung der 4plus5-Strategie keine Verringerung der Anzahl Ausbildungsplätze in den Gesundheitsberufen zur Folge hat. Die Regierung kann mit den ihr zur Verfügung stehenden Steuerungsinstrumenten die Einhaltung des Aus- und Weiterbildungsumfangs der Spitalverbunde in den einzelnen Gesundheitsberufen garantieren.

3.7 Eckpunkte des Umsetzungszeitplans

Die Transformation in das 4plus5-Zielbild wird durch das 4-Standort-Konzept beschrieben und richtet sich nach den Grundsätzen, das neue Zielbild in den einzelnen Standorten möglichst bald zu erreichen und die vorhandenen Kapazitäten an den verbleibenden Spitalstandorten so schnell wie möglich auszulasten.⁴⁴ Ausgehend von der Annahme des politischen Entscheids im Jahr 2021 sehen die wichtigsten Transformationsschritte wie folgt aus:

- 2022: Verschiebung der stationären Angebote aus den Standorten Rorschach und Flawil (vorgängig Aufbau der Regionalen Gesundheits- und Notfallzentren in Rorschach und Flawil)
- 2024: Verschiebung stationäres Angebot aus Wattwil abgeschlossen (Verlagerung der operativen Tätigkeiten per Ende 2019 nach Wil; Aufbau des Gesundheits- und Notfallzentrums in Wattwil vor 2024)

⁴⁴ Vgl. Basispapier 3, Detailkonzept, Abschnitt 6.2.1 «Planung gemäss den Transformationsgrundsätzen».

- 2027: Verschiebung der stationären Angebote aus Altstätten und Walenstadt nach Grabs bzw. St.Gallen und Uznach abgeschlossen (vorgängig gestaffelte Verlagerung der operativen Tätigkeiten von Altstätten nach Grabs, Aufbau der Regionalen Gesundheits- und Notfallzentren in Altstätten und Walenstadt)
- 2028: Transformation ist abgeschlossen

Im Zeitpunkt der Aufhebung der Spitalstandorte Rorschach und Flawil sind am Standort St.Gallen die Bauarbeiten des Neubaus Haus 07A noch im Gang. Die Prognosen für die Patientenströme, Austritts- und Pfl egetagszahlen zeigen, dass der Standort St.Gallen die zusätzlichen Fälle dennoch aufnehmen kann. Massgeblich hierfür ist die in den Prognosemodellen eingerechnete fortlaufende Abnahme des Bettenbedarfs aufgrund der vermehrt ambulant statt stationär durchgeführten Eingriffe, des besseren Patientenabflusses in die nachbetreuenden Institutionen und der sinkenden Aufenthaltsdauer infolge medizin-technischer und fachlicher Entwicklungen. Allein in den letzten zehn Jahren hat sich der Bettenbedarf infolge dieser Entwicklungen um 15 Prozent verringert.

Die Reduktion des Bettenbedarfs betrifft die chirurgischen Fächer stärker als die internistischen. Durch eine gestaffelte Transformation wird diese Entwicklung genutzt und kann die Aufnahme von stationären Patientinnen und Patienten mit den Kapazitäten am Standort St.Gallen gesichert werden. Zusätzlich werden im Hinblick auf die Transformation am Standort St.Gallen der Inneren Medizin zusätzlich 20 Betten zur Verfügung gestellt. Weiter wird die Geriatriische Klinik ab Mai 2020 11 zusätzliche akutgeriatriische Betten für einen zeitgerechteren Übertritt bereithalten.⁴⁵ Mit diesen Massnahmen werden während des Zeitraums zwischen dem Abschluss Transformation der Standorte Rorschach und Flawil und dem Bezug des Neubaus Haus 07A Ende 2023 auch mögliche Spitzenzeiten (z.B.. ausserordentliche Grippe-saison) entschärft.

3.8 Finanzielle Auswirkungen

Für die Quantifizierung der finanziellen Aspekte des 4plus5-Konzepts wurde wie in den Teilprojekten 3 (4-Standort-Konzept) und 4 (Alternativkonzept) auf das vom Beratungsunternehmen PwC gemeinsam mit den Finanzverantwortlichen der Spitalverbunde für das Spitalstrategieprojekt entwickelte Finanzmodell abgestellt. Das Finanzmodell umfasst die Planrechnungen von Erfolgsrechnung, Bilanz und Geldflussrechnung konsolidiert über alle Spitalverbunde und je Spitalverbund. Es zeigt ausschliesslich die Effekte der Strukturanpassungen vor weiteren Massnahmen wie Betriebsoptimierungen oder zusätzlichen einmaligen oder wiederkehrenden Kantonsbeiträgen.⁴⁶ Für diese Vorlage wurden die Prognosen auf Basis der Mittelfristplanungen mit Stand Dezember 2019 aktualisiert.

3.8.1 Finanzielle Auswirkungen auf die Spitalunternehmen

Nachfolgend liegt der Fokus auf den konsolidierten finanziellen Ergebnissen über alle Spitalverbunde. Die Ergebnisse nach Spitalverbund sind im Anhang 2 aufgeführt.

3.8.1.a Ergebnisüberblick

Nach Abschluss der Transformation im Jahr 2028 weist das 4plus5-Konzept im Vergleich zum Status quo folgende Ergebnisse aus (nur Struktureffekte, ohne Betriebsoptimierungen oder Zusatzbeiträge Kanton):

⁴⁵ In der Geriatriischen Klinik besteht ausserdem die Möglichkeit, bei Bedarf weitere 24 Betten (die als Pflegeabteilung genutzt werden) für akutgeriatriische Patientinnen und Patienten bereitzustellen.

⁴⁶ Für eine detaillierte Beschreibung des Finanzmodells einschliesslich der Planungsannahmen vgl. Basispapier 3, Detailkonzept, Abschnitt 7.1 «Finanzmodell und Planungsansatz».

	Historie				Status quo	4plus5
	2016	2017	2018	2019	2028	2028
Nettoertrag (Mio. Fr.)	1'211	1'235	1'277	1'286	1'430	1'371
CMI (Ø Fallschweregrad)	1.024	1.010	1.044	1.048	1.041	1.048
Stationäre Fälle (in 1'000 / Zusatzversicherte halbprivat & privat in %)	67,5 / 19,2 %	67,0 / 19,3 %	67,2 / 18,6 %	65,5 / 18,9 %	68,5 / 17,3 %	63,6 / 17,4 %
Ebitda (Mio. Fr. / in %)	67,6 / 5,6 %	63,8 / 5,2 %	62,2 / 4,9 %	45,9 / 3,6 %	58,5 / 4,1 %	99,8 / 7,3 %
Reingewinn (Mio. Fr. / in %)	11,4 / 0,9 %	4,7 / 0,4 %	−4,1 / −0,3 %	−20,3 / −1,6 %	−60,5 / −4,2 %	−14,0 / −1,0 %
Eigenkapital EK (Mio. Fr. / EK-Quote in %)	97,3 / 21,7%	417,9 / 43,0 %	409,6 / 37,6 %	388,6 / 34,5 %	−72,5 / −4,5 %	197,9 / 12,9 %
Fremdkapital FK (Mio. Fr. / FK-Quote in %)	351,4 / 78,3 %	553,5 / 57,0 %	680,2 / 62,4 %	737,7 / 65,5 %	1'683,0 / 104,5 %	1'333,1/ 87,1 %

Abbildung 29: Finanzkennzahlen, alle Spitalverbunde, 4plus5-Konzept und Status quo

3.8.1.b Ertragsentwicklung

Ausgehend vom heutigen Niveau von rund 1'286 Mio. Franken steigen die Nettoerträge im 4plus5-Konzept bis 2028 auf insgesamt 1'371 Mio. Franken. Darin enthalten sind stationäre Erträge von 760 Mio. Franken und ambulante Erträge von 472 Mio. Franken. Die übrigen Erträge belaufen sich auf 140 Mio. Franken. Der Gesamtumsatz steigt damit weniger stark an als bei Weiterführung des Status quo, was auf Fallverschiebungen an Dritte zurückzuführen ist.

Nettoerträge in Mio. Fr.	Historie				Status quo	4plus5
	2016	2017	2018	2019	2028	2028
Stationär	790	794	819	790	809	760
Ambulant	311	330	339	363	478	472
Übrige (inkl. GWL und Ertragsminderungen)	110	111	120	133	144	140
Total	1'211	1'235	1'277	1'286	1'433	1'371

Abbildung 30: Umsatz, alle Spitalverbunde, 4plus5-Konzept und Status quo

3.8.1.c Margenentwicklung

Das 4plus5-Konzept erhöht die Ebitda-Marge über alle Spitalverbunde auf 7,3 Prozent im Jahr 2028. Im Vergleich zum Status quo, bei dem im Jahr 2028 auf Gruppenebene ein Ebitda von 4,1 Prozent erreicht würde, kann die Ebitda-Marge um 3,2 Prozentpunkte verbessert werden (Abbildung 31). Auf Ebene der einzelnen Spitalverbunde (SV) zeigt sich, dass die Ebitda-Marge 2028 im Spitalverbund 4 am meisten verbessert wird, gefolgt von den Spitalverbunden 1, 3 und 2.

In den in Abbildung 31 ausgewiesenen Ebitda-Margen sind – im Vorsichtsprinzip – die Ergebnisse aller fünf GNZ eingerechnet. Die GNZ erzielen im Jahr 2028 unter der Annahme von insgesamt 91'000 ambulanten Besuchen einen Ertrag von rund 27 Mio. Franken. Auf Stufe Ebitda resultiert ein Defizit von insgesamt 5,7 Mio. Franken.

Ebitda-Marge	Historie				Status quo	4plus5
	2016	2017	2018	2019	2028	2028
SV 1 Kantonsspital	5,5 %	5,6 %	6,0 %	5,1 %	4,0 %	7,2 %
SV 2 Rheintal Werdenberg Sarganserland	6,6 %	5,1 %	3,4 %	1,3 %	5,6 %	6,4 %
SV 3 Linth	8,5 %	5,2 %	4,7 %	−4,6 %	6,6 %	8,8 %
SV 4 Fürstenland Toggenburg	2,1 %	2,0 %	−1,3 %	0,5 %	0,0 %	8,3 %
Spitalverbunde 1–4	5,6 %	5,2 %	4,9 %	3,6 %	4,1 %	7,3 %

Abbildung 31: Ebitda-Marge, 4plus5-Konzept und Status quo

Abbildung 32 stellt die Entwicklung der konsolidierten Margen sowie der Jahresergebnisse für das 4plus5-Konzept (TR) im Vergleich zum Status quo (SQ) dar. Die Entwicklung der Ebitda-Marge folgt den Transformationsschritten in den Jahren 2022, 2024 und 2027 und erreicht nach Abschluss der Transformation den Wert von 7,3 Prozent. Die Reingewinn-Marge erreicht in den Jahren nach Abschluss der Transformation Werte von durchschnittlich rund −0,8 Prozent, was gegenüber dem Status quo einer Verbesserung von mehr als drei Prozentpunkten entspricht.

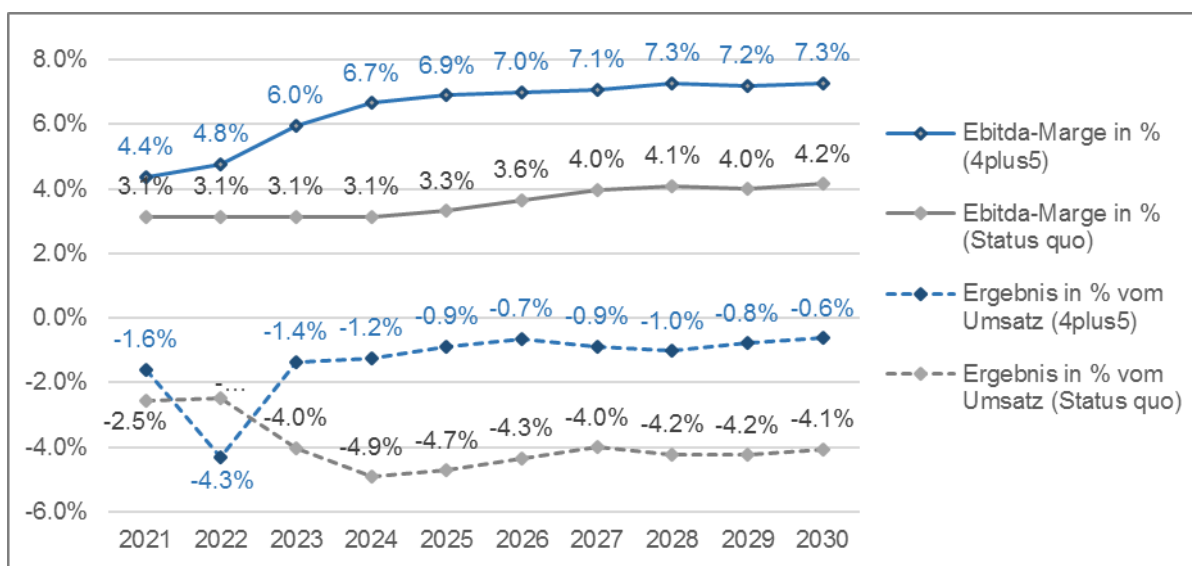


Abbildung 32: Margenentwicklung, alle Spitalverbunde, 4plus5-Konzept (TR) und Status quo (SQ)

3.8.1.d Fremd- und Eigenkapital

Mit den negativen Jahresergebnissen und den gleichzeitig anstehenden Investitionsausgaben steigen der externe Finanzierungsbedarf und die damit verbundene Verschuldung in allen Spitalverbunden an. Bis 2028 führt das 4plus5-Konzept – verglichen mit dem Jahr 2019 – zu einem Anstieg des Fremdkapitals um insgesamt rund 595 Mio. Franken auf gegen 1'333 Mio. Franken (Abbildung 33). Der Fremdkapitalbestand steigt bis ins Jahr 2030 um weitere rund 33 Mio. Franken an.

Im Gegensatz zum Fremdkapital nimmt das Eigenkapital laufend ab. Es sinkt bis 2028 – verglichen mit dem Jahr 2019 – insgesamt um 191 Mio. Franken auf rund 198 Mio. Franken, wobei der Spitalverbund 2 im Jahr 2028 ein negatives Eigenkapital von rund −16 Mio. Franken und der Spitalverbund 4 ein negatives Eigenkapital von rund −41 Mio. Franken aufweisen. Die Eigenkapitalquote beträgt im Jahr 2028 über alle Spitalverbunde noch 13 Prozent (2019: 35 Prozent) und sinkt bis ins Jahr 2030 weiter auf rund 12 Prozent.

Soll die Eigenkapitalquote in jedem Spitalverbund mindestens 25 Prozent betragen⁴⁷, resultiert im Jahr 2028 ein Rekapitalisierungsbedarf von insgesamt 185 Mio. Franken (vor weiteren Massnahmen). Zwar weist das 4plus5-Konzept weiterhin einen substanziellen Finanzierungs- und Rekapitalisierungsbedarf auf, dieser fällt im Vergleich zum Status quo jedoch deutlich tiefer aus. So wird mit dem 4plus5-Konzept der Fremdkapitalbedarf gegenüber der Weiterführung des Status quo um rund 350 Mio. Franken und der Bedarf an zusätzlichem Eigenkapital für eine Eigenkapitalquote von 25 Prozent um 290 Mio. Franken reduziert. Im Status quo erhöht sich die Eigenkapital-lücke nach dem Jahr 2028 jeweils um mehr als 60 Mio. Franken je Jahr.

	Fremdkapital		Eigenkapital (EK)		Zusätzlich notwendiges EK für EK-Quote von 25 % (Rekapitalisierungsbedarf)
	in Mio. Fr. 2028	in % Bilanz 2028	in Mio. Fr. 2028	in % Bilanz 2028	in Mio. Fr. 2020–2028
SV 1 Kantonsspital	832	78	240	22	28
SV 2 Rheintal Werdenberg Sarganserland	290	106	–16	–6	84
SV 3 Linth	98	87	14	13	14
SV 4 Fürstenland Toggenburg	113	156	–41	–56	59
Total*	1'333	87	198	13	185
Differenz im Vergleich zum Jahr 2019	+595		–191		
Differenz im Vergleich zum Status quo 2028	–350		+264		–290

Abbildung 33: Fremd- und Eigenkapitalsituation, 4plus5-Konzept

3.8.2 Verbleibende Finanzierungslücke

Die aus der Leistungs- und Strukturentwicklung gemäss 4plus5-Konzept resultierende Ebitda-Marge von 7,3 Prozent liegt um 2,7 Prozentpunkte unter der für eine Stabilisierung der Finanzsituation notwendigen Ebitda-Marge von 10 Prozent. Um die Lücke zu schliessen, sind entsprechend weitergehende Massnahmen notwendig. Wie weiter unten im Abschnitt 4 ausgeführt wird, umfassen diese Betriebsoptimierungen der Spitalverbunde im Umfang von rund 19 Mio. Franken und zusätzliche Beiträge für gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL) von rund 20 Mio. Franken:

Wiederkehrende Massnahmen zur Erreichung einer Ebitda-Marge von 10 Prozent	in Mio. Fr.
Betriebsoptimierungen der Spitalverbunde	18,7
Kantonale GWL-Beiträge mit Abgeltungscharakter	10,7
– Bereich universitäre Lehre: Erhöhung Pauschalen Unterassistenten- und Assistenzärztinnen und -ärzte	5,7
– Übrige: Forschung, Seelsorge, Forensische Medizin, Sanitätsnotruf, Dolmetscherinnen und Dolmetscher	5,0
Kantonale GWL-Beiträge für regionale Vorhalteleistungen	9,3
– regionale Vorhalteleistungen für Notfallaufnahmen (Spitalverbunde 2, 3 und 4 je 1 Mio.)	3,0
– Beiträge für Regionale Gesundheits- und Notfallzentren	6,3
Total Massnahmen mit wiederkehrender Wirkung	38,7

⁴⁷ Gemäss Eigentümerstrategie des Kantons für die Spitalverbunde soll der Eigenkapitalanteil mindestens 25 Prozent bzw., ab 2025, 33 Prozent der Bilanzsumme betragen.

Einmalige Kapitalisierung seitens Kanton	in Mio. Fr.
Sanierungsbeiträge an Spitalverbunde 2 und 4 (unter Einbezug von zusätzlichen GWL-Leistungen und Betriebsoptimierungen und unter Einhaltung einer Eigenkapitalquote von 25 Prozent je Spitalverbund)	124
Bestehende jährlich wiederkehrende Kantonbeiträge	in Mio. Fr.
Finanzierungsanteil des Kantons an stationäre Leistungen Akutsomatik (55 Prozent)	484
Bestehende GWL-Beiträge an Spitalverbunde (Budget 2020)	12

Abbildung 34: Massnahmen zur Deckung der Finanzierungslücke, 4plus5-Strategie

Nach Berücksichtigung der wiederkehrenden Massnahmen (Betriebsoptimierungen, GWL) reduziert sich der für eine Eigenkapitalquote von mindestens 25 Prozent notwendige Eigenkapitalzuschuss des Kantons von 185 Mio. Franken (vgl. Abbildung 32) auf rund 124 Mio. Franken an die Spitalverbunde 2 und 4.

Unverändert bleibt der Umfang des vom Kanton zu tragenden Finanzierungsanteils von 55 Prozent an die stationären Leistungen der Akutsomatik (die restlichen 45 Prozent tragen die Krankenversicherer). Dieser richtet sich nach den Fallzahlen bzw. Behandlungen der St.Galler Wohnbevölkerung und liegt bei der 4plus5-Strategie wie bei der Weiterführung des Status quo jährlich bei rund 484 Mio. Franken.

4 Interkantonale Planung

Im Zusammenhang mit der Weiterentwicklung der St.Galler Spitalstrategie hat sich wiederholt die Frage gestellt, inwiefern Aspekte der interkantonalen Planung und Zusammenarbeit in die Überlegungen einfließen können. Unbestritten ist, dass aufgrund der stetig steigenden Mobilität und von weiteren gesellschaftlichen Trends in verschiedenen Gesellschaftsbereichen die politisch-administrativen Räume immer weniger dem Nutzungsverhalten der Bevölkerung entsprechen. Dies trifft auch auf die stationäre Gesundheitsversorgung zu. Auch hier richten sich die Versorgungsräume zusehends entlang so genannter «funktionaler Räume», während traditionelle administrative Einheiten und territoriale Grenzen an Bedeutung verlieren. Diese Entwicklung wurde durch die Einführung der freien Spitalwahl im Jahr 2012 verstärkt, welche die Durchlässigkeit der Kantons Grenzen massgeblich erhöht hat.

Wie aus Abbildung 35 hervorgeht, sind die Patientenwanderungen im Bereich der Akutsomatik zwischen dem Kanton St.Gallen und seinen Nachbarkantonen sowie dem Fürstentum Liechtenstein beträchtlich. Über alles gesehen gilt, dass sich mehr Patientinnen und Patienten aus anderen Kantonen im Kanton St.Gallen behandeln lassen als umgekehrt. Die grössten Patientenzuwanderungen in den Kanton St.Gallen stammen aus dem Thurgau (6'728), Appenzell Ausserrhoden (3'498) und dem Fürstentum Liechtenstein (3'229). Die grössten Patientenabwanderungen aus dem Kanton St.Gallen erfolgen in die Kantone Appenzell Ausserrhoden (6'575), Zürich (5'153) und Graubünden (2'267).

Die öffentliche Hand muss auf die grenzüberschreitenden Entwicklungen reagieren und insbesondere das Planen über die politisch-administrativen Grenzen hinweg ausbauen. Im Spitalwesen verpflichtet der Bundesgesetzgeber die Kantone denn auch explizit, ihre Spitalplanungen mit den umliegenden Kantonen zu koordinieren (Art. 58d der eidgenössischen Verordnung über die Krankenversicherung [SR 832.102]; abgekürzt KVV). Diese interkantonale Koordination umfasst namentlich den Austausch der nötigen Informationen über die interkantonalen Patientenströme und die Koordination der «Planungsmassnahmen mit den davon in ihrer Versorgungssituation betroffenen Kantonen».

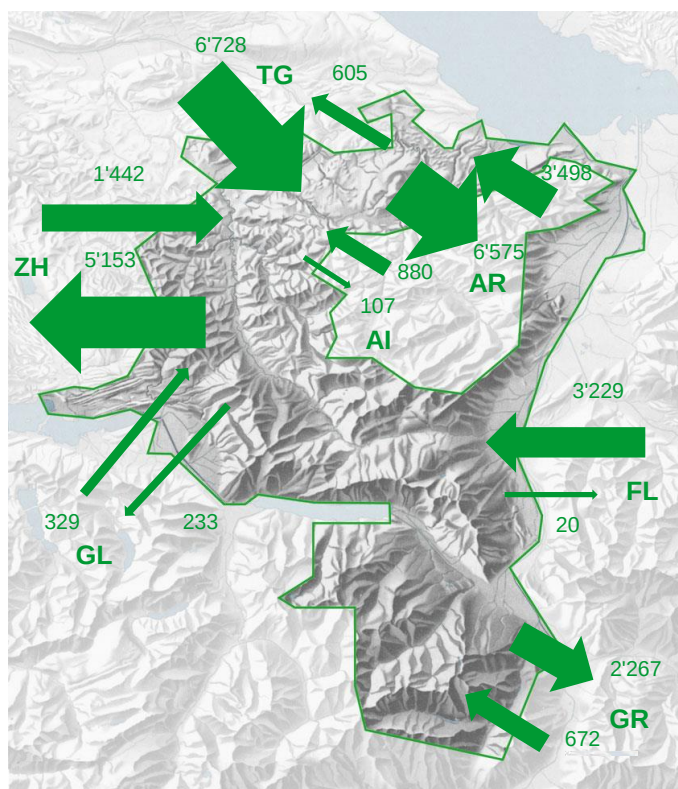


Abbildung 35: Patientenströme Kanton St.Gallen und umliegende Kantone sowie Fürstentum Liechtenstein, ohne übrige Kantone und übriges Ausland (Quelle: Medizinische Statistik BFS)

4.1 Patientenwanderungen

Im Bereich der Akutsomatik verabschiedete die St.Galler Regierung Mitte Juni 2017 eine Spitalplanung und erliess die Spitalliste.⁴⁸ Darin wurden auch die Zu- und Abwanderungen zwischen den Regionen und den umliegenden Kantonen detailliert ausgewertet. Diese Analysen wurden für die Weiterentwicklung der Strategie der St.Galler Spitalverbunde berücksichtigt. Darüber hinaus wurden im Projektverlauf weiteres Datenmaterial zu den bestehenden bzw. zukünftig zu erwartenden Patientenströmen erarbeitet und die Möglichkeiten und Grenzen der interkantonalen Zusammenarbeit im Bereich der akutsomatischen Versorgung in die Überlegungen miteinbezogen.⁴⁹ Für die geprüften Varianten wurde eingehend analysiert, wie sich die zukünftigen Patientenströme – ausgehend von den heutigen Patientenströmen – entwickeln könnten. Dabei wurden auch Annahmen über die zusätzliche Abwanderung von st.gallischen Patientinnen und Patienten in St.Galler Privatspitäler oder in ausserkantonale Spitäler getroffen.

Nachfolgend sind die inner- und ausserkantonalen Spitalaufenthalte der Bevölkerung jener Wahlkreise aufgelistet, wo die Aufhebung des Spitalstandorts vorgesehen ist⁵⁰ (AHD = durchschnittliche Aufenthaltsdauer, CMI = mittlerer Fallschweregrad):

⁴⁸ Dabei definiert die Spitalliste die Leistungsaufträge auf Ebene der Spitalunternehmen (d.h. bei den St.Galler Spitalverbunden auf Ebene der einzelnen Spitalverbunde 1–4) und nicht auf Ebene der einzelnen Spitalstandorte.

⁴⁹ Vgl. Basispapier 1, Bericht Offene Fragen, Abschnitte 2.2 «Grenz- und institutionenübergreifende Zusammenarbeit», 3.3 «Patientenmobilität» und 3.4 «Künftige Patientenverschiebungen: Status Quo vs. 4-Standort-Strategie».

⁵⁰ Aufgeführt werden alle Spitäler, die mindestens 100 stationäre Patientinnen und Patienten aus dem entsprechenden Wahlkreis behandelt haben.

	Austritte	Pflegetage	AHD	CMI	Marktanteil
Wahlkreis Rorschach					
Total	7'952	45'150	5,7	1.078	100 %
KSSG	2'787	17'062	6,1	1.207	35 %
<i>Spital Rorschach</i>	1'997	11'124	5,6	0.892	25 %
Hirslanden Klinik Stephanshorn	1'002	4'416	4,4	0.968	13 %
Berit Klinik, Speicher	490	1'747	3,6	0.952	6 %
Ostschweizer Kinderspital	320	1'435	4,5	0.835	4 %
Spital Heiden	301	1'082	3,6	0.654	4 %
Hirslanden Klinik Am Rosenberg AG, Heiden	251	1'000	4,0	0.991	3 %
Geriatrische Klinik St.Gallen	201	3'875	19,3	1.685	3 %
Wahlkreis Rheintal					
Total	10'367	55'798	5,4	1.042	100 %
KSSG	3'107	18'708	6,0	1.218	30 %
<i>Spital Altstätten</i>	2'876	17'234	6,0	0.906	28 %
Spital Grabs	1'239	5'214	4,2	0.803	12 %
Hirslanden Klinik Am Rosenberg AG, Heiden	478	2'080	4,4	1.055	5 %
Hirslanden Klinik Stephanshorn	455	2'040	4,5	1.010	4 %
Ostschweizer Kinderspital	442	1'921	4,3	0.931	4 %
Berit Klinik, Speicher	375	1'149	3,1	0.905	4 %
Spital Heiden	371	1'223	3,3	0.528	4 %
Spital Rorschach	347	1'611	4,6	0.811	3 %
Universitätsspital Zürich	130	1'084	8,3	3.336	1 %
Wahlkreis Sarganserland					
Total	7'035	34'790	4,9	0.967	100 %
<i>Spital Walenstadt</i>	3'495	16'640	4,8	0.800	50 %
KS Graubünden	1'034	5'235	5,1	0.923	15 %
KSSG	672	4'208	6,3	1.460	10 %
Spital Grabs	646	2'767	4,3	0.913	9 %
Spital Linth	270	1'192	4,4	0.792	4 %
Klinik Gut Fläsch	129	516	4,0	1.303	2 %
Universitätsspital Zürich	118	780	6,6	2.369	2 %
(Kantonsspital Glarus)	(79)	(372)	(4,7)	(0.838)	(1 %)
Wahlkreis Toggenburg					
Total	7'381	38'468	5,2	1.028	100 %
<i>Spital Wattwil</i>	2'220	11'529	5,2	0.883	30 %
KSSG	1'578	10'426	6,6	1.426	21 %
Spital Wil	1'027	4'249	4,1	0.696	14 %
Spital Linth	342	1'208	3,5	0.618	5 %
Berit Klinik, Speicher, AR	334	1'343	4,0	1.016	5 %
Spital Grabs	299	1'280	4,3	0.817	4 %
Ostschweizer Kinderspital	249	1'130	4,5	0.918	3 %
Spital Flawil	235	1'342	5,7	0.960	3 %
Spital Herisau	218	910	4,2	0.639	3 %
Hirslanden Klinik Stephanshorn	126	567	4,5	1.156	2 %
Universitätsspital Zürich	106	1'038	9,8	3.391	1 %
Hirslanden Klinik Am Rosenberg AG, Heiden	101	385	3,8	0.992	1 %

	Austritte	Pflegetage	AHD	CMI	Marktanteil
Wahlkreis Wil					
Total	11'658	63'837	5,5	1.045	100 %
KSSG	3'266	20'210	6,2	1.294	28 %
Spital Wil	3'009	12'486	4,1	0.695	26 %
Spital Flawil	1'615	9'654	6,0	0.888	14 %
Berit Klinik, Speicher	676	2'966	4,4	1.072	6 %
Hirslanden Klinik Stephanshorn	605	2'969	4,9	1.125	5 %
Ostschweizer Kinderspital	512	2'638	5,2	0.995	4 %
Spital Herisau	374	1'439	3,8	0.624	3 %
Thurklinik AG	213	484	2,3	0.665	2 %
Geriatrische Klinik St.Gallen - 1 St.Gallen, SG	177	3'486	19,7	1.682	2 %
Spital Wattwil	154	1'713	11,1	1.376	1 %
Kantonsspital Frauenfeld	149	665	4,5	0.781	1 %
Hirslanden Klinik Am Rosenberg AG, Heiden	124	593	4,8	1.050	1 %
Universitätsspital Zürich	116	1'144	9,9	3.394	1 %

Abbildung 36: Behandlungsort der Bevölkerung der Wahlkreise Rorschach, Rheintal, Sarganserland, Toggenburg, Wil, 2017 (Quelle: Medizinische Statistik BFS)

Aus den Daten geht hervor, dass sich heute zwischen 60 Prozent (Rorschach) und 77 Prozent (Toggenburg) in einem von den St.Galler Spitalverbunden betriebenen Standort behandeln lassen. Das Spital der eigenen Spitalregion übernimmt dabei in den Wahlkreisen Sarganserland und Toggenburg die meisten Fälle (Marktanteile des Spitals Walenstadt von 50 Prozent bzw. des Spitals Wattwil von 30 Prozent). In den Wahlkreisen Rorschach, Rheintal und Wil entfallen die meisten Fälle auf das Kantonsspital. Der Anteil an ausserkantonalen Behandlungen liegt mit 26 Prozent im Wahlkreis Sarganserland am höchsten (einschliesslich ausserkantonale Standorte mit weniger als 100 Fällen). In den Wahlkreisen Rorschach, Rheintal, Toggenburg und Wil liegen die ausserkantonalen Behandlungen bei 16 bis 18 Prozent.

Im grenznahen Umfeld des Kantons St.Gallen befinden sich eine Reihe von Grundversorgerspitälern und Spezialkliniken, die massgeblich zur stationären Versorgung der St.Galler Bevölkerung beitragen. In der Abbildung 37 ist die Entwicklung der Fallzahlen in diesen Spitälern für die Jahre 2012 und 2018 aufgeführt. Das Spektrum der Gesamtfallzahlentwicklung reicht von –32 Prozent bis +175 Prozent. Die meisten Spitalunternehmen weisen zwischen 2012 und 2018 einen im Vergleich zur Gesamtfallzahlentwicklung überdurchschnittlichen Anstieg der Zahl der St.Galler Patientinnen und Patienten auf.

Die Marktanteile der Spitalverbunde an den stationären Behandlungen der St.Galler Bevölkerung sind seit dem Jahr 2012 rückläufig (von 70,2 Prozent im Jahr 2012 auf 66,6 Prozent im Jahr 2018), was wesentlich auf die im Jahr 2012 eingeführte freie Spitalwahl für grundversicherte Patientinnen und Patienten zurückzuführen ist. Im Gegenzug konnten die Spitalverbunde mehr ausserkantonale Patientinnen und Patienten behandeln. Dieser Effekt beschränkte sich auf die Spitalaufenthalte von ausschliesslich grundversicherten Personen, während bei den Zusatzversicherten die Marktanteile nahezu konstant geblieben sind. In zweiter Linie erfolgte mit den neuen Regelungen über die Spitalfinanzierung eine Stärkung der Position der Spitäler mit privater Trägerschaft. Das Potenzial der Spitalverbunde zur aktiven Gewinnung von Marktanteilen bei den st.gallischen Patientinnen und Patienten scheint – gestützt auf die Entwicklung der letzten Jahre – begrenzt. Auch das zusätzliche Potenzial zur Gewinnung ausserkantonalen Patientinnen und Patienten dürfte angesichts der umfassenden ausserkantonalen Kapazitäten und den seit 2012 neu eingependelten Patientenströmen limitiert sein.

	Fallzahlen total			davon Patientinnen/Patienten aus dem Kanton St.Gallen		
	2012	2018	Δ in Prozent	2012	2028	Δ in Prozent
Spital Appenzell	1'144	930	-19 %	96	107	11 %
Spitalverbund Appenzell Ausserrhoden	7'605	7'480	-2 %	2'326	2'123	-9 %
Spital Herisau	4'487	5'124	14 %		1'267	
Spital Heiden	3'118	2'356	-24 %		856	
Berit Klinik, Speicher	1'619	4'455	175 %	1'083	2'930	171 %
Hirslanden Klinik am Rosenberg, Heiden	3'283	2'252	-31 %	2'182	1'522	-30 %
Liechtensteinisches Landesspital Vaduz	2'336	1'582	-32 %	56	20	-64 %
Klinik Gut, Fläsch	2'094	2'680	28 %	77	318	313 %
Klinik Gut, St.Moritz	2'094	1'422	-32 %		23	
Klinik Gut, Fläsch	-	1'258			295	
KS Graubünden	16'085	17'643	10 %	1'057	1'655	57 %
KS Glarus	4'818	4'857	1 %	178	233	31 %
Spital Männedorf	7'314	7'719	6 %	776	1'096	41 %
Spital Thurgau AG	24'908	27'798	12 %	373	459	23 %

Abbildung 37: Entwicklung Fallzahlen grenznahe ausserkantonale Spitäler
(Quelle: Medizinische Statistik BFS, Jahresberichte)

4.2 Bisherige Bestrebungen zur interkantonalen Zusammenarbeit

Die Regierung hat bereits in der Vergangenheit verschiedene Versuche unternommen, um die interkantonale Zusammenarbeit im Bereich der stationären Gesundheitsversorgung zu vertiefen.

Der Zusammenschluss der Spitäler Linth und Männedorf scheiterte im Jahr 2007 am Widerstand der Gesundheitsdirektion Zürich. Realisiert wurde indes zwischen den Spitälern Linth und Wetzikon ein grenzüberschreitend tätiger Rettungsdienst für die Region Zürichsee-Oberland-Linth (Regio 144 AG) und das Zentrum für Radiotherapie in Rüti (ZH) zwischen den Spitälern Linth, Wetzikon, Uster und Winterthur sowie dem Tumorzentrum Rapperswil-Jona (ZeTuP).

Der Einbezug des Liechtensteinischen Landesspitals (LLS) in die Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland oder die Führung des Spitals Grabs als gemeinsames Spital des Fürstentums Liechtensteins und des Kantons St.Gallen scheiterte im Jahr 2013, weil das Fürstentum Liechtenstein befürchtete, dass trotz der angebotenen Einsitznahme im Verwaltungsrat und eines qualifizierten Mitbestimmungsrechts (für alle Entscheide, welche die Gesundheitsversorgung des Fürstentums Liechtenstein tangiert hätten, wäre die Zustimmung der liechtensteinischen Regierung notwendig gewesen) die Möglichkeit der Mitbestimmung zu stark eingeschränkt wäre. Im Jahr 2014 entschied sich der Stiftungsrat des LLS gegen eine weitere Zusammenarbeit mit dem Spital Grabs und dem Kantonsspital St.Gallen und beschloss, mit dem Kantonsspital Graubünden als Zentrumsspitalpartner eine vertikale Zusammenarbeit einzugehen. In diesem Zusammenhang führte der Stiftungsratspräsident des LLS aus, dass das LLS im Wettbewerb mit dem Spital Grabs stehe und horizontale Kooperationen zwischen Spitälern der gleichen Stufe (gemeint waren das LLS und das Spital Grabs) schwierig bzw. faktisch unmöglich seien. Trotz der Absage des Fürstentums Liechtenstein an eine Zusammenarbeit mit dem Spital Grabs und dem Kantonsspital St.Gallen stehen die St.Galler Spitäler weiterhin Patientinnen und Patienten aus dem Fürstentum Liechtenstein offen und werden von diesen auch rege frequentiert.

Das Gesundheitsdepartement stand ausserdem in regelmässigem Kontakt mit den zuständigen Stellen der Kantone Appenzell Ausserrhoden und Appenzell Innerrhoden. Die Regierungen der beiden Appenzell verfolgten aber in den Jahren 2012 und 2013 eigene Ziele und prüften eine Fusion zwischen dem Spitalverbund Appenzell Ausserrhoden (SVAR) und dem Spital Appenzell. Weil die strategischen Organe des SVAR und des Spitals Appenzell die Risiken für einen gemeinsamen Verbund höher einschätzten als die Chancen, beschlossen die Regierungen im Februar 2014, das Projekt nicht weiterzuverfolgen. Daran anschliessend erfolgte im Kanton Appenzell Ausserrhoden eine breite Diskussion über den Beibehalt von zwei Akutspitalstandorten. Der Kanton Appenzell Innerrhoden hat sich mit der Gutheissung des Neubauprojekts des Spitals Appenzell an der Landsgemeinde 2018 für eine eigenständige stationäre Grundversorgung entschieden. Nach dem Landsgemeindebeschluss zum Spital Appenzell wurde im Kanton St.Gallen und den beiden Appenzell eine Gesundheitsregion Säntis thematisiert. Die Gründung einer Gesundheitsregion Säntis wurde von der St.Galler Regierung befürwortet und hätte ein Schritt in Richtung verstärkter Zusammenarbeit zwischen St.Gallen und beiden Appenzell darstellen können. Eine Gesundheitsregion Säntis stiess in Appenzell Innerrhoden jedoch auf wenig Resonanz und ein Initiativbegehren wurde an der Landsgemeinde 2019 abgelehnt.

Das Gesundheitsdepartement und die Regierung unternahmen – wie aufgezeigt – verschiedene Anstrengungen, um die Zusammenarbeit mit den Nachbarkantonen und dem Fürstentum Liechtenstein zu intensivieren. Auch wenn diese nicht zum Erfolg führten, verfolgten die Vorsteherinnen und Vorsteher der jeweiligen Gesundheitsdepartemente das Thema einer interkantonalen Zusammenarbeit weiter. Dabei zeigte sich, dass der Erfolg von interkantonalen Kooperationen im Bereich des stationären Gesundheitswesens massgebend vom politischen Willen und der Bereitschaft abhängt, medizinische Leistungsangebote an den bestehenden Spitalstandorten zu hinterfragen, zu koordinieren und zu konzentrieren. Erfahrungsgemäss nahm die Bereitschaft für eine interkantonale Spitalplanung ab, sobald konkrete Massnahmen mit Auswirkungen auf die Spitalangebote vorgeschlagen wurden.

4.3 Verhältnis der interkantonalen Zusammenarbeit zur Weiterentwicklung Spitalstrategie

Von der interkantonalen Zusammenarbeit in der Planung der stationären Gesundheitsversorgung klar zu trennen sind die Arbeiten zur Weiterentwicklung der St.Galler Spitalstrategie. Letztere basieren auf dem Handlungsbedarf in finanzieller und struktureller Hinsicht der St.Galler Spitalverbunde. Interkantonale Spitalplanungen und die damit verbundenen kantonalen Entscheidungsprozesse benötigen viel Zeit, weshalb Anstrengungen zur koordinierten Planung mit den Nachbarkantonen und die Weiterentwicklung der Strategie der Spitalverbunde parallel laufen müssen. Davon abgesehen ist nicht davon auszugehen, dass die Standorte Rorschach, Altstätten, Wattwil und Flawil aufgrund einer intensiveren interkantonalen Zusammenarbeit mit zusätzlichen Fallmengen aus anderen Kantonen so gestärkt würden, dass die Voraussetzungen für den Betrieb eines Mehrspartenspitals erreicht werden. Ein Spezialfall stellt aus Sicht der Regierung der Standort Walenstadt dar. Hier könnte eine interkantonale Spitalplanung Einfluss auf die mittelfristige Entwicklung des Standorts haben, da die Kantone Graubünden und Glarus nicht nur den Bemühungen für eine gemeinsame Spitalplanung mit St.Gallen nochmals Unterstützung gegeben haben, sondern auch einen Weiterbetrieb des Spitals Walenstadt anregen. Schliesslich sollte eine interkantonale Zusammenarbeit den Abbau von Überkapazitäten (bei gleichzeitiger Vermeidung einer Fehlversorgung) zum Ziel haben, denn in der Ostschweiz besteht heute eine zu hohe Dichte an stationären Leistungsangeboten. Diese Problematik muss mit einer überkantonalen Spitalplanung angegangen werden, wobei die Neuausrichtung der St.Galler Spitalstrategie durch die Strukturanpassungen und einen Abbau von Kapazitäten die interkantonale Planung unterstützt. Das Thema einer interkantonalen Spitalplanung ist in verschiedenen Gremien und Kantonen seit geraumer Zeit in Diskussion. Beispielsweise hat die Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren der Ostschweizer Kantone und des Fürstentums Liechtenstein

(GDK-Ost) im Oktober 2016 ein Projekt zur gemeinsamen Spitalplanung im Bereich der Rehabilitation gestartet. Gespräche in Bezug auf eine überkantonale Spitalplanung und Zusammenarbeit haben in den letzten Jahren mit den Kantonen Appenzell Ausserrhoden und Appenzell Innerrhoden sowie dem Fürstentum Liechtenstein wiederholt stattgefunden. Auch mit den Kantonen Graubünden und Glarus wurden diesbezüglich Gespräche geführt.

4.4 Weiteres Vorgehen

Mit dem Projekt «Weiterentwicklung der Strategie der St.Galler Spitalverbunde» und dem zunehmenden Druck auf die Spitäler (in Appenzell Innerrhoden wird beispielsweise der Neubau des Spitals Appenzell hinterfragt) ist zusätzlich Bewegung in die Diskussion über eine interkantonale Spitalplanung gekommen. Die Kantone Appenzell Innerrhoden, Appenzell Ausserrhoden und St.Gallen haben bereits seit längerer Zeit die Möglichkeit einer gemeinsamen Spitalplanung und von allenfalls gleichlautenden Spitallisten diskutiert. Ebenso haben diesbezügliche Gespräche mit den Kantonen Graubünden und Glarus stattgefunden. Zudem haben die beiden Kantone auch im Rahmen der Vernehmlassung zur Weiterentwicklung der St.Galler Spitalstrategie eine gemeinsame Spitalplanung für den Versorgungsraum Chur-Glarus-Sarganserland angeregt. Die verschiedenen Bestrebungen haben nun dazu geführt, dass im Februar 2020 die Kantone Appenzell Ausserrhoden, Appenzell Innerrhoden, Glarus, Graubünden und St.Gallen eine Absichtserklärung zur Zusammenarbeit in der Planung der stationären Gesundheitsversorgung unterzeichnet haben. Angestrebt wird eine Spitalplanung, die auf einer kantonsübergreifenden Versorgungsregion dieser Kantone aufbaut, wobei der Einbezug weiterer benachbarter Kantone möglich sein soll. Weitere Ziele sind eine effektive und effiziente sowie eine qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung und die Vermeidung einer Mengenausweitung zur Dämpfung des Wachstums der Gesundheitskosten. Die gemeinsamen Planungsabsichten beinhalten u.a. die gemeinsame Erarbeitung und Anwendung von einheitlichen, verbindlichen und transparenten Kriterien für die Aufnahme auf die Spitalliste und die Vergabe von Leistungsaufträgen (z.B. Mindestfallzahlen, Vorgaben zu Qualität, Erreichbarkeit und Ausbildungsplätzen usw.). Zur Umsetzung der Absichtserklärung und zur Zielerreichung soll eine Projektorganisation eingesetzt werden.

5 Weitere Massnahmen

Abschnitt 5 zeigt die weiteren Massnahmen, die erforderlich sind, um die nach Umsetzung der Strukturanpassungen gemäss 4plus5-Konzept verbleibende Finanzierungslücke der Spitalverbunde zu schliessen. Die Massnahmen umfassen einerseits Ausgabenminderungen und Produktivitätsgewinne aus Betriebsoptimierungen der Spitalverbunde und andererseits Mehreinnahmen aus der Anpassung der jährlichen Kantonsbeiträge für gemeinwirtschaftliche Leistungen sowie die Ausrichtung von Sanierungsbeiträgen an den Spitalverbund 2 (Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland) sowie den Spitalverbund 4 (Spitalregion Fürstenland Toggenburg) durch den Kanton.

5.1 Betriebsoptimierungen der Spitalverbunde

Zur Schliessung der verbleibenden Finanzierungslücke sind in den Spitalverbunden und über die Gruppe hinweg zusätzlich zu den laufenden und in den letzten Jahren bereits realisierten Betriebsoptimierungen⁵¹ weitere Effizienzsteigerungen notwendig, um eine langfristig tragbare Finanzsituation zu erreichen.

⁵¹ Vgl. Basispapier 1, Bericht Offene Fragen, Abschnitt 6.1 «Effizienzsteigerungs- und Optimierungsmassnahmen».

Die vorgeschlagene Lösungsvariante sieht ein mit Betriebsoptimierungen zu erreichendes Entlastungsvolumen von insgesamt 18,7 Mio. Franken vor. Dessen Verteilung auf die einzelnen Spitalverbunde richtet sich in erster Linie nach deren Umsatzanteil im Jahr 2028. Daneben werden die Entlastungsbeiträge auf die Erreichung der Ebitda-Marge von 10 Prozent ausgerichtet. Im Ergebnis beträgt der Entlastungsbeitrag 14,6 Mio. Franken im Spitalverbund 1, 1,9 Mio. Franken im Spitalverbund 2 und je 1,1 Mio. Franken in den Spitalverbunden 3 und 4. In den einzelnen Spitalverbunden beläuft sich der Optimierungsbedarf somit auf 1,1 Prozent (Spitalverbunde 2 bis 4) bzw. 1,5 Prozent (Spitalverbund 1) des Umsatzes 2028.

Die volle Entlastungswirkung tritt in den einzelnen Spitalverbunden abhängig vom Fortschritt der Transformation ins 4plus5-Modell zu unterschiedlichen Zeitpunkten ein. Grundsätzlich wird davon ausgegangen, dass die vollständige Umsetzung des Entlastungsziels ein Jahr nach Abschluss der Transformationsphase erfolgt, also im Jahr 2023 im Spitalverbund 1, 2028 im Spitalverbund 2 und 2025 in den Spitalverbunden 3 und 4. Gleichzeitig wird davon ausgegangen, dass ab dem Jahr 2021 Betriebsoptimierungen in den bestehenden Strukturen umgesetzt und zunehmend Entlastungen erzielt werden können.

in 1'000 Fr.	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028ff.	in % des Umsatzes
SV 1 Kantonsspital	2'000	4'000	14'600	14'600	14'600	14'600	14'600	14'600	1,5
SV 2 Rheintal Werdenberg Sarganserland	240	480	710	950	1'190	1'430	1'660	1'900	1,1
SV 3 Linth	220	440	660	880	1'100	1'100	1'100	1'100	1,1
SV 4 Fürstenland Toggenburg	220	440	660	880	1'100	1'100	1'100	1'100	1,1
SV 1–4	2'680	5'360	16'630	17'310	17'990	18'230	18'460	18'700	1,4

Abbildung 38: Betriebsoptimierungen, Umfang je Spitalverbund

Die vorgesehenen Massnahmen der einzelnen Spitalverbunde sind im Anhang 3 aufgeführt.

5.2 Anpassung der Beiträge für gemeinwirtschaftliche Leistungen

Gemäss KVG dürfen die Fallkostenpauschalen der Spitalfinanzierung keine Kostenanteile für gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL) enthalten. Die Finanzierung der GWL ist grundsätzlich allein Sache der öffentlichen Hand (i.d.R. der Kantone), d.h. die Krankenversicherer müssen sich nicht an diesen Kosten beteiligen. Für das Jahr 2020 budgetierte der Kanton einen GWL-Beitrag von rund 40,7 Mio. Franken, wovon 12,0 Mio. Franken auf die vier Spitalverbunde fallen.⁵² Die Spitalverbunde machen ungedeckte Kosten für die Erbringung von GWL in der Höhe von rund 22,5 Mio. Franken geltend.

Die vorgeschlagene Lösungsvariante unterscheidet Beiträge für GWL mit Abgeltungscharakter und Beiträge für Vorhalteleistungen. Erstere zeichnen sich dadurch aus, dass sie klaren Leistungen (und Kosten für deren Erbringung) zugeordnet werden können. Letztere beinhalten Beiträge für Vorhalteleistungen in Strukturen, die aufgrund ihrer Grösse nicht kostendeckend betrieben werden können.

Der Lösungsvorschlag umfasst eine Erhöhung der GWL-Beiträge um rund 20 Mio. Franken. Rund 10,7 Mio. Franken entfallen auf GWL-Leistungen mit Abgeltungscharakter und rund 9,3 Mio. Franken auf die Abgeltung von Vorhalteleistungen.

⁵² Die restlichen GWL-Beiträge entfallen hauptsächlich auf das Ostschweizer Kinderspital und die beiden Psychiatrieverbunde.

5.2.1 Beiträge für gemeinwirtschaftliche Leistungen mit Abgeltungscharakter

Die Erhöhung der GWL mit Abgeltungscharakter um rund 10,7 Mio. Franken setzt sich zusammen aus zusätzlichen Beiträgen von rund 5 Mio. Franken für die kostendeckende Entschädigung der Bereiche Forschung, Seelsorge, Forensische Medizin, Notrufzentrale und Dolmetscherkosten. Zum anderen umfasst die Erhöhung zusätzliche Entschädigungen von rund 5,7 Mio. Franken für die Unterassistenten- und Assistenzarztstellen im Bereich der universitären Lehre (PV = **Psychiatrieverbunde**, OKS = **Ostschweizer Kinderspital** Abbildung 39).⁵³

in 1'000 Fr.	SV 1	SV 2	SV 3	SV 4	PV, OKS, Geriatrische Klinik	Privat- spitäler	Total
1) Diverse Beiträge							
Forschung	2'160						2'160
Seelsorge	870	85	45	50			1'050
Forensische Medizin	830						830
Sanitätsnotruf	770						770
Dolmetscher ambulant	210						210
Zusätzliches Volumen 1	4'840	85	45	50	0	0	5'020
2) Unterassistentärztinnen und -ärzte							
Unterassistentärztinnen und -ärzte, Anzahl Vollzeitäquivalente VZÄ (Basis Budget 2020)	65	23	10	13	12	1	124
Bisherige Entschädigung je VZÄ	8	8	8	8	8	8	
Neue Entschädigung je VZÄ	15	15	15	15	15	15	
Zusätzliches Volumen 2 (gerundet)	460	160	70	90	80	5	865
3) Assistenzärztinnen und -ärzte (AA)							
Assistenzärztinnen und -ärzte, Anzahl VZÄ (Basis Budget 2020)	324	92	22	43	94	23	598
Bisherige Entschädigung je VZÄ	18	15	15	15	15/18	15	
Neue Entschädigung je VZÄ	30	25	25	25	25/30	25	
Zusätzliches Volumen 3 (gerundet)	3'885	920	225	425	(1'215)⁵⁴	220	5'675
4) Wegfall Volumen wegen tieferen VZÄ (AA) als Folge struktureller Massnahmen	-485	-230	0	-100			-815
Zusätzliches GWL-Volumen für Abteilungen (Summe 1–4)	8'700	935	340	465	80	225	10'745

PV = Psychiatrieverbunde, OKS = Ostschweizer Kinderspital

Abbildung 39: Erhöhung GWL-Beiträge mit Abgeltungscharakter (je Jahr)

⁵³ Für die detaillierte Herleitung der kostendeckenden GWL-Beiträge vgl. Basispapier 1, Bericht Offene Fragen, Abschnitt 2.4 «GWL».

⁵⁴ Aufgrund der Kompensation bei den GWL-Beiträgen zur Sicherstellung der Versorgung (v.a. Ambulatorien, Tageskliniken und im Fall des OKS auch stationäre Behandlungen) werden die Mehrkosten beim Total nicht einbezogen.

Die Entschädigung für Unterassistentzärztinnen und -ärzte wird – gestützt auf die Auswertung der Kostenrechnung der Spitalverbunde – von Fr. 8'000.– auf Fr. 15'000.– je Vollzeitäquivalent [VZÄ] erhöht. Von dieser Erhöhung profitieren sämtliche Listenspitäler mit Standort im Kanton St.Gallen.

Die Entschädigung für Assistenzärztinnen und -ärzte wird – gestützt auf die Auswertung der Kostenrechnung der Spitalverbunde und gestützt auf die Beiträge, die andere Kantone für die ärztliche Weiterbildung entschädigen – bei Zentrumsspitalern (Kantonsspital St.Gallen [SV 1] und Ostschweizer Kinderspital [OKS]) von bisher Fr. 18'000.– auf neu Fr. 30'000.– je Vollzeitäquivalent erhöht. Bei den übrigen Listenspitälern mit Standort im Kanton St.Gallen wird der Ansatz von bisher Fr. 15'000.– auf neu Fr. 25'000.– je Vollzeitäquivalent angehoben. Aufgrund der bestehenden Subventionierung von weiteren Leistungen (Ambulatorien, Tageskliniken oder im Fall des OKS auch von stationären Behandlungen) werden die höheren Beiträge für Assistenzärztinnen und -ärzte bei den Psychiatrieverbunden [PV], beim OKS und bei der Geriatrischen Klinik durch entsprechende Kürzungen bei den GWL-Leistungen zur Sicherstellung der Versorgung wieder kompensiert.

Beim Total wird ausserdem davon ausgegangen, dass als Folge der strukturellen Massnahmen die VZÄ bei den Assistenzärztinnen und -ärzten leicht zurückgehen werden, was mit Einsparungen von rund 0,8 Mio. Franken verbunden wäre. Falls diese Annahme nicht zutreffen sollte, wären die zusätzlichen GWL geringfügig höher als angenommen.

5.2.2 Beiträge für Vorhalteleistungen

Für Vorhalteleistungen werden neu rund 9,3 Mio. Franken ausgerichtet (Abbildung 40). Davon entfallen je rund 1 Mio. Franken auf die Aufrechterhaltung der Notfallversorgung an den Spitälern Grabs, Linth und Wil. In verschiedenen Kantonen (Solothurn, Basel-Landschaft, Schaffhausen, Graubünden, Genf und Wallis) werden für die Notfallversorgung ebenfalls Beiträge geleistet. Andere Kantone (Nidwalden, Obwalden, Glarus, Uri, Luzern und Freiburg) subventionieren mit ihren Beiträgen zur Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen die Notfallversorgung mit.

Für die Leistungen im Bereich der Notfallversorgung an den Regionalen Gesundheits- und Notfallzentren (GNZ) werden insgesamt bis zu 6,25 Mio. Franken finanziert, d.h. durchschnittlich 1,25 Mio. Franken je Standort. Diese Beiträge werden ab Inbetriebnahme der Regionalen Gesundheits- und Notfallzentren ausgerichtet und können je nach regionaler Ausgestaltung vom Durchschnittsbetrag abweichen. Im Kantonsratsbeschluss über die Gewährung von Beiträgen für die Notfallversorgung wird deshalb ein Pauschalgesamtkredit von 6,25 Mio. Franken vorgesehen. Dabei werden Beiträge nur an die Spitalverbunde ausbezahlt, wenn nicht private Leistungserbringer die geforderten Leistungen (auf regionalen Bedarf abgestimmte Notfallversorgungs- und Bettenangebote) sicherstellen. In letzterem Fall können die privaten Leistungserbringer Beiträge geltend machen.

in 1'000 Fr.	SV 1	SV 2	SV 3	SV 4	PV, OKS, Geria- trische Klinik	Privat- spitäler	Total
Vorhalteleistungen							
Vorhalteleistungen für Notfall- versorgung an Regionalspitälern		1'000	1'000	1'000			3'000
Regionale Gesundheits- und Notfallzentren (GNZ), Spitalverbunde sind subsidiäre Beitragsempfänger <i>nach</i> priva- ten Leistungserbringern	2'500	2'500		1'250			6'250
Zusätzliches GWL-Volumen für Vorhalteleistungen	2'500	3'500	1'000	2'250			9'250

Abbildung 40: Erhöhung GWL-Beiträge für Vorhalteleistungen

5.2.3 Umsetzungsplanung

Die Ausrichtung der GWL-Leistungen mit Abgeltungscharakter (Forschung, Seelsorge, Forensische Medizin, Notrufzentrale und Dolmetscherkosten sowie höhere Pauschalen für Unterassistenten- und Assistenzärztinnen und -ärzte) im Umfang von 10,7 Mio. Franken wird in Abstimmung mit den Ergebnissen aus der Beratung der Spitalstrategievorlage im Kantonsrat ins Budget für das Jahr 2021 aufgenommen und ab dem Jahr 2021 ausgerichtet (Abbildung 41). Die Pauschalen für die Aufrechterhaltung der Notfallversorgung an den Spitälern Grabs, Linth und Wil im Umfang von 3 Mio. Franken werden ab dem Jahr 2022 vergütet. Die Pauschalen für den Betrieb der Notfall- und Gesundheitsstationen mit stationären Notfallbetten im Umfang von rund 6,3 Mio. Franken werden ab deren Inbetriebnahme (je nach Standort zwischen 2022 und 2027) vergütet.

in 1'000 Fr.		2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027 ff.
SV 1	GWL (Abgeltungscharakter)	8'700	8'700	8'700	8'700	8'700	8'700	8'700
	GWL (Vorhalteleistung)	0	2'500	2'500	2'500	2'500	2'500	2'500
	Total	8'700	11'200	11'200	11'200	11'200	11'200	11'200
SV 2	GWL (Abgeltungscharakter)	935	935	935	935	935	935	935
	GWL (Vorhalteleistung)	0	1'000	1'000	1'000	1'000	1'000	3'500
	Total	935	1'935	1'935	1'935	1'935	1'935	4'435
SV 3	GWL (Abgeltungscharakter)	340	340	340	340	340	340	340
	GWL (Vorhalteleistung)	0	1'000	1'000	1'000	1'000	1'000	1'000
	Total	340	1'340	1'340	1'340	1'340	1'340	1'340
SV 4	GWL (Abgeltungscharakter)	465	465	465	465	465	465	465
	GWL (Vorhalteleistung)	0	1'000	1'000	2'250	2'250	2'250	2'250
	Total	465	1'465	1'465	2'715	2'715	2'715	2'715
Übrige	GWL (Abgeltungscharakter)	305	305	305	305	305	305	305
	GWL (Vorhalteleistung)	0	0	0	0	0	0	0
	Total	305	305	305	305	305	305	305
Gesamt		10'745	16'245	16'245	17'495	17'495	17'495	19'995

Abbildung 41: Zeitplan der Erhöhung der GWL-Beiträge

Falls entgegen der heutigen Erwartung eine substanzielle Erhöhung der stationären Tarife oder des TARMED-Taxpunktwerts möglich sein sollte, ist eine Reduktion der GWL-Beiträge (Pauschalen für Assistenzärztinnen und -ärzte oder Beiträge für Vorhalteleistungen) zu prüfen.

5.3 Sanierungsbeiträge des Kantons

5.3.1 Entwicklung der Ebitda-Marge und der Eigenkapital-Quote

Die bisherigen Überlegungen betreffend Sanierungsbeiträge orientierten sich grundsätzlich an einer Eigenkapitalquote von mindestens 25 Prozent (Zielwert aus der Eigentümerstrategie). Wird dieser Zielwert massgeblich unterschritten und kann mit Wirksamwerden der Struktureffekte und der weiteren Massnahme keine rasche Erholung der Eigenkapital-Quote (EK-Quote) erreicht werden, ist ein Sanierungsbeitrag nötig. Nachdem sich im Rahmen der Aktualisierung der Mittelfristplanungen gezeigt hat, dass sich nicht alle Spitalverbunde gleich entwickeln (z.B. Besserstellung beim Kantonsspital St.Gallen, aber Verschlechterung beim Spitalverbund 2), ist es sinnvoll, die Frage der Höhe des Sanierungsbeitrags gemäss den neuesten verfügbaren Zahlen zu ermitteln. Abbildung 42 zeigt die Ebitda-Margen und Eigenkapitalquoten im 4plus5-Konzept nach Betriebsoptimierungen und Anpassungen der GWL gemäss den aktualisierten Mittelfristplanungen.

		2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Ebitda-Marge	SV 1	6,3 %	6,9 %	9,6 %	10,0 %	10,1 %	10,1 %	9,6 %	9,7 %	9,6 %	9,6 %
	SV 2	2,5 %	3,8 %	4,7 %	5,5 %	6,0 %	6,2 %	9,6 %	9,9 %	9,9 %	10,0 %
	SV 3	7,1 %	8,9 %	9,2 %	9,6 %	10,0 %	10,0 %	10,1 %	11,3 %	11,0 %	11,0 %
	SV 4	1,0 %	3,8 %	4,2 %	9,1 %	10,1 %	10,3 %	11,0 %	11,3 %	11,3 %	11,3 %
	SV 1-4	5,3 %	6,3 %	8,3 %	9,1 %	9,4 %	9,5 %	9,8 %	9,9 %	9,8 %	9,9 %
EK-Quote	SV 1	38 %	37 %	36 %	38 %	39 %	40 %	40 %	40 %	41 %	43 %
	SV 2	18 %	14 %	11 %	9 %	8 %	6 %	5 %	4 %	5 %	6 %
	SV 3	19 %	18 %	20 %	22 %	24 %	27 %	29 %	31 %	33 %	36 %
	SV 4	-1 %	-52 %	-57 %	-54 %	-48 %	-41 %	-31 %	-22 %	-13 %	-4 %
	SV 1-4	28 %	24 %	24 %	25 %	27 %	28 %	28 %	29 %	30 %	32 %

Abbildung 42: Ebitda-Margen und Eigenkapitalquoten 4plus5-Konzept nach Betriebsoptimierungen und Erhöhung GWL

Bei den Ebitda-Margen zeigt sich, dass der Zielwert von 10 Prozent nach Abschluss der Transformation im Jahr 2028 insgesamt knapp erreicht wird. Während der Spitalverbund 1 den Zielwert bereits im Jahr 2024 erreicht (die Ebitda-Marge sinkt allerdings ab 2027 wieder unter 10 Prozent), erreichen die Spitalverbunde 3 und 4 die Marke im Jahr 2025. Der Spitalverbund 2 erreicht den Zielwert im Jahr 2030.

Bei der Eigenkapitalquote wird der Zielwert von 25 Prozent auf konsolidierter Ebene – abgesehen von den Jahren 2022 und 2023 – in allen Jahren eingehalten. Bei den einzelnen Spitalverbunden zeigt sich, dass der Spitalverbund 1 in allen Jahren einen Eigenkapitalanteil von mindestens 30 Prozent erreicht. Beim Spitalverbund 2 sinkt der Eigenkapitalanteil im Jahr 2028 auf rund 4 Prozent. Mit Wirksamwerden der Struktureffekte und der weiteren Massnahmen findet eine langsame Erholung des Eigenkapitalbestands statt. Der Spitalverbund 3 unterschreitet bis ins Jahr 2025 den Zielwert der Eigenkapitalquote von 25 Prozent. Die Eigenkapitalquote wird allerdings bis ins Jahr 2030 auf über 30 Prozent anwachsen. Beim Spitalverbund 4 ist das Eigenkapital bereits im Jahr 2021 negativ und wird aufgrund der ausserordentlichen Abschreibung für die Spitalgebäude in Wattwil bis 2023 auf gegen -44 Mio. Franken (-57 Prozent) absinken, bevor es sich wieder erholt.

Der Spitalverbund 2 weist nach Berücksichtigung von Betriebsoptimierungen und zusätzlichen GWL-Beiträgen folgende Eigenkapitalbestände und – je nach Festlegung des Zielwerts für die Eigenkapitalquote – folgenden Eigenkapitalbedarf aus:

SV 2 / in Mio. Fr.	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Bilanzsumme	249,4	272,2	293,2	293,2	295,1	300,8	304,0	290,9	282,8	275,0
Eigenkapital	43,7	38,2	33,6	27,8	23,0	18,8	14,9	12,2	14,3	16,9
Eigenkapitalquote	17,5 %	14,0 %	11,5 %	9,5 %	7,8 %	6,2 %	4,9 %	4,2 %	5,1 %	6,1 %
Fehlendes Eigenkapital für Eigenkapitalquote von 25%	18,7	29,8	39,6	45,5	50,8	56,5	61,1	60,5	56,3	51,8
Fehlendes Eigenkapital für Eigenkapitalquote von 20%	6,2	16,2	25,0	30,9	36,0	41,4	45,9	46,0	42,2	38,1
Fehlendes Eigenkapital für Eigenkapitalquote von 15 %	0,0	2,6	10,3	16,2	21,3	26,4	30,7	31,4	28,1	24,3
Fehlendes Eigenkapital für Eigenkapitalquote von 10 %	0,0	0,0	0,0	1,6	6,5	11,3	15,5	16,9	13,9	10,6

Abbildung 43: Eigenkapital und Eigenkapitalbedarf, SV 2, nach Betriebsoptimierungen und Erhöhung GWL

Der höchste Eigenkapitalbedarf resultiert für den Spitalverbund 2 in den Jahren 2027 bis 2028 und beträgt bei einer Eigenkapitalquote von stets mindestens 25 Prozent rund 61 Mio. Franken.

Der Spitalverbund 4 weist nach Berücksichtigung von Betriebsoptimierungen und zusätzlichen GWL-Beiträgen folgende Eigenkapitalbestände und – je nach Festlegung des Zielwerts für die Eigenkapitalquote – folgenden Eigenkapitalbedarf aus:

SV 4 / in Mio. Fr.	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Bilanzsumme	120,1	81,5**	77,3	75,7	76,4	77,7	85,7	92,7	103,0	143,3
Eigenkapital	-1,1	-42,0	-44,1	-41,1	-36,8	-32,2	-26,3	-20,0	-13,3	-6,4
Eigenkapitalquote in %	-0,9 %	-51,6 %	-57,1 %	-54,3 %	-48,2 %	-41,4 %	-30,7 %	-21,5 %	-12,9 %	-4,4 %
Fehlendes Eigenkapital für Eigenkapitalquote von 25 %	31,1	62,4	63,4	60,0	55,9	51,6	47,8	43,2	39,0	42,2
Fehlendes Eigenkapital für Eigenkapitalquote von 20 %	25,1	58,3	59,6	56,2	52,1	47,7	43,5	38,5	33,9	35,0
Fehlendes Eigenkapital für Eigenkapitalquote von 15 %	19,1	54,3	55,7	52,5	48,3	43,8	39,2	33,9	28,7	27,9
Fehlendes Eigenkapital für Eigenkapitalquote von 10 %	13,1	50,2	51,8	48,7	44,5	40,0	34,9	29,2	23,6	20,7

** Inkl. Wertberichtigung (erste Tranche a.o. Abschreibung) des Gebäudes Wattwil im Umfang von 35,4 Mio. Franken (Die zweite Tranche der a.o. Abschreibung Wattwil von 10 Mio. Franken ist im Jahr 2024 gleichzeitig mit einem Verkaufserlös von 10 Mio. Franken für den Verkauf des Gebäudes eingestellt.)

Abbildung 44: Eigenkapital und Eigenkapitalbedarf, SV 4, nach Betriebsoptimierungen und Erhöhung GWL

Beim Spitalverbund 4 ist der Eigenkapitalbedarf im Jahr 2023 am höchsten. Damit die Eigenkapitalquote bis ins Jahr 2030 nicht unter 25 Prozent fällt, resultiert im Jahr 2023 ein Eigenkapitalbedarf von rund 63 Mio. Franken. Das Eigenkapital des Spitalverbunds 4 wird bereits im Jahr 2021 erstmals negativ. Um ein negatives Eigenkapital zu vermeiden, ist eine Erhöhung um mindestens 1,1 Mio. Franken notwendig. Im Jahr 2022 sinkt die Eigenkapitalquote aufgrund der a.o. Abschreibung von Wattwil auf -52 Prozent, für einen Ausgleich des negativen Eigenkapitals ist nun ein Betrag von 42 Mio. Franken erforderlich. Der Eigenkapitalbestand nimmt 2023 nochmals leicht ab, bevor er sich wieder erholt.

Neben dem Eigenkapitalbedarf weist der Spitalverbund 4 in den Jahren 2021 bis 2022 einen Liquiditätsbedarf von insgesamt rund 5 Mio. Franken auf.⁵⁵ Ein weiterer Liquiditätsbedarf könnte sich in den Jahren 2030 bis 2032 mit der geplanten Erneuerung des Spitals Wil abzeichnen.

Für eine Sanierung des Spitalverbunds 4 muss in erster Linie das Eigenkapital erhöht werden, Daneben ist dem Liquiditätsbedarf in den Jahren 2021 und 2022 Rechnung zu tragen. Können der kurzfristige Liquiditätsbedarf gedeckt und die Eigenmittelbasis nachhaltig gestärkt werden, kann der künftige Liquiditätsbedarf für Bauvorhaben wieder über ordentliche Darlehen finanziert werden.

5.3.2 Beurteilung der Eigenkapitalquote im Hinblick auf die Darlehensgewährung durch den Kanton

Im Zusammenhang mit der Verschlechterung der Ausgangslage im Spitalverbund 2, aber auch vor dem Hintergrund der Tatsache, dass mit Wirksamwerden der Struktureffekte und der weiteren Massnahmen wieder eine Erstarkung des Eigenkapitals verbunden ist, stellt sich die Frage, ob am Zielwert von 25 Prozent für die Eigenkapitalquote festgehalten wird, oder ob temporär auch eine Eigenkapitalquote von 20 Prozent, 15 Prozent oder sogar von 10 Prozent vertretbar ist. Unabhängig von der Festlegung des Zielwerts für die Eigenkapitalquote besteht im Spitalverbund 2 und im Spitalverbund 4 ein Bedarf an zusätzlichem Eigenkapital.

Die Höhe der Eigenkapitalquote steht in engem Zusammenhang mit der allfälligen Gewährung von Darlehen durch den Kanton. In der Botschaft zum Kantonsratsbeschluss über eine Übergangsfinanzierung für die Spitalregion Fürstenland Toggenburg⁵⁶ hat die Regierung die grundsätzlichen Möglichkeiten für eine (zusätzliche) Finanzierung der Spitalverbunde dargelegt. Die Regierung kann den Spitalverbunden aus dem Finanzvermögen rückzahlbare Darlehen zur Erfüllung der Leistungsaufträge gewähren, sofern diese nach kaufmännischen Grundsätzen gesichert sind. Ziff. 5 des Kantonsratsbeschlusses zur Übertragung der Spitalimmobilien (sGS 320.201) ermächtigt die Regierung auch zur Darlehensvergabe für die Umsetzung der vom Volk beschlossenen Bauvorhaben. Diese Darlehen basieren auf Beschlüssen, die ursprünglich dem Referendum unterstanden und werden deshalb im Verwaltungsvermögen bilanziert. Weitere Finanzierungsinstrumente wie z.B. die Erhöhung des Eigenkapitals oder die Vergabe von nicht kaufmännisch gesicherten Darlehen liegen in der Kompetenz des Kantonsrates und unterliegen je nach Höhe dem fakultativen oder dem obligatorischen Finanzreferendum.

Die Spitalverbunde haben des Weiteren die Möglichkeit, beim Kanton ein Kontokorrentkonto zu bewirtschaften. Darüber sollen einerseits die Besoldungen der Mitarbeitenden abgewickelt werden, andererseits erfolgt mit diesem Gefäss ein Pooling der Liquidität über den ganzen Kanton einschliesslich der selbständigen öffentlich-rechtlichen Anstalten. Über das gesamte Jahr betrachtet, sollte das Kontokorrent zumindest ausgeglichen sein. Aufgrund der negativen finanziellen Entwicklung der Spitalverbunde in der letzten Zeit konnten diese Kontokorrente bei den Spitalverbunden 2, 3 und 4 nicht mehr ausgeglichen werden und müssen deshalb auch als Darlehen eingestuft werden.

Per 31. Dezember 2019 hat der Kanton gegenüber den Spitalverbunden folgende Darlehen ausstehend:

⁵⁵ Total des Liquiditätsbedarfs für die Jahre 2019 (5,9 Mio. Franken), 2020 (4,6 Mio. Franken) und 2021 (4,7 Mio. Franken) gemäss aktualisierter Planung abzüglich der für die Jahre 2019 und 2020 beschlossenen Übergangsfinanzierung (33.19.02) im Umfang von 9,7 Mio. Franken und der 2021 wirksam werdenden GWL-Erhöhung (0,5 Mio. Franken) und Betriebsoptimierungen (0,2 Mio. Franken).

⁵⁶ Vgl. 33.19.02, Abschnitt 3.1.

<i>in 1'000 Fr.</i>	SV 1	SV 2	SV 3	SV 4	Total
Finanzvermögen					
Kontokorrente gegenüber den Spitalverbunden	5'042	21'278	24'036	23'013	73'369
Betriebsdarlehen	55'000	5'000			60'000
Verwaltungsvermögen					
Darlehen gemäss Baubotschaften	134'000	80'000	63'000	72'800	349'800
Darlehen aus Übergangsfinanzierung				5'600	5'600
Darlehen an Spitalverbunde per 31.12.2019	194'042	106'278	87'036	101'413	488'769

Abbildung 45: Ausstehende Darlehen an die Spitalverbunde, Ende Dezember 2019

Auf Basis der aktuell vorliegenden Planungsrechnung entwickelt sich der Darlehensbedarf in den Jahren 2020 bis 2030 wie folgt:

<i>in 1'000 Fr.</i>	SV 1	SV 2	SV 3	SV 4	Total
Investitionen gemäss Baubotschaften	292'202	37'179	30'557	0	359'938
Projektänderungen Baubotschaften ⁵⁷	22'400	0	0	0	22'400
Inneneinrichtung der Bauten	135'170	16'400	10'500	0	162'070
Weitere Bauvorhaben ⁵⁸	0	136'600	0	57'346	193'946
Betriebsdarlehen (u.a. Ablösung Kontokorrentschulden)	0	6'121	7'831	0	13'952
Amortisationen	-173'492	-60'868	-76'405	-21'213	-331'978
Darlehensbedarf Spitalverbunde 2020–2030	276'280	135'432	-27'517	36'133	420'328

Abbildung 46: Darlehensbedarf der Spitalverbunde 2020–2030 (unter Berücksichtigung 4plus5-Strategie, Betriebsoptimierungen, zusätzliche GWL-Beiträge, Restrukturisierungskosten, *ohne* Sanierungsbeiträge)

Der gesamte Darlehensbestand (bereits gewährte Darlehen zuzüglich Darlehensbedarf) entwickelt sich bis 2030 wie folgt:

<i>in 1000 Fr.</i>	SV 1	SV 2	SV 3	SV 4	Total
Darlehen an Spitalverbunde per 31.12.2019	194'042	106'278	87'036	101'413	488'769
Sanierungen im Rahmen dieser Vorlage (vgl. Abschnitt 5.3.4)		-32'000		-56'000	-88'000
Darlehensbedarf 2020–2021	45'844	53'300	11'076	725	110'945
Darlehensbedarf 2022–2024	175'551	70'723	-3'957	-4'847	237'470
Darlehensbedarf 2025–2030	54'885	11'409	-34'636	40'255	71'913
Darlehen an Spitalverbunde per 31.12.2030	470'322	209'710	59'519	81'546	821'097

Abbildung 47: Darlehensbereitstellung der Spitalverbunde 2020–2030 (unter Berücksichtigung 4plus5-Strategie, Betriebsoptimierungen, zusätzliche GWL-Beiträge, Restrukturisierungskosten)

Wie eingangs zu diesem Abschnitt erläutert, kann die Regierung den Spitalverbunden aus dem Finanzvermögen nur Darlehen gewähren, die als kaufmännisch gesichert gelten. Bei der Beurteilung der Darlehenssicherheit wird sie sich an folgenden Richtwerten orientieren:

- Ein neues Darlehen gilt als kaufmännisch gesichert, wenn die Bilanz nach Aufnahme der neuen Darlehen noch einen Mindestanteil an Eigenkapital (Eigenkapitalquote) von 25 Prozent ausweist.

⁵⁷ Die Projektänderungen umfassen: Übernahme des Tiefgaragenanteils Ostschweizer Kinderspital (14,7 Mio. Franken), Notfall- und Strukturbereinigung (7,0 Mio. Franken), effektive Teuerungskosten (0,7 Mio. Franken).

⁵⁸ Im Wert des Spitalverbunds 2 sind enthalten: Nachtragskredit Projekt Grabs (20,5 Mio. Franken), Bauen im Bestand Grabs (Onkologie, ambulante Bereiche; 44,5 Mio. Franken), Erweiterung Grabs gemäss 4plus5-Konzept (64 Mio. Franken). Beim Spitalverbund 4 sind kleinere Anpassungen in Wil und Wattwil für den Betrieb sowie anteilige Investitionen für den Neubau Wil (Total 115 Mio. Franken, Fertigstellung jedoch nach 2030) enthalten.

- Die Planrechnungen (Mittelfristplanungen der Spitäler) müssen zudem aufzeigen, dass der künftige Betrieb nachhaltig finanziert ist und die Eigenkapitalquote in der Planperiode nicht unter 25 Prozent sinken wird. Die Plausibilität wird insbesondere gestützt auf die folgenden Kriterien überprüft: Marktentwicklung, technologische Entwicklung, Regulierungen usw. Des Weiteren wird auch der Investitionszyklus betrachtet.
- Darlehen werden immer über die betriebswirtschaftliche Nutzungsdauer gewährt.

Wird die vorgegebene Eigenkapitalquote nicht erreicht und soll in Kompetenz der Regierung trotzdem ein Darlehen aus dem Finanzvermögen gesprochen werden können, muss der Eigentümer zusätzlich Eigenkapital einlegen – oder auf die Rückzahlbarkeit bestehender Spitaldarlehen verzichten bzw. Darlehen in Eigenkapital umwandeln. Die Kompetenz dazu liegt beim Kantonsrat unter Berücksichtigung der Bestimmungen des Gesetzes über Referendum und Initiative (sGS 125.1; abgekürzt RIG). Beschliesst der Kantonsrat diese Massnahmen nicht, darf aus dem Finanzvermögen kein zusätzliches Darlehen gesprochen werden. Sind die Voraussetzungen für die Gewährung eines Darlehens aus dem Finanzvermögen durch die Regierung nicht gegeben bzw. werden diese nicht geschaffen, kann der Kantonsrat (unter Berücksichtigung der Bestimmungen des RIG) selber Darlehen aus Verwaltungsvermögen beschliessen.

Die Regierung wird in einer ersten Phase des Sanierungsprozesses die Bemessung der Darlehenssicherheit aufgrund der aggregierten Planungsrechnungen über alle vier Spitalverbunde hinweg erstellen, obwohl diese heute noch juristisch unabhängig voneinander sind. Allerdings muss jeder Spitalverbund für sich alleine eine Eigenkapitalquote von mindestens 10 Prozent einhalten. Sollte sich bis zum Jahr 2024 herauskristalisieren, dass die Spitalverbunde auch weiterhin juristisch unabhängig voneinander operieren, wird die Regierung die Bemessungsbasis zur Sicherung der Darlehen auf Ebene der einzelnen Spitalverbunde auf 25 Prozent anheben.

Aufgrund der aktualisierten Mittelfristplanungen ergeben sich für die einzelnen Spitalverbunde unter Berücksichtigung der vorgesehenen Regelung folgende Konsequenzen:

Spitalverbund 1:

Die vorgesehene Darlehensgewährung von insgesamt rund 276 Mio. Franken im Zeitraum 2020–2030 gemäss Plan-Geldflussrechnung kann durch die Regierung erfolgen, da die Eigenkapitalquote des SV 1 über den gesamten Planungszeitraum stets über dem Mindestwert von 25 Prozent liegt.

Spitalverbund 2:

Der Spitalverbund 2 benötigt gemäss der laufenden Investitionsplanung im Zeitraum 2020–2030 Darlehen im Umfang von rund 135 Mio. Franken. Da die Eigenkapitalquote über alle vier Spitalverbunde hinweg – unter Einbezug der im folgenden Abschnitt 5.3.4 vorgesehenen Sanierungsbeiträge – im gesamten Zeitraum 25 Prozent beträgt und der Spitalverbund 2 die minimal geforderte Eigenkapitalquote von 10 Prozent erreicht, kann die Regierung in einer ersten Phase die geplanten Investitionen mittels Darlehen aus dem Finanzvermögen finanzieren. Über die Hälfte der benötigten Investitionen fällt erst nach 2023 an, darunter auch die Erweiterung des Spitals Grabs. Zu diesem Zeitpunkt wird die Regierung basierend auf Zwischenergebnissen ihrer Abklärungen zur künftigen Organisationsform der Spitalverbunde (vgl. Abschnitt 3.2.3) abschätzen können, ob sie sich künftig bei der Bemessung der Eigenkapitalquote auf eine aggregierte Rechnung der Spitalverbunde stützen kann.

Spitalverbund 3:

Zum aktuellen Zeitpunkt kann die Regierung aufgrund der EK-Quote von 21,5 Prozent des SV3 (Budget 2020) weitere Darlehen gewähren, weil die Eigenkapitalquote über alle vier Spitalverbunde hinweg – unter Einbezug entsprechender Sanierungsbeiträge für die Spitalverbunde 2 und 4 – im gesamten Zeitraum 25 Prozent beträgt.

Spitalverbund 4:

Mit einer EK-Quote von 10 Prozent ab Planjahr 2022 kann die Regierung weitere Darlehen nur gewähren, weil die Eigenkapitalquote der Spitalverbunde insgesamt die geforderte Eigenkapitalquote von 25 Prozent überschreitet. Gemäss aktueller Plan-Geldflussrechnung ist ein allfälliger Finanzierungsbedarf jedoch erst im Planjahr 2027 vorgesehen. Zu diesem Zeitpunkt müsste der Spitalverbund 4 – sofern nicht bis zu diesem Zeitpunkt die Spitalverbunde als Gruppe operieren – mit einer Eigenkapitalquote von 25 Prozent ausgestattet werden, damit die Regierung weitere Darlehen aus dem Finanzvermögen sprechen könnte.

5.3.3 Variantenüberlegungen zur Ausgestaltung des Sanierungsbeitrags

Für die Ausrichtung von Sanierungsbeiträgen seitens Kanton sind grundsätzlich drei Varianten möglich: 1) Erhöhung des Eigenkapitals, 2) Verzicht auf Rückzahlung oder Verzinsung von Darlehen (einschliesslich Kontokorrentbestände), 3) Umwandlung von Darlehen in Eigenkapital.

	Erhöhung Eigenkapital	Rückzahlungs-/ Verzinsungsverzicht von Darlehen	Umwandlung Darlehen in Eigenkapital
Finanzielle Auswirkungen Kanton			
Effekt auf Bilanz Kanton	Aktivtausch: Umlagerung von Finanz- in Verwaltungsvermögen	Bilanzverkürzung infolge Wertberichtigung bestehender Darlehen	Aktivtausch: Umlagerung von Finanz- in Verwaltungsvermögen oder Umlagerung innerhalb Verwaltungsvermögen
Effekt auf Erfolgsrechnung Kanton – unmittelbar	Kein Effekt	Mehraufwand aufgrund Wertberichtigung Darlehen Minderertrag aufgrund Wegfall von Zinszahlungen	Minderertrag aufgrund Wegfall von Zinszahlungen
– nachgelagert	Ggf. erfolgswirksame Wertberichtigung der Beteiligung, wenn im Rahmen der Werthaltigkeitstests zum Jahresende die Werthaltigkeit der Beteiligung nicht gegeben ist	Kein Effekt	Ggf. erfolgswirksame Wertberichtigung der Beteiligung, wenn im Rahmen der Werthaltigkeitstests zum Jahresende die Werthaltigkeit der Beteiligung nicht gegeben ist
Effekt auf Geldflussrechnung Kanton	Bei Einlage Barmittel: Mittelabfluss Bei Einlage Sachmittel: kein Mittelabfluss	Mindereinnahmen aufgrund Wegfall Zinszahlungen und Amortisationsleistungen	Mindereinnahmen aufgrund Wegfall Zinszahlungen und Amortisationsleistungen
Finanzielle Auswirkungen Spitalverbunde			
Effekt auf Bilanz Spitalverbunde	Bilanzverlängerung: Zunahme Eigenkapital, Zunahme flüssige Mittel oder Sacheinlagen	Passivtausch von Fremdzug Eigenkapital	Passivtausch von Fremdzug Eigenkapital
Effekt auf Erfolgsrechnung Spitalverbunde	Kein Effekt	Reduktion Finanzaufwand aufgrund Wegfall Zinszahlungen	Reduktion Finanzaufwand aufgrund Wegfall Zinszahlungen
Effekt auf Geldflussrechnung Spitalverbunde	Bei Einlage Barmittel: Mittelzufluss Bei Einlage Sachmittel: Kein Effekt	Reduktion Mittelabfluss aufgrund Wegfall Zinszahlungen und Amortisationsleistungen	Reduktion Mittelabfluss aufgrund Wegfall Zinszahlungen und Amortisationsleistungen
Priorität Sicht Kanton Sicht Spitalverbunde	Hoch Tief (bei Einlage Sachmittel)	Tief Mittel-Hoch	Mittel Mittel-Hoch

Abbildung 48: Varianten des Sanierungsbeitrags

Die Varianten begründen grundsätzlich eine neue ungebundene Ausgabe und bedingen einen referendumpflichtigen Kantonsratsbeschluss (KRB). Eine Ausnahme bildet der Umgang mit Baudarlehen für Bauprojekte, die über Kantonsratsbeschlüsse genehmigt worden sind. Bei diesen Baudarlehen können die Rückzahlungs- oder Verzinsungsverzichte oder die Umwandlung in Eigenkapital mittels eines einfachen KRB herbeigeführt werden.⁵⁹ Bei allen Varianten müssen die Kantonsratsbeschlüsse mit der Sicherstellung bzw. Nichtgefährdung von versorgungspolitisch notwendigen stationären Pflichtleistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung begründet werden können (vgl. Art. 23 des Gesetzes über die Spitalplanung und -finanzierung [sGS 320.1; abgekürzt SPFG]). Unterschiede zwischen den Varianten ergeben sich demnach vor allem hinsichtlich der finanziellen Auswirkungen für den Kanton bzw. die Spitalverbunde (Abbildung 48).

Aus finanzpolitischer Sicht des Kantons stehen die Effekte auf die Erfolgsrechnung im Vordergrund. Die Eigenkapitalerhöhung schneidet in dieser Hinsicht am besten ab, da sie nicht unmittelbar erfolgswirksam ist. Die zweite Variante des Rückzahlungs- oder Verzinsungsverzichts schneidet dagegen am schlechtesten ab, da sie notwendigerweise mit einer sofortigen Wertberichtigung der Darlehen einhergeht und unmittelbar und erheblich erfolgsrelevant ist. Die Umwandlung der Darlehen in Eigenkapital ist die mittlere Variante mit einer nur sehr beschränkten unmittelbaren Erfolgswirksamkeit infolge wegfallender Zinszahlungen.

Aus Sicht der Spitalverbunde steht die Erfolgs- und die Geldflussrechnung im Vordergrund. Die Varianten Rückzahlungs- oder Verzinsungsverzicht sowie Umwandlung Darlehen in Eigenkapital sind diesbezüglich die besseren Varianten.

5.3.4 Ausgestaltung des Sanierungsbeitrags

5.3.4.a Spitalverbund 2

Vor dem Hintergrund der Variantenüberlegungen zur Ausgestaltung des Sanierungsbeitrags und der finanziellen Ausgangslage des Spitalverbunds 2 bietet sich eine Lösung mit Umwandlung von Darlehen in Eigenkapital an.

Die Umwandlung von Darlehen zu Eigenkapital wird im Jahr 2022 im Umfang von 32 Mio. Franken vorgenommen. Sie vermeidet den fast vollständigen Verzehr des Eigenkapitals des Spitalverbunds 2 bis ins Jahr 2028 und strebt eine Eigenkapitalquote von 15 Prozent an. Damit wird sichergestellt, dass die für die Darlehensvergabe temporär akzeptierte Minimalvorgabe einer Eigenkapitalquote von 10 Prozent auch unter Berücksichtigung der Unsicherheiten während der Restrukturierung einschliesslich der noch nicht berücksichtigten Restrukturisierungskosten eingehalten werden kann.

Der Spitalverbund 2 weist per Ende Dezember 2019 die folgenden offenen Kontokorrent- und Baudarlehen aus:

– Kontokorrent	21,3 Mio. Franken
– Baudarlehen mit Laufzeit 01.01.2017–31.12.2050	80,0 Mio. Franken
– Baudarlehen mit Laufzeit 01.12.2019–31.12.2050 (noch nicht bezogen)	67,0 Mio. Franken
– Betriebsdarlehen mit Laufzeit 03.12.2010–03.12.2020	5,0 Mio. Franken

Für die Umwandlung von Darlehen in Eigenkapital in der Höhe von 32 Mio. Franken ist vorgesehen, das Kontokorrent im Umfang von 10 Mio. Franken und Baudarlehen im Umfang des Restbetrags (22 Mio. Franken) umzuwandeln.

⁵⁹ Vgl. Basispapier 2b, Bericht Rechtliche Rahmenbedingungen für die Finanzierung der Spitalverbunde, Ergänzung vom 26. Juni 2019.

5.3.4.b Spitalverbund 4

Vor dem Hintergrund der Variantenüberlegungen zur Ausgestaltung des Sanierungsbeitrags und der finanziellen Ausgangslage des Spitalverbunds 4 bietet sich eine zweiteilige Lösung mit einer liquiditätswirksamen Eigenkapitalerhöhung und einer Umwandlung von Darlehen in Eigenkapital an.

Die Eigenkapitalerhöhung wird im Jahr 2021 mittels Bareinlage des Kantons im Umfang von 10 Mio. Franken vorgenommen, um den Liquiditätsbedarf im Jahr 2021 zu decken und ein negatives Eigenkapital zu vermeiden. In der Bareinlage ist eine Reserve von rund 5 Mio. Franken eingerechnet. Damit soll den diversen Planungsunsicherheiten Rechnung getragen werden, die unter anderem bezüglich eines möglichen Verkaufs der Spitalliegenschaft Wattwil und eines daraus resultierenden Erlöses⁶⁰, aber auch bezüglich der Einhaltung des Umsetzungszeitplans bestehen. Kann beispielsweise die Aufhebung des Spitalstandorts Flawil nicht wie geplant im Jahr 2022 umgesetzt werden, fehlen dem Spitalverbund 4 stationäre Fälle und damit verbundene Erträge, was sich unmittelbar in einem zusätzlichen Liquiditätsbedarf niederschlägt.

Die Umwandlung von Darlehen zu Eigenkapital wird im Jahr 2022 im Umfang von 46 Mio. Franken vorgenommen. Sie vermeidet ein negatives Eigenkapital des Spitalverbunds 4 infolge der a.o. Abschreibung des Gebäudes Wattwil im Jahr 2022 und stellt sicher, dass längerfristig ein Eigenkapitalbestand von 15 Prozent längerfristig nicht unterschritten wird.

Der Spitalverbund 4 weist per Ende Dezember 2019 die folgenden offenen Kontokorrent- und Baudarlehen aus:

– Kontokorrent	23,0 Mio. Franken
– Baudarlehen mit Laufzeit 01.01.2017–31.12.2050	40,0 Mio. Franken
– Baudarlehen mit Laufzeit 01.12.2019–31.12.2050	32,8 Mio. Franken
– Betriebsdarlehen mit Laufzeit 01.12.2019–31.12.2034	9,7 Mio. Franken
(davon per 31.12.2019 5,6 Mio. Franken bezogen / Bezug von 4,1 Mio. im Jahr 2020 vorgesehen)	

Für die Umwandlung von Darlehen in Eigenkapital in der Höhe von 46 Mio. Franken ist vorgesehen, Kontokorrentforderungen von 20 Mio. Franken und Baudarlehen im Umfang des Restbetrags (26 Mio. Franken) umzuwandeln.

6 Finanzielle und personelle Folgen

6.1 Auswirkungen auf die Finanzplanung des Kantons

6.1.1 Finanzplanung

Die Umsetzung des 4plus5-Konzepts zur Weiterentwicklung der Spitalstrategie der St.Galler Spitalverbunde hat für den Kanton St.Gallen in der Erfolgs- und Investitionsrechnung ab den Planjahren 2021 die in Abbildung 49 aufgeführten finanziellen Auswirkungen:

⁶⁰ In den vorliegenden Zahlen ist ein Verkaufserlös von 10 Mio. Franken im Jahr 2024 berücksichtigt.

<i>in Mio. Fr.</i>	AFP 2021	AFP 2022	AFP 2023	2027 ff.
Erfolgsrechnung				
Erhöhung GWL total	10,7	16,2	16,2	20,0
– davon Erhöhung GWL mit Abgeltungscharakter (Assistenzärzte, Unterassistentenärzte, diverse Beiträge)	10,7	10,7	10,7	10,7
– davon Erhöhung GWL für Vorhalteleistungen (Notfallversorgung Regionalspitäler und Gesundheits- und Notfallzentren [GNZ])	-	5,5	5,5	9,3
Minderertrag aus Wegfall von Zinszahlungen bei Umwandlung Darlehen in Eigenkapital (Grössenordnung)	-	0,2	0,2	0,2
Belastung Erfolgsrechnung total (vollständig berücksichtigt im AFP 2021-2023)	10,7	16,4	16,4	20,2
<i>in Mio. Fr.</i>	AFP 2021	AFP 2022	AFP 2023	2027 ff.
Investitionsrechnung				
Sanierungsbeitrag Spitalverbund 4 – Erhöhung Eigenkapital mittels Bareinlage	10,0	-	-	-
Sanierungsbeiträge Spitalverbunde 2 und 4 – Umwandlung bestehende Kontokorrent-Darlehen in Eigenkapital	-	30,0	-	-
– davon Spitalverbund 2	-	10,0	-	-
– davon Spitalverbund 4	-	20,0	-	-
Belastung Investitionsrechnung total (davon berücksichtigt im AFP 2021–2023: 35,2 Mio. Franken)	10,0	30,0	-	-

Abbildung 49: Auswirkungen des 4plus5-Konzepts auf die Finanzplanung des Kantons

Die Übersicht bezüglich der Auswirkungen auf die Erfolgsrechnung basiert auf der Annahme, dass die Werthaltigkeit der Beteiligungen an den Spitalverbunden im Umfeld der neuen Spitalstrategie gesichert ist und dass entsprechend keine erfolgswirksamen Wertberichtigungen an den Beteiligungen bzw. am Dotationskapital der jeweiligen Spitalverbunde notwendig werden.

Das Darlehen aus der Übergangsfinanzierung an den Spitalverbund 4 in der Höhe von 9,7 Mio. Franken wird angesichts der bestehenden Unsicherheiten bezüglich der Rückzahlbarkeit zulasten der Erfolgsrechnung im Rahmen der Jahresabschlüsse 2019 und 2020 wertberichtigt und tangiert somit die oben skizzierten Planjahre 2021 ff. nicht.

Die Umwandlung von bestehenden Darlehen in Eigenkapital in der Höhe von 32 Mio. Franken beim Spitalverbund 2 und von 46 Mio. Franken beim Spitalverbund 4 belastet die Investitionsrechnung ausschliesslich in der Höhe des umzuwandelnden Kontokorrentdarlehens. Dieses ist Teil des Finanzvermögens und ist als erste Darlehenskategorie in Eigenkapital umzuwandeln. Eine Umwandlung in Eigenkapital, das sich im Verwaltungsvermögen befindet, hat zwingend über die Investitionsrechnung zu erfolgen.

Als zweite Darlehenskategorie sollen Baudarlehen, die Teil des Verwaltungsvermögens sind, in der Höhe des verbleibenden Restbetrags von 48 Mio. Franken (Spitalverbund 2: 22 Mio. Franken, Spitalverbund 4: 26 Mio. Franken) in Eigenkapital umgewandelt werden. Eine Umwandlung dieser Darlehen hat eine Verschiebung innerhalb des Verwaltungsvermögens und netto keine Belastung der Investitionsrechnung zur Folge.

Noch nicht eingerechnet ist die durch den Kanton geleitete Konzeptentwicklung der GNZ in den einzelnen Regionen. Für diese Arbeiten wird mit rund 75'000 Franken je Region zu rechnen sein. Die Mittel sind über den allgemeinen Haushalt zu finanzieren.

6.1.2 Risiken bei unvollständiger Umsetzung

Die in Abbildung 49 aufgeführten Planwerte gelten unter der Voraussetzung der vollständigen Umsetzung der 4plus5-Strategie gemäss dieser Vorlage. Bei Nichtumsetzung, unvollständiger oder zeitlich verzögerter Umsetzung werden substantiell höhere Kantonsbeiträge erforderlich. Diese können, wie die Ausführungen zur Weiterführung des Status quo in Abschnitt 2.3.2 gezeigt haben, im ungünstigsten Fall auf über 60 Mio. Franken je Jahr steigen. Die Ausrichtung dieser Beiträge wäre für die Staatsrechnung unmittelbar erfolgswirksam.

Der Kanton weist in seiner Bilanz Beteiligungs- und Darlehenspositionen an den Spitalverbunden im Umfang von 560 Mio. Franken aus (Stand Ende Dezember 2019, vor allfälligen Wertberichtigungen). Die Werthaltigkeit dieser Positionen bei einer fehlenden oder ungenügenden Strukturanpassung wäre von der Ausrichtung der zusätzlichen Kantonsbeiträge abhängig (60 Mio. Franken je Jahr). Würden diese nicht im erforderlichen Mass ausgerichtet, wäre die Werthaltigkeit der Bilanzpositionen in den nächsten Jahren nicht mehr gegeben und sie müssten – ebenfalls erfolgswirksam – abgeschrieben werden.

Bei einem solchen Szenario würden zwangsläufig Eigenkapitalbezüge, Aufwandkürzungen bei anderen Kantonsaufgaben oder Steuererhöhungen erforderlich. Der Kantonsrat hat mit seinen Beschlüssen zum Aufgaben- und Finanzplan 2021–2023 (33.20.04) klar gemacht, dass letztere Option nicht in Frage kommt.

6.2 Personelle Folgen

Die Vorlage hat keine personellen Auswirkungen auf den Kanton. Die personellen Auswirkungen bei den Spitalverbunden sind im Abschnitt 3.6 dargestellt.

7 Notwendige Rechtsgrundlagen und Beschlüsse

7.1 IV. Nachtrag zum Gesetz über die Spitalverbunde

Spitalverbunde sind öffentlich-rechtliche Anstalten, d.h. staatliche Unternehmen (Art. 2 Abs.1 des Gesetzes über die Spitalverbunde [sGS 320.2; abgekürzt GSV]). Deren Tätigkeit im Bereich der stationären Gesundheitsversorgung ist im Gesetz hinreichend geregelt. Die stationären Leistungen sowie die damit zusammenhängenden gemeinwirtschaftlichen Leistungen ergeben sich aus dem Leistungsauftrag nach Art. 4 GSV i.V.m. Art. 10 des Gesetzes über die Spitalplanung und -finanzierung (sGS 320.1; abgekürzt SPFG).

Im Unterschied zu stationären Leistungen stellt die Erbringung ambulanter Leistungen grundsätzlich eine privatwirtschaftliche Tätigkeit dar. Das Bundesgericht hat im Urteil «Glarnersach» vom 3. Juli 2012 (BGE 138 I 378) in Bezug auf eine kantonale Gebäudeversicherung, die sich aus der Wirtschaftsfreiheit ergebenden Anforderungen an privatwirtschaftliche Tätigkeiten des Staates definiert. Die vom Bundesgericht entwickelten Anforderungen an staatliche Wirtschaftstätigkeit sind zu beachten, wenn Spitalverbunde des Kantons St.Gallen im gleichen Markt neben privaten Anbietern, insbesondere zu niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, im ambulanten Bereich tätig werden. Eine Wirtschaftstätigkeit von Spitalverbunden bedarf insbesondere einer Grundlage in einem formellen Gesetz, die zumindest den Sachbereich umschreibt (sogenanntes Spezialitätsprinzip), in dem die Tätigkeit erfolgen soll. Mit Blick auf das öffentliche Interesse genügt es, wenn eine Tätigkeit von Spitalverbunden im ambulanten Bereich aus betriebswirtschaftlichen Gründen sinnvoll ist. Dies ist dann der Fall, wenn zwischen stationärem und ambulantem Bereich Synergien genutzt werden können. Diese Voraussetzung kann auch gegeben sein, wenn Spitalverbunde ambulante Leistungen losgelöst von einem stationären Standort erbringen.

An den erforderlichen Synergien und damit am öffentlichen Interesse fehlt es hingegen, wenn ein Spitalverbund seine stationäre Tätigkeit gänzlich aufgibt oder wenn die stationäre Tätigkeit nur noch eine marginale, nicht versorgungsrelevante Bedeutung hat. Ein öffentliches Interesse ist auch gegeben, wenn über ambulante Angebote eine wohnortnahe Grundversorgung sichergestellt werden soll. Neben dem öffentlichen Interesse ist gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung das Verhältnismässigkeitsprinzip zu beachten, wenn der Staat privatwirtschaftlich tätig wird. Das Verhältnismässigkeitsprinzip wäre dann verletzt, wenn der Kanton ohne zwingendes öffentliches Interesse einen wesentlichen Teil der Wirtschaft mit staatlichen Unternehmen kontrollieren würde. Dies wäre erst dann der Fall, wenn z.B. ambulante Angebote von Spitalverbunden derart ausgebaut würden, dass dadurch konkurrierende Arztpraxen und andere private Anbieter im ambulanten Bereich faktisch vom Markt verdrängt würden. Zur Wahrung der Wettbewerbsneutralität sind zudem Quersubventionierungen vom stationären in den ambulanten Geschäftsbereich eines Spitalverbundes nicht zulässig. Die beiden Bereiche müssen daher kalkulatorisch getrennt sein.

Aufgrund dieser bundesrechtlichen Anforderungen bedarf ein von stationären Leistungen unabhängiges ambulantes Angebot der Spitalverbunde einer ausdrücklichen gesetzlichen Grundlage. Der vorliegende Lösungsvorschlag sieht vor, die Spitalstandorte Flawil, Rorschach, Altstätten, Walenstadt und Wattwil aufzuheben und in diesen Gemeinden Regionale Gesundheits- und Notfallzentren (GNZ) aufzubauen.⁶¹ Abgesehen von einem möglichen kleinen stationären Bettenangebot werden in diesen Zentren ausschliesslich ambulante Leistungen erbracht. Die Leistungserbringung soll in erster Linie durch private Anbieter erbracht werden. Für den Fall, dass Private das Angebot der GNZ nicht hinreichend aufbauen oder sicherstellen können, muss der Betrieb jedoch durch die Spitalverbunde erfolgen.

Durch die Anpassung des Gesetzes über die Spitalverbunde wird die gesetzliche Grundlage für dieses Engagement geschaffen. In Art. 2^{bis} des Entwurfs wird eine Unterscheidung zwischen Spitalstandorten mit einem Mehrspartenangebot und Standorten mit einem GNZ mit einem auf den regionalen Bedarf abgestimmten Notfallversorgungs- und Bettenangebot eingeführt. Die Standorte werden im Kantonsratsbeschluss über die Festlegung der Spitalstandorte (vgl. nachstehender Abschnitt 7.2) bezeichnet.

Durch den neuen Art. 4^{bis} Abs. 1 des Entwurfs werden die Spitalverbunde ermächtigt, weitere Leistungen mit Bezug zur Gesundheitsversorgung anzubieten. Die Bestimmung stellt klar, dass sämtliche Leistungen der Spitalverbunde einen Bezug zur Gesundheitsversorgung aufweisen müssen. Damit sind aber nicht nur Leistungen der Gesundheitsversorgung selbst erfasst. Einen Bezug zur Gesundheitsversorgung weisen z.B. auch IT-Leistungen in diesem Bereich oder Leistungen im Bereich der Qualitätssicherung auf. Den Spitalverbunden soll daher ein Spielraum für weitere Leistungen eingeräumt werden, ohne dass sie aber ausserhalb der Gesundheitsversorgung tätig werden können. Dabei wird durch Art. 4^{bis} Abs. 2 des Entwurfs sichergestellt, dass die Kosten und Erträge aus den weiteren Leistungen kalkulatorisch von den Kosten und Erträgen aus dem stationären Bereich getrennt werden. Dies ermöglicht eine Überprüfung des Verbots von Quersubventionierungen der privatwirtschaftlichen Tätigkeiten mit Mitteln der öffentlichen Hand.

Durch die Ergänzung mit Art. 4^{ter} werden die Spitalverbunde verpflichtet, an den Standorten gemäss Art. 2^{bis} GSV des Entwurfs ein GNZ zu betreiben, soweit dieses Angebot nicht hinreichend durch private Leistungserbringer aufgebaut und sichergestellt werden kann. Die Regierung sieht vor, dass das zuständige Departement das im GNZ zu erbringende, bedarfsorientierte Notfallversorgungs- und Bettenangebot gemeinsam mit den in der Region tätigen niedergelassenen Leis-

⁶¹ Im Rahmen der vorgesehenen Berichterstattung zu den vertieften Abklärungen einer weitergehenden Zusammenarbeit mit den Kantonen Graubünden und Glarus kann die Regierung die Weiterführung eines stationären Angebots am Spitalstandort Walenstadt beantragen (vgl. nachstehender Abschnitt 7.2).

leistungserbringern und Spitalverbunden ermittelt und darauf basierend die Leistungsaufträge definiert. Können die Leistungsaufträge anschliessend nicht einem privaten Anbieter erteilt werden, ist der Betrieb der GNZ durch die Spitalverbunde sicherzustellen. Der zweite Satz des Art. 4^{ter} legt fest, dass in diesem Fall soweit möglich mit privaten Leistungserbringern zusammenzuarbeiten ist. Für die Zusammenarbeit sind unterschiedliche Formen möglich. Die Spitalverbunde können so z.B. mit anderen Leistungserbringern Gesundheitszentren gründen oder sich an bestehenden Zentren beteiligen. Dabei gilt es jedoch, die Genehmigungspflichten nach Art. 17^{octies} Abs. 1 Bst. a und b sowie Abs. 2 Bst. b GSV zu berücksichtigen. Der Erwerb oder die Veräusserung von Beteiligungsrechten bedarf der Genehmigung durch die Regierung, wenn der Preis die Betragsgrenze des allgemeinen fakultativen Finanzreferendums überschreitet oder eine Gesellschaft mit mehr als 3 Mio. Franken Eigenkapital gegründet wird. Die Gründung einer Gesellschaft mit mehr als 15 Mio. Franken Eigenkapital bedarf der Genehmigung durch den Kantonsrat. Diese Genehmigungsvorbehalte stellen bei gewichtigen Kooperationen eine Mitbestimmung durch Regierung und Kantonsrat sicher.

Art. 4^{quater} legt fest, dass die Spitalverbunde ausserhalb der Spitalinfrastruktur und der GNZ weitere ambulante Leistungen erbringen können. Als Spitalinfrastruktur gelten jene Einrichtungen, in denen die stationären Leistungen namentlich im Rahmen des Leistungsauftrags und der damit verbundenen spitalambulanten Leistungen erbracht werden. Eine detaillierte Umschreibung der ambulanten Leistungen ist nicht erforderlich.⁶² Auch in Art. 4^{quater} wird diese Ermächtigung dadurch eingeschränkt, dass die Tätigkeit nur zulässig ist, wenn private Leistungserbringer die bedarfsgerechte Versorgung nicht ausreichend sicherstellen können.

Die Ermächtigung zur Erbringung weiterer Leistungen wird auch dadurch eingeschränkt, dass die Erbringung weiterer Leistungen nur zulässig ist, wenn Letztere weder den stationären Leistungsauftrag gemäss Art. 4 GSV i.V.m. 10 SPFG beeinträchtigen noch die langfristige Gesundheitsversorgung der St.Galler Bevölkerung gefährden. Damit wird auf die gleiche Formulierung wie in Art. 16 SPFG abgestellt, wonach sämtliche Leistungserbringer, die über einen Leistungsauftrag des Kantons im stationären Bereich verfügen, im Rahmen ihrer Kompetenzen weitere Leistungen anbieten können, soweit die Erfüllung des kantonalen Leistungsauftrags und die langfristige Gesundheitsversorgung nicht beeinträchtigt werden. Die Spitalverbunde können demnach unter den gleichen Voraussetzungen wie private Leistungserbringer mit einem Leistungsauftrag weitere Leistungen im Bereich der Gesundheitsversorgung erbringen.

Abschliessend sei darauf hingewiesen, dass die ambulante Tätigkeit von Spitalunternehmen im Besitz der öffentlichen Hand in anderen Kantonen in weit grösserem Ausmass erfolgt als im Kanton St.Gallen. Beispiele dafür sind Beteiligungen der Spital Thurgau AG an einer Arztpraxis in Stein am Rhein oder an Radiologie-Instituten im Kanton St.Gallen, Beteiligungen des Kantonsspitals Luzern an Gesundheitszentren in der Stadt Luzern und in Kriens sowie der Betrieb eines Gesundheitszentrums am Flughafen Zürich (Circle) durch das Universitätsspital Zürich. Vor diesem Hintergrund erscheint eine gesetzliche Grundlage für weitere Leistungen der Spitalverbunde mit Bezug zur Gesundheitsversorgung als angezeigt.

Im Rahmen der Schaffung der gesetzlichen Grundlage für die ambulante Tätigkeit der Spitalverbunde namentlich ausserhalb der bestehenden Spitalstrukturen im GSV soll Art. 24 Abs. 1 SPFG durch einen Bst. e dahingehend ergänzt werden, dass der Kanton auch Beiträge an die ungedeckten Kosten zur Sicherstellung der regionalen Notfallversorgung leisten kann. Damit gemeint sind Beiträge an Vorhalteleistungen, die notwendig sind, um die regionale Notfallversorgung – je nach Bedarf rund um die Uhr während 24 Stunden – zu gewährleisten. Diese Bestimmung schafft

⁶² Vgl. Basispapier 2d, Gutachten B. Rütscbe betreffend rechtliche Grundlagen für ambulante Angebote öffentlicher Spitäler, Ziff. 36.

die gesetzliche Grundlage zur Finanzierung des an den Regionalen Gesundheits- und Notfallzentren vorgesehenen, auf den regionalen Bedarf abgestimmten Notfallversorgungs- und Bettenangebots. Da diese Leistungen zum Service public gehören und nicht kostendeckend betrieben werden können, soll der Kanton jährliche Beiträge an die Notfallversorgung leisten (vgl. Kantonsratsbeschluss über die Gewährung von Beiträgen für die Notfallversorgung). Darüber hinaus soll in Art. 24 Abs. 1 Ingress SPFG präzisiert werden, dass neben den Spitälern mit Standort im Kanton St.Gallen auch weitere Leistungserbringer mit Standort im Kanton St.Gallen Beitragsempfänger sein können.

7.2 Kantonsratsbeschluss über die Festlegung der Spitalstandorte

Mit dem Nachtrag zum GSV vom 22. November 2005 (nGS 41-7) wurde Art. 2^{bis} GSV betreffend Zuständigkeit des Kantonsrates zur Festlegung der Spitalstandorte eingefügt. Bisher erfolgte kein solcher Kantonsratsbeschluss. Das Fehlen eines solchen Kantonsratsbeschlusses kann damit begründet werden, dass eine formelle Beschlussfassung des Kantonsrates über die Spitalstandorte nur bei einer Änderung des Status quo als erforderlich erachtet wurde. Gleichzeitig mit Vollzugsbeginn des Nachtrags zum GSV trat auch das vom Verwaltungsrat der Spitalverbunde erlassene und von der Regierung genehmigte Statut der Spitalverbunde (sGS 320.30, abgekürzt SSV) in Vollzug, in dem die Betriebsstätten der Spitalverbunde in Art.1 genannt werden. Aus der Tatsache, dass der Kantonsrat die Spitalstandorte bisher nicht ausdrücklich festgelegt hat, kann jedoch nicht abgeleitet werden, dass ein anderes Organ bis zum Erlass eines solchen Beschlusses Änderungen am Status quo vornehmen könnte. Damit würde die Zuständigkeit des Kantonsrates unterlaufen. So ist eine Änderung von Art. 1 SSV in Bezug auf die Betriebsstätten der Spitalverbunde nur möglich, wenn der Kantonsrat auf Grundlage von Art. 2^{bis} GSV einen entsprechenden Beschluss fasst. Der Beschluss untersteht nach Art. 4 ff. des Gesetzes über Referendum und Initiative (sGS 125.1; abgekürzt RIG) e contrario keinem Referendum. Nach Art. 2 Bst. g des Geschäftsreglements des Kantonsrates (sGS131.11; abgekürzt GeschKR) beschliesst der Kantonsrat über Gegenstände, für die der Kantonsrat abschliessend zuständig ist, durch einfachen Kantonsratsbeschluss.

Die Regierung strebt mit der vorgeschlagenen Lösung die Umwandlung von fünf Spitalstandorten der Spitalverbunde in Regionale Gesundheits- und Notfallzentren (GNZ) an. Damit muss sie dem Kantonsrat einen Kantonsratsbeschluss über die Festlegung der Spitalstandorte unterbreiten. Bei der Ausgestaltung dieses Kantonsratsbeschlusses sind die Begriffe «Spital», «Spitalstandort» und «Betriebsstätte» zu unterscheiden:

Die Definition eines *Spitals* ergibt sich für das kantonale Recht aus Art. 2 Bst. a SPFG. In Anlehnung an Art. 39 Abs. 1 KVG gilt als Spital die «Gesamtheit der Institutionen, einschliesslich Geburtshäuser, oder deren Abteilungen, die der stationären Behandlung akuter Krankheiten oder der stationären Durchführung von Massnahmen der medizinischen Rehabilitation dienen».

Als *Betriebsstätte* werden alle organisatorischen Untereinheiten eines Spitalverbundes bezeichnet. Jede Betriebsstätte eines Spitalverbundes verfügt über einen *Standort*, an dem die stationäre Behandlung akuter Krankheiten erfolgt. Aufgrund der Systematik bezieht sich Art. 2^{bis} GSV lediglich auf diese Standorte der Betriebsstätten der Spitalverbunde. Eine Betriebsstätte ohne stationäres Leistungsangebot, wie beispielsweise der Verwaltungsstandort Rebstein der Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland, fällt nicht unter den Geltungsbereich von Art. 2^{bis} GSV. Demnach ist Art. 2^{bis} GSV wie folgt zu verstehen: «Der Kantonsrat legt die Standorte der Betriebsstätten der Spitalverbunde zur stationären Behandlung akuter Krankheiten fest.» Nicht als Spitalstandorte aufgenommen werden die Verwaltungsstandorte der Spitalverbunde.

Der vorliegende Lösungsansatz sieht vor, dass an vier Standorten Betriebsstätten der Spitalverbunde zur stationären Behandlung akuter Krankheiten im Rahmen eines sogenannten Mehrspartenspitals sichergestellt bleiben. An fünf Standorten wird ein Gesundheits- und Notfallzentrum (GNZ) sichergestellt. Die Standorte mit GNZ kombinieren ein umfassendes ambulantes Leistungsangebot mit einem Walk-in-Notfall, der bei Bedarf und in Abstimmung mit der niedergelassenen Ärzteschaft auf einen 7-Tage- und 24-Stunden-Betrieb ausgedehnt sowie mit einem kleinen Bettenangebot für stationäre Kurzaufenthalte von in der Regel höchstens 24 Stunden ergänzt werden kann. Da somit auch die GNZ über ein minimales Bettenangebot verfügen können, an denen eine Betreuung über Nacht möglich ist, können diese Standorte rechtlich ebenfalls als Spitäler gelten. Deshalb sind auch diese Standorte in den Kantonsratsbeschluss über die Festlegung der Spitalstandorte aufzunehmen.

Innerhalb des Beschlusses über die Festlegung der Spitalstandorte soll jedoch zwischen den Spitalstandorten mit einem Mehrspartenangebot und den Standorten mit einem GNZ unterschieden werden. In *Ziff. 1* des Beschlusses werden die Spitalstandorte und damit gleichzeitig die zuständigen Leistungserbringer verbindlich festgehalten. Die Spitalverbunde sind verpflichtet, in den genannten Spitälern ein stationäres Mehrspartenangebot zu betreiben. In *Ziff. 2* wird festgelegt, an welchen Standorten ein GNZ sicherzustellen ist. Es können an diesem Standort auch weitere Leistungen erbracht werden. Der Kantonsratsbeschluss legt dabei den örtlichen Standort der Leistungen fest. Die GNZ sollen innerhalb der Standortgemeinde des bisherigen Spitals aufgebaut werden. Falls sich aus der Konzeption der GNZ ein Standortwechsel aufdrängt und dies von der niedergelassenen Ärzteschaft auch unterstützt wird, kann der Kantonsratsbeschluss angepasst werden.

Die GNZ sollen nach Möglichkeit durch private Trägerschaften oder durch privat-öffentliche Besitzerstrukturen mit Beteiligung der Spitalverbunde betrieben werden. Das Engagement der Spitalverbunde im Bereich GNZ erfolgt subsidiär, d.h. sie unterstützen private Anbieter, wenn diese das ambulante Angebot (einschliesslich Notfallversorgung oder Betrieb von Betten für kurzstationäre Aufenthalte) nicht ausreichend erbringen oder weiterentwickeln können.

Am Standort Walenstadt wird vorerst ein Spital weiterbetrieben. Zusammen mit den Kantonen Graubünden und Glarus sowie den Kantonsspitalern Graubünden und Glarus soll die Frage einer möglichen Kooperation mit dem Spitalstandort Walenstadt geprüft werden. Dieser Schritt steht auch im Einklang mit der Zielsetzung der gemeinsamen Absichtserklärung, welche die Kantone Appenzell Ausserrrhoden, Appenzell Innerrhoden, Glarus, Graubünden und St.Gallen verabschiedet haben, eine Mengenausweitung in der Ostschweiz zu verhindern. Die Regierung wird dem Kantonsrat drei Jahre nach dem Vollzugsbeginn des Erlasses zur vorliegenden Spitalstrategie Bericht erstatten und Antrag stellen über die allfällige Weiterführung eines Spitalstandorts mit stationärem Angebot in Walenstadt, die allfällige Herauslösung des Spitals Walenstadt aus der Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland oder die Realisierung eines GNZ in Walenstadt. Darüber hinaus wird über die Konkretisierung des Investitionsbedarfs am Spital Grabs Bericht erstattet.

7.3 Aufhebung des Kantonsratsbeschlusses über die Erneuerung und Erweiterung des Spitals Altstätten

Mit den Kantonsratsbeschlüssen über die Investitionen in die Infrastruktur der öffentlichen Spitäler⁶³ (nachfolgend KRB Investitionen) haben die Stimmberechtigten am 30. November 2014 die Kredite für die aktuellen Spitalbauprojekte bewilligt, so auch mit dem Kantonsratsbeschluss über die Erneuerung und Erweiterung des Spitals Altstätten (sGS 321.941.2). Zur Deckung der Kosten wurde ein Kredit von 85 Mio. Franken gewährt. Mit dem III. Nachtrag zum Gesetz über die Spitalverbunde (nGS 2016-077) und dem Kantonsratsbeschluss über die Übertragung der Spitalimmobilien (sGS 320.201; nachfolgend KRB Übertragung) hat der Kanton der Spitalanlagengesellschaft der Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland die Spitalgrundstücke bzw. -gebäude des Spitalstandorts Altstätten zu Eigentum übertragen. Nach Ziff. 4 KRB Übertragung setzt die Spitalanlagengesellschaft das im genannten Kantonsratsbeschluss enthaltene Spitalbauprojekt in Altstätten auf eigene Rechnung um. Die Regierung kann der Spitalanlagengesellschaften hierfür rückzahlbare Darlehen gewähren (Ziff. 5 KRB Übertragung).

Der Verwaltungsrat der Spitalverbunde des Kantons St.Gallen hat am 27. August 2018 mit Blick auf das Projekt «Weiterentwicklung der Strategie der St.Galler Spitalverbunde» beschlossen, für das Bauprojekt Altstätten eine Denkpause einzulegen. Mit Schreiben vom 8. März 2019 stellte der Verwaltungsrat der Spitalanlagengesellschaft der Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland bei der Regierung den Antrag, die Denkpause für das Bauprojekt Altstätten bis zum Abschluss des Projekts Weiterentwicklung zu verlängern. Die Verschiebung der integralen Umsetzung des Bauprojekts um mehrere Jahre gilt als wesentliche Projektänderung und bedarf der Genehmigung der Regierung gemäss Ziff. 4 Abs. 3 KRB Übertragung. Der Antrag des Verwaltungsrates der Spitalanlagengesellschaft der der Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland betreffend Verlängerung der Denkpause für das Bauprojekt Altstätten wurde von der Regierung am 7. Mai 2019 genehmigt.

Der Lösungsvorschlag sieht vor, am Spitalstandort Altstätten ein GNZ zu betreiben. Die Ausführung des ursprünglichen Bauprojekts ist deshalb nicht mehr zielführend und würde zu Investitionen in eine nicht mehr benötigte Infrastruktur führen. Aufgrund der Ergebnisse des Projekts «Weiterentwicklung der Strategie der St.Galler Spitalverbunde» soll daher auf Umsetzung des ursprünglichen Bauprojekts in Altstätten verzichtet werden.

Aufgrund dieses formellen Projektverzichts ist der Kantonsratsbeschluss über die Erneuerung und Erweiterung des Spitals Altstätten vom 30. November 2014 aufzuheben. Die Aufhebung eines KRB Investitionen muss vom Kantonsrat beschlossen werden – und untersteht nach Art. 7 Abs. 2 Satz 1 RIG dem fakultativen Finanzreferendum.

Mit der Aufhebung des KRB Investitionen betreffend das Bauprojekt Altstätten wird im Rahmen einer Drittänderung auch der KRB Übertragung bereinigt: Ziff. 4 Abs. 1 Bst. b (Umsetzung des Bauprojekts auf eigene Rechnung durch die zuständige Spitalanlagengesellschaft) kann gestrichen werden.

⁶³ Kantonsratsbeschluss über den Neubau der Häuser 07A/07B des Kantonsspitals St.Gallen (sGS 321.916.3), Kantonsratsbeschluss über die Erneuerung und Erweiterung des Spitals Altstätten (sGS 321.941.2), Kantonsratsbeschluss über die Erneuerung und Erweiterung des Spitals Grabs (sGS 321.951.3), Kantonsratsbeschluss über die Erneuerung und Erweiterung des Spitals Linth (2. Etappe) (sGS 321.961.2), Kantonsratsbeschluss über die Erneuerung und Erweiterung des Spitals Wattwil (sGS 321.971.1).

7.4 Aufhebung des Kantonsratsbeschlusses über die Erneuerung und Erweiterung des Spitals Wattwil

Mit den KRB Investitionen haben die Stimmberechtigten am 30. November 2014 die Kredite für die aktuellen Spitalbauprojekte bewilligt, so auch mit dem Kantonsratsbeschluss über die Erneuerung und Erweiterung des Spitals Wattwil (sGS 321.971.1). Zur Deckung der Kosten wurde ein Kredit von 85 Mio. Franken gewährt. Mit dem III. Nachtrag zum Gesetz über die Spitalverbunde (nGS 2016-077) und dem KRB Übertragung hat der Kanton der Spitalanlagengesellschaft der Spitalregion Fürstenland Toggenburg die Spitalgrundstücke bzw. -gebäude des Spitalstandorts Wattwil zu Eigentum übertragen. Nach Ziff. 4 KRB Übertragung setzt die Spitalanlagengesellschaft das im genannten Kantonsratsbeschluss enthaltene Spitalbauprojekt in Wattwil auf eigene Rechnung um. Die Regierung kann der Spitalanlagengesellschaften hierfür rückzahlbare Darlehen gewähren (Ziff. 5 KRB Übertragung).

Der Verwaltungsrat der Spitalverbunde des Kantons St.Gallen hat am 27. August 2018 mit Blick auf das Projekt «Weiterentwicklung Strategie der St.Galler Spitalverbunde» beschlossen, die Etappe 2 des Bauprojekts Wattwil reduziert weiterzuführen und für die weiteren Bauarbeiten eine Denkpause einzulegen. Mit Schreiben vom 14. März 2019 stellte der Verwaltungsrat der Spitalanlagengesellschaft der Spitalregion Fürstenland Toggenburg bei der Regierung den Antrag, die Denkpause für das Bauprojekt Wattwil bis zum Abschluss des Projekts Weiterentwicklung zu verlängern. Die Verschiebung der integralen Umsetzung des Bauprojekts um mehrere Jahre gilt als wesentliche Projektänderung und bedarf der Genehmigung der Regierung gemäss Ziff. 4 Abs. 3 KRB Übertragung. Der Antrag des Verwaltungsrates der Spitalanlagengesellschaft der Spitalregion Fürstenland Toggenburg betreffend Verlängerung der Denkpause für das Bauprojekt Wattwil wurde von der Regierung am 7. Mai 2019 genehmigt.

Der Lösungsvorschlag sieht vor, am Spitalstandort Wattwil ein GNZ zu betreiben. Die Fertigstellung des Bauprojekts ist deshalb nicht mehr zielführend und würde zu Investitionen in eine nicht mehr benötigte Infrastruktur führen. Aufgrund der Ergebnisse des Projekts «Weiterentwicklung der Strategie der St.Galler Spitalverbunde» soll daher auf die Fertigstellung des ursprünglichen Bauprojekts in Wattwil verzichtet werden.

Aufgrund dieses formellen Projektverzichts ist der Kantonsratsbeschluss über die Erneuerung und Erweiterung des Spitals Wattwil vom 30. November 2014 aufzuheben. Die Aufhebung eines KRB Investitionen muss vom Kantonsrat beschlossen werden – und untersteht nach Art. 7 Abs. 2 Satz 1 RIG dem fakultativen Finanzreferendum.

Mit der Aufhebung des KRB Investitionen betreffend das Bauprojekt Wattwil wird im Rahmen einer Drittänderung auch der KRB Übertragung bereinigt: Ziff. 4 Abs. 1 Bst. e (Umsetzung des Bauprojekts auf eigene Rechnung durch die zuständige Spitalanlagengesellschaft) kann gestrichen werden.

7.5 Stärkung des Eigenkapitals der Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland und der Spitalregion Fürstenland Toggenburg nach Art. 23 des Gesetzes über Spitalplanung und -finanzierung

7.5.1 Voraussetzungen für eine Erhöhung von Eigenkapital

Die Spitalverbunde sind nach Art. 2 GSV selbständige öffentlich-rechtliche Anstalten. Der Kanton St.Gallen ist Träger und damit formell auch Eigentümer dieser vier Anstalten. Nach Art. 9 GSV verfügen die Spitalverbunde über ein Dotationskapital des Kantons. Aus der systematischen Stel-

lung der Bestimmung, die nicht als Übergangsbestimmung ausgestaltet wurde, lässt sich ableiten, dass dem Kanton als Eigentümer im Rahmen bundesrechtlicher Vorgaben das Recht und die Pflicht zukommt, Eigenkapital in die Spitalverbunde einzubringen.

Die Einlage von Eigenkapital in die Spitalverbunde führt zu einer Umlagerung von Finanzvermögen in Verwaltungsvermögen und damit zu einer Ausgabe.

Aus Art. 9 GSV lässt sich die Anforderung ableiten, dass ein Spitalverbund über ein Dotationskapital des Kantons verfügen muss und daher in keinem Zeitpunkt über ein negatives Eigenkapital verfügen kann. Daraus ergibt sich die Frage, ob eine Eigenkapitaleinlage des Kantons zur Vermeidung eines negativen Eigenkapitals eine gebundene und damit nicht dem Finanzreferendum unterstehende Ausgabe darstellt. Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtes liegt immer dann eine neue Ausgabe vor, wenn zwar der grundlegende Erlass eine ausgabenrelevante Aufgabe vorsieht, die Modalitäten jedoch weitgehend offenbleiben. Der Bereich der gebundenen Ausgaben wird durch diese Begriffsbestimmung des Bundesgerichtes⁶⁴, insbesondere durch das Erfordernis des fehlenden Handlungsspielraums, tendenziell eingeschränkt. Das massgebliche Unterscheidungskriterium bildet der substanzielle Entscheidungsspielraum bzw. die bestehende Handlungsfreiheit. Die rechtliche Beurteilung des Entscheidungsspielraums ist weitgehend eine Ermessensfrage.⁶⁵ Letztlich ausschlaggebend ist, ob eine Ausgabe durch einen Grunderlass so stark vorherbestimmt ist, dass für ihre Vornahme in sachlicher, örtlicher und zeitlicher Hinsicht kein erheblicher Handlungsspielraum mehr besteht. Ist dies der Fall, liegt eine gebundene Ausgabe vor.⁶⁶ Art. 9 GSV schränkt die Modalitäten, wie und in welcher Form das Eigenkapital eingebracht wird, in keiner Art und Weise ein. Neben Barmitteln können insbesondere auch Sacheinlagen eingebracht werden. Aufgrund dieses grossen Handlungsspielraums ist nicht von einer gebundenen Ausgabe, sondern auch bei einer Eigenkapitaleinlage zur Vermeidung eines negativen Eigenkapitals von einer neuen Ausgabe auszugehen.

Eine Kapitalerhöhung steht in einem Spannungsverhältnis zur Wettbewerbsneutralität.⁶⁷ Kapitalerhöhungen sind daher denselben Voraussetzungen zu unterstellen wie Betriebs- und Investitionskostenbeiträge nach Art. 23 SPFG, die allen Spitälern mit Standort im Kanton St.Gallen gewährt werden können.

7.5.2 Voraussetzungen nach Art. 23 des Gesetzes über Spitalplanung und -finanzierung

Der Kanton kann den Spitalverbunden *nach Art. 23 SPFG Betriebs- und Investitionskostenbeiträge für stationäre Pflichtleistungen* gewähren. Grundsätzlich haben sämtliche Beiträge an die Spitalverbunde für stationäre Leistungen ausserhalb der Abgeltung von Leistungsaufträgen den in Art. 23 SPFG definierten und bundesrechtskonform ausgelegten Voraussetzungen zu genügen. Dabei ist es unerheblich, ob es sich um einen Betriebsbeitrag, einen Investitionsbeitrag, ein nicht den kaufmännischen Grundsätzen entsprechendes Darlehen oder um die Erhöhung von Eigenkapital handelt. Die Ausrichtung dieser Beiträge ist entsprechend der ordentlichen finanzrechtlichen Zuständigkeitsordnung zu beschliessen.

Nach Art. 3 Bst. c SPFG beschliesst der Kantonsrat zusätzliche Beiträge zur Sicherstellung versorgungspolitisch notwendiger Leistungen. Im Unterschied zu Art. 3 Bst. b SPFG wurde in Art. 3 Bst. c SPFG auf den Zusatz «im Rahmen des Voranschlags» verzichtet. Der Gesetzestext deutet

⁶⁴ BGE 125 I 87 Erw. 3b; 117 Ia 59 Erw. 4c; 115 Ia 139 Erw. 2c; 113 Ia 390 Erw. 4; 112 Ia 50 Erw. 4a.

⁶⁵ Umfassende Darstellung der Problematik in Y. Hangartner / A. Kley, Die demokratischen Rechte in Bund und Kantonen der Schweizerischen Eidgenossenschaft, Zürich 2000, Rz. 1851 ff.

⁶⁶ BGE 123 I 78 Erw. 3b.

⁶⁷ Vgl. Basispapier 2c, Gutachten B. Rütsche betreffend bundesrechtliche Vorgaben für die Finanzierung der Spitalverbunde durch den Kanton, Rz. 82 ff.

daher darauf hin, dass die Beiträge nach Art. 3 Bst. c SPFG im Unterschied zu den Kantonsbeiträgen für die stationäre Gesundheitsversorgung nach Art. 3 Bst. b SPFG im ordentlichen Verfahren zu beschliessen sind. Weder aus den Materialien noch aus der Staatspraxis ergeben sich Hinweise, dass mit Art. 3 Bst. c SPFG eine Abkehr von der allgemeinen Zuständigkeitsordnung in Bezug auf die Beschlussfassung über kantonale Beiträge geschaffen wurde. So wurde etwa der Kantonsbeitrag an die Sanierung und Erweiterung der Geriatrischen Klinik St.Gallen, der sich ausdrücklich auf Art. 23 SPFG (und damit auch auf Art. 3 Bst. c SPFG) abstützte, vom Kantonsrat mit einem gesonderten Kantonsratsbeschluss (Sonderkredit) gewährt, der dem obligatorischen Finanzreferendum unterstand.⁶⁸

Beiträge nach Art. 23 SPFG sind daher nach Art. 52 Abs. 3 StVG im Rahmen eines gesonderten Kantonsratsbeschlusses zu beschliessen und nach Art. 7 RIG dem fakultativen Finanzreferendum zu unterstellen, wenn damit zulasten des Kantons eine einmalige neue Ausgabe von Fr. 3'000'000.– bis Fr. 15'000'000.– oder eine während mindestens zehn Jahren wiederkehrende neue Jahresausgabe von Fr. 300'000.– bis Fr. 1'500'000.– verbunden ist. Der Kantonsratsbeschluss untersteht nach Art. 6 RIG dem obligatorischen Finanzreferendum, wenn damit eine einmalige neue Ausgabe von mehr als Fr. 15'000'000.– oder eine während mindestens zehn Jahren wiederkehrende neue Jahresausgabe von mehr als Fr. 1'500'000.– verbunden ist.

Die Beiträge nach Art. 23 SPFG können unter folgenden Voraussetzungen ausgerichtet werden:

1. Sicherstellung versorgungspolitisch notwendiger Leistungen

Aufgrund der bundesrechtlichen Vorgaben in Bezug auf die Finanzierung der Pflichtleistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sind an kantonalrechtliche Zusatzleistungen hohe Anforderungen zu stellen. Die Bestimmung ist daher bundesrechtskonform auszulegen. Die Beiträge dürfen demnach im Einzelfall nur für Listenspitäler gesprochen werden, die voraussichtlich auch in Zukunft «listenfähig», d.h. in der Lage sein werden, die Spitalplanungskriterien zu erfüllen und damit auf der Spitalliste des Kantons zu bleiben.

2. Spitäler mit Standort im Kanton St.Gallen

Die Definition eines Spitals ergibt sich für das kantonale Recht aus Art. 2 Bst. a SPFG. In Anlehnung an Art. 39 Abs. 1 KVG gilt als Spital die «Gesamtheit der Institutionen, einschliesslich Geburtshäuser, oder deren Abteilungen, die der stationären Behandlung akuter Krankheiten oder der stationären Durchführung von Massnahmen der medizinischen Rehabilitation dienen». Analog zur Auslegung von Art. 2^{bis} GSV («Der Kantonsrat legt die Spitalstandorte fest.») ist in Bezug auf die Standorte auf den Standort einer Betriebsstätte eines Spitals abzustellen und nicht auf den rechtlichen Sitz eines Spitalunternehmens. Die Beiträge können daher an Betriebsstätten von (öffentlichen und privaten) Spitälern mit Standort im Kanton St.Gallen ausgerichtet werden.

3. Im Rahmen der Spitalplanung zusätzlich zur Abgeltung nach Art. 49 Abs. 1 KVG

Zusatzbeiträge können nur an Spitäler ausgerichtet werden, die auf der Spitalliste aufgenommen wurden und Leistungsaufträge zu erfüllen haben. Die Zusatzbeiträge werden dabei als Zuschläge zu den im Rahmen der Leistungsaufträge gestützt auf das KVG ausgerichteten Beiträgen ausgerichtet. Beiträge an Spitäler, die nicht auf der Spitalliste aufgenommen wurden, oder Beiträge an Leistungen, für die kein Leistungsauftrag besteht, können daher gestützt auf diese Bestimmung nicht ausgerichtet werden. Die Bestimmung bietet auch keine Grundlage für Beiträge an ambulante Leistungen, die nicht für die Erbringung versorgungspolitisch notwendiger stationärer Pflichtleistungen erforderlich sind.

⁶⁸ Vgl. insbesondere Abschnitt 6.2 und 6.4 von Botschaft und Entwurf der Regierung vom 14. Oktober 2014 zu einem Kantonsratsbeschluss über den Kantonsbeitrag und die Gewährung eines Darlehens an die Sanierung und Erweiterung der Geriatrischen Klinik St.Gallen (38.14.02).

4. Beiträge an Betriebs- und Investitionskosten

Die Bestimmung lässt Beiträge an den Betrieb oder an Investitionen zu. Durch die Bestimmung nicht abgedeckt wäre demnach eine Defizitgarantie.

5. Höhe

Art. 23 Abs. 1 SPFG enthält keine Begrenzung der Beitragshöhe. Die Beiträge sind soweit zulässig, als sie zur Sicherstellung versorgungspolitisch notwendiger Leistungen erforderlich sind. Diese Zweckbindung ist bei der Bemessung der Beitragshöhe zu beachten. Durch Sinn und Zweck der Bestimmung nicht abgedeckt wäre zudem, wenn Betriebs- und Investitionskosten vollständig über Beiträge nach dieser Bestimmung finanziert würden.

7.5.3 Fazit in Bezug auf die Zulässigkeit einer Eigenkapitalerhöhung

Bei Umsetzung des 4plus5-Konzepts, der Gewährung von GWL von rund 20 Mio. Franken für alle vier Spitalverbunde und der Umsetzung innerbetrieblicher Sparmassnahmen von rund 19 Mio. Franken für alle vier Spitalverbunde ist die Spitalregion Fürstenland Toggenburg auf einen einmaligen Sanierungsbeitrag von rund 56 Mio. Franken und die Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland von rund 32 Mio. Franken angewiesen.

Für die Spitalregion Fürstenland Toggenburg sollen bestehende Kantonsdarlehen im Umfang von 46 Mio. Franken in Eigenkapital (20 Mio. Franken Kontokorrent-Darlehen und 26 Mio. Franken Baudarlehen) umgewandelt werden. Zusätzlich soll das Eigenkapital über eine Bareinlage um 10 Mio. Franken erhöht werden, um die Liquidität der Spitalregion zu sichern. Für die Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland sollen bestehende Kantonsdarlehen im Umfang von 32 Mio. Franken in Eigenkapital (10 Mio. Franken Kontokorrent-Darlehen und 22 Mio. Franken Baudarlehen) umgewandelt werden. Die Spitalverbunde Kantonsspital St.Gallen und Spital Linth benötigen aus heutiger Sicht keine Sanierungsbeiträge.

Aus Sicht der Regierung sind die Voraussetzungen gemäss Art. 23 SPFG für eine zusätzliche Finanzierung der Spitalregion Fürstenland Toggenburg und der Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland zur Umsetzung des Projekts «Weiterentwicklung der Strategie der St.Galler Spitalverbunde» durch eine Erhöhung des Eigenkapitals gegeben. Ohne eine Stärkung des Eigenkapitals kann nicht gewährleistet werden, dass die Spitalregion Fürstenland Toggenburg und die Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland ihren laufenden Verpflichtungen (einschliesslich Verzinsung und Rückzahlung von Darlehen) jederzeit nachkommen können. In diesem Fall könnte die als notwendig definierte Versorgung mit stationären Pflichtleistungen in beiden Spitalregionen gefährdet sein. Die Finanzierung ist zudem massvoll und durch die Umwandlung von Darlehen des Kantons St.Gallen in Eigenkapital primär auf eine Stärkung der Bilanzstruktur der Spitalregionen ausgerichtet. Für die Sicherstellung der Liquidität ist zudem für die Spitalregion Fürstenland Toggenburg eine Bareinlage von 10 Mio. Franken vorgesehen.

7.5.4 Umsetzung

Aufgrund der unterschiedlichen Zuständigkeiten sind die Erhöhung des Eigenkapitals in Form einer Bareinlage und einer Umwandlung von Kontokorrent-Darlehen einerseits sowie die Umwandlung von Baudarlehen in Eigenkapital andererseits in gesonderten Kantonsratsbeschlüssen zu beschliessen.

7.5.4.a Kantonsratsbeschluss über die Erhöhung des Eigenkapitals der Spitalregion Fürstenland Toggenburg in Form einer Bareinlage und einer Umwandlung von Kontokorrent-Darlehen

Zur Sicherstellung der Liquidität und zur Vermeidung eines negativen Eigenkapitals wird im Jahr 2021 das Eigenkapital der Spitalregion Fürstenland Toggenburg⁶⁹ durch eine Bareinlage von 10 Mio. Franken gestärkt. Die Bareinlage wird auf Seiten des Kantons der Investitionsrechnung belastet. Die Abschreibung erfolgt je nach der Beurteilung der Werthaltigkeit dieser Investition. Die Bareinlage stellt finanzhaushaltsrechtlich eine Ausgabe dar.

Die Ausrichtung von Kontokorrent-Darlehen im Finanzvermögen erfolgt grundsätzlich gestützt auf Art. 25 SPFG. Die Bestimmung sieht vor, dass Darlehen rückzahlungspflichtig und zu verzinsen sind. Der Verzicht auf die Rückzahlung oder der Verzicht auf die Verzinsung führt dazu, dass die Voraussetzungen nach Art. 25 SPFG nicht mehr erfüllt sind. Das Darlehen wird so zu einem Darlehen im Sinn eines Beitrags nach Art. 23 SPFG. Es sind daher die entsprechenden Voraussetzungen dieser Bestimmung einzuhalten.⁷⁰

Die Umwandlung von Darlehen des Kantons in Eigenkapital ist in Bezug auf den mit diesem Vorgang verbundenen Darlehensverzicht grundsätzlich analog zu beurteilen wie der Verzicht auf die Rückzahlung eines Darlehens ohne gleichzeitige Erhöhung des Eigenkapitals. Es sind demnach auch in dieser Konstellation die Voraussetzungen nach Art. 23 SPFG einzuhalten.⁷¹ Buchhalterisch erfolgt eine Umwidmung von Finanzvermögen in Verwaltungsvermögen. Dies stellt finanzhaushaltsrechtlich eine Ausgabe dar und hat daher über die Investitionsrechnung zu erfolgen. Die Abschreibung erfolgt je nach der Beurteilung der Werthaltigkeit dieser Investition.

Die Regierung soll im Rahmen des Kantonsratsbeschlusses ermächtigt werden, mit der Spitalregion Fürstenland Toggenburg die weiteren Einzelheiten der Auszahlung der Bareinlage sowie der Umwandlung der Kontokorrent-Darlehen in Eigenkapital zu vereinbaren.

Die Erhöhung des Eigenkapitals der Spitalregion Fürstenland Toggenburg in Form einer Bareinlage und einer Umwandlung von Kontokorrent-Darlehen führt zu neuen Ausgaben in der Höhe von 30 Mio. Franken. Der Kantonsratsbeschluss über die Erhöhung des Eigenkapitals der Spitalregion Fürstenland Toggenburg in Form einer Bareinlage und einer Umwandlung von Kontokorrent-Darlehen untersteht demnach nach Art. 6 Abs. 1 RIG dem obligatorischen Finanzreferendum.

7.5.4.b Kantonsratsbeschluss über die Umwandlung von Baudarlehen der Spitalregion Fürstenland Toggenburg in Eigenkapital

Die Modalitäten für die Ausrichtung der Darlehen für über Kantonsratsbeschlüsse genehmigte Bauprojekte ergeben sich aus Ziff. 5 KRB Übertragung. Der KRB Übertragung erging gestützt auf Art. 23 GSV und unterstand keinem Referendum.

Durch eine Anpassung von Ziff. 5 KRB Übertragung könnten daher auch die Modalitäten für die Ausrichtung der Baudarlehen angepasst werden. So könnte sowohl die Verzinsung angepasst oder gestrichen als auch auf die Rückzahlung sämtlicher Darlehen oder von Darlehenstranchen verzichtet werden. Der Verzicht auf die Rückzahlung oder die Verzinsung in Bezug auf einzelne

⁶⁹ Im Zusammenhang mit den vorliegenden Erlassentwürfen wird der Spitalverbund 4 stets mit seinem Namen gemäss Art. 1 Bst. d des Statuts der Spitalverbunde des Kantons St.Gallen (sGS 320.30) bezeichnet: Spitalregion Fürstenland Toggenburg.

⁷⁰ Vgl. Basispapier 2c, Gutachten B. Rütscbe betreffend bundesrechtliche Vorgaben für die Finanzierung der Spitalverbunde durch den Kanton, Rz. 81.

⁷¹ Vgl. Basispapier 2c, Gutachten B. Rütscbe betreffend bundesrechtliche Vorgaben für die Finanzierung der Spitalverbunde durch den Kanton, Rz. 81.

Darlehen kann entweder durch eine Ergänzung von Ziff. 5 KRB Übertragung und/oder durch einen gesonderten KRB umgesetzt werden. Vorliegend soll aus Gründen der Transparenz in allgemeiner Form ein Abs. 3 zu Ziff. 5 KRB Übertragung hinzugefügt («Der Kantonsrat kann durch einfachen Kantonsratsbeschluss auf die Verzinsung oder die Rückzahlbarkeit der Darlehen nach Abs. 1 dieser Bestimmung verzichten.») und zugleich als Umsetzung dieser Bestimmung mit Blick auf die Spitalregion Fürstenland Toggenburg ein KRB über die Umwandlung von Baudarlehen in Eigenkapital erlassen werden.⁷²

Zu prüfen ist allerdings noch, wie eine solche Regelung in Bezug auf das Finanzreferendum zu beurteilen ist: Die in den Beschlüssen zu den Bauprojekten vorgesehenen Kredite wurden nicht unter einen Vorbehalt in Bezug auf die Abgeltung (in Form von Nutzungsentschädigungen oder Darlehenszinsen) der ausgerichteten Baubeiträge durch die Spitalverbunde gestellt. Es erfolgte im Rahmen der Kreditbeschlüsse auch keine Nettobetrachtung. Im Vergleich zur vorgesehenen Ausgabenhöhe gemäss den Kreditbeschlüssen liegen demnach bei einem Verzicht auf die Zinszahlung oder bei einem Verzicht auf eine Amortisation keine Mindereinnahmen oder kein Einnahmenverzicht vor. Sofern die Anpassungen oder auch die Aufhebung des KRB Übertragung nicht zu Ausgaben führen, die über die beschlossenen Kredite für die Bauprojekte hinausgehen, ist nicht von einer referendumpflichtigen Ausgabe auszugehen.

Selbst wenn der Verzicht auf die Zinszahlung oder der Verzicht auf eine Amortisation als Mindereinnahme bzw. als Einnahmenverzicht qualifiziert würde, ist festzuhalten, dass im Kanton St.Gallen ein Einnahmenverzicht weder durch die gesetzlichen Grundlagen noch durch die Praxis als neue Ausgabe qualifiziert wird. Daher könnte auch beim Vorliegen eines Einnahmenverzichts nicht ohne weiteres auf eine referendumpflichtige Ausgabe geschlossen werden.

Mit Blick auf den Schutz der freien Willensbildung der Stimmberechtigten liegen verschiedene sachliche Gründe vor, die Möglichkeiten der Spitalverbunde, die Zins- und Amortisationslasten zu tragen, im Jahr 2019 anders zu beurteilen als im Rahmen der behördlichen Informationen zur Volksabstimmung vom 30. November 2014. Die Botschaft der Regierung wie auch der erläuternde Bericht zur Volksabstimmung gingen vom Grundsatz aus, dass die Spitalunternehmen in der Lage sind, die Investitionskosten des Kantons (Abschreibungsaufwand, Finanzierungskosten) langfristig über Nutzungsentschädigungen zurückzuzahlen.⁷³ Die Abweichung von den Ausführungen in den behördlichen Informationen aus sachlichen Gründen, die erst nach der Volksabstimmung eingetreten sind, vermag die Legitimation der Kreditbeschlüsse aus dem Jahr 2014 nicht in Frage zu stellen. Daher untersteht eine Anpassung der Modalitäten der Baudarlehen in Bezug auf Zinssatz und Amortisation nicht dem Referendum. Gleiches gilt für eine gleichzeitige Umwandlung sämtlicher oder einzelner Darlehen in Eigenkapital. Der Verzicht auf die Rückzahlbarkeit oder auf die Verzinsung unter gleichzeitiger Umwandlung der Darlehen in Eigenkapital führt zu einer finanziellen Entlastung der Spitalverbunde. Es sind daher die *bundesrechtlichen* Vorgaben, wie sie für Beiträge nach Art. 23 SPFG formuliert wurden,⁷⁴ einzuhalten.

Mit dem vorliegenden Kantonsratsbeschluss werden Baudarlehen, die gestützt auf Ziff. 5 KRB verzinsbar und rückzahlbar an die Spitalregion Fürstenland Toggenburg ausgerichtet wurden, im Umfang von 26 Mio. Franken in Eigenkapital umgewandelt. Es handelt sich dabei um eine Umwidmung von Verwaltungsvermögen. Es ergibt sich damit keine Belastung der Investitionsrechnung. Die Abschreibung des Eigenkapitals erfolgt je nach der Beurteilung der Werthaltigkeit des Eigenkapitals.

⁷² Rechtsetzungstechnisch wird die Änderung des KRB Übertragung als Drittänderung zum neuen Kantonsratsbeschluss über die Umwandlung von Baudarlehen der Spitalregion Fürstenland Toggenburg in Eigenkapital geführt.

⁷³ Erläuternder Bericht zur Volksabstimmung vom 30. November 2014, S. 6 und 12.

⁷⁴ Vgl. Basispapier 2c, Gutachten B. Rütsche betreffend bundesrechtliche Vorgaben für die Finanzierung der Spitalverbunde durch den Kanton, Rz. 79 ff.

Mit der Aufhebung der Begrenzung der Laufzeit von derzeit höchstens 10 Jahren für die Gewährung von Darlehen für die Finanzierung der Bauvorhaben kann die Flexibilität erhöht werden. Insbesondere wird es möglich sein, die aktuell günstigen Zinskonditionen für die Spitalunternehmen langfristig zu sichern. Allfällige Absicherungskosten wären durch die Spitalunternehmen zu tragen. Dadurch erfolgt keine Verschiebung des Refinanzierungsrisikos zu Lasten des Kantons.

7.5.4.c Kantonsratsbeschluss über die Erhöhung des Eigenkapitals der Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland in Form einer Umwandlung von Kontokorrent-Darlehen

Betreffend Ausrichtung von Kontokorrent-Darlehen im Finanzvermögen, die Umwandlung von Darlehen des Kantons in Eigenkapital und die Regelung der Einzelheiten kann auf die Ausführungen im Kantonsratsbeschluss über die Erhöhung des Eigenkapitals der Spitalregion Fürstentland Toggenburg in Form einer Bareinlage und einer Umwandlung von Kontokorrent-Darlehen verwiesen werden. (vgl. Abschnitt 7.5.4.a)

Die Erhöhung des Eigenkapitals der Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland in Form einer Umwandlung von Kontokorrent-Darlehen führt zu neuen Ausgaben in der Höhe von 10 Mio. Franken. Der Kantonsratsbeschluss über die Erhöhung des Eigenkapitals der Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland untersteht nach Art. 7 Abs. 1 RIG dem fakultativen Finanzreferendum.

7.5.4.d Kantonsratsbeschluss über die Umwandlung von Baudarlehen der Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland

Betreffend Modalitäten für die Ausrichtung von Baudarlehen, den allfälligen Verzicht auf die Rückzahlung oder die Verzinsung von Darlehen und die Referendumpflicht kann auf die Ausführungen im Kantonsratsbeschluss über die Umwandlung von Baudarlehen der Spitalregion Fürstentland Toggenburg in Eigenkapital verwiesen werden (vgl. Abschnitt 7.5.4.b).

Mit dem vorliegenden Kantonsratsbeschluss werden Baudarlehen, die gestützt auf Ziff. 5 KRB verzinsbar und rückzahlbar an die Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland ausgerichtet wurden, im Umfang von 22 Mio. Franken in Eigenkapital umgewandelt. Es handelt sich dabei um eine Umwidmung von Verwaltungsvermögen. Es ergibt sich damit keine Belastung der Investitionsrechnung. Die Abschreibung des Eigenkapitals erfolgt je nach der Beurteilung der Werthaltigkeit des Eigenkapitals.

Mit der Aufhebung der Begrenzung der Laufzeit von derzeit höchstens zehn Jahren für die Gewährung von Darlehen für die Finanzierung der Bauvorhaben kann die Flexibilität erhöht werden. Insbesondere wird es möglich sein, die aktuell günstigen Zinskonditionen für die Spitalunternehmen langfristig zu sichern. Allfällige Absicherungskosten wären durch die Spitalunternehmen zu tragen. Dadurch erfolgt keine Verschiebung des Refinanzierungsrisikos zu Lasten des Kantons.

7.6 Kantonsratsbeschluss über die Gewährung von Beiträgen für die Notfallversorgung

Gemäss KVG dürfen die Fallkostenpauschalen der Spitalfinanzierung keine Kostenanteile für gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL) enthalten. Die Finanzierung der GWL ist grundsätzlich allein Sache der öffentlichen Hand (i.d.R. der Kantone), d.h. die Krankenversicherer müssen sich nicht an diesen Kosten beteiligen.

Die vorgeschlagene Lösung unterscheidet zwischen Beiträgen für GWL mit Abgeltungscharakter und Beiträgen für Vorhalteleistungen.

GWL mit *Abgeltungscharakter* zeichnen sich dadurch aus, dass sie klaren Leistungen (und Kosten für deren Erbringung) zugeordnet werden können. Eine Erhöhung dieser Abgeltungen wird vom Kantonsrat im Rahmen der ordentlichen Budgetberatung gestützt auf Art. 3 Bst. b SPFG behandelt. Beiträge für *Vorhalteleistungen* (insbesondere für die Aufrechterhaltung der Notfallversorgung rund um die Uhr) sowie für den Betrieb von vier stationären Betten in den Regionalen Gesundheits- und Notfallzentren sind als GWL zur Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen zu qualifizieren und erfordern einen separaten Kantonsratsbeschluss (Art. 23 i.V.m. Art. 3 Bst. c SPFG).

Für das Jahr 2020 budgetierte der Kanton einen GWL-Beitrag von rund 40,7 Mio. Franken, wovon 12,0 Mio. Franken auf die vier Spitalverbunde entfallen. Der Lösungsvorschlag umfasst eine Erhöhung der GWL-Beiträge um rund 20 Mio. Franken. Rund 10,7 Mio. Franken entfallen auf GWL-Leistungen mit Abgeltungscharakter und rund 9,25 Mio. Franken auf die Abgeltung von Vorhalteleistungen.

Im Rahmen der Schaffung der gesetzlichen Grundlage für die ambulante Tätigkeit der Spitalverbunde namentlich ausserhalb der bestehenden Spitalstrukturen ist vorgesehen, Art. 24 Abs.1 SPFG durch einen Bst. e dahingehend zu ergänzen, dass der Kanton auch Beiträge an die ungedeckten Kosten zur Sicherstellung der regionalen Notfallversorgung leisten kann (vgl. Abschnitt 7.1). Bei den Abgeltungen für Vorhalteleistungen entfallen je rund 1 Mio. Franken auf die Aufrechterhaltung der Notfallversorgung an den Spitälern Grabs, Linth und Wil. Für die Sicherstellung der Notfallversorgung im Rahmen der GNZ werden Beiträge im Umfang von insgesamt 6,25 Mio. Franken bzw. von durchschnittlich 1,25 Mio. Franken je GNZ-Standort veranschlagt. Der Betrag je GNZ-Standort kann aufgrund der individuellen Ausgestaltung unterschiedlich hoch ausfallen.

Die Beiträge an die Aufrechterhaltung der Notfallversorgung an den Spitälern Grabs, Linth und Wil werden ab dem Jahr 2022 ausgerichtet. Die GWL im Zusammenhang mit den GNZ werden ab deren Inbetriebnahme geleistet. Dies ist für die Standorte Flawil und Rorschach voraussichtlich im Jahr 2022 der Fall, für den Standort Wattwil im Jahr 2024 und für die Standorte Altstätten und Walenstadt⁷⁵ im Jahr 2027.

Die Beiträge für regionale Vorhalteleistungen sind auf 9,25 Mio. Franken begrenzt. Falls zu einem späteren Zeitpunkt Tarifierhöhungen erzielt werden können, ist die Höhe der GWL-Beiträge für regionale Vorhalteleistungen zu überprüfen. Aus diesem Grund ist Ziff. 1 KRB als Kann-Formulierung ausgestaltet.

Der Kantonsratsbeschluss über die Gewährung von Beiträgen für regionale Vorhalteleistungen untersteht nach Art. 6 RIG dem obligatorischen Finanzreferendum.

8 Vernehmlassungsverfahren

In der Vernehmlassung gingen mehr als 100 Antworten ein, wovon 25 von politischen Parteien, 30 Stellungnahmen von Gemeinden, 2 von Kantonen, 8 von Ärzte-Gruppierungen und Berufsorganisationen, 12 von diversen Organisationen, 3 von Spitälern und 19 Stellungnahmen von Privatpersonen. Nachfolgender Abschnitt zeigt eine kurze Übersicht über die Stellungnahmen und die Überlegungen der Regierung. Eine umfassende Zusammenfassung der Vernehmlassungsantworten ist im Basispapier 5 «Zusammenfassung der Vernehmlassung» (vgl. Anhang 1) zu finden.

⁷⁵ In Abhängigkeit von dem von der Regierung innert drei Jahren zu unterbreitenden Bericht betreffend die allfällige Erhaltung von Walenstadt als Spitalstandort mit einem stationären Mehrspartenangebot.

8.1 Grundsätzliche Stossrichtung der Stellungnahmen

Grundsätzlich können die Reaktionen auf die von der Regierung vorgeschlagenen Strategie «4plus5» in vier Gruppen eingeteilt werden:

Eine erste Gruppe unterstützt die Stossrichtung der Vernehmlassungsvorlage bzw. befürwortet das 4plus5-Konzept zumindest im Grundsatz (CVP SG, FDP SG, GLP SG, SVP SG, Gemeinden Mosnang, Uznach, Wil, Werdenberger Gemeinden, Verwaltungsrat der Spitalverbunde, santé-suisse, Industrie- und Handelskammer St.Gallen-Appenzell). Die Strategie trage den Gegebenheiten im Kanton mehrheitlich Rechnung. Oberstes Ziel müsse die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen und finanzierbaren Gesundheits- und Notfallversorgung sein.

Eine zweite Gruppe anerkennt zwar den Handlungsbedarf in Form einer notwendigen Strukturreinigung (CVP Toggenburg, FDP Toggenburg, SVP Sarganserland, SVP Wattwil, IG Sardona, Kantonale Ärztesgesellschaft St.Gallen, Hausärzteverein Flawil-Degersheim, SântiMed, physio SG-Appenzell, Schweizerische Patientenorganisation, Arbeitgebervereinigung Toggenburg). In der konkreten Ausgestaltung der Strategie gehen die Meinungen allerdings (weit) auseinander.

Eine dritte Gruppe anerkennt ebenfalls den strategischen, organisatorischen und finanziellen Reformbedarf der St Galler Spitallandschaft, hält die dafür vorgeschlagene 4plus5-Strategie allerdings für nicht zielführend bzw. notwendig und lehnt diese aus unterschiedlichen Gründen (insbesondere regionalspezifische Versorgungssituation und volkswirtschaftliche Aspekte) ab (CVP Wattwil, Gemeinden Altstätten, Bütschwil-Ganterschwil, Ebnet-Kappel, Flawil, Lichtensteig, Nesslau, Rorschach, Walenstadt, Wattwil, Sarganserländer Gemeinden & Parteien, Region Toggenburg, Toggenburger Ärzteverein, Ergo Toggenburg, Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachpersonen). Anstelle der GNZ wird die Schaffung von «MedPlus-Spitälern» mit einem medizinischen Basisangebot sowie – je nach Standort – spezifischen Zusatzangeboten gefordert. Das Basisangebot solle allgemeine und innere Medizin (stationär und ambulant), einen 24h-Notfalldienst in Zusammenarbeit mit den Ärztinnen und Ärzten der Region, einen ambulanten Operationssaal und Spezialsprechstunden beinhalten.

Eine vierte Gruppe von Vernehmlassungsteilnehmenden lehnt die 4plus5-Strategie klar ab, ohne Aussagen zum Handlungsbedarf zu machen. Die Spitalstandorte Altstätten, Flawil, Rorschach, Walenstadt und Wattwil sollen weiterhin eine stationäre Grundversorgung anbieten, die mit regionalspezifischen Zusatzangeboten ergänzt werden könne. Dies könne über eine Weiterentwicklung der bestehenden Spitalstruktur und mit individuellen, standortbezogenen Lösungen erreicht werden (Grüne SG, SP SG, CVP Sarganserland, GLP Sarganserland, SP Flawil, SP Rorschach, SP Sarganserland, SP Toggenburg, Gemeinden Neckertal und Oberhelfenschwil, Talgemeinschaft Sarganserland-Walensee, Förderverein Regionalspital Toggenburg Wattwil, Bürgerforum Wattwil, Alters- und Pflegeheim Risi Wattwil, Arbeitsgemeinschaft zukunftsorientierte Gesundheitsversorgung Region Rorschach, Schweizerischer Gewerkschaftsbund, Verband des Personals öffentlicher Dienste Ostschweiz, Privatpersonen).

8.2 In der Vorlage berücksichtigte Themenfelder

In Kenntnisnahme der Vernehmlassung entschied die Regierung, die Vorlage in den nachfolgenden neun Themenfeldern massgeblich anzupassen:

Sonderstellung Spitalstandorte Wattwil und Walenstadt

Die Regierung kann die grösseren versorgungsspezifischen und volkswirtschaftlichen Herausforderungen der Regionen Sarganserland und Toggenburg und die daraus folgende besondere Bedeutung der beiden Spitalstandorte Walenstadt und Wattwil nachvollziehen und trägt diesen in der Vorlage Rechnung.

Für den Standort Walenstadt will die Regierung mit Blick auf die bereits relativ hohe interkantonale Verzahnung des Sarganserlands auch im Gesundheitswesen sowie aufgrund vorliegender Interessensbekundungen der Kantone Graubünden und Glarus bzw. von deren Kantonsspitalern weitere Abklärungen für eine mögliche interkantonale Kooperation im Raum Sarganserland treffen. Sie nutzt dafür den Zeitraum, der durch den Weiterbetrieb des Spitals während der Transformationsphase der 4plus5-Strategie besteht und für den mit der Anpassung des Leistungsspektrums Ende 2019 (Aufgabe der Geburtshilfe und Anpassungen im OP-Bereich) die Grundlagen geschaffen wurden. Die Regierung wird zu den Abklärungen bis 2024 Bericht erstatten und in diesem Zusammenhang gegebenenfalls Antrag stellen zu einer Weiterführung des Spitalstandorts anstelle der geplanten Umwandlung in ein GNZ.

Für den Standort Wattwil wird nebst dem Aufbau des GNZ die Errichtung eines Kompetenzzentrums für Personen mit spezifischen pflegerischen Bedürfnissen unter der Trägerschaft der Solviva AG angestrebt. Mit den vorgesehenen Leistungen kann eine Nische besetzt und ein zukunftsfähiges, attraktives Angebot für ein grosses Einzugsgebiet geschaffen werden. Zudem soll in Wattwil auch das etablierte Angebot der Alkoholkurzzeittherapie weitergeführt werden. Der volkswirtschaftlichen Bedeutung für das Toggenburg wird Rechnung getragen, indem Arbeitsplätze erhalten bleiben.

Gesundheits- und Notfallzentren

Die Regierung hält am Aufbau der wohnortnahen Gesundheits- und Notfallzentren (GNZ) in Flawil, Rorschach, Altstätten, Walenstadt und Wattwil grundsätzlich fest. Eine uniforme Ausgestaltung ist jedoch auch aus Sicht der Regierung nicht zielführend. Es bedarf GNZ mit regionenspezifischen Ausrichtungen unter Einbezug der niedergelassenen Leistungserbringer. Die Regierung sieht deshalb vor, das ambulante Leistungsangebot der GNZ zu flexibilisieren. Am Notfallbetrieb wird festgehalten, wobei das Angebot betreffend Betriebszeiten und Bettenangebot primär mit der niedergelassenen Ärzteschaft und unter Einbezug der Spitalverbunde festgelegt wird. Die GNZ sollen grundsätzlich durch Private – allenfalls subsidiär ergänzt durch die Spitalverbunde – betrieben werden. Für den Fall, dass keine privaten Leistungserbringer die Leistungsaufträge betreffend GNZ wahrnehmen wollen oder können, beauftragt der Kanton – gestützt auf eine neue gesetzliche Grundlage – die Spitalverbunde mit der Bereitstellung eines angemessenen Angebots. Die Spitalverbunde sollen in diesem Fall soweit möglich mit den privaten Leistungserbringern zusammenarbeiten.

Ambulante Tätigkeit der Spitalverbunde

Aufgrund der Rückmeldungen aus der Vernehmlassung präzisiert die Regierung die Anforderungen an die ambulante Tätigkeit der Spitalverbunde. Dabei wird unterschieden zwischen ambulanter Tätigkeit in zukünftigen GNZ und sonstiger ambulanter Tätigkeit. Generell gilt, dass die Spitalverbunde nur subsidiär zur niedergelassenen Ärzteschaft tätig sein dürfen. Bezüglich der GNZ bedeutet dies, dass die Spitalverbunde die GNZ nur betreiben, soweit dieses Angebot nicht hinreichend durch private Leistungserbringer aufgebaut und sichergestellt wird. Im Bereich der sonstigen ambulanten Leistungen ausserhalb der Spitalinfrastruktur und der GNZ können die Spitalverbunde nur tätig werden, soweit eine bedarfsgerechte Versorgung nicht hinreichend durch private Leistungserbringer sichergestellt wird.

Interkantonale Abstützung der Strategie

Das Anliegen einer interkantonalen Zusammenarbeit wird seitens des Gesundheitsdepartementes seit geraumer Zeit bearbeitet und vorangetrieben. Inzwischen konnte eine Absichtserklärung zur gemeinsamen Spitalplanung der fünf Kantone Appenzell Ausserrhoden, Appenzell Innerrhoden, Glarus, Graubünden und St.Gallen unterzeichnet werden. Damit wird der Forderung nach einer verstärkten interkantonalen Planung im Zusammenhang mit der Spitalstrategie bereits Rechnung getragen. Das Ziel ist, mittelfristig eine gemeinsame Spitalplanung mit im Bereich von geographischen Schnittstellen möglichst gleichlautenden Spitallisten auszuarbeiten, die auf einer

kantonsübergreifenden Versorgungsregion aufbaut und weitere benachbarte Kantone einbeziehen kann. Gleichzeitig stellt die Regierung klar, dass der Zeitrahmen der Arbeiten für eine Intensivierung der interkantonalen Zusammenarbeit von jenem der Weiterentwicklung der Spitalstrategie zu unterscheiden ist und die beiden Prozesse parallel voranzutreiben sind, so dass die notwendigen Anpassungen der St.Galler Spitalstrukturen keine Verzögerung erfährt. Die interkantonale Zusammenarbeit ändert nichts an der Notwendigkeit der Strukturanpassungen bei den St.Galler Spitalverbunden. Im Gegenteil geht die Regierung davon aus, dass die Strukturanpassungen eine zukunftsfähige interkantonale Zusammenarbeit unterstützen.

Aktualisierte und zusätzliche Finanzdaten

Die Regierung ist bestrebt, die aktuelle Strategieformulierung auf Basis von transparenten und aktuellen Datengrundlagen vorzulegen. Im Rahmen der Vernehmlassung wurde vielerorts die Publikation von zusätzlichen Datengrundlagen gefordert. Die Regierung kommt diesen Forderungen nach, indem sie Finanzergebnisse auf Standortebeine für die Jahre 2016 bis 2018 veröffentlicht und neuste Finanzentwicklungen integriert. Die Aktualisierung der Finanzdaten zeigt auf, dass der finanzielle Handlungsbedarf unverändert ist. Einer Verbesserung der finanziellen Situation des Kantonsspitals steht eine deutliche Verschlechterung bei der Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland gegenüber. Neu benötigt auch diese Spitalregion einen Kapitalzuschuss, damit die Mindestvorgabe von 10 Prozent Eigenkapital eingehalten werden kann. Die standortbezogenen Ergebnisse der vergangenen Jahre zeigen zudem auf, dass die mit der 4plus5-Strategie aufzuhebenden Spitalstandorte defizitär betrieben wurden. Schliesslich weist die Regierung darauf hin, dass die in der Vernehmlassung vielfach erwähnte Aussage, wonach Regionalspitäler tiefere Kosten aufweisen als das Kantonsspital, nicht zutreffend ist.

Finanzierung: GWL, Darlehen und Tarife

Die Erhöhung der Beiträge des Kantons für GWL mit Abgeltungscharakter (universitäre Lehre, Seelsorge, Forensische Medizin, Sanitätsnotruf, Dolmetscherinnen und Dolmetscher) in der Höhe von 10,7 Mio. Franken wurde in der Vernehmlassung allseitig begrüsst. Die kantonalen GWL-Beiträge für regionale Vorhalteleistungen an die Notfallaufnahmen der Mehrspartenspitäler bzw. an die Regionalen Gesundheits- und Notfallzentren wurden hingegen verschiedentlich als zu hoch eingestuft. Die Regierung hält grundsätzlich an den Beiträgen von 1 Mio. Franken je Notfallaufnahme eines Mehrspartenspitals und von insgesamt 6,25 Mio. Franken für die Notfallversorgung in den GNZ fest. Die Regierung passte jedoch aufgrund der Vernehmlassungsrückmeldungen den Kantonsratsbeschluss über die Gewährung von Beiträgen für die Notfallversorgung sowie den Kantonsratsbeschluss über die Festlegung der Spitalstandorte dahingehend an, dass – je Standort und regionalen Begebenheiten unterschiedlich hohe – Beiträge auch an private Leistungserbringer ausgerichtet werden können, wenn diese den Betrieb der GNZ sicherstellen.

Weiter wurden zur Thematik der Darlehen des Kantons an die Spitalverbunde verschiedene ergänzende Informationen und Ausführungen gefordert. Die Regierung kommt diesen Anliegen nach, indem sie den Darlehensbedarf aller Spitalverbunde bis 2030 darstellt und Ausführungen zu den Darlehensvoraussetzungen macht. Hinsichtlich der in der Vernehmlassung kritisierten ambulanten Tarifsituation gilt es aus Sicht der Regierung den Ausgang der laufenden Tarifverfahren abzuwarten.

Personal und Ausbildung

Verschiedene Vernehmlassungsteilnehmende haben ihrem Unbehagen betreffend Auswirkungen der Strategiearbeiten auf das in den Spitalverbunden tätige Personal und die Ausbildungsplätze zum Ausdruck gebracht. Die Regierung ist sich bewusst, dass die anstehenden Personalverschiebungen regional grössere Auswirkungen auf eine Vielzahl von Mitarbeitenden der Spitalverbunde haben können. Die Gefahr von Berufsausstiegen, Know-how-Verlust und Arbeitgeberwechsel ist bei einer so grossen Umstrukturierung erheblich. Die Ungewissheit über die Zukunft

der einzelnen Spitalstandorte führt zu Verunsicherungen beim Personal. Die Regierung anerkennt diese Herausforderung. Das Personal ist in den Spitälern das wichtigste Kapital. Der Kommunikation gegenüber dem Personal ist deshalb in der Strategieumsetzung höchste Beachtung zu schenken. Die Regierung ist zudem bestrebt, mit den ihr zur Verfügung stehenden Instrumenten das heutige Ausbildungsvolumen auch nach Umsetzung der 4plus5-Strategie zu garantieren.

Transformationsplanung

Die Regierung hält an der skizzierten Transformationsplanung in zeitlicher Hinsicht fest. Das Kantonsspital wurde jedoch angewiesen, Massnahmen und Überlegungen zwecks Sicherstellung der Kapazitäten nach Umwandlung der Spitalstandorte Rorschach und Flawil im Detail darzulegen und Betreuungskonzepte für die effiziente Grundversorgung insbesondere der internistischen Patientinnen und Patienten auszuarbeiten.

Anpassung Organisationsstruktur der Spitalverbunde

Verschiedentlich wurde gefordert, im Rahmen der Weiterentwicklung der Strategie der Spitalverbunde auch die Organisationsstruktur der Spitalverbunde zu reformieren. Im Vordergrund steht dabei die Weiterentwicklung zu einer Gruppenstruktur mit einem Spitalverbund. Dabei sollen auf medizinisch-pflegerischer, operativer und finanzieller Führungsebene weitere Synergien zwischen den einzelnen Spitalverbunden genutzt werden.

Die Regierung befürwortet die Anpassung der Organisationsstruktur. Allerdings ist sie der Auffassung, dass hierfür vertiefte und zeitintensive Abklärungen notwendig sind und die Frage der Organisationsstruktur in einer zweiten Phase angegangen werden soll. Entsprechend beantragt sie mit dieser Vorlage einen Auftrag zur vertieften Prüfung von Integrationsvarianten.

In einer ersten Phase steht für die Regierung der Entscheid zur 4plus5-Strategie und zum Leistungsangebot der einzelnen Standorte im Vordergrund. Damit ist auch bereits die Einführung neuer Betriebs- bzw. Organisationsmodelle verbunden. So ist seitens Spitalverbunde vorgesehen, im Zuge der Umsetzung der 4plus5-Strategie die Zusammenarbeit weiter zu intensivieren und Kooperationen auf weitere medizinische Fachbereiche und Supportbereiche auszuweiten. Auch soll bereits in dieser Phase auf Ebene der Exekutivfunktion die spitalverbundsübergreifende Sicht und Organisation gestärkt werden.

8.3 In der Vorlage nicht berücksichtigte Themenfelder

Prüfung weiterer Varianten

Ein Teil der Vernehmlassungsteilnehmenden kritisiert die Arbeiten, die im Rahmen der Prüfung von Alternativkonzepten im Teilprojekt 4 durchgeführt worden sind. Zum einen wird bemängelt, dass von Standortgemeinden und weiteren Anspruchsgruppen eingebrachte Lösungsvorschläge unzureichend geprüft worden seien. Zum anderen werden innovative Versorgungsangebote vermisst. Auch wird der Regierung vorgeworfen, die Standorte Kantonsspital, Grabs, Uznach und Wil nicht hinterfragt zu haben. Vor diesem Hintergrund wird von verschiedenen Seiten die Prüfung von weiteren Varianten verlangt.

Die Regierung teilt diese Auffassung nicht. Im Rahmen des Teilprojekts 4 ist eine breite Palette an Alternativkonzepten eingehend geprüft worden. Die Regierung hat sich auch mit verschiedenen von den Vernehmlassungsteilnehmenden eingebrachten Vorschlägen differenziert auseinandergesetzt. Für die Beurteilung der Alternativen wurde konsequent eine Gesamtsicht über alle Spitalverbunde eingenommen. Dies mag im Einzelfall zu anderen Schlussfolgerungen führen als in der Betrachtung nur eines einzelnen Standorts. Von Seiten Kanton kann indes nur eine übergeordnete Sichtweise eingenommen werden. In der Vertiefung von vorliegenden Varianten oder der Prüfung zusätzlicher Varianten sieht die Regierung daher keinen Zusatznutzen. Dies gilt na-

mentlich auch für die seitens der Gemeinden Altstätten, Flawil, Rorschach, Walenstadt und Wattwil geforderten MedPlus-Spitäler. Im Rahmen der Alternativkonzeption wurden für die Standorte Altstätten, Walenstadt und Wattwil Leistungskonzepte mit dem geforderten ambulanten und stationären Basisangebot Innere Medizin und Akutgeriatrie, 24h-Notfall und Spezialsprechstunden geprüft.⁷⁶ In der optimierten Variante B2 (vgl. Abschnitt 2.5.1, S. 30) wurde das Leistungsangebot zusätzlich gänzlich um die Chirurgie bereinigt und für die Standorte Flawil und Rorschach je ein GNZ (anstelle einer Spezialklinik bzw. eines ambulanten OP-Zentrums) vorgesehen. Eine Variante mit fünf MedPlus-Spitälern würde sich von der Variante B2 dadurch unterscheiden, dass zwei Spitalstandorte (Flawil, Rorschach) und an allen Standorten ambulante Operationsbetriebe hinzukämen. In finanzieller Hinsicht ist damit ein Resultat nahe der ursprünglichen Alternativkonzeption bzw. dem Status quo (Ebitda-Marge zwischen 4 und 4,5 Prozent) mit strukturellen Defiziten von 60 bis 70 Mio. Franken je Jahr zu erwarten. Auch aus medizinisch-versorgungstechnischer Sicht sind fünf MedPlus-Spitäler nicht zu begrüssen, da diese Variante aufgrund der Nähe zum Status quo nicht geeignet ist, den veränderten Rahmenbedingungen (fortlaufende medizinische und technologische Entwicklung, zunehmende Spezialisierung, Fachkräfteknappheit, neue regulatorische Vorgaben und Ambulantisierung) Rechnung zu tragen.

Wahl und Anzahl Spitalstandorte

Die in der Vernehmlassung vorgeschlagene Variante der 4plus5-Strategie mit stationärem Standort Wattwil statt Wil wird aufgrund der fehlenden Zielerreichung in Bezug auf die Fallzahlen und der unterschiedlichen Grösse der Einzugsgebiete (vgl. Abschnitt 2.7.2) nicht weiterverfolgt. Die Regierung lehnt auch die mit der regionalen Versorgungssituation und Erreichbarkeit begründeten Forderungen nach der Fortführung verschiedener Spitalstandorte ab. Die Versorgungssicherheit im Notfall wird durch die unverändert fortgeführten Rettungsorganisationen (Rettung St. Gallen für die Spitalregionen 1, 2 und 4, Regio 144 AG für die Spitalregion 3) sowie den ärztlichen Notfalldienst, der bei Bedarf durch die Spitalverbünde unterstützt wird, sichergestellt. Die wohnortnahe ambulante Versorgung, die einen grossen Teil der wiederkehrenden medizinischen Fragestellungen abdeckt, wird durch die niedergelassenen Leistungserbringer und die GNZ sichergestellt. Für die stationäre Versorgung erachtet die Regierung die Erhöhung der Anfahrtszeit um durchschnittlich 10 Minuten als zumutbar. Eine etwas längere Anfahrtszeit lässt sich durch Gewinne in Qualität und Wirtschaftlichkeit rechtfertigen.

Verkauf Spitalstandorte

In Bezug auf die teils geforderte – und teils ebenso klar abgelehnte – nochmalige und weitere Prüfung des Verkaufs von Spitalstandorten an private Leistungsanbieter nimmt die Regierung eine zweigeteilte Position ein: Einerseits lehnt sie den Verkauf von Spitalstandorten, darunter Flawil, an einen privaten Spitalbetreiber ab, unabhängig davon, ob dieser Leistungen der Grund- oder der Spezialversorgung anbieten würde. Wie in Abschnitt 2.6.1 dargelegt, würde dadurch keine Bereinigung der Spitalstrukturen und Überkapazitäten erfolgen. Auf der anderen Seite ist die Regierung offen für eine Veräusserung von Spitalimmobilien an private Anbieter von Leistungen vor- und nachgelagerter Versorgungsstufen, dies unter der Prämisse, dass nicht in anderen Bereichen durch die öffentliche Hand mitzufinanzierende Überkapazitäten entstehen. Eine Möglichkeit für eine solche Lösung sieht sie etwa im Bereich der spezialisierten Langzeitpflege.

Anpassung der Investitionsplanung und Immobilienvorhaben

Das in der Vernehmlassungsvorlage für den Zeitraum 2019–2037 geplante Investitionsvolumen von gegen 2 Mrd. Franken wird teils als zu hoch erachtet. Verbreitet kritisiert werden die notwendigen Investitionen und Kapazitätserweiterungen an den Standorten Wil und Grabs. Die Regierung hält zum heutigen Zeitpunkt an diesen Zahlen fest. Sie zeigen die in den nächsten Jahren zu erwartenden Investitionen für Bauvorhaben (BKP 1–6) sowie für Mobilien, medizin-technische

⁷⁶ Vgl. Basispapier 4, Bericht Alternative Vorschläge von KPMG, Kapitel 5 «Standortbezogene Alternativ-Konzepte».

Geräte und IT (BKP 7–9). Gleichzeitig handelt es sich bei den aufgeführten Werten um Planzahlen aus heutiger Sicht und damit um Grössenordnungen. Selbstredend muss im Zeitpunkt der konkreten Planung der einzelnen Vorhaben der effektiv notwendige Investitionsumfang auf die dannzumal geltenden Rahmenbedingungen abgestimmt werden. Die Finanzierbarkeit der Investitionen muss gegeben sein.

Rückabwicklung Übertragung Immobilien Spitalverbunde

Verschiedentlich wurde im Rahmen der Vernehmlassung die Rückübertragung der Spitalimmobilien an den Kanton gefordert. Aus Sicht der Regierung ist diese Forderung nicht zielführend. Eine Rückübertragung der Immobilien löst das grundlegende Problem nicht, wonach die Spitalverbunde seit Einführung der neuen Spitalfinanzierung im Jahr 2012 ihre Investitionen selber zu finanzieren haben. Wären die Immobilien nicht im Besitz der Spitalverbunde, müssten die Spitalverbunde dem Kanton eine jährliche Nutzungsentschädigung leisten, die vom Wert der genutzten Immobilien abhinge. Die geplanten oder bereits realisierten Bauprojekte führten zu einer markanten Erhöhung der Nutzungsentschädigung und damit ebenfalls zu höheren finanziellen Belastungen der Spitalverbunde. Würde die Nutzungsentschädigung seitens Kanton bewusst zu tief angesetzt, entspräche dies einer verdeckten Subvention und würde für den Kanton – ausgehend von den heutigen Eigentumsverhältnissen bei den Spitalimmobilien – einer Umwandlung von Baudarlehen in Eigenkapital oder dem Verzicht auf Verzinsung gewährter Darlehen gleichkommen.

Anpassung Finanzmodell und Prämissen

Die von der Regierung für die Prognose der finanziellen Situation verwendeten Annahmen wurden in einem Teil der Vernehmlassungsantworten als Worst-Case-Szenarien bzw. als viel zu pessimistisch kritisiert. Die Regierung hält dazu fest, dass im Rahmen des Strategieprozesses bereits verschiedentlich aktualisiertes Datenmaterial in die Berechnung des Finanzmodells eingeflossen ist. Keine dieser Aktualisierungen hat zu einer Revision der Einschätzung der längerfristigen finanziellen Situation der Spitalverbunde geführt. Alle heute und in jüngster Vergangenheit verfügbaren Informationen über die zukünftige Entwicklung der Unternehmensergebnisse der Spitalverbunde führen bei Einhaltung der Zielvorgabe einer Ebitda-Marge von 10 Prozent zu einem strukturellen Defizit in der Höhe von rund 70 Mio. Franken. Je länger die Zeitperiode der Prognose, desto höher die Streuung der möglichen alternativen Entwicklungsmöglichkeiten. Die wichtigsten Parameter der Spitalverbunde (Erträge, Aufwände, Investitionen) sind jedoch bekannt bzw. deren Entwicklung abschätzbar. Das Finanzmodell beinhaltet überdies für ausgewählte Parameter Sensitivitätsanalysen, die Aufschluss darüber geben, wie hoch der Einfluss von unterschiedlichen Entwicklungen dieser Parameter auf das Gesamtergebnis ist. Dabei ist keine Entwicklung vorstellbar, auf Basis derer auf die vorgeschlagenen Strukturentscheide verzichtet werden könnte. Auch eine (kosmetische) Korrektur von einzelnen (Ziel-)Parametern verändert die Sachlage nur unwesentlich und ist aus Sicht der Regierung deshalb nicht zielführend.

Die Entwicklung der Patientenströme nach Aufhebung von fünf Spitalstandorten wurde teilweise als unrealistisch bezeichnet. Die Regierung räumt ein, dass eine präzise Prognose dieser Patientenströme nicht möglich ist. Zudem kann das Prognosemodell exogene Faktoren wie zukünftige Angebotsanpassungen bei Konkurrenzspitalern nicht auffangen, obwohl diese unter Umständen einen erheblichen Einfluss auf die effektiven Fallverschiebungen haben können. Allerdings wurden in der Vernehmlassung keine alternativen Prognosemethoden vorgeschlagen. Die Regierung erachtet den von ihr verwendeten Ansatz als plausibel, wonach die zukünftigen Patientenströme in der Grundversorgung sich an den heute bereits bestehenden Patientenströmen in der Grundversorgung orientieren. Der Vorteil dieser Methode besteht namentlich darin, dass sie berechenbar ist und auf effektiven Daten beruht. Alternativ berechenbare Ansätze wurden geprüft, jedoch als weniger gut verworfen, wobei auch festgestellt wurde, dass die prozentualen Abweichungen zwischen den einzelnen Prognosevarianten überschaubar waren. Die Regierung hält deshalb an ihrer Methodik fest.

Grundlagen Qualität

Für einen Teil der Vernehmlassungsteilnehmenden ist der nicht ausreichende oder nicht ausreichend differenzierte Einbezug von Qualitätsaspekten ein weiterer Kritikpunkt an der Vernehmlassungsvorlage. Die Regierung sieht in der Qualität das zentrale Element einer sicheren Gesundheitsversorgung. Sie anerkennt zudem die Vielschichtigkeit der Qualitätsaspekte in der stationären Versorgung, die auch in den steten Bemühungen der Spitalverbunde für Verbesserungen in der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität ihren Niederschlag finden. Für die vorliegenden Strategieüberlegungen hat sich die Regierung indes auf übergeordnete Aspekte der Ergebnisqualität gestützt, die letztendlich die Ergebnisse in den anderen Qualitätsbereichen umfasst. Basierend auf dem wissenschaftlich breit abgestützten Zusammenhang zwischen besserer Versorgungsqualität bei höheren Fallzahlen sieht sie im Erreichen eines ausreichenden Fallvolumens den massgeblichen Hebel für die nachhaltige Sicherung der Ergebnisqualität. Für die teils gewünschten standortbezogenen Qualitätsdaten verweist die Regierung auf die jährlichen Qualitätsberichte der Spitalverbunde und weiteren Spitäler sowie – für eine eingeschränkte Auswahl an standardisierten Daten – auf die Plattform des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (anq).⁷⁷

9 Antrag

Wir beantragen Ihnen, Herr Präsident, sehr geehrte Damen und Herren,

– einzutreten auf den:

- a) IV. Nachtrag zum Gesetz über die Spitalverbunde;
 - b) Kantonsratsbeschluss über die Festlegung der Spitalstandorte;
 - c) Nachtrag zum Kantonsratsbeschluss über die Erneuerung und Erweiterung des Spitals Altstätten;
 - d) Nachtrag zum Kantonsratsbeschluss über die Erneuerung und Erweiterung des Spitals Wattwil;
 - e) Kantonsratsbeschluss über die Erhöhung des Eigenkapitals der Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland in Form einer Umwandlung von Kontokorrent-Darlehen;
 - f) Kantonsratsbeschluss über die Umwandlung von Baudarlehen der Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland in Eigenkapital;
 - g) Kantonsratsbeschluss über die Erhöhung des Eigenkapitals der Spitalregion Fürstenland Toggenburg in Form einer Bareinlage und einer Umwandlung von Kontokorrent-Darlehen;
 - h) Kantonsratsbeschluss über die Umwandlung von Baudarlehen der Spitalregion Fürstenland Toggenburg in Eigenkapital;
 - i) Kantonsratsbeschluss über die Gewährung von Beiträgen für die Notfallversorgung.
- die Regierung einzuladen, bis zum Jahr 2024 Varianten zur verstärkten Integration der Spitalverbunde (beispielsweise die Zusammenlegung zu einem Verbund und den Zusammenschluss zu einem Konzern) zu prüfen, dem Kantonsrat darüber Bericht zu erstatten und ihm die allenfalls notwendigen Anpassungen der rechtlichen Grundlagen zu unterbreiten.

Im Namen der Regierung

Heidi Hanselmann
Präsidentin

Canisius Braun
Staatssekretär

⁷⁷

Qualitätsberichte der Spitalverbunde sind abrufbar unter:

- www.kssg.ch/qualitaetsmanagement
- www.srrws.ch/qualität.html
- www.spital-linth.ch/ueber-uns/vortraege-publikationen/qualitaetsbericht
- <https://www.srft.ch/ueber-uns/stabsstellen.html>

Für Daten des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung:

- <https://www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/>.

Anhang 1: Basispapiere

Die Vernehmlassungsvorlage stützt sich auf die folgenden detaillierten Berichte aus den verschiedenen Teilprojekten, die im Rahmen des Projekts zur Weiterentwicklung der Spitalstrategie erarbeitet wurden:

Teilprojekt 1 Offene Fragen, Teilprojekt 5 GWL, Teilprojekt 6 Finanzen:

Basispapier 1: Bericht Offene Fragen des Lenkungsausschusses vom 12. Juli 2019
(Zusammenzug der Zwischenberichte 1–3 vom 8. November 2018 [einschliesslich Korrekturen auf S. 19/21/52], 12. Februar 2019 und 5. April 2019]

Teilprojekt 2 Recht:

Basispapier 2a: Bericht Zuständigkeiten von Recht und Legistik und M. Bucheli vom 7. Dezember 2018

Basispapier 2b: Bericht Rechtliche Rahmenbedingungen für die Finanzierung der Spitalverbunde durch den Kanton von Recht und Legistik vom 29. Mai 2019 inkl. Ergänzung betreffend Anpassung Baudarlehen vom 26. Juni 2019

Basispapier 2c: Rechtsgutachten Bundesrechtliche Grundlagen und Vorgaben für die Finanzierung der Spitalverbunde durch den Kanton von B. Rütsche vom 10. Mai 2019

Basispapier 2d: Rechtsgutachten Rechtliche Grundlagen für ambulante Angebote öffentlicher Spitäler von B. Rütsche vom 26. August 2019

Teilprojekt 3 Detailkonzept:

Basispapier 3: Bericht Detailkonzept des Verwaltungsrates / CEO-Koordinationsausschusses vom 14. Juni 2019

Teilprojekt 4 Alternative Vorschläge:

Basispapier 4: Bericht Alternative Vorschläge von KPMG vom September 2019

Vernehmlassung

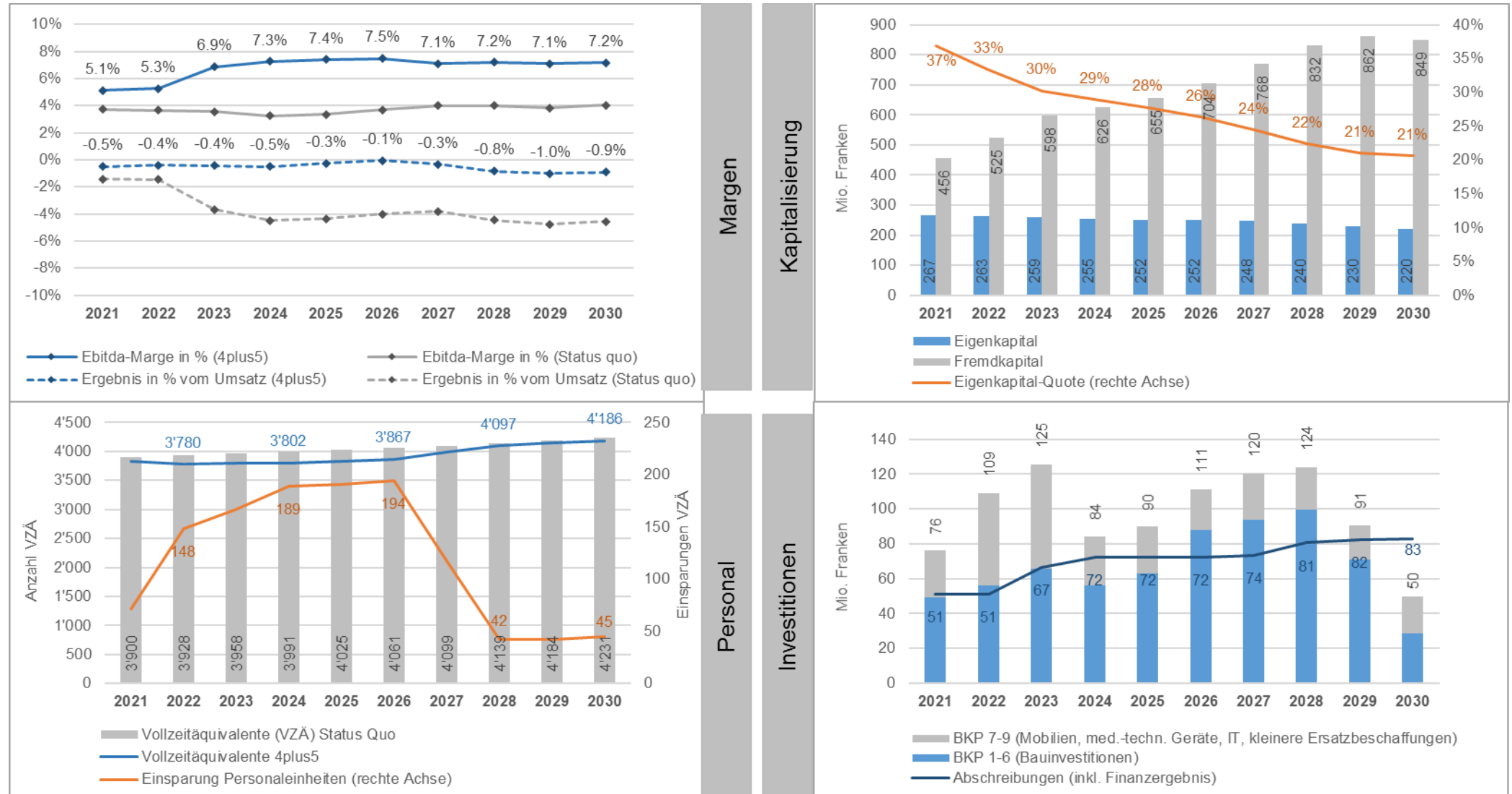
Basispapier 5: Auswertung der Vernehmlassung vom 15. Januar 2020

Die Basispapiere sind unter <https://www.spitalzukunft.sg.ch/> abrufbar.

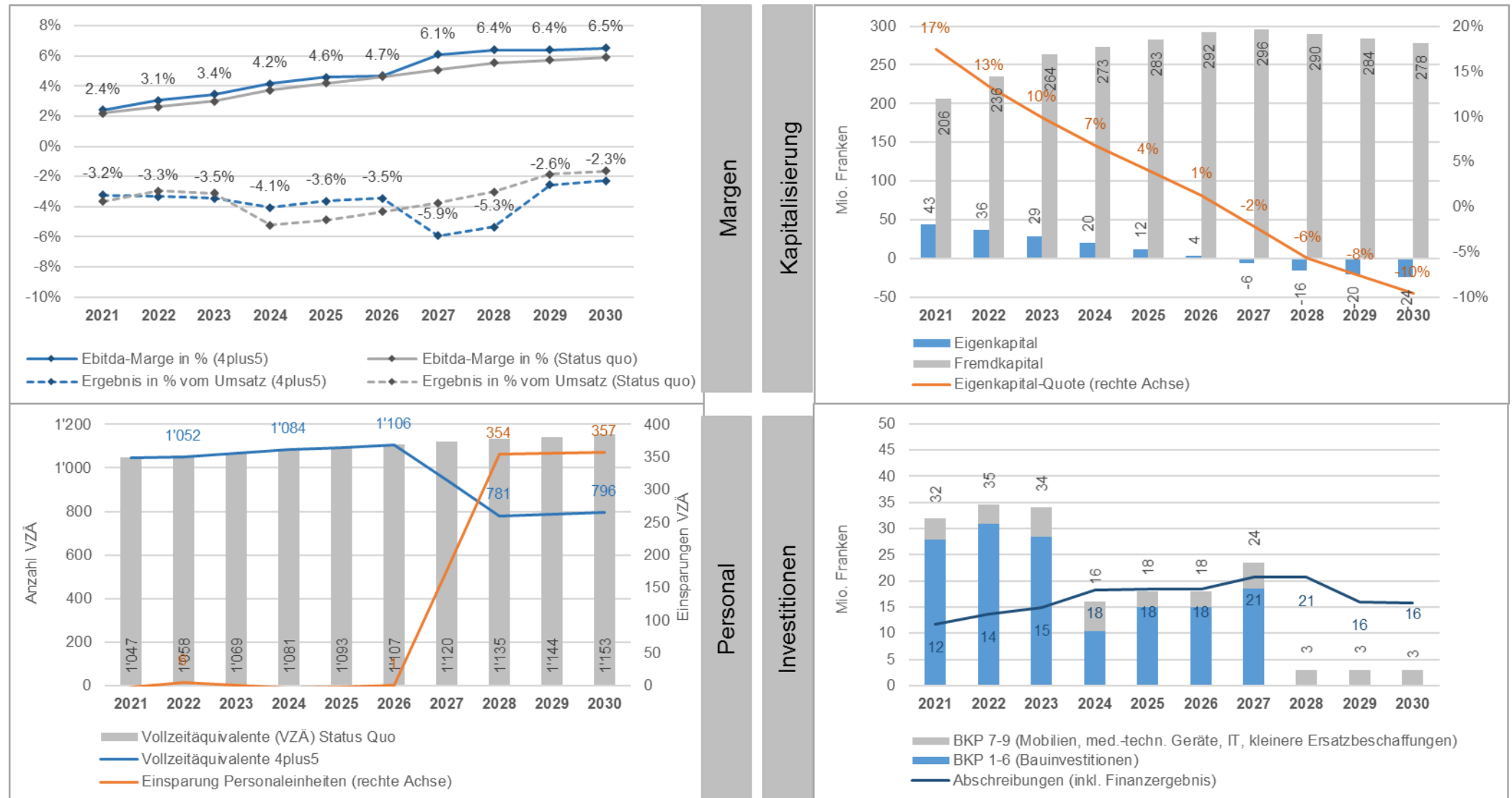
Anhang 2: Finanzielle Ergebnisse 4plus5-Konzept nach Spitalverbund

Nur Strukturmassnahmen, ohne zusätzliche GWL, Effizienzmassnahmen und Sanierungsbeiträge

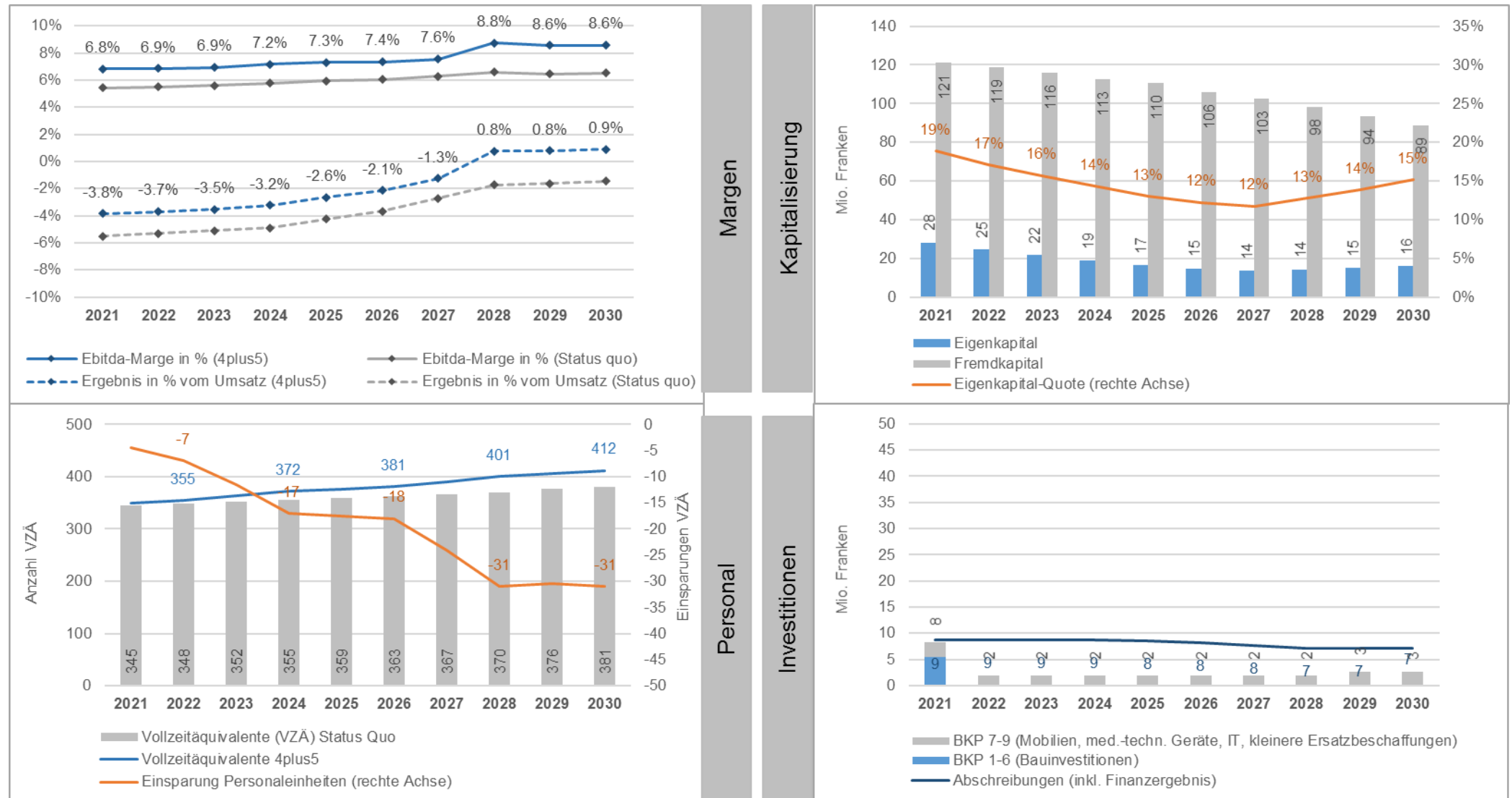
Spitalverbund 1



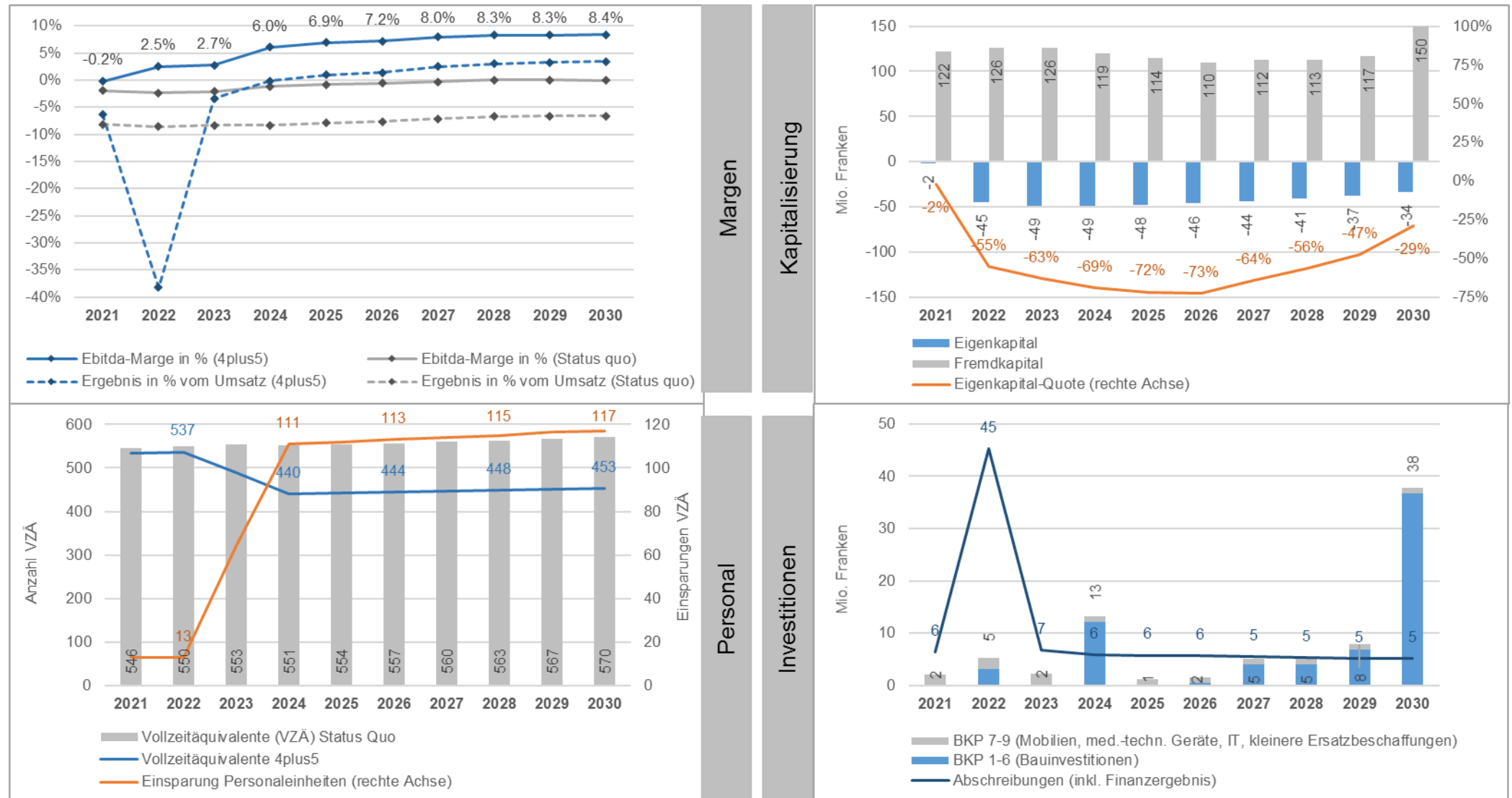
Spitalverbund 2



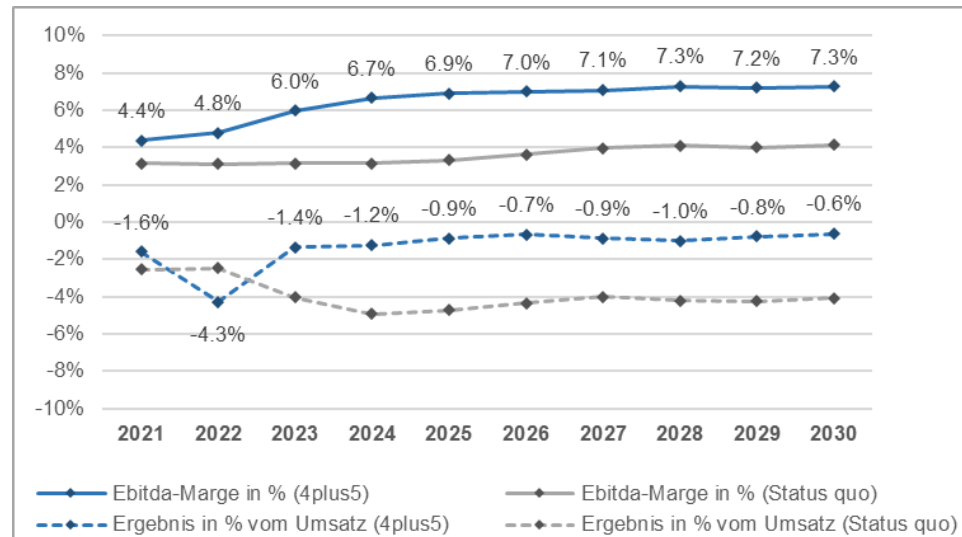
Spitalverbund 3



Spitalverbund 4

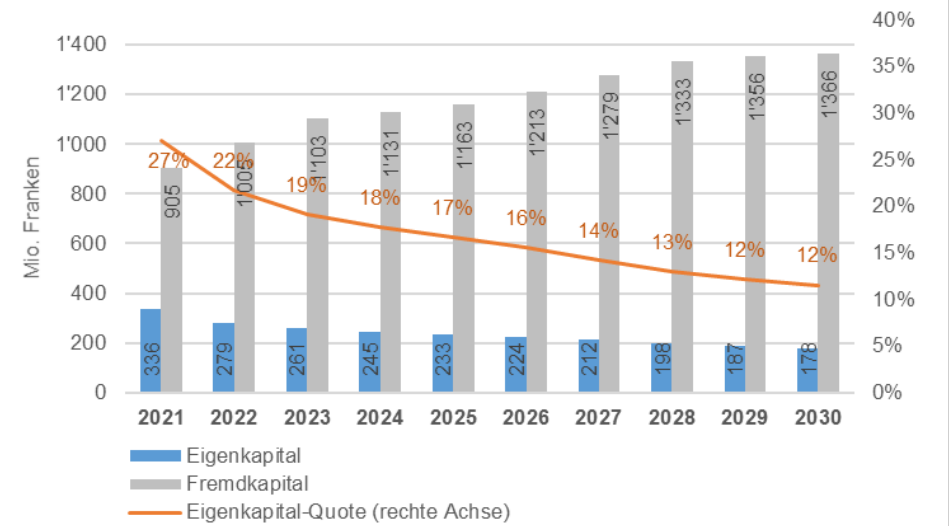


Gruppe, Spitalverbunde 1–4



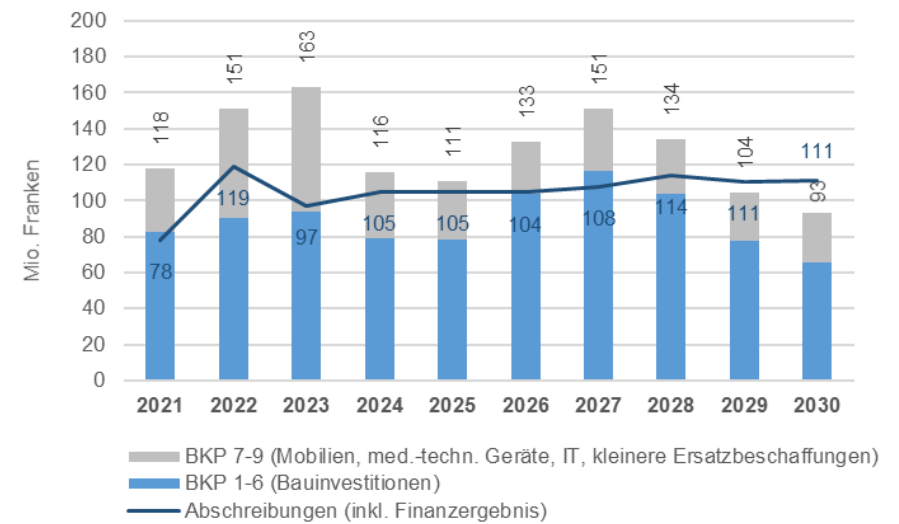
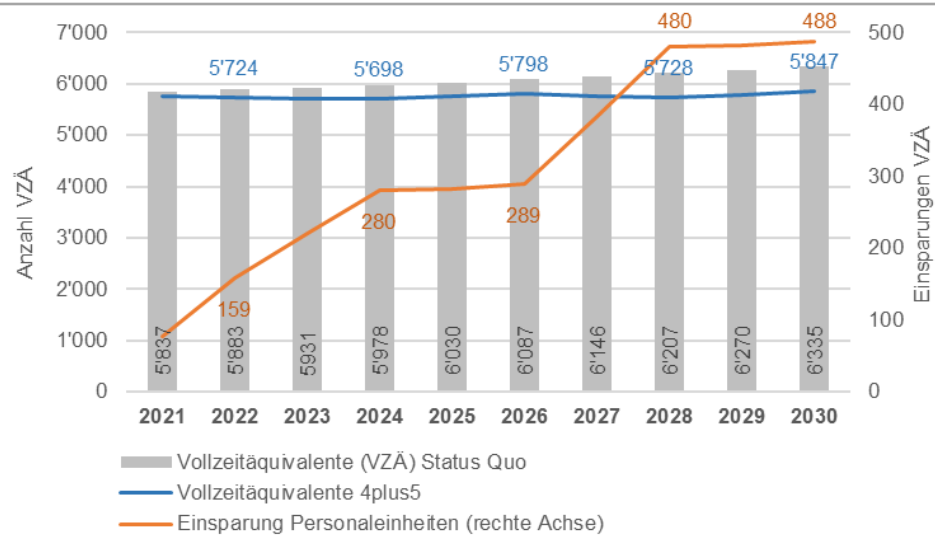
Margen

Kapitalisierung



Personal

Investitionen



Anhang 3: Effizienzmassnahmen der Spitalverbunde

Spitalverbund 1

Nr.	Bezeichnung	Beschreibung	Wirkeffekt	Wirkbereich	Terminierung
1	Nüchterneintritt (same day surgery)	Aufbau Strukturen für prästationäre Abklärung und Vorbereitung, damit der Patient am Interventions-/Therapietag stationär eintreten kann.	Reduktion der Verweildauer, um den prä-interventionellen Tag bei geeignetem Patientengut. Schaffung von stationären Kapazitäten für zusätzliche stationäre Fälle oder Anpassung der Kostenstruktur durch Abbau der Kapazitäten.	Chirurgische Fächer, Medizinisch interventionelle Fächer (primär Kardiologie, Gastroenterologie, Pneumologie)	in Bearbeitung, Abschluss Ende 2023
2	Einführung Lean Management auf Bettenstationen	Patientenzentrierte Standardisierung und Harmonisierung der Abläufe und Prozesse über die einzelnen Berufsgruppen hinweg (Pfleger, Ärzte, Administratives Personal)	Verbesserte Betreuungsqualität durch mehr Zeit beim Patienten; Einhalten der geplanten Austrittstermine und Optimierung des Übertrittsprozesses; Flexibilisierung im Gesamtsystem auf Ebene Bettenstation (Durchlässigkeit Personal, Patienten). Erhöhung der Bettenverfügbarkeit, (weniger Bettenschliessungen). Reduktion ärztlich administrativer Aufwand, Reduktion Überzeiten	Sämtliche rund 25 Bettenstationen	in Bearbeitung, Abschluss Ende 2023
3	Einführung Lean Management auf Ambulatorien	Patientenzentrierte Standardisierung und Harmonisierung der Abläufe und Prozesse über die einzelnen Berufsgruppen hinweg (Pfleger, Ärzte, Administratives Personal)	Schnellerer Zugang zu einem Ambulatoriumstermin Verkürzte Wartezeiten im Ambulatorium Schaffung von Voraussetzung der unternehmensweiten Steuerung von ambulanten Kapazitäten	Sämtliche Ambulatorien	in Bearbeitung, Abschluss Ende 2023
4	Unternehmensweite Steuerung ambulante Kapazitäten	Wirtschaftliche Ausnutzung von ambulanten Kapazitäten durch Standardisierung und Harmonisierung der ambulanten Infrastruktur (Ambulatorien und Tageskliniken). Implementierung Monitoring betreffend Bereitstellung und Ausnutzung der ambulanten Kapazitäten	Bessere Auslastung der bereitgestellten ambulanten Kapazitäten (Infrastrukturwachstum geringer als Leistungswachstum)	Sämtliche ambulanten Infrastrukturen (Ambulatorien und Tageskliniken) mit Ausnahme von Spezialinfrastruktur (z.B. HNO, Ophthalmologie)	Ab 2.Q 2020, Abschluss Ende 2021
5	Ambulantisierung der internistischen Kliniken	Eruierung und Ausnutzen des ambulanten Potenzials in den internistischen Kliniken	Verstärkte ambulante Leistungserbringung, Schaffung von stationären Kapazitäten für zusätzliche Patienten oder Anpassung der Kostenstruktur durch Abbau der Kapazitäten.	Alle internistisch tätigen Kliniken, insbesondere Kardiologie, Gastroenterologie, Pneumologie und Allgemeine Innere Medizin	Ab 2.Q 2020
6	Ambulantisierung der chirurgisch tätigen Kliniken	Eruierung und Ausnutzen des ambulanten Potenzials über die kantonalen Vorgaben hinaus in den chirurgisch tätigen Kliniken	Verstärkte ambulante Leistungserbringung, Schaffung von stationären Kapazitäten für zusätzliche Patienten oder Anpassung der Kostenstruktur durch Abbau der Kapazitäten.	Alle chirurgisch tätigen Kliniken	Laufend
7	Optimierung Übertrittsmanagement	Zeitlich nahtloser Übergang von der akutsomatischen Versorgung in die stationäre Rehabilitation / akutgeriatrische Versorgung	Reduktion der administrativ bedingten Verzögerungen beim Übertritt dadurch Reduktion der Verweildauer	Sämtliche Kliniken mit stationären Patienten	Ab 2.Q 2020, Abschluss Ende 2021
8	Umsetzung Integrationsmodell	Nutzung von Synergiepotenzial über die Gruppe hinweg (fachlich und ressourcentechnisch) Gemeinsame Fachgremien mit Fokus auf: Medizinische Standards, medizinische Prozesse, Qualitätssicherung, Aus-, Weiter- und Fortbildungskonzepten inkl. Karriereplanung und Ressourcenpooling.	Durch Pooling der ärztlichen Ressourcen kann die Fachexpertise in den Regionen vor Ort bereitgestellt werden. Dies ermöglicht einen effizienten Ressourceneinsatz und reduziert Vorhalteleistungen im System.	Gemäss Detailkonzept Seite 53 Integrationsmodell	Ab 1.Q 2020, Abschluss 2028
9	Unternehmensweites Bettenmanagement	Wirtschaftliche Ausnutzung von stationären Kapazitäten durch Standardisierung und Harmonisierung des Prozesses des Bettenmanagement (Planung und Steuerung). Implementierung Monitoring betreffend Bereitstellung und Ausnutzung der Bettenkapazitäten.	Bessere Auslastung der bereitgestellten Bettenkapazitäten	Sämtliche Kliniken mit stationären Patienten	in Bearbeitung, Abschluss Ende 2.Q 2020
10	Weiterentwicklung ZNA	Einführung neues Triage- und Beurteilungs- und Abklärungssystem in der ZNA mit der medizinischen Teamevaluation (MTE)	Verkürzung der Aufenthaltsdauer auf ZNA, dadurch Erhöhung ZNA-Kapazität	ZNA	in Bearbeitung, Abschluss 4.Q 2020

Spitalverbund 2

Nr.	Bezeichnung	Beschreibung	Wirkeffekt	Wirkbereich	Terminierung
1	Reduktion der Verweildauer	Reduktion der Verweildauer im stationären Bereich (Innere & operative Fächer) um 0.5 Tage, Reduktion der Verweildauer im ambulanten Bereich um 20%	Fokus insbesondere auf den Standort Grabs. Dank der Reduktion der Verweildauer werden notwendige Kapazitäten geschaffen, um das Volumen am Standort Grabs bewältigen zu können.	Sämtliche Pflegestationen der Inneren Medizin sowie operativen Fächer, Tagesklinik, Ambulatorien	Beginn asap, Abschluss per Mitte 2021
2	Abflusssteuerung	Optimierung der Abflusssteuerung auf den stationären Abteilungen der Inneren Medizin und operativen Fächer	Schnellere und optimiertere Abflusssteuerung an nachgelagerte Institutionen (z.B. Reha) und Folge dessen Schaffung von notwendigen Kapazitäten insbesondere am Standort Grabs.	Sämtliche Pflegestationen der Inneren Medizin sowie operativen Fächer	Beginn asap, Abschluss per Mitte 2021
3	Optimierung Kernprozess Medizin	Entlastung der Mediziner in den administrativen Bereichen, so dass sich diese auf den Kernprozess/Kernaufgabe fokussieren können.	Schaffung von Stationsarztsekretärinnen welche Aufgaben der AA/OA übernehmen, so dass sich diese ganzheitlich auf die medizinischen Kernaufgaben konzentrieren können.	Pilot in den operativen Fächern, Rollout auf weitere Stationen im operativen Bereich, danach Ausweitung auf die Innere Medizin	Seit Mitte 2019 Pilot, laufender Rollout, Beendigung per Ende 2021
4	Lean-Management	Schaffung einer Lean-Roadmap durch die GL, danach Aufgleisung und Weiterführung der konzipierten Massnahmen.	Lean wird bereits seit 2016 in der SRRWS betrieben (u.a. Lean Bettenstationen). Die Lean Roadmap definiert die mit/durch Lean zu erreichende Ziele bis Ende 2023	Sämtliche Ressorts/Fachbereiche in der SR RWS gemäss Lean Roadmap, Schaffung von notwendigen Ressourcen im Bereich Lean	Kick-off Januar 2020, Beendigung erste Phase per Ende 2023
5	Professionalisierung ZNA	Beschleunigung der Entscheidungskompetenz durch den Facharzt im Bereich der ZNA zur rascheren Abwicklung von Fällen.	Bündelung von Kompetenzen der Fachbereichen Orthopädie, Chirurgie, Anästhesie und Innere Medizin in der ZNA - teilweise Ablösung der AA und folglich schneller Abarbeitung der Fälle	Prioritär ZNA Grabs	Start Ende 2020 bis spätestens Mitte 2022
6	Ambulant vor stationär	Optimierung der betrieblich-operativen und baulichen Rahmenbedingungen zur Bewältigung der Ambulantisierung	Anpassung der Konzepte und Arbeitsprozesse in allen von der Ambulantisierung tangierten Bereichen (zudem TK heute als Station betrieben, ab Mai 2020 im Neubau als eigenständiger Bereich), Neuausrichtung der Prozesse	Tagesklinik, Ambulatorien, operative Abteilungen, Ops	bereits initiiert, laufend bis Ende 2025
7	Umsetzung Integrationsmodell	Nutzung von Synergiepotenzial über die Gruppe hinweg (fachlich und ressourcentechnisch) Gemeinsame Fachgremien mit Fokus auf: Medizinische Standards, medizinische Prozesse, Qualitätssicherung, Aus-, Weiter- und Fortbildungskonzepten inkl. Karriereplanung und Ressourcenpooling.	Durch Pooling der ärztlichen Ressourcen kann die Fachexpertise in den Regionen vor Ort bereitgestellt werden. Dies ermöglicht einen effizienten Ressourceneinsatz und reduziert Vorhalteleistungen im System.	Gemäss Detailkonzept Seite 53 Integrationsmodell	Ab 1.Q 2020, Abschluss 2028
8	Optimierung OP-Kapazitäten SPGR	Optimierung der betrieblichen Abläufe und Initialisierung eines Dashboards für die Führungsorgane, zudem Implementation einer Software gesteuerten OP-Ablaufoptimierung	Schaffung von zusätzlichen Kapazitäten bei gleichbleibenden Rahmenbedingungen durch Optimierung der Abläufe (Stichwort Wechselzeiten)	Insbesondere operative Fächer, OP-Management, OP-Kommission und GL	Per sofort, bis Anfang 2021
9	Tagesklinische Prozesse	Per Bezug Neubau im Mai 2020 wird die TK aus dem stationären Bereich extrahiert und als eigenständiger Bereich geführt	Etablierung und Optimierung der TK als eigenständiger Bereich in der SR RWS --> Fokus nur am Standort Grabs	TK, operative Fächer	Ab Mai 2020, fortlaufend
10	Einführung newKIS	Ablösung der aktuellen KIS Lösung MedFolio PMS von Nexus durch ein neues KIS.	Optimierung und Weiterentwicklung der durch das KIS unterstützen Kernprozesse. Hinweis: Eine eigentliche Weiterentwicklung war mit MedFolio nicht mehr möglich.	Alle Bereiche in der SR RWS	Seit Herbst 2019, Rollout Mitte 2023

Spitalverbund 3

Nr.	Bezeichnung	Beschreibung	Wirkeffekt	Wirkbereich	Terminierung
1	Frauenklinik/Neubau	neue Chefärztin, neue Prozesse und modernere Infrastruktur	mehr Patienten Gynäkologie mehr Patienten Geburtshilfe	Frauenklinik, Ambulatorium	Start 01.04.2020
2	Kanban Lager	Ausrollen des Kanban innerhalb des Spitals	schlankes Sortiment geringerer Lagebestand	Pflegestöcke und OP umgesetzt IMC und Notfall umgesetzt Bereinigung noch fortlaufend	Start Frühjahr 2019, laufend
3	Zentrales Ambulatorium/Neubau	einheitliche Prozesse im ambulanten Bereich, Anmeldeverfahren vereinheitlichen, Personalressourcen bündeln	mehr Komfort für den Zuweiser mehr Komfort für den Kunden	Prozesse werden erarbeitet Front Office Back Office aufgeteilt aktiv	Bezug Provisorium 2019 Bezug Neubau komplett Sommer 2020
4	Ausbau der Dialyse	Räumlichkeiten im Neubau nutzen und mehr Dialyseplätze anbieten. Zu Beginn die Dialyse an 6 Tagen die Woche öffnen, danach im Sommer in den Neubau zügeln.	Steigerung der Patientenzahl, keine Wartelisten, Angebot der ortgebundenen Dialyse, Angebot der Feriendialyse	Nephrologie/Dialyse	Laufend, ab 01.02.2020 Übergangslösung Ab Sommer 2020 Bezug der neuen Räumlichkeiten
5	Zuweiserpflege	Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten fördern, Chance der neuen ärztlichen Belegschaft nutzen	Vertrauen zu den niedergelassenen Bereichen zurückgewinnen, Frequenzsteigerung im ambulanten Bereich und auch stationär	Schnittstelle niedergelassener Bereich und Spital Linth	Start Herbst 2019, laufend
6	Flexible Personalanpassung nach Belegung	in nicht stark ausgelasteten Monaten Personal anpassen und evt. Abteilungen schliessen	Weniger Lohnkosten Personalreduktion	Bettenstation; OP; Wochenbett	Start 2018, laufend
7	Neuorganisation Chirurgie/Orthopädie	Fachgremien bilden SV übergreifend	Konzernstruktur, einheitliche Prozesse, gemeinsame Standards, Attraktivitätssteigerung Fort-, Weiter- und Ausbildung	Spitalverbunde SV1-4	Start Herbst 2019, laufend
8	Integration Informatik ins Netzwerk SSC-IT St. Gallen	eigene Informatik des Spital Linth ins Netzwerk integrieren, Mitarbeiter aus der Informatik des Spital Linth einbetten	Bessere Vernetzung Einheitliche Programme, Konzernstruktur	Spitalverbunde SV1-4	Start Frühjahr 2020
9	Rückzug aus Bühlpark in Rapperswil	Kein ärztliches Angebot im niedergelassenen Bereich vom Spital Linth anbieten, ab Herbst auch keine Physiotherapie vom Spital Linth mehr anbieten	Vertrauen zu den niedergelassenen Bereich zurück gewinnen, keine Konkurrenz sein	Schnittstelle niedergelassener Bereich und Spital Linth	Ab Frühjahr 2020 kein ärztliches Angebot mehr Ab Herbst 2020 keine Physiotherapie mehr

Spitalverbund 4

Nr.	Bezeichnung	Beschreibung	Wirkeffekt	Wirkbereich	Terminierung
1	Reorganisation der operativen Versorgung	Nach Schliessung eines OP Saales in Wattwil (2015) und der Reduktion der Vorhalteleistungen in der Nacht und am Wochenende erfolgte im 4.Q 2019 die Konzentration der Operationen am Standort Wil.	Die Konzentration der Operationen in Wattwil reduziert Vorhalteleistungen in Wattwil und verbessert die OP-Auslastung in Wil. Mit geeigneten Massnahmen (Zuweisermanagement, Einführung INP Wattwil) wird einem potentiellen Fallverlust entgegengewirkt.	Gesamtes Unternehmen. Bedingt auf allen Ebenen die Anpassung von Prozessen.	Abschluss Ende 2020
2	Einführung Integrierte Notfallpraxis Wattwil	Eröffnung einer Notfallpraxis als Ergänzung zum bestehenden Notfall am Spital Wattwil. Gemeinsam betrieben von niedergelassenen Ärzten und Spitalärzten.	Schnellere Versorgung der Patienten durch bessere Triagierung von Bagatellfällen und echten Notfällen. Entlastung des Notfalls. Sicherstellung von Zuweisungen durch den Notfall. Stärkung der Zusammenarbeit mit den Zuweisern. Entlastung der Zuweiser beim Notfalldienst.	Direkt: Notfallstation Wattwil. Indirekt: Ambulatorium und Bettenstationen Wattwil.	Abschluss Ende 2020
3	Sachkosteneinsparungen	Im Rahmen des Sanierungsprojektes SRFT getroffene Massnahme zur Reduktion des Sachaufwandes.	Direkt EBIT wirksame Ergebnisverbesserung. Im 2020 CHF 600'000.-	Alle Bereiche.	2020
4	Ertragsoptimierungen im ambulanten Bereich	Optimierung der Leistungsverrechnungen im ambulanten Bereich durch externe Fachpersonen, anschliessend interne Schulungen	Direkt EBIT wirksame Ertragsverbesserungen. Im 2020 rund CHF 300'000.-	Medizinische und operative Kliniken, Administration.	Laufend in regelmässigen
5	Einführung Lean Management auf Bettenstationen	Patientenzentrierte Standardisierung und Harmonisierung der Abläufe und Prozesse über die einzelnen Berufsgruppen hinweg (Pfleger, Ärzte, Administratives Personal)	Verbesserte Betreuungsqualität durch mehr Zeit beim Patienten; Einhalten der geplanten Austrittstermine und Optimierung des Übertrittsprozesses; Flexibilisierung im Gesamtsystem auf Ebene Bettenstation (Durchlässigkeit Personal, Patienten). Erhöhung der Bettenverfügbarkeit, (weniger Bettenschliessungen). Reduktion ärztlich administrativer Aufwand, Reduktion Überzeiten	Alle Bettenstationen nach Pilot im 2020	in Bearbeitung Abschluss Ende 2022
6	Kanban und Beschaffungsoptimierungen	Weiteres Ausrollen des Kanban-Prinzips im gesamten Unternehmen.	Straffung (Verkleinerung) des Sortimentes, bessere Einkaufspreise, Reduktion der Lagerbestände.	Bettenstationen, OP-Bereich, Beschaffung	Abschluss Ende 2020
7	Optimierung Ressourcenplanung Bettenstationen	Mit der Konzentration der operativen Versorgung an einem Standort wird in gewissen Bereichen die Ressourcenplanung vereinfacht. Die Ressourcen sollen besser an die saisonalen Schwankungen und die operativen Tätigkeiten ausgerichtet werden.	Bessere Nutzung der bestehenden FTE, Reduktion von Vorhalteleistungen auf den Bettenstationen.	Bettenstationen, Room Service, medizinisches Dienstleistungszentrum	2021 - 2023
8	Medizinisches Untersuchungszentrum (MUZ) Wattwil	Konzentration und Vereinheitlichung der ambulanten Leistungen in einem zentralen medizinischen Untersuchungszentrum in Wattwil. Dient auch als Grundlage für eine späteres Gesundheits- und Notfallzentrum in Wattwil.	Vereinfachung der Prozesse für Patienten und Mitarbeitende, kürzere Wartezeiten, bessere Abläufe. Optimalere Ausnutzung bestehender Ressourcen in der ambulanten Versorgung.	Medizinische und operative Kliniken, Pflege, Administration.	2020/2021
9	Umsetzung Integrationsmodell	Nutzung von Synergiepotenzial über die Gruppe hinweg (fachlich und ressourcentechnisch) Gemeinsame Fachgremien mit Fokus auf: Medizinische Standards, medizinische Prozesse, Qualitätssicherung, Aus-, Weiter- und Fortbildungskonzepten inkl. Karriereplanung und Ressourcenpooling.	Durch Pooling der ärztlichen Ressourcen kann die Fachexpertise in den Regionen vor Ort bereitgestellt werden. Dies ermöglicht einen effizienten Ressourceneinsatz und reduziert Vorhalteleistungen im System.	Gemäss Detailkonzept Seite 53 Integrationsmodell	Ab 1.Q 2020, Abschluss 2028

IV. Nachtrag zum Gesetz über die Spitalverbunde

Entwurf der Regierung vom 24. Februar 2020

Der Kantonsrat des Kantons St.Gallen

hat von der Botschaft der Regierung vom 24. Februar 2020⁷⁸ Kenntnis genommen und erlässt:

I.

Der Erlass «Gesetz über die Spitalverbunde vom 22. September 2002»⁷⁹ wird wie folgt geändert:

Art. 2^{bis} Standorte

¹ Der Kantonsrat legt die Spitalstandorte fest:-

- a) **Spitalstandorte mit einem Mehrspartenangebot;**
- b) **Standorte mit einem Gesundheits- und Notfallzentrum, das über ein auf den regionalen Bedarf abgestimmtes Notfallversorgungs- und Bettenangebot verfügt.**

Art. 3 Aufgaben

a) allgemein

¹ Der Spitalverbund trägt **insbesondere** bei:

- a) zur bedarfsgerechten Spitalversorgung;
- b) zur Notfallversorgung bei Krankheit und Unfall;
- c) zur Aus- und Weiterbildung in den Berufen des Gesundheitswesens.

Art. 4^{bis} (neu) c) weitere Leistungen

1. Grundsatz

¹ Der Spitalverbund kann weitere Leistungen mit Bezug zur Gesundheitsversorgung anbieten, soweit die Erfüllung des Leistungsauftrags und die langfristige Gesundheitsversorgung nicht beeinträchtigt werden.

² Die mit weiteren Leistungen verbundenen Kosten und Erträge werden separat erfasst und ausgewiesen.

Art. 4^{ter} (neu) 2. Gesundheits- und Notfallzentren

¹ Der Spitalverbund betreibt an den nach Art. 2^{bis} Bst. b dieses Erlasses festgelegten Standorten Gesundheits- und Notfallzentren, soweit dieses Angebot nicht hinreichend

⁷⁸ ABI 2020-●●.

⁷⁹ sGS 320.2.

durch private Leistungserbringer aufgebaut und sichergestellt werden kann. Er arbeitet soweit möglich mit privaten Leistungserbringern zusammen.

Art. 4^{quater} (neu) 3. weitere ambulante Leistungen

¹ Der Spitalverbund kann weitere ambulante Leistungen ausserhalb der Spitalinfrastruktur und der Gesundheits- und Notfallzentren anbieten, soweit eine bedarfsgerechte Versorgung nicht hinreichend durch private Leistungserbringer sichergestellt wird.

II.

Der Erlass «Gesetz über die Spitalplanung und -finanzierung vom 31. Januar 2012»⁸⁰ wird wie folgt geändert:

Art. 24 Zusätzliche kantonale Beiträge

¹ Wo kostendeckende Vergütungssysteme fehlen, können den Spitälern **sowie weiteren Leistungserbringern** mit Standort im Kanton St.Gallen Beiträge an die ungedeckten Kosten gewährt werden für:

- a) versorgungspolitisch ~~sinnvolle und~~ notwendige ambulante Pflichtleistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung;
- b) versorgungspolitisch ~~sinnvolle und~~ notwendige ambulante oder stationäre Pflichtleistungen der Unfall-, Invaliden- und Militärversicherung;
- c) Leistungen innovativer Versorgungsmodelle der Psychiatrie;
- d) Nichtpflichtleistungen im Rahmen neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden;
- e) Sicherstellung der regionalen Notfallversorgung.**

² Beiträge können gewährt werden, wenn:

- 1. die Leistung wirtschaftlich erbracht wird;
- 2. die ungedeckten Kosten nicht durch Gewinne aus Zusatzleistungen gedeckt werden können.

³ Die Gewährung von Beiträgen kann mit Bedingungen und Auflagen verbunden werden.

III.

[keine Aufhebung anderer Erlasse]

IV.

Die Regierung bestimmt den Vollzugsbeginn dieses Erlasses.

⁸⁰ sGS 320.1.

Kantonsratsbeschluss über die Festlegung der Spitalstandorte

Entwurf der Regierung vom 24. Februar 2020

Der Kantonsrat des Kantons St.Gallen

hat von der Botschaft der Regierung vom 24. Februar 2020⁸¹ Kenntnis genommen und
erlässt

in Ausführung von Art. 2^{bis} des Gesetzes über die Spitalverbunde vom 22. September 2002⁸²
als Beschluss:

I.

Ziff. 1

¹ Als kantonale Spitalstandorte mit einem stationären Mehrspartenangebot werden festgelegt:

- a) das Kantonsspital St.Gallen;
- b) das Spital Grabs;
- c) das Spital Linth in Uznach;
- d) das Spital Wil.

Ziff. 2

¹ Als Standorte mit einem Gesundheits- und Notfallzentrum werden festgelegt:

- a) Rorschach;
- b) Altstätten;
- c) Walenstadt;
- d) Wattwil;
- e) Flawil.

² Stellt ein privater Leistungserbringer an einem der Standorte nach Abs. 1 dieser Bestimmung den Betrieb eines Gesundheits- und Notfallzentrums sicher, entfällt dieser Standort des Spitalverbundes.

³ Die Regierung wird eingeladen, für den Standort Walenstadt dem Kantonsrat drei Jahre nach Vollzugsbeginn dieses Erlasses einen Bericht vorzulegen und allenfalls Antrag über die Erhaltung als Spitalstandort mit einem stationären Mehrspartenangebot nach Ziff. 1 dieses Erlasses zu stellen.

⁸¹ ABI 2020-●●.

⁸² sGS 320.2.

Ziff. 3

¹ Die Standorte nach Ziff. 2 Abs. 1 dieses Erlasses werden bis zur Umwandlung in ein Gesundheits- und Notfallzentrum als Spital mit stationärem Angebot geführt.

II.

[keine Änderung anderer Erlasse]

III.

[keine Aufhebung anderer Erlasse]

IV.

Die Regierung bestimmt den Vollzugsbeginn dieses Erlasses.

Nachtrag zum Kantonsratsbeschluss über die Erneuerung und Erweiterung des Spitals Altstätten

Entwurf der Regierung vom 24. Februar 2020

Der Kantonsrat des Kantons St.Gallen

hat von der Botschaft der Regierung vom 24. Februar 2020⁸³ Kenntnis genommen und
erlässt:

I.

Der Erlass «Kantonsratsbeschluss über die Erneuerung und Erweiterung des Spitals Altstätten vom 30. November 2014»⁸⁴ wird aufgehoben.

II.

1. Der Erlass «Kantonsratsbeschluss über die Übertragung der Spitalimmobilien vom 1. März 2016»⁸⁵ wird wie folgt geändert:

Ziff. 4

¹ Die Spitalanlagengesellschaften setzen die in folgenden Kantonsratsbeschlüssen genehmigten Projekte auf eigene Rechnung um:

- a) Kantonsratsbeschluss über den Neubau der Häuser 07A/07B des Kantonsspitals St.Gallen vom 30. November 2014;
- b) ~~Kantonsratsbeschluss über die Erneuerung und Erweiterung des Spitals Altstätten vom 30. November 2014;~~
- c) Kantonsratsbeschluss über die Erneuerung und Erweiterung des Spitals Grabs vom 30. November 2014;
- d) Kantonsratsbeschluss über die Erneuerung und Erweiterung des Spitals Linth (2. Etappe) vom 30. November 2014;
- e) Kantonsratsbeschluss über die Erneuerung und Erweiterung des Spitals Wattwil vom 30. November 2014;
- f) Kantonsratsbeschluss über den Umbau und die Erweiterung des Spitals Wil (Notfall, Labor und Verwaltung) vom 27. Januar 2015.

² Bei angefangenen Bauten und Projekten nach Abs. 1 dieser Bestimmung werden die bis zum Zeitpunkt der Übertragung der Grundstücke aufgelaufenen Kosten von der zuständigen Spitalanlagengesellschaft getragen.

⁸³ ABI 2020-●●.

⁸⁴ sGS 321.941.2.

⁸⁵ sGS 320.201.

³ Der Verwaltungsrat der Spitalanlagengesellschaft beschliesst über Änderungen an einem Projekt nach Abs. 1 dieser Bestimmung, die aus betrieblichen oder architektonischen Gründen notwendig sind und das Gesamtprojekt nicht wesentlich umgestalten. Weitere Änderungen an den Projekten bedürfen der Genehmigung durch die Regierung.

III.

[keine Aufhebung anderer Erlasse]

IV.

1. Die Regierung bestimmt den Vollzugsbeginn dieses Erlasses.
2. Dieser Erlass untersteht dem fakultativen Finanzreferendum.⁸⁶

⁸⁶ Art. 7 Abs. 2 RIG, SGS 125.1.

Nachtrag zum Kantonsratsbeschluss über die Erneuerung und Erweiterung des Spitals Wattwil

Entwurf der Regierung vom 24. Februar 2020

Der Kantonsrat des Kantons St.Gallen

hat von der Botschaft der Regierung vom 24. Februar 2020⁸⁷ Kenntnis genommen und
erlässt:

I.

Der Erlass «Kantonsratsbeschluss über die Erneuerung und Erweiterung des Spitals Wattwil vom 30. November 2014»⁸⁸ wird aufgehoben.

II.

1. Der Erlass «Kantonsratsbeschluss über die Übertragung der Spitalimmobilien vom 1. März 2016»⁸⁹ wird wie folgt geändert:

Ziff. 4

¹ Die Spitalanlagengesellschaften setzen die in folgenden Kantonsratsbeschlüssen genehmigten Projekte auf eigene Rechnung um:

- a) Kantonsratsbeschluss über den Neubau der Häuser 07A/07B des Kantonsspitals St.Gallen vom 30. November 2014;
- b) Kantonsratsbeschluss über die Erneuerung und Erweiterung des Spitals Altstätten vom 30. November 2014;
- c) Kantonsratsbeschluss über die Erneuerung und Erweiterung des Spitals Grabs vom 30. November 2014;
- d) Kantonsratsbeschluss über die Erneuerung und Erweiterung des Spitals Linth (2. Etappe) vom 30. November 2014;
- e) ~~Kantonsratsbeschluss über die Erneuerung und Erweiterung des Spitals Wattwil vom 30. November 2014;~~
- f) Kantonsratsbeschluss über den Umbau und die Erweiterung des Spitals Wil (Notfall, Labor und Verwaltung) vom 27. Januar 2015.

² Bei angefangenen Bauten und Projekten nach Abs. 1 dieser Bestimmung werden die bis zum Zeitpunkt der Übertragung der Grundstücke aufgelaufenen Kosten von der zuständigen Spitalanlagengesellschaft getragen.

⁸⁷ ABI 2020-●●.

⁸⁸ sGS 321.941.1.

⁸⁹ sGS 320.201.

³ Der Verwaltungsrat der Spitalanlagengesellschaft beschliesst über Änderungen an einem Projekt nach Abs. 1 dieser Bestimmung, die aus betrieblichen oder architektonischen Gründen notwendig sind und das Gesamtprojekt nicht wesentlich umgestalten. Weitere Änderungen an den Projekten bedürfen der Genehmigung durch die Regierung.

III.

[keine Aufhebung anderer Erlasse]

IV.

1. Die Regierung bestimmt den Vollzugsbeginn dieses Erlasses.
2. Dieser Erlass untersteht dem fakultativen Finanzreferendum.⁹⁰

⁹⁰ Art. 7 Abs. 2 RIG, SGS 125.1.

Kantonsratsbeschluss über die Erhöhung des Eigenkapitals der Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland in Form einer Umwandlung von Kontokorrent-Darlehen

Entwurf der Regierung vom 24. Februar 2020

Der Kantonsrat des Kantons St.Gallen

hat von der Botschaft der Regierung vom 24. Februar 2020⁹¹ Kenntnis genommen und erlässt

in Ausführung von Art. 23 des Gesetzes über die Spitalplanung und -finanzierung vom 31. Januar 2012⁹²

als Beschluss:

I.

Ziff. 1

¹ Der Kanton St.Gallen erhöht das Eigenkapital der Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland um Fr. 10'000'000.–.

² Die Erhöhung erfolgt über eine Umwandlung bestehender Kontokorrent-Darlehen in der Höhe von Fr. 10'000'000.– in Eigenkapital.

Ziff. 2

¹ Für die Erhöhung des Eigenkapitals der Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland wird ein Kredit von Fr. 10'000'000.– gewährt.

² Der Kredit wird der Investitionsrechnung belastet.

Ziff. 3

¹ Die Regierung wird ermächtigt, mit der Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland die weiteren Einzelheiten der Umwandlung der Kontokorrent-Darlehen in Eigenkapital zu vereinbaren.

⁹¹ ABI 2020-●●.

⁹² sGS 320.1.

II.

[keine Änderung anderer Erlasse]

III.

[keine Aufhebung anderer Erlasse]

IV.

1. Die Regierung bestimmt den Vollzugsbeginn dieses Erlasses.
2. Dieser Erlass untersteht dem fakultativen Finanzreferendum.⁹³

⁹³ Art. 7 Abs. 1 RIG, SGS 125.1.

Kantonsratsbeschluss über die Umwandlung von Baudarlehen der Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland in Eigenkapital

Entwurf der Regierung vom 24. Februar 2020

Der Kantonsrat des Kantons St.Gallen

hat von der Botschaft der Regierung vom 24. Februar 2020⁹⁴ Kenntnis genommen und
erlässt

als Beschluss:

I.

Ziff. 1

¹ Der Kanton St.Gallen wandelt Baudarlehen der Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland in Höhe von Fr. 22'000'000.– in Eigenkapital um.

Ziff. 2

¹ Die Umwandlung der Baudarlehen in Eigenkapital erfolgt durch eine Umwidmung innerhalb des Verwaltungsvermögens.

Ziff. 3

¹ Die Regierung wird ermächtigt, mit der Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland die weiteren Einzelheiten der Umwandlung der Baudarlehen in Eigenkapital zu vereinbaren.

⁹⁴ ABI 2020-●●.

II.

1. Der Erlass «Kantonsratsbeschluss über die Übertragung der Spitalimmobilien vom 1. März 2016»⁹⁵ wird wie folgt geändert:⁹⁶

Ziff. 5

¹ Die Regierung kann den Spitalanlagengesellschaften für die Finanzierung der Projekte nach Ziff. 4 Abs. 1 dieses Erlasses rückzahlbare Darlehen im Umfang der im jeweiligen Kantonsratsbeschluss bewilligten Kredite ausrichten.

² Darlehen werden basierend auf einem zum Zeitpunkt der Darlehensgewährung geltenden und der Refinanzierung des Kantons angepassten Zinssatz ~~mit einer Laufzeit von höchstens zehn Jahren~~ verzinst. Der Zinssatz wird nach Ablauf der Laufzeit den aktuellen Konditionen angepasst.

³ **Der Kantonsrat kann durch einfachen Kantonsratsbeschluss auf die Verzinsung oder die Rückzahlbarkeit der Darlehen nach Abs. 1 dieser Bestimmung verzichten.**

III.

[keine Aufhebung anderer Erlasse]

IV.

Die Regierung bestimmt den Vollzugsbeginn dieses Erlasses.

⁹⁵ sGS 320.201.

⁹⁶ Die entsprechenden Änderungen erfolgen allenfalls analog in Abschnitt II des Kantonsratsbeschlusses über die Umwandlung von Baudarlehen der Spitalregion Fürstenland Toggenburg in Eigenkapital.

Kantonsratsbeschluss über die Erhöhung des Eigenkapitals der Spitalregion Fürstenland Toggenburg in Form einer Bareinlage und einer Umwandlung von Kontokorrent-Darlehen

Entwurf der Regierung vom 24. Februar 2020

Der Kantonsrat des Kantons St.Gallen

hat von der Botschaft der Regierung vom 24. Februar 2020⁹⁷ Kenntnis genommen und erlässt

in Ausführung von Art. 23 des Gesetzes über die Spitalplanung und -finanzierung vom 31. Januar 2012⁹⁸

als Beschluss:

I.

Ziff. 1

¹ Der Kanton St.Gallen erhöht das Eigenkapital der Spitalregion Fürstenland Toggenburg um Fr. 30'000'000.–.

² Die Erhöhung setzt sich zusammen aus einer Bareinlage in der Höhe von Fr. 10'000'000.– und einer Umwandlung bestehender Kontokorrent-Darlehen in der Höhe von Fr. 20'000'000.– in Eigenkapital.

Ziff. 2

¹ Für die Erhöhung des Eigenkapitals der Spitalregion Fürstenland Toggenburg wird ein Kredit von Fr. 30'000'000.– gewährt.

² Der Kredit wird der Investitionsrechnung belastet.

Ziff. 3

¹ Die Regierung wird ermächtigt, mit der Spitalregion Fürstenland Toggenburg die weiteren Einzelheiten der Auszahlung der Bareinlage und der Umwandlung der Kontokorrent-Darlehen in Eigenkapital zu vereinbaren.

⁹⁷ ABI 2020-●●.

⁹⁸ sGS 320.1.

II.

[keine Änderung anderer Erlasse]

III.

[keine Aufhebung anderer Erlasse]

IV.

1. Die Regierung bestimmt den Vollzugsbeginn dieses Erlasses.
2. Dieser Erlass untersteht dem obligatorischen Finanzreferendum.⁹⁹

⁹⁹ Art. 6 Abs. 1 RIG, SGS 125.1.

Kantonsratsbeschluss über die Umwandlung von Baudarlehen der Spitalregion Fürstenland Toggenburg in Eigenkapital

Entwurf der Regierung vom 24. Februar 2020

Der Kantonsrat des Kantons St.Gallen

hat von der Botschaft der Regierung vom 24. Februar 2020¹⁰⁰ Kenntnis genommen und
erlässt

als Beschluss:

I.

Ziff. 1

¹ Der Kanton St.Gallen wandelt Baudarlehen der Spitalregion Fürstenland Toggenburg in Höhe von Fr. 26'000'000.– in Eigenkapital um.

Ziff. 2

¹ Die Umwandlung der Baudarlehen in Eigenkapital erfolgt durch eine Umwidmung innerhalb des Verwaltungsvermögens.

Ziff. 3

¹ Die Regierung wird ermächtigt, mit der Spitalregion Fürstenland Toggenburg die weiteren Einzelheiten der Umwandlung der Baudarlehen in Eigenkapital zu vereinbaren.

¹⁰⁰ ABI 2020-●●.

II.

1. Der Erlass «Kantonsratsbeschluss über die Übertragung der Spitalimmobilien vom 1. März 2016»¹⁰¹ wird wie folgt geändert:¹⁰²

Ziff. 5

¹ Die Regierung kann den Spitalanlagengesellschaften für die Finanzierung der Projekte nach Ziff. 4 Abs. 1 dieses Erlasses rückzahlbare Darlehen im Umfang der im jeweiligen Kantonsratsbeschluss bewilligten Kredite ausrichten.

² Darlehen werden basierend auf einem zum Zeitpunkt der Darlehensgewährung geltenden und der Refinanzierung des Kantons angepassten Zinssatz ~~mit einer Laufzeit von höchstens zehn Jahren~~ verzinst. Der Zinssatz wird nach Ablauf der Laufzeit den aktuellen Konditionen angepasst.

³ **Der Kantonsrat kann durch einfachen Kantonsratsbeschluss auf die Verzinsung oder die Rückzahlbarkeit der Darlehen nach Abs. 1 dieser Bestimmung verzichten.**

III.

[keine Aufhebung anderer Erlasse]

IV.

Die Regierung bestimmt den Vollzugsbeginn dieses Erlasses.

¹⁰¹ sGS 320.201.

¹⁰² Die entsprechenden Änderungen erfolgen allenfalls analog in Abschnitt II des Kantonsratsbeschlusses über die Umwandlung von Baudarlehen der Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland in Eigenkapital.

Kantonsratsbeschluss über die Gewährung von Beiträgen für die Notfallversorgung

Entwurf der Regierung vom 24. Februar 2020

Der Kantonsrat des Kantons St.Gallen

hat von der Botschaft der Regierung vom 24. Februar 2020¹⁰³ Kenntnis genommen und erlässt

in Ausführung von Art. 24 des Gesetzes über die Spitalplanung und -finanzierung vom 31. Januar 2012¹⁰⁴:

als Beschluss:

I.

Ziff. 1

¹ Der Kanton St.Gallen kann folgende jährlich wiederkehrende Beiträge für die Aufrechterhaltung der Notfallversorgung an den kantonalen Spitalstandorten mit einem stationären Mehrspartenangebot gewähren:

- a) Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland bis zu Fr. 1'000'000.-;
- b) Spital Linth bis zu Fr. 1'000'000.-;
- c) Spitalregion Fürstenland Toggenburg bis zu Fr. 1'000'000.-.

Ziff. 2

¹ Der Kanton St.Gallen kann jährlich wiederkehrende Beiträge für die Notfallversorgung an den Standorten von Gesundheits- und Notfallzentren im Umfang von bis zu 6'250'000 Franken gewähren.

Ziff. 3

¹ Die für die Notfallversorgung erforderlichen Beiträge werden erstmals ins Budget 2021 eingestellt.

¹⁰³ ABI 2020-●●.

¹⁰⁴ sGS 320.1.

Ziff. 4

¹ Die Regierung wird ermächtigt, mit dem Leistungserbringer die weiteren Einzelheiten der Gewährung der Beiträge für die Notfallversorgung zu vereinbaren.

II.

[keine Änderung anderer Erlasse]

III.

[keine Aufhebung anderer Erlasse]

IV.

1. Die Regierung bestimmt den Vollzugsbeginn dieses Erlasses.
2. Die Rechtsgültigkeit dieses Erlasses setzt die Rechtsgültigkeit des IV. Nachtrags zum Gesetz über die Spitalverbunde voraus.
3. Dieser Erlass untersteht dem obligatorischen Finanzreferendum.¹⁰⁵

¹⁰⁵ Art. 6 RIG, sGS 125.1.