



Leistungs- und Strukturentwicklung der Spitalverbunde des Kantons St.Gallen

Bericht Grobkonzept

Verwaltungsrat / CEO-Koordinationsausschuss

4. Mai 2018, Version 1.0

Management Summary

Ausgangslage

Die wichtigsten Faktoren, welche eine Strukturentwicklung in den Spitalverbunden des Kantons St.Gallen bedingen:

- Spezialisierung der medizinischen Leistungserbringung und damit verbundene Schwierigkeiten, das medizinische Angebot in seiner Breite 24/7 und dezentral in der geforderten Qualität und Sicherheit anbieten zu können
- demografische Entwicklung: Zunahme Multimorbidität, chronische Erkrankungen
- Schwierigkeiten bei der Rekrutierung von Fachkräften sowie bei den Personalkosten für einen durchgehenden Betrieb (hohe Vorhalteleistungen)
- strukturelles Defizit von jährlich ca. CHF 70 Mio. in Bezug auf die Eigentümergebung von 10% EBITDA-Marge

Umgesetzte betriebliche Massnahmen seit Einführung der neuen Spitalfinanzierung

Einzelmassnahmen zur Reduktion der Vorhalteleistungen und Optimierungen bei den Betriebsaufwänden wurden seit Einführung der neuen Spitalfinanzierung im Jahr 2012 laufend von den einzelnen Spitalverbunden durchgeführt (z. B. Aufhebung von Geburtshilfe-Abteilungen, Reduktion der OP-Zeiten an Wochenenden und in der Nacht, Bildung von Einkaufsgemeinschaften und Anpassung der Führungsorganisation). Sie haben ihre Wirkung auf das Betriebsergebnis bereits erzielt. Das diesbezügliche Potenzial auf Standortbasis ist mehrheitlich ausgeschöpft. Es braucht grundlegende strukturelle Anpassungen in der Leistungserbringung über die gesamte Gruppe (SV 1–4) hinweg, um einen Teil der fehlenden EBITDA-Prozente in Bezug auf den Zielwert von 10% zu kompensieren.

Konsequenzen für die Spitalverbunde 1–4:

- medizinische Leistungskonzentration (Erreichen Mindestfallzahlen, Sicherstellung Fachpersonal)
- Kooperation medizinischer Fachdisziplinen: interdisziplinäre Schwerpunktbildung (Zentren)
- Reduktion der Vorhalteleistungen (Einschränkung Öffnungszeiten und Eingriffszeiten, u. U. Wegfall ganzer Leistungsbereiche)
- Stärkung des Zentrumsspitals als Endversorger auf universitärem Niveau in der Versorgung, im Lehrniveau und in der Wissenschaft und Forschung

Leitlinien für die Strukturüberlegungen

1. Sicherstellung einer nachhaltigen Gesundheitsversorgung im Kanton St.Gallen und in der Ostschweiz in der geforderten Qualität und Sicherheit
2. Spezialisierung der medizinischen Leistungserbringung und Schwerpunktbildung insbesondere aufgrund von Megatrends: demografische Entwicklung, Zunahme Multimorbidität, Zunahme chronischer Erkrankungen und kürzere Halbwertszeit des medizinischen Wissens
3. Wirtschaftlichkeit des Gesamtsystems: Zentral sind effizient genutzte Strukturen über die Gruppe hinweg, eine Mindest-Unternehmensgrösse für stationäre Mehrspartenversorgung und vermehrt die Erbringung der medizinischen Leistungen in ambulanten Strukturen und Prozessen (Verschiebung der stationären Leistungserbringung in den ambulanten Bereich).

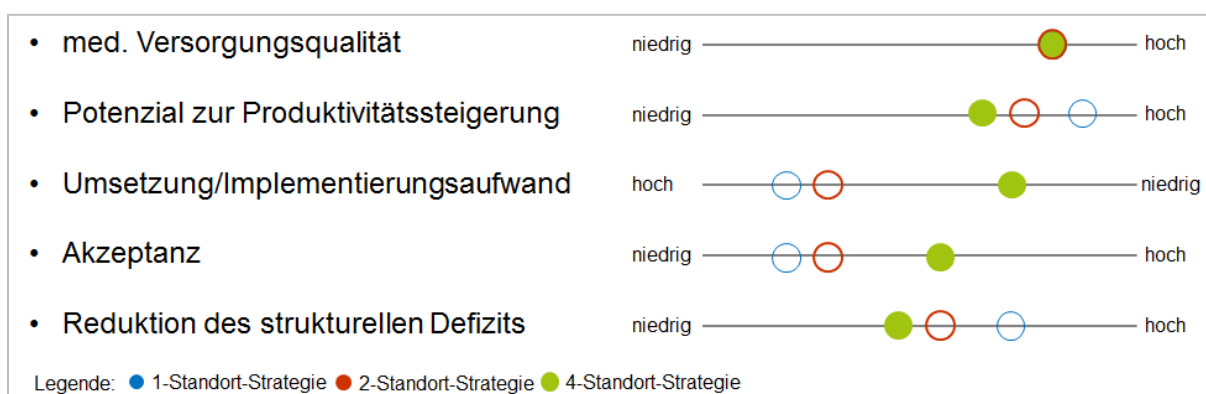
Dies erfolgt durch verstärkte Netzwerkbildungen und medizinische Leistungskonzentration und bedeutet eine hohe Auslastung der Infrastruktur, eine Optimierung von Vorhalteleistungen und die Reduktion von Doppelspurigkeiten in den klinischen Prozessen und den Supportprozessen.
4. Sicherstellung adäquat ausgebildeter Fachkräfte in der notwendigen Quantität: Die im System angebotenen Ausbildungs- und Arbeitsplätze müssen eine hohe Attraktivität aufweisen.
5. Die Leistungs- und Strukturentwicklung muss die Stärke des Zentrumsspitals in der Leistungserbringung, im Lehrniveau und in der Wissenschaft und Forschung erhalten und ausbauen.
6. Erreichen des EBITDA-Zielwerts des Eigentümers von 10% (siehe Eigentümerstrategie)

Varianten/Zielbild

- Variante 1: 1-Standort-Strategie mit St.Gallen als Standort für die stationäre Leistungserbringung
- Variante 2: 2-Standort-Strategie mit St.Gallen und Grabs als Standorte für die stationäre Leistungserbringung
- Variante 3: 4-Standort-Strategie basierend auf dem Grundsatz der angebotsorientierten Leistungskonzentration. Die Variante 3, 4-Standort-Strategie, wird durch den CEO-KA favorisiert. Die stationäre Leistungserbringung erfolgt an den Standorten St.Gallen (Endversorger), Grabs, Uznach und Wil. In Altstätten, Walenstadt, Wattwil, Flawil und Rorschach sind ambulante Gesundheitszentren vorgesehen (Allgemein- und Spezialsprechstunden, Triage, Bagatellnotfälle).



Beurteilung anhand zentraler Bewertungskriterien



Beurteilung gegenüber dem Status quo:

Mit der 4-Standort-Strategie kann die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung der St.Galler Bevölkerung weiterhin komplett durch die Gruppe gewährleistet werden. Die Leistungskonzentration führt zu einer höheren Fallzahl an vier stationären Standorten, womit eine Qualitätsverbesserung der medizinischen Leistungserbringung verbunden ist (Mindestfallzahl). Zudem weisen die angebotenen Ausbildungs- und Arbeitsplätze eine hohe Attraktivität auf, was insbesondere im ärztlichen Bereich eine massgebliche Vereinfachung bei der Rekrutierung von Fachkräften bedeutet. Des Weiteren leistet die 4-Standort-Strategie mit einer Verbesserung der EBITDA-Marge auf 6.6% gegenüber der Weiterführung des Status quo (3.8%) einen wesentlichen Beitrag zur Reduktion des strukturellen Defizits.

EBITDA- und Ergebnisentwicklung

Ohne Strukturanpassungen (Weiterführung Status quo)

| Entwicklung 2012–2017 | | | | | | |
|----------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| St.Galler Spitalverbunde in TCHF | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
| EBITDA | 83'115 | 73'770 | 68'310 | 61'899 | 67'703 | 63'675 |
| EBITDA-Marge | 7.9% | 6.8% | 6.0% | 5.3% | 5.7% | 5.2% |
| Ergebnis | 6'893 | 10'448 | 8'780 | 1'065 | 11'418 | 4'722 |

| Mittelfristplanung 2018–2025 | | | | | | | | |
|----------------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| St.Galler Spitalverbunde in TCHF | BU 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 |
| EBITDA | 37'732 | 35'760 | 40'676 | 50'878 | 51'908 | 48'695 | 48'558 | 51'065 |
| EBITDA-Marge | 3.1% | 2.9% | 3.2% | 3.9% | 4.0% | 3.7% | 3.6% | 3.8% |
| Ergebnis | -25'537 | -35'586 | -39'434 | -33'619 | -37'252 | -77'024 | -79'942 | -84'313 |

Mit Strukturanpassungen (auf Basis der geprüften Varianten)

| EBITDA-Marge Verbesserung | | | | Zielwert Eigentümer: 10% | |
|---------------------------|-----------------|-------------|-----------------------------------|--------------------------|-------------------|
| EBITDA in % | Ist 2016 SV 1–4 | Budget 2018 | EBITDA-Veränderung 2016 zu B 2018 | EBITDA-Verbesserung | EBITDA-Marge 2028 |
| Variante 1 | 5.7% | 3.1% | -2.6% | 4.6% | 7.7% |
| Variante 2 | 5.7% | 3.1% | -2.6% | 4.3% | 7.4% |
| Variante 3 | 5.7% | 3.1% | -2.6% | 3.5% | 6.6% |

| Ergebnis 2028 | | | | | | |
|------------------|-----------------|-------------|-----------------------------------|---------------------|---------------------|-------------------------|
| Ergebnis in TCHF | Ist 2016 SV 1–4 | Budget 2018 | EBITDA Veränderung 2016 zu B 2018 | Nach Abschreibungen | Zusätzlicher EBITDA | Ergebnis 2028 Bottom-up |
| Variante 1 | 11'418 | -18'701 | -30'119 | -63'105 | 44'191 | -18'914 |
| Variante 2 | 11'418 | -18'701 | -30'119 | -70'105 | 47'732 | -22'373 |
| Variante 3 | 11'418 | -18'701 | -30'119 | -79'105 | 42'605 | -36'500 |

| |
|--------------------------|
| Marge 2025 ohne SE: 3.8% |
|--------------------------|

Die jährliche Verbesserung auf Stufe EBITDA durch die Struktureffekte beläuft sich auf CHF 42 Mio. bis CHF 48 Mio. Bei einer Fokussierung des stationären Angebots auf vier Standorte (St.Gallen, Grabs, Uznach und Wil) wird eine EBITDA-Marge von 6.6% erreicht. Alle Varianten erreichen eine deutlich höhere Marge als mit Weiterführung des Status quo (3.8%), weisen aber dennoch eine erhebliche Lücke zum angestrebten Ziel von 10% aus.

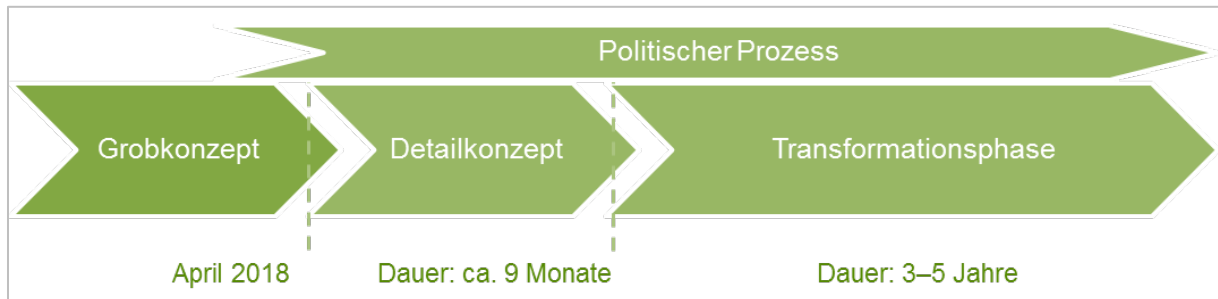
Auf Stufe Ergebnis fallen vor allem die höheren Abschreibungen ins Gewicht. Die Reduktion der Standorte verbessert diese Ausgangslage, reicht jedoch noch nicht aus, um ein ausgeglichenes Ergebnis zu erzielen.

Auf Basis der angepassten Strukturen bedarf es deshalb weiterer Massnahmen im Bereich Produktivität und Prozesse sowie Preiserhöhungen und Entschädigungen, um die Lücke zu schliessen und langfristig ein ausgeglichenes Ergebnis zu erreichen.

«Zukunft aktiv gestalten – jetzt! Zum Wohle der Patienten»



Weiteres Vorgehen, nächste Schritte



Detailkonzept:

- Konkretisierung des Zielbilds (Inhalt, angebotsstrategisch, Infrastrukturplanung)
- Konkretisierung des Finanzplans (inkl. Transformationskosten)
- Anstossen politischer Prozesse
- Transformationskonzept inkl. Change Management
- grobe Umsetzungsplanung

Transformationsphase:

- detaillierte Umsetzungsplanung
- Änderung des Angebots
- Personalveränderung
- Infrastruktur
- Start ab Vorliegen des definitiven politischen Entscheides

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| Management Summary | II |
| Inhaltsverzeichnis | VIII |
| Verzeichnis mitgeltende Dokumente | X |
| Abbildungsverzeichnis | X |
| Tabellenverzeichnis | XI |
| 1 Einleitung..... | 1 |
| 1.1 Auftrag des Verwaltungsrates der Spitalverbunde des Kantons St.Gallen..... | 1 |
| 1.2 Ziele der Leistungs- und Strukturentwicklung | 2 |
| 1.3 Kompetenzregelung | 4 |
| 1.4 Projektorganisation..... | 5 |
| 1.5 Aufbau des Berichtes | 7 |
| 2 Ausgangslage der Spitalverbunde des Kantons St.Gallen | 8 |
| 2.1 Wirtschaftliche Ausgangslage der Spitalverbunde | 8 |
| 2.2 Entwicklung des Gesundheitsmarkts | 10 |
| 2.3 Entwicklung der Strukturen im Gesundheitswesen | 11 |
| 2.4 Entwicklung der Leistungserbringung | 12 |
| 2.5 Forschung auf universitärem Niveau | 13 |
| 2.6 Treiber für die Strukturentwicklung | 15 |
| 2.7 Fazit aus der Ausgangslage | 21 |
| 3 Analyse und Prognose..... | 22 |
| 3.1 Kennzahlen 2016 der Spitalverbunde..... | 22 |
| 3.2 Prognosemodell | 25 |
| 3.3 Ergebnisse Leistungsprognose | 27 |
| 3.4 Fazit aus der Prognose | 29 |
| 4 Grundlagen Zielbild..... | 31 |
| 4.1 Strategische Positionierung..... | 31 |
| 4.2 Leitlinien für Leistungs- und Strukturentwicklung..... | 31 |
| 4.3 Zielbild und Versorgungsmodell | 33 |

| | | |
|----------|-----------------------------------------------------------|-----------|
| 5 | Varianten des Zielbildes | 36 |
| 5.1 | 1-Standort-Strategie | 37 |
| 5.2 | 2-Standort-Strategie | 40 |
| 5.3 | 4-Standort-Strategie | 43 |
| 6 | Finanzielle Auswirkungen | 47 |
| 6.1 | Methodik «Bottom-up»-Ansatz | 48 |
| 6.2 | Resultate der einzelnen Varianten..... | 52 |
| 6.3 | Fazit der Analyse der finanziellen Auswirkungen..... | 57 |
| 7 | Beurteilung und Priorisierung..... | 59 |
| 7.1 | Beurteilung der Varianten..... | 59 |
| 7.2 | Priorisierung | 64 |
| 7.3 | Exkurs – Standorte Wattwil und Altstätten..... | 66 |
| 8 | Weiteres Vorgehen..... | 69 |
| 9 | Anhang..... | 70 |
| 9.1 | Finanzielle Entwicklung 2018–2025 auf Stufe Verbund | 70 |
| 9.2 | Berechnungsmethodik «Top-down»-Ansatz | 70 |
| 9.3 | Exkurs zur Entwicklung der Verweildauer..... | 72 |

Verzeichnis mitgeltende Dokumente

[1] 170825_Groupenstrategie der SV Kanton SG 1.0

[2] Eigentümerstrategie des Kantons St.Gallen für die Spitalverbunde

[3] Gesetz über die Spitalplanung und -finanzierung des Kantons St.Gallen

[4] Spitalplanung Akutsomatik 2017

Abbildungsverzeichnis

| | |
|------------------------------------------------------------------------|----|
| Abbildung 1: Organigramm Projektorganisation..... | 6 |
| Abbildung 2: Aufbau des Berichtes..... | 7 |
| Abbildung 3: Schwellenwerte Mehrspartenspital stationärer Betrieb..... | 29 |
| Abbildung 4: Zielbildvarianten..... | 36 |
| Abbildung 5: Erreichbarkeitsanalyse 1-Standort-Strategie..... | 38 |
| Abbildung 6: Erreichbarkeitsanalyse 2-Standort-Strategie..... | 41 |
| Abbildung 7: Erreichbarkeitsanalyse 4-Standort-Strategie..... | 44 |
| Abbildung 8: Berechnungsansatz «Bottom-up»..... | 47 |
| Abbildung 9: EBITDA 2016 zu EBITDA Budget 2018..... | 48 |
| Abbildung 10: Variante 1 Stufe EBITDA..... | 52 |
| Abbildung 11: Variante 1 Stufe Ergebnis..... | 53 |
| Abbildung 12: Variante 2 Stufe EBITDA..... | 54 |
| Abbildung 13: Variante 2 Stufe Ergebnis..... | 54 |
| Abbildung 14: Variante 3 Stufe EBITDA..... | 55 |
| Abbildung 15: Variante 3 Stufe Ergebnis..... | 56 |
| Abbildung 16: Weiteres Vorgehen..... | 69 |
| Abbildung 17: EBITDA anhand der «Top-down»-Methode..... | 71 |
| Abbildung 18: Durchschnittliche Verweildauer 2016..... | 72 |

Tabellenverzeichnis

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabelle 1: Kompetenzregelung..... | 4 |
| Tabelle 2: Rollenbeschrieb Projektorganisation..... | 5 |
| Tabelle 3: Historische Entwicklung EBITDA, Stufe Gruppe..... | 9 |
| Tabelle 4: EBITDA gemäss Mittelfristplanungen, Stufe Gruppe..... | 9 |
| Tabelle 5: Leistungskennzahlen 2016..... | 24 |
| Tabelle 6: Betten- und OP-Auslastung 2016..... | 24 |
| Tabelle 7: Übersicht Notfallfrequenzen 2016..... | 25 |
| Tabelle 8: Prognosewerte 2028..... | 28 |
| Tabelle 9: Patientenverschiebungen 1-Standort-Strategie..... | 39 |
| Tabelle 10: Patientenverschiebungen 2-Standort-Strategie..... | 42 |
| Tabelle 11: Patientenverschiebungen 4-Standort-Strategie..... | 45 |
| Tabelle 12: Zusatzinvestitionen/Abschreibungen in den einzelnen Varianten..... | 51 |
| Tabelle 13: EBITDA-Marge in Prozent..... | 57 |
| Tabelle 14: EBITDA in TCHF..... | 57 |
| Tabelle 15: Ergebnis in TCHF..... | 58 |
| Tabelle 16: EBITDA-Margen gemäss Mittelfristplanungen, Stufe Verbund..... | 70 |

1 Einleitung

1.1 Auftrag des Verwaltungsrates der Spitalverbunde des Kantons St.Gallen

An der Sitzung des Verwaltungsrates der Spitalverbunde des Kantons St.Gallen vom 23.8.2017 haben die Spitalverbunde im Rahmen der Vorstellung ihrer Erwartungsrechnungen per 31.12.2017 auch einen Ausblick auf die nachfolgenden Jahre gegeben. Die tarifarischen Veränderungen («Berset-Effekt» beim ambulanten Tarif TARMED, Verlagerung stationär zu ambulant), die St.Galler Pensionskasse und die Finanzierung der Immobilien haben erhebliche Auswirkungen auf die finanziellen Mittelfristplanungen der nächsten fünf bis zehn Jahre. Die konsolidierte Sicht über sämtliche Spitalverbunde prognostiziert ein strukturelles Defizit von jährlich ca. CHF 70 Mio., bei Erfüllung der Vorgaben des Eigentümers von 10% EBITDA.

Der Verwaltungsrat hat die Situation gemeinsam mit dem CEO-KA erörtert und ist zu folgender Beurteilung gekommen:

- Einzelmassnahmen werden das strukturelle Defizit nicht wesentlich verringern können.
- Eine reine Wachstumsstrategie der einzelnen Spitalverbunde führt primär zu Marktanteilsverschiebungen zwischen den einzelnen Spitalverbunden.
- Es bedarf einer Prüfung der «Preisseite» (Tarife) sowie Anpassungen bei den gemeinwirtschaftlichen Leistungen.
- Es sind strukturelle Massnahmen in der Leistungserbringung notwendig (inkl. Überprüfung der peripheren/kleinen Standorte).
 - Überprüfung der Vorhalteleistungen, des Leistungsspektrums und des Leistungsangebotes an allen Standorten

Der VR beauftragt den CEO-KA, die Leistungs- und Strukturentwicklung der Spitalverbunde SV 1 bis SV 4 aufzuzeigen. Dabei gelten folgende Prämissen:

- Das Projekt ist ergebnisoffen anzugehen.
- Es handelt sich um ein mittel-/langfristiges Strategieprojekt (mittelfristige Verluste können allenfalls über das höhere Eigenkapital abgedeckt werden).

Einleitung

- Abbildung der möglichen Effekte in der rollenden Mittelfristplanung.
- Die vom Volk beschlossenen Bauvorhaben werden umgesetzt (Änderungen sind in der Kompetenz der Regierung, Antragsweg).
- Rechtzeitige und zielgerichtete Kommunikation.
- Aufgrund der zeitlichen Dringlichkeit respektive der zeitlichen Massnahmen-Wirkungsrelation ist das Projekt ohne Zeitverzögerung und mit der höchsten Dringlichkeit seitens CEO-KA und der einzelnen Spitalverbunde anzugehen.

Abgrenzung: Der Projektauftrag für die Leistungs- und Strukturentwicklung ist Teil eines Gesamtprogrammes zur Reduktion des strukturellen Defizits. Für die Themen Produktivitätssteigerung, Frequenzentwicklung, Preisverhandlungen¹, Verbesserung der Kostenstruktur, Personalentwicklung, medizinischer Bedarf und Infrastrukturkosten sind die einzelnen Spitalverbunde direkt verantwortlich. Diese werden individuell resp. durch die bereits laufenden gemeinsamen Projekte einzelner Spitalverbunde bearbeitet.

1.2 Ziele der Leistungs- und Strukturentwicklung

Aus Sicht der Gruppe² und der einzelnen Spitalverbunde sind folgende Ziele zu erreichen:

1. Sicherstellung einer nachhaltigen Gesundheitsversorgung im Kanton St.Gallen und in der Ostschweiz in der geforderten Qualität
2. Sicherstellung des mittel- bis langfristigen finanziellen Erfolges der einzelnen Spitalverbunde und der Gruppe u. a. durch Beseitigung des strukturellen Defizits (EBITDA 8% bis 10%, Ziel Eigentümer 10%)
3. Abstimmung der Aufwandentwicklung auf die Ertragslage
4. Aufrechterhalten der unternehmerischen Handlungsfähigkeit der Gruppe und der einzelnen Spitalverbunde
5. Wahrung der Eigentümerinteressen

¹ Die Spitalverbunde 2 bis 4 führen die Preisverhandlungen gemeinsam durch.

² Im Folgenden werden die vier Spitalverbunde SV 1 bis SV 4 bei einer gemeinsamen Nennung als Gruppe bezeichnet.

Einleitung

Damit verbunden sind folgende Projektziele:

1. Erstellen einer leistungsorientierten Entwicklungsprognose betreffend Patientenfrequenzen stationär und ambulant und die daraus abzuleitenden Kapazitätsanforderungen nach dem Wesentlichkeitsprinzip
2. Definition des idealen Leistungsspektrums und des Leistungsangebotes an sämtlichen Standorten der Gruppe mit dem Ziel der Leistungskonzentration und der Reduktion von Vorhalteleistungen und Kosten
3. Ermitteln und Optimieren der Aufwand- und der Ertragsentwicklung für das definierte Leistungsangebot (Mittelleinsatz steht im Zentrum)
4. Darstellen der finanziellen Auswirkungen der Strukturentwicklung auf die einzelnen Finanzmittelfristplanungen und das Gesamtergebnis der Gruppe
5. Überprüfen der laufenden Vorhaben aus der Gruppenstrategie [1] und ggf. Anpassung der Ablaufplanung (Priorisierung der Themen)
6. Erarbeitung einer Vorgehensvariante für die Kommunikation und Umsetzung der kantonalen Strategie unter Berücksichtigung des notwendigen Einbezugs der Politik und weiterer Stakeholder

1.3 Kompetenzregelung

| Thema | Zuständigkeit | Gesetzliche Grundlage |
|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Leistungsauftrag, Beantragung | Verwaltungsrat der Spitalverbunde auf Antrag der Geschäftsleitungen | Geschäftsreglement des Verwaltungsrates der Spitalverbunde des Kantons St.Gallen, Anhang Funktionendiagramm |
| Leistungsauftrag, Vergabe | Regierung | Gesetz über die Spitalplanung und -finanzierung, Art. 4 Abs. 1 lit. c |
| Vorgabe betreffend spitalstandortgebundenen Leistungsauftrag | Regierung | Gesetz über die Spitalverbunde, Art. 4 Abs. 2 aktuell Vergabe an Spitalverbunde gekoppelt |
| Leistungsauftrag, operative Umsetzung | Spitalverbunde | Erlass über die Spitalliste durch die Regierung (aktuell 2017–2022) |
| Ambulante Gesundheitsversorgung | – | – |
| Eigentümerstrategie | Regierung | Instrument der Regierung |
| Umsetzung Eigentümerstrategie | Verwaltungsrat der Spitalverbunde | – |
| Spitalstandort | Kantonsrat | Gesetz über die Spitalverbunde, Art. 2bis Abs. 1 |
| Anpassung vom Volk bestimmter Bauvorhaben | Regierung Kantonsrat | Abstimmung November 2014 Kantonsratsbeschluss «Übertragung der Spitalimmobilien», Ziff. 4 |
| Neue und laufende Bauvorhaben | Spitalverbunde | Eigentümerstrategie, 4. Kapitel, lit. o Entscheidungsbefugnisse gemäss Kompetenzregelung des Statuts |
| Anpassung der Gruppenstruktur | Kantonsrat | Gesetz über die Spitalverbunde, Art. 1 Abs. 1; Anpassung nötig |

Tabelle 1: Kompetenzregelung

1.4 Projektorganisation

Rollenbeschrieb für die Phase Grobkonzept

| Rolle | Aufgabe |
|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Auftraggeber Verwaltungsrat | Erteilung des Projektauftrages Abnahme der Zwischen- und Endergebnisse delegiert die Vorsitzenden der VR-Ausschüsse in das Sounding Board |
| Steuerungsausschuss CEO-KA | fachliche sowie inhaltliche Steuerung der Ergebnisbearbeitung fachliche Abnahme der Ergebnisse und Empfehlung z. Hd. VR |
| Sounding Board VRP, Delegierte VR, CEOs und CFOs | spiegelt die erarbeiteten Ergebnisse an den verschiedenen Erwartungen/Interessen und gibt der Gesamtprojektleitung entsprechende Rückmeldung |
| Gesamtprojektleitung | ist für die Erarbeitung der Ergebnisse verantwortlich und legt diese dem CEO-KA und dem VR zur Beurteilung und Abnahme vor Berichtserstattung z. Hd. Auftraggeber und Steuerungsausschuss |
| Kernteam inkl. CEOs, CFOs und PwC | bringt die notwendigen Sachkompetenzen in die Gesamtprojektleitung ein und unterstützt die Gesamtprojektleitung bei der Erarbeitung und Bewertung der Analyseergebnisse sowie bei der Erstellung des Grobkonzeptes Im Kernteam sind folgende Kompetenzen vertreten: medizinische (CA), pflegerische, Finanzkompetenzen (CFOs) und Kompetenzen in der Prozess- und Organisationsentwicklung. |
| Externe Begleitung, PwC | unterstützt die Gesamtprojektleitung bei der Erhebung und Validierung der Prognosedaten. Validiert die Kosten und Ertragsaussichten für die Ziellösung Beurteilung des Projektantrages, der Analysedaten und des Grobkonzeptes |
| Teilprojektleiter | unterstützen die Gesamtprojektleitung bei der Erarbeitung der Ergebnisse, bei Fragestellungen auf Gruppenstufe und bei spezifischen Fragestellungen der entsprechenden Spitalverbunde |
| Teams der einzelnen Teilprojekte je SV | gemäss Auftrag durch den Teilprojektleiter |

Tabelle 2: Rollenbeschrieb Projektorganisation

Einleitung

Organigramm

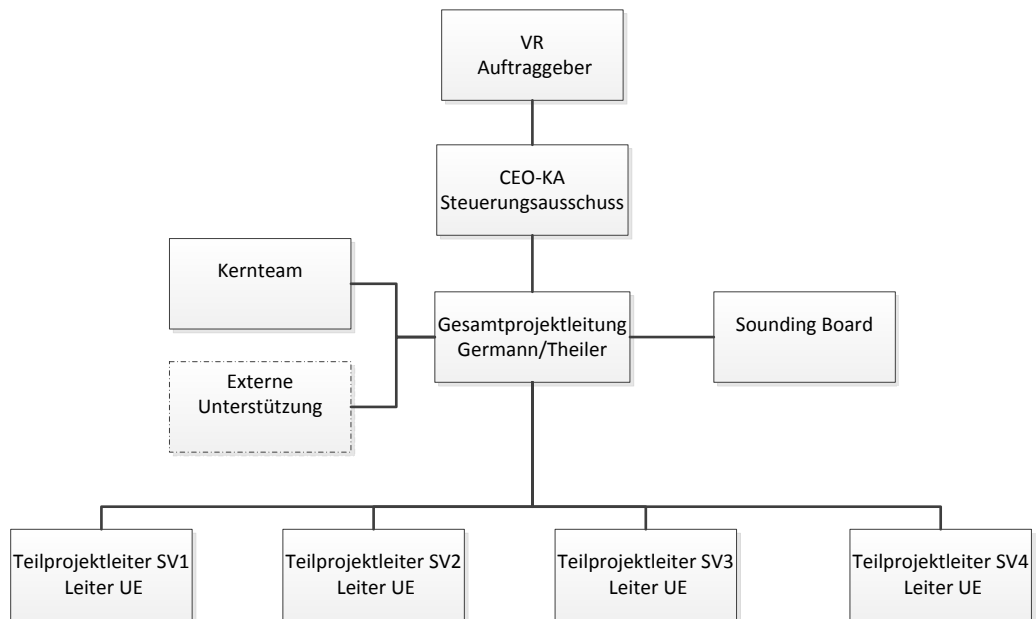


Abbildung 1: Organigramm Projektorganisation

1.5 Aufbau des Berichtes

Der Bericht gliedert sich in drei Hauptteile. Im ersten Teil wird die Ausgangslage der Spitalverbunde beschrieben und die Prognose der Leistungsentwicklung dargestellt. Im zweiten Teil wird auf dieser Basis ein Zukunftsbild mit entsprechenden Varianten entwickelt und auf Aspekte der Wirtschaftlichkeit, der medizinischen Versorgung und Machbarkeit hin beurteilt. Zum Schluss wird das weitere Vorgehen skizziert.

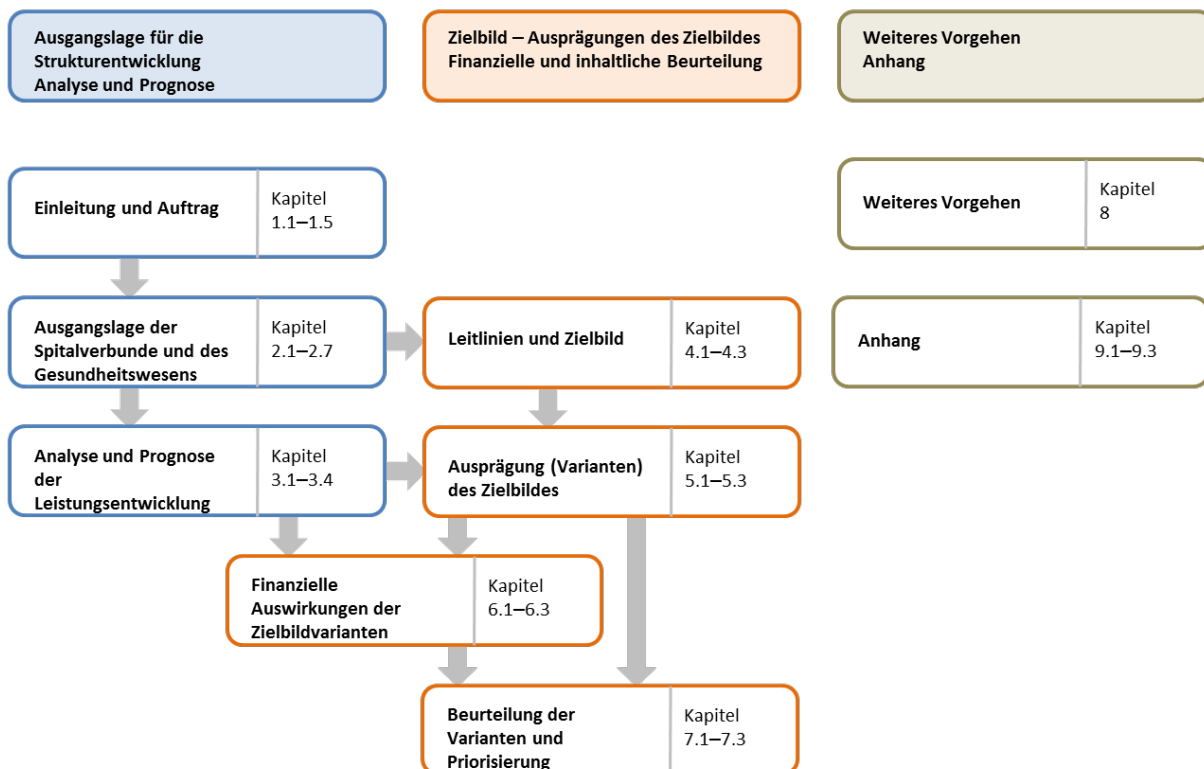


Abbildung 2: Aufbau des Berichtes

2 Ausgangslage der Spitalverbunde des Kantons St.Gallen

Das Kantonsspital St.Gallen und die Regionalspitäler sind in vier Spitalverbunden organisiert. Diese werden von einem Verwaltungsrat geführt und schliessen mit der Kantonsregierung einen Leistungsvertrag.

Die vier Spitalverbunde organisieren sich in einer sog. Gruppe und koordinieren die gemeinsamen operativen Aktivitäten durch den CEO-Koordinationsausschuss. Die Grund- und Spezialversorgung wird durch Netzwerke und Kooperationen unterstützt. Diese werden durch das Kantonsspital St.Gallen im Sinne der Fachführerschaft betrieben.

2.1 Wirtschaftliche Ausgangslage der Spitalverbunde

Die St.Galler Spitalverbunde erzielten auf operativer Ebene in den vergangenen Jahren eine durchschnittliche EBITDA-Marge (Betriebsergebnis vor Abschreibungen, Zinsen und Steuern in Prozenten der Nettoerlöse) zwischen 5% und 6%, was dem Durchschnittswert der Schweizer Akutspitäler entspricht (PwC-Studie «Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen 2016»). Die EBITDA-Marge als Kennzahl stösst in der Schweizer Spitalbranche auf breite Akzeptanz. Dabei hat sich der langfristig anzustrebende Richtwert von 10% im Verhältnis zum Nettoerlös etabliert. Spitäler, insbesondere jene mit Neubauten, sollten in der Zukunft eine EBITDA-Marge von mindestens 10% erwirtschaften, damit sie die notwendigen Investitionen nachhaltig finanzieren und die resultierenden Abschreibungen und Zinszahlungen tragen können. Die Regierung des Kantons St. Gallen hat diesen Zielwert in die Eigentümerstrategie übernommen.

Mit Einführung der neuen Spitalfinanzierung per Anfang 2012 wurden den Spitälern erstmals Preise bezahlt und nicht mehr Kosten vergütet. Zur Festsetzung der Preise (Baserate³) wurde auf Basis der anrechenbaren Kosten 2010 ein schweizweites Benchmarking durchgeführt und der Schwellenwert für die Baserate beim 40. Perzentil der Kosten festgelegt (BVGer). Spitäler mit höheren Fallkosten wurden als ineffizient bewertet. Für die Universitätsspitäler erfolgte ein separates Benchmarking und dadurch eine höhere Baserate. Zentrumspitäler werden in einer Kategorie zusammen mit Regional- und Landspitälern bewertet, was dazu geführt hat, dass die Zentrumsspitäler eine eher zu tiefe Baserate aufweisen resp. keinen kostendeckenden Preis erzielen können.

³ Preis für einen Fall mit Fallschwere 1.0

Ausgangslage der Spitalverbunde des Kantons St.Gallen

Auch im ambulanten Bereich ist der Taxpunktwert mit CHF 0.83 nicht kostendeckend. Die Möglichkeiten zur Erhöhung sind momentan nicht gegeben (BVG-Entscheide). Die fortschreitende Verlagerung der medizinischen Leistungserbringung in den ambulanten Bereich verschärft die Ertragssituation weiter. Zusätzlich wurden im Jahr 2014 durch den Bundesrat erstmalig Anpassungen der ambulanten Tarifstruktur vorgenommen, welche zu Einnahmenverlusten bei den Leistungserbringern führten. Diese Preiseffekte führten insgesamt zu tieferen EBITDA-Margen, auch für die Spitalverbunde des Kantons St.Gallen.

| St.Galler Spitalverbunde in TCHF | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
|----------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| EBITDA | 83'115 | 73'770 | 68'310 | 61'899 | 67'703 | 63'675 |
| EBITDA-Marge | 7.9% | 6.8% | 6.0% | 5.3% | 5.7% | 5.2% |
| Ergebnis | 6'893 | 10'448 | 8'780 | 1'065 | 11'418 | 4'722 |
| Benchmark EBITDA-Marge* | 6.0% | 6.7% | 5.8% | 6.3% | 5.5% | |

* Pw C Studie «Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen 2016»

Tabelle 3: Historische Entwicklung EBITDA, Stufe Gruppe

Im Laufe des Jahres 2017 führten verschiedene exogene Entscheide für die Spitäler zu erheblichen finanziellen Einbussen, welche auch künftig bestehen bleiben. So erfolgte zum zweiten Mal ein Eingriff des Bundesrates in die ambulante Tarifstruktur. Zusätzlich erhöhten die Krankenkassen und Kantone den Druck, bestimmte bisher stationär erbrachte Leistungen nur noch ambulant zu vergüten (Luzerner Liste, Zürcher Liste und die Einführung der BAG-Liste durch den Kanton St.Gallen per 1. Januar 2019). Unter Berücksichtigung eines stabilen Tarifgefüges und als Folge dieser Entwicklungen wird die EBITDA-Marge der Gruppe zukünftig voraussichtlich auf rund 3% bis 4% sinken⁴. Darin enthalten sind Massnahmen zur kontinuierlichen Verbesserung der Betriebsabläufe. Die wesentlichen Optimierungspotenziale sind in den bestehenden Strukturen gemäss Einschätzung der Geschäftsleitungen bereits erfolgt und es bietet sich nur noch beschränktes Optimierungspotenzial.

| St.Galler Spitalverbunde in TCHF | BU 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 |
|----------------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| EBITDA | 37'732 | 35'760 | 40'676 | 50'878 | 51'908 | 48'695 | 48'558 | 51'065 |
| EBITDA-Marge | 3.1% | 2.9% | 3.2% | 3.9% | 4.0% | 3.7% | 3.6% | 3.8% |
| Ergebnis | -25'537 | -35'586 | -39'434 | -33'619 | -37'252 | -77'024 | -79'942 | -84'313 |

Tabelle 4: EBITDA gemäss Mittelfristplanungen, Stufe Gruppe

⁴ Die zukünftigen EBITDA-Margen auf Stufe Spitalverbund finden sich im Kap. 9.1.

Auch im Hinblick auf die zukünftige finanzielle Entwicklung hat der Verwaltungsrat der Spitalverbunde des Kantons St.Gallen das Projekt «Leistungs- und Strukturentwicklung» in Auftrag gegeben. Das Ziel dieses Projektes ist die Schaffung einer Betriebsstruktur, welche die vom Eigentümer geforderte und betrieblich notwendige EBITDA-Marge von 10% langfristig ermöglicht.

2.2 Entwicklung des Gesundheitsmarkts

Mit der Einführung des neuen Gesetzes über die Spitalplanung und -finanzierung des Kantons St.Gallen im Jahr 2012 hat sich das Gesundheitswesen im Bereich der akutsomatischen Versorgung weiter geöffnet hin zu mehr Markt und Wettbewerb. Dabei findet nach wie vor eine staatliche Planung statt – bei gleichzeitigem Wettbewerb.

Dem Preisdruck bei laufend steigenden Kosten begegnen die Spitäler mit einem angestrebten Volumenwachstum und Massnahmen zur Effizienzsteigerung. In einem Gesamtmarkt mit moderatem Wachstum sind substanzielle Zugewinne primär durch Marktanteilsverschiebungen und Angebotskonsolidierungen zu realisieren.

Aufgrund des Technologiewandels in der Medizin ist eine Verschiebung der Leistungserbringung vom stationären in den ambulanten Bereich festzustellen. Dieser Effekt wird durch produktivitätssteigernde Massnahmen weiter verstärkt und geschieht auch auf Druck der Garanten.

Der Anteil spitalzusatzversicherter Patienten stagniert oder ist sogar rückläufig, was sowohl die Krankenversicherer als auch die Spitäler weiter unter finanziellen Druck setzt. Im Markt wird die wahrnehmbare Leistung neben der medizinischen Versorgung vor allem durch die Service- und Infrastrukturqualität sowie die Kundenorientierung definiert.

Das Anspruchsniveau des Patienten bei der Arzt- und Spitalwahl steigt unabhängig von seiner Versicherungsklasse. Diese Wahl fällt aufgrund einer immer höheren Mobilität nicht zwangsläufig zugunsten der wohnortsnahen Versorgung aus.

Die Zuweiser sind die wichtigsten Partner in der Behandlungskette der Patienten. Sie bestimmen wesentlich die Nachfrage von medizinischen Leistungen und sind damit entscheidend für die Patientengewinnung.

Die strukturelle Entwicklung in der Grundversorgung führt zukünftig jedoch dahin, dass immer mehr Patienten den direkten Zugang zum Spital⁵ suchen werden.

Der Regulator greift zusehends in das Gesundheitssystem ein. Qualitätsstandards werden durch Mindestfallzahlen vorgegeben, die Leistungserbringung muss vom stationären in den ambulanten Bereich verschoben werden und durch Tarifeingriffe strebt er Preisreduktionen an. Der Bund diskutiert aktuell mit Expertengruppen über weitere Massnahmen zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen. Einen vertieften Einblick in das Thema der Kostendämpfung aus der Perspektive des Kantons Zürich gibt der Bericht von Maurer, Knöfler, Schmidt und Brügger⁶.

2.3 Entwicklung der Strukturen im Gesundheitswesen

Die Entwicklung von öffentlich-rechtlich organisierten Spitälern wurde in der Vergangenheit stark durch die Bereitstellung von zusätzlichen Ressourcen vorangetrieben. Dieses Vorgehen ist aufgrund des politischen und öffentlichen Diskurses, des bestehenden Kostendrucks und des Mangels an Fachkräften auf dem Arbeitsmarkt nur noch sehr beschränkt möglich. Ein finanzierbares Wachstum bedingt eine Produktivitätssteigerung. Die Entwicklungsressourcen müssen aus der eigenen Organisation heraus freigesetzt werden und der Einsatz der Mitarbeitenden bedarf einer Flexibilisierung. Kostenintensive Bereiche müssen bereichsübergreifend gesteuert und nicht notwendige Vorhalteleistungen abgebaut werden. Die Kerntätigkeiten richten sich an den Patientenprozessen aus und werden durch zeitgemässe IT-Technologien unterstützt (E-Health). Die technologische Entwicklung findet in immer kürzeren Intervallen statt, was zu immer kleiner werdenden Amortisationszyklen führt, d. h., technische Innovation bedingt höhere Fallzahlen.

Generell ist im Gesundheitswesen eine Konsolidierung der Leistungsangebote bzw. der Strukturen der Leistungserbringung zu beobachten. Dies kann zu Verschiebungen von Patientenströmen führen. Je wettbewerbsintensiver der Teilmarkt und je liberaler das politische Umfeld, desto weiter ist die Strukturbereinigung vorangeschritten. Neue

⁵ Unter einem Spital werden gemäss KVG Anstalten oder deren Abteilungen, die der stationären Behandlung akuter Krankheiten oder der stationären Durchführung von Massnahmen der medizinischen Rehabilitation dienen, verstanden.

⁶ Maurer, M., Knöfler, F., Schmidt, R., Brügger, U. (2017). Sparpotentiale im Gesundheitswesen. Massnahmen und Instrumente zur Beeinflussung der Kostenentwicklung im Schweizerischen Gesundheitswesen aus der Perspektive des Kantons Zürich.

Versorgungsstrukturen wie bspw. ambulante Gesundheitszentren entstehen. Der Arbeitsmarkt beschleunigt den Strukturwandel zusätzlich.

Kleinere Spitäler sehen sich zusehends nicht mehr in der Lage, Schlüsselpositionen (insb. auch für einen 24/7-Betrieb) adäquat zu besetzen, und stellen entsprechende Leistungen ein oder beziehen diese bei Dritten.

Der Verschiebung der akutsomatischen Leistungserbringung vom stationären in den ambulanten Bereich müssen der Personaleinsatz, die Mittelverwendung und die Infrastrukturen vermehrt Rechnung tragen.

2.4 Entwicklung der Leistungserbringung

Die Leistungserbringung wird durch mehrere Faktoren bestimmt: die technologischen Entwicklungen, die demografische Entwicklung der Bevölkerung, die Entwicklung des Arbeitsmarktes, das Marktumfeld und Eingriffe durch den Regulator.

Dem Unternehmenszweck folgend steht für ein öffentlich-rechtliches Spital die medizinische und pflegerische Leistungserbringung im Zentrum. Dabei gilt es, die Tätigkeiten auf die Patienten auszurichten und die Qualitätsanforderungen zu erfüllen.

Die technologische Entwicklung in der Medizin und der Leistungsauftrag der öffentlich-rechtlichen Spitäler bedingen Aktivitäten in der Aus-, Weiter- und Fortbildung. Dies schränkt die Produktivität ein, erhöht die Komplexität der Organisation und beeinflusst die personelle Konstanz in der Patientenbetreuung.

Die Bevölkerungsentwicklung hat im Wettbewerb durch die Zunahme von Einzelhaushalten und aufgrund der höheren Mobilität der Patienten Einfluss auf die konkrete Arzt- und Spitalwahl. Die mit der demografischen Entwicklung einhergehende Alterung der Bevölkerung führt vermehrt zu multimorbiden und chronischen Erkrankungen sowie zu einer Zunahme von kognitiven Einschränkungen und psychischen Erkrankungen, welche ein stetig komplexeres Behandlungsspektrum erfordern.

Es existieren keine eindeutigen Resultate aus der Fachliteratur zur Mindestgrösse für einen wirtschaftlichen Betrieb eines Mehrspartenspitals⁷. Eine jüngst erschienene Publikation über das Schweizer Gesundheitswesen geht davon aus, dass das Effizienzpotenzial durch die

⁷ Giacotti, M., Guglielmo, A., Mauro, M. (2017). Efficiency and optimal size of hospitals: Results of a systematic search.

Crivelli, L., Filippini, M., Lunati, D. (2000). Dimensione ottima degli ospedali in uno stato federale.

Realisierung von Skaleneffekten beträchtlich sei⁸. Jedoch etablierte sich im aktuellen Diskurs unter GesundheitsökonomInnen die Kenngrösse von 5'000 bis 10'000 Austritten bzw. 100 bis 200 Betten als Mindestvoraussetzung für einen wirtschaftlichen Betrieb⁹. Für eine umfassende medizinische Diagnostik weist eine aktuelle Studie¹⁰ auf einen Schwellenwert von ca. 7'000 Austritten hin. Damit kann eine adäquate Diversität in der Diagnostik erreicht werden.

2.5 Forschung auf universitärem Niveau

Forschung nimmt am Kantonsspital St.Gallen eine zentrale Rolle ein. Im Fokus der Forschungsaktivitäten steht die patientenbezogene klinische Forschung. Das Kantonsspital St.Gallen betreibt als einziges nicht universitäres Spital in der Schweiz als Teil des Medizinischen Forschungszentrums (MFZ) eine Clinical Trials Unit (CTU), welche die optimale Unterstützung der klinischen Forschung sicherstellt.

Ziel des Kantonsspitals St.Gallen ist es, die medizinischen Leistungen durch Forschung weiter zu unterstützen und zu ergänzen, um das universitäre Niveau und die Behandlungen der Patienten auch in Zukunft nach neusten medizinischen Erkenntnissen sicherzustellen.

Die Forschenden am Kantonsspital St.Gallen werden aktiv durch das MFZ unterstützt. Das integrierte Forschungsförderungskonzept des MFZ bietet die folgenden Infrastrukturen und Leistungen: technisch hochstehende Laborinfrastruktur für angewandte Grundlagenforschung, Unterstützung in der translationalen¹¹ Forschung inklusive Etablierung und Betrieb von Biobanken, Förderung der klinischen Forschung durch die Clinical Trials Unit und projektspezifische Forschungsförderung.

Hochrangige Publikationen, u. a. in den Journalen *Nature*, *Nature Immunology*, *Immunity* und *Journal of Experimental Medicine*, belegen das exzellente Niveau der

⁸ European Observatory on Health System and Policies (2015). Health Systems in Transition: Switzerland.

⁹ Spezialkliniken, welche sich auf bestimmte Leistungsgruppen und elektive Patienten fokussieren, können u. U. auch mit geringerer Grösse wirtschaftlich erfolgreich sein.

¹⁰ Walter, A.-L., Rassouli, F., Baty, F., Brutsche, M. Correlation between diversity of pulmonary diagnoses and distance to tertiary lung centers in Switzerland. CHEST 151: A18, 2017.

¹¹ Umsetzung von Erkenntnissen der Grundlagenforschung in klinische Anwendungen und wissenschaftliche Validierung von Testergebnissen

Grundlagenforschung am MFZ. Es ist hervorzuheben, dass Ergebnisse aus der Grundlagenforschung der Forschergruppen des MFZ aktiv in klinische Studien umgesetzt werden. Die Karriereentwicklung von ambitionierten Kaderärzten/-innen wird vom MFZ durch die Etablierung von Forschungslaboren unterstützt. Die CTU unterstützt die klinische Forschung am Kantonsspital St.Gallen auf allen Stufen der Projektentwicklung und -durchführung.

Die Tätigkeiten der CTU werden grösstenteils durch externe und interne Projektmittel finanziert. Die Vernetzung der CTU des Kantonsspitals St.Gallen mit Partnern im nationalen CTU-Netzwerk wird zunehmend für die Etablierung von multizentrischen Studien genutzt. Die nationale Koordination des CTU-Netzwerks wird vom Verein Swiss Clinical Trial Organization (SCTO) übernommen, zu dessen Gründungsmitgliedern das Kantonsspital St.Gallen gehört. Die Forschungsaktivitäten und -ergebnisse der Forschenden am Kantonsspital St.Gallen werden in der Forschungs- und Studiendatenbank abgebildet und somit der Öffentlichkeit zugänglich gemacht.

Die Forschungsaktivitäten ermöglichen die kontinuierliche Erhöhung der Qualität der medizinischen Leistungserbringung. Patientinnen und Patienten erhalten dadurch Zugang zu innovativen Behandlungsmethoden.

2.6 Treiber für die Strukturentwicklung

Aufgrund der Analyse der Megatrends aus dem Bericht Gruppenstrategie [1] sind folgende treibende Faktoren für die Leistungs- und Strukturentwicklung identifiziert:

2.6.1 Demografische Entwicklung

Treibende Faktoren

- Zunahme von Patienten, insbesondere älterer und multimorbider Patienten
- Zunahme älterer Mitarbeitenden
- multikulturelle Aspekte
- Umgang mit elektronischen Medien, Informationsbedürfnis

Folgen

- Finanzierung Gesundheitssystem (weniger Erwerbstätige, mehr Bezüger)
- ungünstige Entwicklung Verhältnis Personal zu Patienten bei Zunahme der Fachdisziplinen
- interdisziplinäre Fachteams
- chronische Patienten mit lebenslanger Therapie

Schlussfolgerung

- Schwerpunktbildung
- Bereinigung Leistungsportfolio
- integrierte/vertikale Versorgungslösung
- Aus- und Weiterbildung (CoC, SSC)
- multidisziplinäres medizinisches Angebot

2.6.2 Medizinische Entwicklung

Treibende Faktoren

- medizinische Forschung
- pharmazeutische Entwicklung
- Weiterentwicklung Diagnostik
- Zunahme multimorbider Patienten
- Zunahme akutsomatischer Patienten mit psychischen Diagnosen
- einfachere, schonendere Eingriffsverfahren

Folgen

- personalisierte Medizin
- Etablierung neuer Therapieformen
- Spezialisierung und Subspezialisierung

- Begünstigung Fachkräftemangel
- Verschiebung von chirurgischer Therapie zu internistischer (medikamentöser)/invasiver Therapie

Schlussfolgerung

- Schwerpunktbildung
- Bereinigung Leistungsportfolio
- Zentrumsbildung

2.6.3 Integrationsleistungen von Zentrumsspitalern

Treibende Faktoren

- hoher Qualitätsanspruch in allen Fachbereichen als Endversorger
- Beteiligung an medizinischer Entwicklung und Forschung
- Weiterbildungsaufgaben in ärztlichen und pflegerischen Berufen
- Abdeckung einer 24-h-Präsenz
- Verlagerung stationärer Leistung in den ambulanten Bereich

Folgen

- Schwierigkeit, genügend adäquat ausgebildetes Personal zu finden
- Zunahme von Planungs- und Organisationsbedarf

Schlussfolgerungen

- Mindest-Unternehmensgrösse
- Schwerpunktbildung mit Fachführerschaft durch Zentrumsspital

2.6.4 Produktivität (Wertschöpfung optimieren)

Treibende Faktoren

- Aufwandsreduktion
- Entwicklungspotenziale schaffen
- Aufnahmekapazität schaffen

Folgen

- Patientenorientierung medizinisch und administrativ
- Komplexität reduzieren
- bedarfsgerechte Zuteilung der Personal- und Infrastrukturressourcen
- Reduktion Vorhalteleistungen
- zentrale Steuerung unternehmensweiter Ressourcen

Schlussfolgerung

- integrierte/vertikale Versorgungslösung
- E-Health
- SSC/CoC (z. B. Technik, Logistik, Organisation, LEAN Management, Marketing)
- Mindest-Unternehmensgrösse (Volumen- und Skaleneffekte)

2.6.5 Investitionsbedarf

Treibende Faktoren

- bestehende Struktur ist stark veraltet und erneuerungsbedürftig
- neben Neubauten auch zahlreiche Baumassnahmen am Bestand
- Betrieb und Unterhalt
- laufender Investitionsbedarf in medizintechnische Einrichtung und IT-Infrastruktur

Folgen

- Strukturelles Defizit durch Gebäudeabschreibungen nach Übernahme von Neubauten
- hohe laufende Investitionen

Schlussfolgerungen

- Infrastruktur muss an das Leistungsangebot angepasst werden
- Schwerpunktbildung
- Flexibilisierung der Infrastruktur
- Überprüfung Erneuerungsbedarf weiterer Standorte

2.6.6 Digitales Spital

Treibende Faktoren

- Digitalisierung in administrativen und klinischen Führungssystemen
- Spezialsysteme in der medizinischen Diagnostik und Leistungserbringung
- steigender Bedarf an programmierten Schnittstellen (sowohl intern als auch zu externen Partnern)
- Verarbeitung hochsensibler Daten (Datensicherheit, Datenschutz)

Folgen

- hoher Schulungsbedarf und hohe Spezialkenntnisse
- Sicherstellung einer reibungslosen und permanenten Funktionsbereitschaft
- 24-h-Bereitschaft Service und Support

Schlussfolgerungen

- Aufbau und Weiterentwicklung von SSC (IT und Medizintechnik)

2.6.7 Markt und Wettbewerb

Treibende Faktoren

- neues Spitalfinanzierungsgesetz
- neue Marktteilnehmer bzw. neue Leistungsangebote
- Wachstumsmarkt
- Regulatorien (z. B. durch Fachgesellschaften)

Folgen

- Strukturbereinigung im Markt
- Konzentration auf finanziell lukrative Leistungen
- Skaleneffekte = hoher Wettbewerb
- Wissenseffekte = USP
- sämtliche Marktteilnehmer verfolgen Wachstumsstrategie
- steigende Anspruchshaltung der Patienten in Bezug auf Arztwahl, Hotellerie resp. Servicequalität

Schlussfolgerungen

- bessere Wettbewerbsposition durch Schwerpunktbildung
- Wettbewerbsfähigkeit auf Arbeitsmarkt verbessern durch flexibles Personalrecht
- Rückzug aus Teilmarkt
- strategisches Marketing

2.6.8 Personal

Treibende Faktoren

- zunehmende Spezialisierung bedingt Bedarf an Fachkräften
- unattraktive Arbeitszeiten (Nacht- und Wochenendarbeitszeiten)
- Bedarf an qualitativen Ausbildungsplätzen steigt

Folgen

- Begünstigung von Fachkräftemangel (Menge vs. Qualität)
- gegenseitiges Abwerben von Spezialisten
- Sicherstellung 24-h-Versorgung in kleineren Einheiten zunehmend schwierig

Schlussfolgerungen

- attraktive Arbeitsplätze und Ausbildungsplätze schaffen
- Schwerpunktbildung
- Bereinigung Leistungsportfolio

2.6.9 Kooperation/fachliche Steuerung

Treibende Faktoren

- Spezialisierung der Fachgebiete
- niedrige Fallzahlen bei Zentrumsleistungen
- 24-h-Angebote in identischer Qualität
- hohe Vorhalteleistungen (finanziell/personell)

Folgen

- Bedarf an Kooperationen steigt

Schlussfolgerungen

- qualitativ hochstehende Kooperation bedingt Fachführerschaft durch Zentrumsspital
- SSC/CoC (z. B. Technik, Logistik, Organisation, LEAN Management, Marketing)

2.6.10 Grundversorgung

Treibende Faktoren

- demografische Entwicklung bedingt Mangel an Grundversorgern
- Hausarzt-Notfalldienst kann nicht mehr abgedeckt werden
- Verlagerung rehabilitativer Leistungen in den ambulanten Bereich

Folgen

- Zunahme Grundversorgeraufgaben in Spitälern
- Rehabilitationseinrichtungen zunehmend in räumlicher Nähe von Spitälern

Schlussfolgerungen

- horizontale und vertikale Versorgungsintegration

2.6.11 Finanzierung

Treibende Faktoren

- Spitalfinanzierungsgesetz
- Finanzierung der Immobilien und Innovation
- Pensionskassen (nicht genügend ausfinanziert bei Verselbstständigung)
- Eingriffe Bundesrat in die Tarifgestaltungen (z. B. TARMED ab 2018)
- Eingriffe Bund und Kantone (Vergütung gewisser Eingriffe in den ambulanten Bereich)
- finanzielle Fehlanreize (unterschiedliche Vergütung ambulant/stationär)
- durch DRG nicht abgedeckte Aufwände

Ausgangslage der Spitalverbunde des Kantons St.Gallen

- Ziel VR → EBITDA 8–10%, Ziel Eigentümer → EBITDA 10%¹²
- andere Megatrends, insbesondere Demografie und Spezialisierung

Folgen

- nicht kostendeckende Leistungserbringung (OKP)
- Querfinanzierung OKP durch VVG
- Vorleistung für noch nicht abgegoltene Leistungen (DRG)

Schlussfolgerungen

- medizinische Schwerpunktbildung
- Leistungskonzentration
- Reduktion Vorhalteleistungen
- gemeinsame Supportprozesse
- Monitoring der rollenden Mittelfristplanung

¹² Dieser Betrag muss von den Spitalverbunden zur Sicherstellung der Innovationsfähigkeit (Infrastruktur, Medizintechnik und IT) selbst erwirtschaftet werden.

2.7 Fazit aus der Ausgangslage

Die wichtigsten Faktoren, welche die Strukturentwicklung aktuell vorantreiben, sind:

- Spezialisierung der medizinischen Leistungserbringung und damit verbundene Schwierigkeiten, das medizinische Angebot in seiner Breite 24/7 und dezentral in der geforderten Qualität und Sicherheit anbieten zu können
- demografische Entwicklung: Zunahme Multimorbidität, chronische Erkrankungen
- Schwierigkeiten bei der Rekrutierung von Fachkräften sowie bei den Personalkosten für einen durchgehenden Betrieb (hohe Vorhalteleistungen)
- strukturelles Defizit von jährlich ca. CHF 70 Mio. in Bezug auf die Eigentümergebung von 10% EBITDA-Marge

Diese müssen zu folgenden Überlegungen führen:

- medizinische Leistungskonzentration (Erreichen Mindestfallzahlen, Sicherstellung Fachpersonal)
- medizinische Schwerpunktbildung (Kooperation mehrerer Fachdisziplinen)
- Reduktion der Vorhalteleistungen (Einschränkung Öffnungszeiten und Eingriffszeiten, u. U. Wegfall ganzer Leistungsbereiche)

bei gleichzeitiger Stärkung des Zentrums auf universitärem Niveau in der Versorgung, im Lehrniveau und in Wissenschaft und Forschung.

Einzelmassnahmen zur Reduktion der Vorhalteleistungen und Optimierungen der Betriebsaufwände wurden seit Einführung der neuen Spitalfinanzierung im Jahr 2012 laufend von den einzelnen Spitalverbunden durchgeführt. Diese haben ihre Wirkung auf das Betriebsergebnis bereits erzielt. Das Verbesserungspotenzial auf Standortbasis ist mehrheitlich ausgeschöpft. Es braucht grundlegende strukturelle Anpassungen in der Leistungserbringung über die gesamte Gruppe hinweg.

3 Analyse und Prognose

Die zukünftige Struktur der Leistungserbringung der vier Spitalverbunde wird wesentlich durch die Entwicklungsprognose der akutsomatischen Spitalplanung und die damit verbundenen Kapazitätsanforderungen bestimmt. Für das Zukunftsbild in Kapitel 4 wird die heutige Situation der Spitalverbunde analysiert – auf der Basis der Kennzahlen 2016¹³ – und mit den Entwicklungsdaten abgeglichen. Daraus folgen die Anforderungen an die Kapazitäten und die Eckwerte für das Strukturdesign (Zielbilder).

3.1 Kennzahlen 2016 der Spitalverbunde

Zur Ermittlung der heutigen und zukünftigen Kapazitätsanforderungen werden folgende vier Attribute analysiert: stationäre Austritte, ambulante Besuche, OP-Eingriffszahlen und Notfallfrequenzen.

Stationäre Austritte

Dafür wurden die stationären Austritte von 2012 bis 2016 für jeden Standort und in den jeweiligen Organisationseinheiten herangezogen. Zusätzlich wurden die Austritte nach Eintrittsart (Notfall/elektiv), Patientenklassen (Allgemein/Halbprivat/Privat) und nach Kanton (innerkantonal/ausserkantonal) unterschieden, um bei Detailfragen auf die notwendige Datenbasis zurückgreifen zu können. Im Ausgangsjahr 2016 wiesen die vier Spitalverbunde gesamthaft 67'769 stationäre Austritte aus. Diese sind wie folgt verteilt:

- 36'618 (54%) stationäre Austritte im Kantonsspital St.Gallen (SV 1)
- 16'135 (24%) stationäre Austritte in der Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland (SV 2)
- 6'760 (10%) stationäre Austritte im Spital Linth (SV 3)
- 8'256 (12%) stationäre Austritte in der Spitalregion Fürstenland Toggenburg (SV 4)

Ambulante Besuche

Analog zu den stationären Austritten wurden die ambulanten Besuche für den Zeitraum 2012–2016 pro Standort und Organisationseinheit analysiert. Im Ausgangsjahr 2016 wiesen die vier Spitalverbunde gesamthaft 739'574 ambulante Besuche aus. Diese sind wie folgt verteilt:

¹³ Projektstart: 3. Q 2017, daher Datenbasis 2016

Analyse und Prognose

- 490'375 (66%) ambulante Besuche im SV 1
- 112'213 (15%) ambulante Besuche im SV 2
- 63'323 (9%) ambulante Besuche im SV 3
- 73'663 (10%) ambulante Besuche im SV 4

OP-Eingriffszahlen

Die Eingriffszahlen wurden für jeden Standort für das Jahr 2016 erhoben und nach ambulanten und stationären Eingriffen unterteilt. Im Ausgangsjahr 2016 führten die vier Spitalverbunde gesamthaft 44'879 Eingriffe durch. Diese sind wie folgt verteilt:

- 26'428 (59%) Eingriffe im SV 1
- 9'598 (21%) Eingriffe im SV 2
- 4'599 (10%) Eingriffe im SV 3
- 4'254 (10%) Eingriffe im SV 4

Notfallfrequenzen

Die Notfallfrequenzen wurden für jeden Standort für das Jahr 2016 erhoben und nach Eintrittsdatum und -zeit unterteilt. Dies erlaubt eine Auslastungsunterscheidung der Notfallstation an Wochentagen und Wochenenden sowie während Tages- und Nachtzeiten für die Standortsteckbriefe. Im Ausgangsjahr wiesen die vier Spitalverbunde gesamthaft 100'612 Notfälle aus. Diese sind wie folgt verteilt:

- 50'684 (50%) Notfälle im SV 1; 8'720 Fälle der Notfallpraxis (NFP) sind in dieser Zahl inkludiert
- 23'337 (23%) Notfälle im SV 2
- 10'107 (10%) Notfälle im SV 3; 2'956 Fälle der Hausarztpraxis (HAP) sind in dieser Zahl inkludiert
- 16'484 (17%) Notfälle im SV 4

Die folgenden Tabellen bieten eine Übersicht über die Kennzahlen für das Jahr 2016. Für die Standorte St.Gallen und Uznach wurden die Fälle der Notfallpraxis und der Hausarztpraxis in die Zahl der Notfälle inkludiert.

Frequenzen 2016

| 2016 | Stationäre Ausritte | Ambulante Besuche | Eingriffszahlen | Notfallfrequenzen |
|--------------|---------------------|-------------------|-----------------|-------------------|
| St.Gallen | 30'415 | 440'914 | 22'930 | 38'830 |
| Rorschach | 3'070 | 32'059 | 2'082 | 6'509 |
| Flawil | 3'133 | 17'402 | 1'416 | 5'345 |
| Grabs | 8'160 | 59'804 | 4'896 | 11'549 |
| Altstätten | 3'061 | 20'217 | 1'937 | 4'973 |
| Walenstadt | 4'914 | 32'192 | 2'765 | 6'815 |
| Uznach | 6'760 | 63'323 | 4'599 | 10'107 |
| Wil | 5'493 | 50'408 | 2'909 | 11'587 |
| Wattwil | 2'763 | 23'255 | 1'345 | 4'897 |
| Total | 67'769 | 739'574 | 44'879 | 100'612 |

Tabelle 5: Leistungskennzahlen 2016

Betten- und OP-Auslastung

| 2016 | Bettenauslastung ohne IPS/IMC | | | OP-Auslastung SN-Zeit* |
|--------------|-------------------------------|--------------|------------|---------------------------|
| | Brutto | Netto II | Auslastung | |
| St.Gallen | 666 | 611 | 91% | 68% |
| Rorschach | 81 | 74 | 80% | 47% |
| Flawil | 82 | 78 | 83% | 51% |
| Grabs | 131 | 130 | 89% | 53% |
| Altstätten | 78 | 77 | 80% | 42% |
| Walenstadt | 97 | 90 | 75% | 48% |
| Uznach | 110 | 98 | 98% | nicht erhoben |
| Wil | 75 | 67 | 93% | 52% |
| Wattwil | 71 | 63 | 87% | 51% |
| Total | 1'391 | 1'288 | | * für das KSSG Chir. Zeit |

Tabelle 6: Betten- und OP-Auslastung 2016

Brutto bezeichnet die Gesamtheit der Betten, die physisch vorhanden sind. Werden von der Gesamtheit der Betten diejenigen Betten abgezogen, die nicht betrieben¹⁴ werden und die nicht verfügbar sind¹⁵, resultiert die Netto-II-Zahl. Die Auslastungsangabe bezieht sich jeweils auf die Bettenzahl Netto II.

¹⁴ Sperrgründe: Stellen-/Personalmangel, Umbau/Renovationsarbeiten oder Betriebseinschränkungen

¹⁵ Sperrgründe: med./pfleg. Gründe, Isolation/Zimmerdesinfektion, Patient auf IPS, Patientenklasse, Patient im Urlaub oder Begleitperson

Frequenzen Notfälle im Tages- resp. Wochenverlauf

| 2016 | Anzahl Notfälle Mo.–Fr. | | Anzahl Notfälle Sa.–So. | |
|------------------------------------------|-------------------------|-----------|-------------------------|-----------|
| | Pro Tag | Pro Nacht | Pro Tag | Pro Nacht |
| St.Gallen | 89 | 11 | 104 | 16 |
| Rorschach | 16 | 2 | 15 | 3 |
| Flawil | 15 | | 15 | |
| Grabs | 27 | 4 | 29 | 5 |
| Altstätten | 11 | 2 | 12 | 3 |
| Walenstadt | 16 | 2 | 18 | 3 |
| Uznach | 21 | 6 | 31 | |
| Wil | 27 | 4 | 30 | 3 |
| Wattwil | 13 | 1 | 12 | 1 |
| tagsüber = 07–23 Uhr; nachts = 23–07 Uhr | | | | |

Tabelle 7: Übersicht Notfallfrequenzen 2016

3.2 Prognosemodell

Stationäre Austritte

Um die Zahl der stationären Austritte und der benötigten Bettenkapazität für das Jahr 2028 zu prognostizieren, wurde das Prognosemodell des Gesundheitsdepartementes verwendet. Dieses findet sich im Bericht *Spitalplanung Akutsomatik 2017* [4], welcher der Regierung als Grundlage für den Erlass der Spitalliste 2017–2022 diente. Das Prognosemodell berücksichtigt diverse Parameter, welche nachfolgend aufgeführt sind:

- demografische Entwicklung des Kantons St.Gallen gemäss kantonalem Bevölkerungsszenario
- epidemiologische und medizintechnische Entwicklungen gemäss einer Umfrage unter den schweizerischen Ärzte-Fachgesellschaften und eines epidemiologischen Gutachtens des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern
- ökonomische Entwicklungen, namentlich die Verlagerung von stationär zu ambulant und die Anpassung der Hospitalisationsrate des Kantons St.Gallen an den schweizerischen Durchschnitt
- Entwicklung der Verweildauer aufgrund einer Trendfortschreibung und der Anpassung an den Durchschnitt der Schweiz¹⁶

¹⁶ Eine detaillierte Beschreibung der Methodik der Bedarfsprognose findet sich auf Seite 44 ff. im Bericht *Spitalplanung Akutsomatik 2017* des Gesundheitsdepartementes des Kantons St.Gallen.

Darauf aufbauend erstellte das Gesundheitsdepartement eine Prognose der stationären Austritte. Die Prognose unterscheidet zwischen 30 Prognosebereichen. Um die Wachstumsannahmen des Prognosemodells zu verwenden, wurden die Organisationseinheiten der neun Standorte auf die zutreffenden Prognosebereiche zugeteilt. Dies ermöglichte die Hochrechnung der Ausgangswerte der Spitalstandorte im Jahr 2016 auf das Jahr 2028. Die errechneten Prognosewerte wurden dann von einem Expertengremium plausibilisiert und gegebenenfalls angepasst. Für Organisationseinheiten, die keinem Prognosebereich zugeordnet werden konnten, wurde die historische Entwicklung von 2012 bis 2016 zur Berechnung des Prognosewertes verwendet und anschliessend plausibilisiert. In den Fällen, in denen eine Organisationseinheit mehreren Prognosebereichen zugeteilt wurde, wurde ein gewichteter Durchschnitt der Wachstumsannahmen der jeweiligen Prognosebereiche zur Hochrechnung verwendet.

Bezüglich der durchschnittlichen Verweildauer (VWD) geht das Prognosemodell des Gesundheitsdepartementes von einer Reduktion von 5,7 Tagen auf 5,2 Tage aus. Die VWD von 5,2 Tagen stellt den Durchschnittswert der akutsomatischen Spitäler im Kanton St.Gallen für das Jahr 2028 dar.

Ambulante Besuche

In Anbetracht der Tatsache, dass für den ambulanten Bereich kein Prognosemodell des Kantons existiert, wurde die Prognose mit den Leistungswachstumsannahmen der Mittelfristplanungen der Spitalverbunde erstellt. Diese prognostizieren bis ins Jahr 2028 ein durchschnittliches Wachstum von 3 bis 4% pro Jahr.

OP-Eingriffszahlen

Die Prognose der Eingriffszahlen basiert auf der historischen Entwicklung der Eingriffszahlen. In der Vergangenheit zeigte sich, dass die Eingriffszahlen trotz steigender Fallzahlen in etwa konstant blieben. Infolgedessen wird für die Prognose angenommen, dass die Eingriffszahlen auch in Zukunft konstant bleiben werden.

Notfallfrequenzen

Im Jahr 2017 wurde im Projekt Notfall Plus unter der Leitung der Zentralen Notfallaufnahme (ZNA) des Kantonsspitals St.Gallen eine Prognose des Frequenzwachstums für Notfälle erarbeitet. Darin wird davon ausgegangen, dass bis ins Jahr 2028 ein Frequenzwachstum

von ca. 2%¹⁷ pro Jahr stattfinden wird, welches für das Projekt Leistungs- und Strukturentwicklung übernommen wird.

3.3 Ergebnisse Leistungsprognose

Stationäre Austritte

Unter den Annahmen des Prognosemodells des Gesundheitsdepartements des Kantons St.Gallen werden die stationären Austritte in den zwölf Jahren gesamthaft um 2'533 Austritte steigen. Gegenüber dem Stand von 2016 mit 67'769 Austritten werden für das Jahr 2028 70'302 Austritte prognostiziert. Über die ganze Gruppe hinweg entspricht dies einem Wachstum von 3.7% in zwölf Jahren bzw. 0.3% p. a. Die Austritte werden wie folgt prognostiziert:

- 37'554 (53%) stationäre Austritte im SV 1
- 16'971 (24%) stationäre Austritte im SV 2
- 6'969 (10%) stationäre Austritte im SV 3
- 8'808 (13%) stationäre Austritte im SV 4

Ambulante Besuche

Die ambulanten Besuche werden unter den Wachstumsannahmen der Mittelfristplanungen der vier Spitalverbunde gesamthaft um 400'999 Besuche in den zwölf Jahren steigen. Gegenüber dem Stand von 2016 mit 739'574 Besuchen werden 2028 1'140'573 Besuche an den neun Standorten prognostiziert. Über die ganze Gruppe hinweg entspricht dies einem Wachstum von 54% in zwölf Jahren bzw. 3.7% p. a. Die ambulanten Besuche werden wie folgt prognostiziert:

- 753'516 (66%) ambulante Besuche im SV 1
- 177'756 (15%) ambulante Besuche im SV 2
- 97'487 (9%) ambulante Besuche im SV 3
- 111'814 (10%) ambulante Besuche im SV 4

¹⁷ Falls die übrigen Spitalverbunde vermehrt auf das Modell der integrierten Notfallpraxis (NFP) setzen, wird sich dieser Wert erhöhen.

OP-Eingriffszahlen

Da eine konstante Anzahl an Eingriffen angenommen wird, bleibt diese gleich wie im Ausgangsjahr.

Notfallfrequenzen

Gemäss der Wachstumsannahme des Projektes Notfall Plus werden die Notfallfrequenzen in zwölf Jahren gesamthaft um 25'153 Notfälle steigen. Gegenüber dem Stand von 2016 mit 100'612 Notfällen (inkl. NFP/HAP-Fälle) werden 2028 125'765 Notfälle (inkl. NFP/HAP-Fälle) an den neun Standorten prognostiziert. Über die ganze Gruppe hinweg entspricht dies einem Wachstum von 25% in zwölf Jahren bzw. 1.9% p. a. Die Notfallfrequenzen werden wie folgt prognostiziert:

- 63'355 (50%) Notfälle im SV 1 (NFP bereits in Betrieb)
- 29'171 (23%) Notfälle im SV 2 (NFP in Planung)
- 12'634 (10%) Notfälle im SV 3 (HAP bereits in Betrieb)
- 20'605 (17%) Notfälle im SV 4 (NFP bereits in Betrieb)

Die folgende Tabelle zeigt eine Übersicht der Prognosewerte für das Jahr 2028.

| 2028 | Stationäre Ausritte | Ambulante Besuche | Eingriffszahlen | Notfallfrequenzen |
|--------------|---------------------|-------------------|-----------------|-------------------|
| St.Gallen | 30'813 | 677'514 | 22'930 | 48'538 |
| Rorschach | 3'469 | 49'262 | 2'082 | 8'136 |
| Flawil | 3'272 | 26'740 | 1'416 | 6'681 |
| Grabs | 8'457 | 94'735 | 4'896 | 14'436 |
| Altstätten | 3'349 | 32'026 | 1'937 | 6'216 |
| Walenstadt | 5'165 | 50'995 | 2'765 | 8'519 |
| Uznach | 6'969 | 97'487 | 4'599 | 12'634 |
| Wil | 5'754 | 76'515 | 2'909 | 14'484 |
| Wattwil | 3'054 | 35'299 | 1'345 | 6'121 |
| Total | 70'302 | 1'140'573 | 44'879 | 125'765 |

Tabelle 8: Prognosewerte 2028

3.4 Fazit aus der Prognose

Die Prognose bestätigt die stagnierende Entwicklung der stationären Nachfrage und zeigt, dass auch zukünftig von keinem substanziellen Nachfragewachstum im stationären Bereich ausgegangen werden kann. Eine wachstumsorientierte Strategie ist nicht Erfolg versprechend und damit ist die Aufrechterhaltung aller Standorte weder zweckmässig noch wirtschaftlich – daraus folgt die Notwendigkeit für eine grundlegende Strukturanpassung.

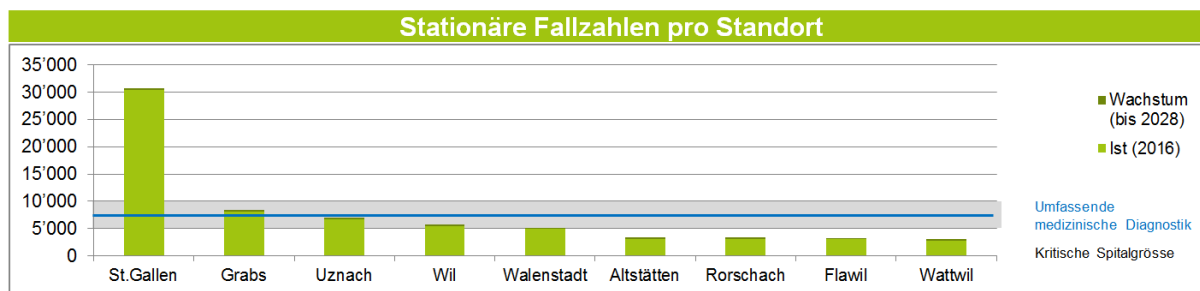


Abbildung 3: Schwellenwerte Mehrspartenspital stationärer Betrieb

Unter Berücksichtigung der im Kapitel 2.4 und 2.6 beschriebenen Effekte zeigt sich, dass 2028 nur fünf Standorte (St.Gallen, Grabs, Uznach, Wil und Walenstadt¹⁸) die Richtwerte für eine Mindestleistungsmenge für ein Mehrspartenspital erreichen, um dieses wirtschaftlich zu betreiben. Wird zusätzlich der Schwellenwert für eine umfassende medizinische Diagnostik angewendet, reduziert sich die Anzahl der Standorte weiter.

Die Prognose zeigt ebenfalls auf, dass bei einem Zielwert von 90% Bettenauslastung im Jahr 2028 ohne Strukturanpassungen eine Bettenüberkapazität innerhalb der Gruppe bestehen würde – heute 1'280 betriebene Betten, im Jahr 2028 1'113 benötigte Betten bei 90% Auslastung.

Bezüglich der durchschnittlichen Verweildauer (VWD) geht das Prognosemodell des Gesundheitsdepartements von einer Reduktion von 5,7 Tagen auf 5,2 Tage aus.

Die Analyse der Operationskapazitäten zeigt teilweise eine sehr geringe Auslastung, was zu nicht genutzten Vorhalteleistungen führt. Mit denselben Strukturen würde sich im Jahr 2028 ein ähnliches Bild bezüglich der Auslastung zeigen.

¹⁸ Im Jahr 2017 erreichte Walenstadt den Schwellenwert bereits nicht mehr.

Analyse und Prognose

Betreffend Notfallfrequenzen fällt auf, dass an mehreren Standorten die Notfallstationen nachts sehr schlecht besucht sind. Dies resultiert in nicht genutzten Vorhalteleistungen, welche mit denselben Strukturen auch im Jahr 2028 bestehen würden.

Im ambulanten Bereich wird auch künftig ein überdurchschnittliches Wachstum prognostiziert. Hinsichtlich der Kapazitätsplanung werden ambulante Strukturen wesentlich an Bedeutung gewinnen. Die Bedarfskalkulation erfolgt in der Detailkonzeptphase auf Basis der ausgewählten Variante.

4 Grundlagen Zielbild

4.1 Strategische Positionierung

Die Spitalverbunde des Kantons St.Gallen positionieren sich mit dem Zentrumsspital als führender Anbieter der spezialisierten und überregionalen Zentrumsversorgung in der Ostschweiz und stellen mit den weiteren Grundversorgerspitälern die umfassende Grundversorgung im übrigen Versorgungsgebiet des Kantons sicher.

Qualität bedeutet, in der Abklärung, Behandlung und Betreuung für den Patienten die bestmögliche Leistung zu erbringen. Diese erfolgt fachkompetent sowie nach wissenschaftlichen Erkenntnissen und folgt den Grundsätzen der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit.

Die medizinische Versorgung auf universitärem Niveau wird durch anwendungsorientierte, innovative Forschung ergänzt und unterstützt. Damit stärkt das Zentrumsspital sein nationales und internationales Renommee als innovativer und zukunftsorientierter Endversorger.

Die Spitalverbunde richten ihre Leistungserbringung auf ein kompetitives Angebot aus, welches wirtschaftlich erbracht werden kann, und stellen somit den langfristigen finanziellen Erfolg sicher. Dabei stehen eine angebotsorientierte Bereitstellung von Kapazitäten und Leistungen und die Vermeidung von Mehrspurigkeiten im Zentrum. Dem zeitgemässen Ansatz der ambulanten Leistungserbringung wird ebenfalls Rechnung getragen.

In der Aus-, Weiter- und Fortbildung besteht das Ziel, die hohe Qualität der Leistungserbringung durch Fachkompetenz zu erhalten, für die Mitarbeitenden ein attraktiver Arbeitgeber zu bleiben und die Nachwuchsförderung resp. -sicherung zu gewährleisten.

4.2 Leitlinien für Leistungs- und Strukturentwicklung

Für die Erarbeitung des Zielbilds der medizinischen Versorgung der öffentlichen Hand im Kanton St.Gallen wurden die folgenden Leitlinien definiert:

- Sicherstellung einer nachhaltigen Gesundheitsversorgung im Kanton St.Gallen und in der Ostschweiz in der geforderten Qualität

- Bedarfsgerechte, hohe medizinische Qualität: Hierbei sind Erkenntnisse über qualitativ hochstehende Versorgung zu berücksichtigen, u. a. in den Bereichen Notfallversorgung und Diagnostik¹⁹.
- Spezialisierung der medizinischen Leistungserbringung und Schwerpunktbildung, insbesondere aufgrund von Megatrends: demografische Entwicklung, Zunahme Multimorbidität, Zunahme chronischer Erkrankungen und kürzere Halbwertszeit des medizinischen Wissens
- Wirtschaftlichkeit des Gesamtsystems: Zentral sind effizient genutzte Strukturen über die Gruppe hinweg, eine Mindest-Unternehmensgrösse für stationäre Mehrspartenversorgung und vermehrt die Erbringung der medizinischen Leistungen in ambulanten Strukturen und Prozessen.

Dies erfolgt durch verstärkte Netzwerkbildungen und medizinische Leistungskonzentration und bedeutet eine hohe Auslastung der Infrastruktur, eine Optimierung und Rechtfertigung von Vorhalteleistungen und die Reduktion von Doppelspurigkeiten in den klinischen Prozessen und den Supportprozessen.

- Erfüllung der künftigen gesetzlichen Anforderungen sowie regulativen Bestimmungen der Fachgesellschaften: Entwicklungen im Rahmen der Vergabe von Leistungsaufträgen wie z. B. Mindestfallzahlen, Struktur- und Prozesskriterien sowie Anforderungen in der Notfallversorgung sind zu berücksichtigen.
- Sicherstellung adäquat ausgebildeter Fachkräfte in notwendiger Quantität: Die angebotenen Ausbildungs- und Arbeitsplätze müssen eine hohe Attraktivität aufweisen.

Die Leistungs- und Strukturentwicklung muss die Stärke des Zentrumsspitals in der universitären Leistungserbringung, im Lehrniveau und in der Wissenschaft und Forschung erhalten und ausbauen.

Rahmenbedingungen vgl. Kapitel 1.3:

- Die Entscheidungskompetenz über die Spitalstandorte liegt beim Kantonsrat.
- Die Kompetenz zur Änderung der vom Volk beschlossenen Bauvorhaben liegt bei der Regierung resp. beim Kantonsrat.

¹⁹ Walter, A.-L., Rassouli, F., Baty, F., Brutsche, M. Correlation between diversity of pulmonary diagnoses and distance to tertiary lung centers in Switzerland. CHEST 151: A18, 2017.

- Die Vorgaben aus der Eigentümerstrategie sind zu beachten.
- Die Leistungsaufträge der Spitalverbunde müssen erfüllt werden.

4.3 Zielbild und Versorgungsmodell

4.3.1 Zielbild

Das Zielsystem beinhaltet eine Konzentration der Leistungserbringung. Dadurch werden Vorhalteleistungen reduziert, die Produktivität gesteigert, die Nachhaltigkeit qualitativer Versorgung sichergestellt, die Personalrekrutierung und die Nachwuchsförderung ermöglicht und die vorhandenen Kapazitäten bestmöglich ausgelastet.

Das Zielbild basiert auf einem Versorgungsmodell, welches eine zeitnahe, gut erreichbare, kompetente Triage, Erst- und Grundversorgung mit Koordination und Zentralisierung von spezialisierten und hochspezialisierten Leistungen ermöglicht. Das Modell stellt eine bedarfsgerechte Abklärung, Behandlung und Betreuung für Notfallsituationen und geplante Situationen sicher. Es berücksichtigt die zunehmende Mobilität und die Qualitätsanforderungen der Patienten.

Im Zielbild wird ein starkes Bekenntnis zu kantonseigenen Zentrumsleistungen mit ausgewählten hochspezialisierten Leistungen und Bildungs- und Forschungsangeboten formuliert. Diese Leistungen sollen am Standort St.Gallen konzentriert und für den ganzen Kanton angeboten werden. So wird die Kompetenz zur Behandlung von komplexen Krankheitsbildern in der Ostschweiz weiter gestärkt. An den zusätzlichen Versorgungsstandorten werden bedarfsgerechte ambulante und/oder stationäre medizinische Leistungen angeboten, damit ein zeitnaher Zugang zu medizinischen Leistungen für die Bevölkerung sichergestellt ist.

4.3.2 Versorgungsmodell

Das Versorgungsmodell besteht aus drei Standorttypen. Diese drei Typen sind an der vertikalen Versorgungskette ausgerichtet und über gemeinsame Patientenfunde miteinander vernetzt. Die drei Standorttypen sind wie folgt charakterisiert:

Zentrumsspital/Endversorger

Ein Zentrumsspital bietet stationäre und ambulante interventionelle, nichtinterventionelle und diagnostische Leistungen im Sinne eines umfassenden Angebots inkl. HSM-Angebote an. Hierzu gehört der Betrieb einer 24/7-Notfallstation und von fachspezifischen

Intensivpflegestationen. Ein Zentrumsversorger übernimmt für ein definiertes Versorgungsgebiet (Kanton St.Gallen, Ostschweiz) die Endversorgerfunktion.

Die Grösse des Zentrumsspitals ist abhängig von der Ausgestaltung der weiteren Standorte und orientiert sich am Kapazitätsbedarf gemäss Prognosemodell (siehe Kap. 3.3) resp. wird an die jeweilige Strategie angepasst.

Stationärer Grundversorger

Ein Grundversorgerhospital bietet stationäre und ambulante Leistungen mit einem umfassenden Grundversorgungsangebot und ausgewählten Erweiterungen/Spezialgebieten an. Das Grundversorgungsangebot beinhaltet das Basispaket gemäss Spitalleistungsgruppen (SPLG) und eine Geburtenabteilung. Es besteht ein 24/7-Dienstbetrieb mit Notfallstation sowie eine IMC.

Die Grösse eines Grundversorgerhospital ist abhängig von der Ausgestaltung der weiteren Standorte und orientiert sich am Kapazitätsbedarf gemäss Prognosemodell (siehe Kap. 3.3) resp. wird an die jeweilige Strategie angepasst.

Ambulantes Gesundheitszentrum

Ein Gesundheitszentrum betreibt ein bedarfsorientiertes ambulantes Angebot und bietet eine wohnortnahe ambulante Gesundheitsversorgung an. Im Kern umfasst dies ambulante Leistungen für Allgemein- und Spezial-Sprechstunden (mit oder ohne vorgängiger Terminvergabe), Möglichkeiten für einfache Diagnostik sowie ausgewählte Therapien, Beratungen und Möglichkeiten für Chronic Care Management. Die Angebote sollen in enger Kooperation mit bestehenden Anbietern, wie z. B. Hausärzten, betrieben werden. Für die bedarfsgerechten Spezialsprechstunden wird eng mit den Spezialisten des Zentrumsspitals und der stationären Grundversorger zusammengearbeitet.

Ein Gesundheitszentrum positioniert sich als wohnortnahe Anlaufstelle für ambulante Abklärungen, Behandlungen, Beratungen, Betreuung und Triage (mit oder ohne vorgängiger Terminvergabe). Die ambulanten Gesundheitszentren decken gemeinsam mit den Hausärzten die ambulante Grundversorgung ab und bilden zentrale Partner in der vertikalen Versorgungskette. Notfälle, die durch den Rettungsdienst betreut werden, werden gegebenenfalls direkt in die stationären Einheiten triagiert.

Die Öffnungszeiten orientieren sich am Bedarf der Bevölkerung und den finanziellen resp. betrieblichen Möglichkeiten der Gesundheitszentren.

Versorgung durch die Rettung St.Gallen

Die Rettung St.Gallen und die Regio 144 halten gemeinsam mit ihren Notärzten bereits heute im gesamten Kantonsgebiet die Zertifizierungsvorgaben des Interverbandes für Rettungswesen (IVR) ein: In 90% der Fälle muss die Rettung innert 15 Minuten am Ort des Geschehens eintreffen und die lebensrettende Erstversorgung sicherstellen.

Exkurs: wohnortnahe Versorgung

In der Definition der wohnortnahen Gesundheitsversorgung hat man sich an den Kriterien der «Prüfung des Zugangs innert nützlicher Frist»²⁰ des Kantons Bern orientiert.

Der Kanton Bern definiert den Zugang innert nützlicher Frist so, dass ein Spital der Grundversorgung für 80% der Kantonsbevölkerung innert maximal 30 Minuten erreichbar sein muss und nicht weiter als 50 Kilometer entfernt sein darf.

²⁰ Jörg, R., & Ruffin, R. (2016). Auswirkungen der KVG-Revision Spitalfinanzierung auf die Spitallandschaft und die Sicherstellung der stationären Versorgung.

5 Varianten des Zielbildes

Die im Kapitel 4 festgelegten Leitlinien und definierten Standorttypen dienen der Festlegung der einzelnen Zielbild-Varianten. Jede der drei Varianten definiert – durch die Zuweisung eines Standorttyps – für die heutigen neun Standorte einen impliziten Leistungsauftrag. Die drei Varianten stellen den Grad der Leistungskonzentration in der stationären Versorgung dar. Diese führt zur Reduktion der Standorte mit einem stationären Grundversorgerangebot.

Abbildung 4 zeigt die drei Zielbild-Varianten. Die sog. 1-Standort-Strategie befolgt die Leitlinien in konsequentester Weise. Die 2-Standort-Strategie gewichtet die umfassende Abdeckung des Versorgungsgebietes etwas höher und die 4-Standort-Strategie gewichtet die dezentrale stationäre Versorgung unter Berücksichtigung der minimalen Betriebsgrösse stärker.



Abbildung 4: Zielbildvarianten

5.1 1-Standort-Strategie

5.1.1 Beschreibung

Die stationäre Versorgung im Kanton wird auf den Standort St.Gallen konzentriert. An den anderen Standorten entstehen ambulante Gesundheitszentren zur Sicherstellung der zeitnahen ambulanten Grundversorgung sowie als dezentrale ambulante Einstiegsporten für den Standort St.Gallen.

Die 1-Standort-Strategie ist von der Fragestellung getrieben, wie eine wirtschaftliche Spitalversorgung im Kanton St.Gallen auf der grünen Wiese sichergestellt würde. Deren Beantwortung führt zu einer kompletten Reduktion von Mehrspurigkeiten in der stationären Versorgung im Kanton St.Gallen und damit verbunden zu einer maximalen Auslastung von Vorhalteleistungen. Diese Variante berücksichtigt die Spezialisierung der Medizin konsequent, sowohl bezüglich der diagnostischen Qualität als auch bezüglich der Behandlungsqualität (Mindestfallzahlen). Durch ein umfassendes Leistungsportfolio von der Grundversorgung bis zu zentrumsmedizinischen Leistungen können sehr attraktive Arbeitsplätze zur Verfügung gestellt und gut ausgebildete Fachkräfte rekrutiert werden.

Die 1-Standort-Strategie stärkt das Zentrumsspital in der universitären Leistungserbringung, im Lehrniveau und in der Forschung.

Für die stationäre Grundversorgung von Patienten nahe an den Kantonsgrenzen – im Einzugsgebiet der Standorte Grabs, Walenstadt, Uznach und Wil – werden die Nachbarkantone Graubünden, Zürich und Thurgau eine wichtige Rolle einnehmen. Patienten im Einzugsgebiet der Standorte Flawil, Rorschach, Altstätten und Wattwil orientieren sich für stationäre Leistungen primär nach St.Gallen.

Varianten des Zielbildes

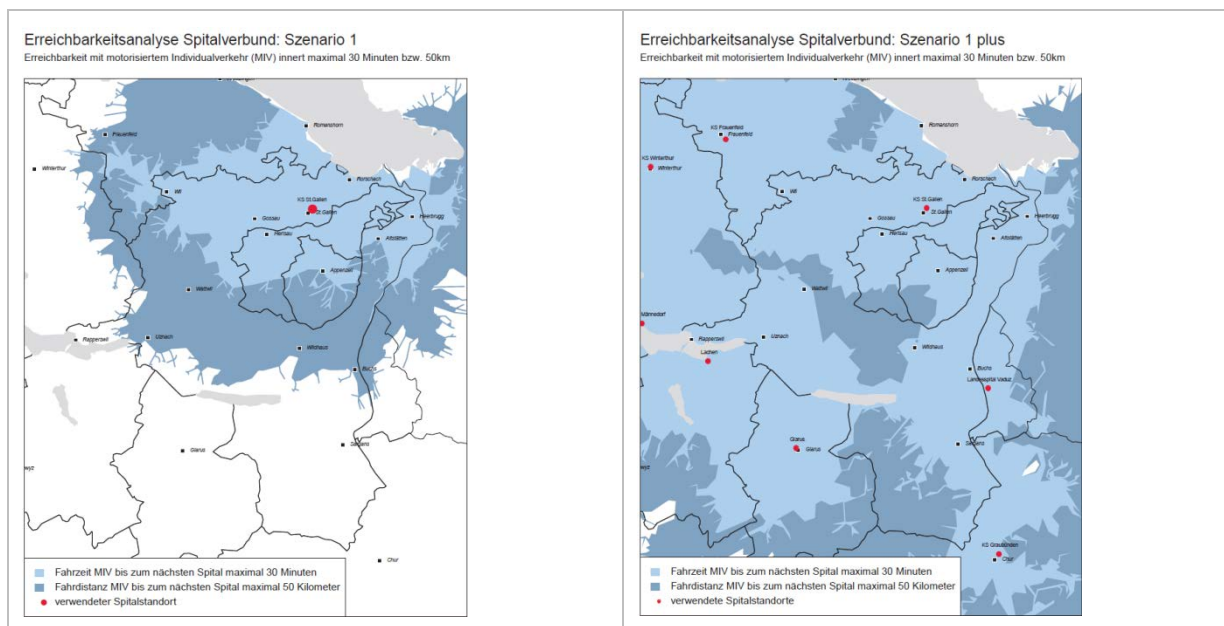


Abbildung 5: Erreichbarkeitsanalyse 1-Standort-Strategie

Diese 1-Standort-Strategie kann eine starke Zunahme der Inanspruchnahme ausserkantonaler stationärer Leistungen zur Folge haben. Unter Berücksichtigung der ausserkantonalen Spitäler haben über 96% der Wohnbevölkerung mittels motorisierten Individualverkehrs innerhalb von 30 Minuten (hellblau) und 50 Kilometern (dunkelblau) Zugang zu stationären Leistungen. Würde nur der Standort St.Gallen berücksichtigt, so hätten ca. 62% der Bevölkerung innerst 30 Minuten und 50 Kilometern Zugang zu einem öffentlich-rechtlichen Spital mit stationärer Versorgung.

Der Zugang für Abklärung und Behandlung in der ambulanten Grundversorgung bleibt unverändert und ist sichergestellt durch die ambulanten Gesundheitszentren.

Die Notfallversorgung für leichte Notfälle ist durch die Gesundheitszentren sichergestellt. Schwerere Notfälle werden durch den Rettungsdienst erstversorgt und nach St.Gallen oder ggf. in einen anderen Kanton triagiert.

5.1.2 Patientenverschiebungen

Die Variante mit nur noch einem stationären Standort führt zu wesentlich veränderten Patientenströmen. Es wird dabei auch bewusst ein Verlust von Marktanteilen in Kauf genommen. Die Annahmen über die Verschiebung der stationären Fallzahlen finden sich in der nachfolgenden Tabelle:

| von ↓ zu → in % | Fälle 2028 | St.Gallen | Privatspital SG | Ausserkanton/FL |
|-----------------|---------------|---------------|-----------------|-----------------|
| St.Gallen | 30'813 | 100% | | |
| Grabs | 8'457 | 47% | 12% | 42% |
| Uznach | 6'969 | 10% | 5% | 85% |
| Wil | 5'754 | 50% | 12% | 38% |
| Walenstadt | 5'165 | 17% | 10% | 73% |
| Altstätten | 3'349 | 78% | 12% | 10% |
| Rorschach | 3'469 | 85% | 12% | 3% |
| Flawil | 3'272 | 75% | 15% | 10% |
| Wattwil | 3'054 | 76% | 10% | 14% |
| Total | 70'302 | 49'531 | 4'138 | 16'633 |
| Anteil | 100% | 70% | 6% | 24% |

Tabelle 9: Patientenverschiebungen 1-Standort-Strategie

In Bezug auf die durchschnittliche Verweildauer geht man für den Standort St.Gallen von einer Reduktion von ca. 1,0 Tag aus – 2018 6,0 Tage, im Jahr 2028 5,0 Tage (gemäss Anhang 9.3).

5.1.3 Leistungskennzahlen, Kapazitätsanforderungen

Die Prognose gemäss Kapitel 3.3 geht davon aus, dass ca. 39'000 Fälle zu verschieben sind. Die Einschätzung gemäss Kapitel 5.1.2 weist aus, dass davon ca. 19'000 Fälle am Standort St.Gallen zusätzlich anfallen. Circa 4'000 Fälle werden in einem Privatspital im Kanton St.Gallen und ca. 17'000 Fälle ausserkanton/FL zusätzlich behandelt. Somit werden gegenüber der Prognose 2028 mit den heutigen Strukturen ca. 30% weniger Fälle durch die Spitalverbunde behandelt.

Aufgrund der Leistungskennzahlen ergeben sich für die Schlüsselressourcen Betten und OP-Spuren folgende Kapazitätsanforderungen:

- 808 Betten am Standort St.Gallen; darin inkludiert sind 5% Rochadepazität
- 31.9 OP-Spuren am Standort St.Gallen

Die Analyse der infrastrukturellen Gegebenheiten am Standort St.Gallen zeigt, dass sich das Mengenwachstum bewältigen lässt. Hierzu ist jedoch die Planung der Campusentwicklung anzupassen, d. h., auf den Rückbau Haus 04 muss u. U. verzichtet werden und die Operationskapazitäten im Haus 03 sind zumindest teilweise zu erhalten. An den acht weiteren Standorten ist mit grösseren Desinvestitionen bei der heutigen Infrastruktur zu rechnen.

5.2 2-Standort-Strategie

5.2.1 Beschreibung

Die stationäre Versorgung im Kanton wird in der Region mit der grössten Bevölkerung (St.Gallen) und der Region mit dem stärksten Bevölkerungswachstum (Rheintal und Werdenberg) konzentriert und somit auf die Standorte St.Gallen und Grabs verlagert. Das Kantonsspital St.Gallen übernimmt auch in dieser Variante die Funktion des Endversorgers. Das Spital Grabs wird als stationäres Grundversorgerspital inkl. IPS ausgelegt. An den anderen Standorten entstehen ambulante Gesundheitszentren zur Sicherstellung der zeitnahen ambulanten Grundversorgung.

Die 2-Standort-Strategie führt zu einer wesentlichen Reduktion von Mehrspurigkeiten in der stationären Versorgung im Kanton St.Gallen und damit verbunden einer nahezu maximalen Auslastung von Vorhalteleistungen. Diese Variante berücksichtigt die Spezialisierung der Medizin ausreichend, sowohl bezüglich der diagnostischen Qualität als auch bezüglich der Behandlungsqualität (Mindestfallzahlen). Durch ein umfassendes Leistungsportfolio von der Grundversorgung bis zu zentrumsmedizinischen Leistungen können sehr attraktive Arbeitsplätze zur Verfügung gestellt und gut ausgebildete Fachkräfte rekrutiert werden.

Die 2-Standort-Strategie stärkt das Zentrumsspital in der universitären Leistungserbringung, im Lehrniveau und in der Forschung.

Für die stationäre Grundversorgung von Patienten nahe an den Kantonsgrenzen – im Einzugsgebiet der Standorte Walenstadt, Uznach und Wil – werden die Nachbarkantone Graubünden, Zürich und Thurgau eine wichtige Rolle einnehmen. Patienten im Einzugsgebiet der Standorte Flawil, Rorschach, Altstätten und Wattwil orientieren sich für stationäre Leistungen nach St.Gallen resp. Grabs.

Varianten des Zielbildes

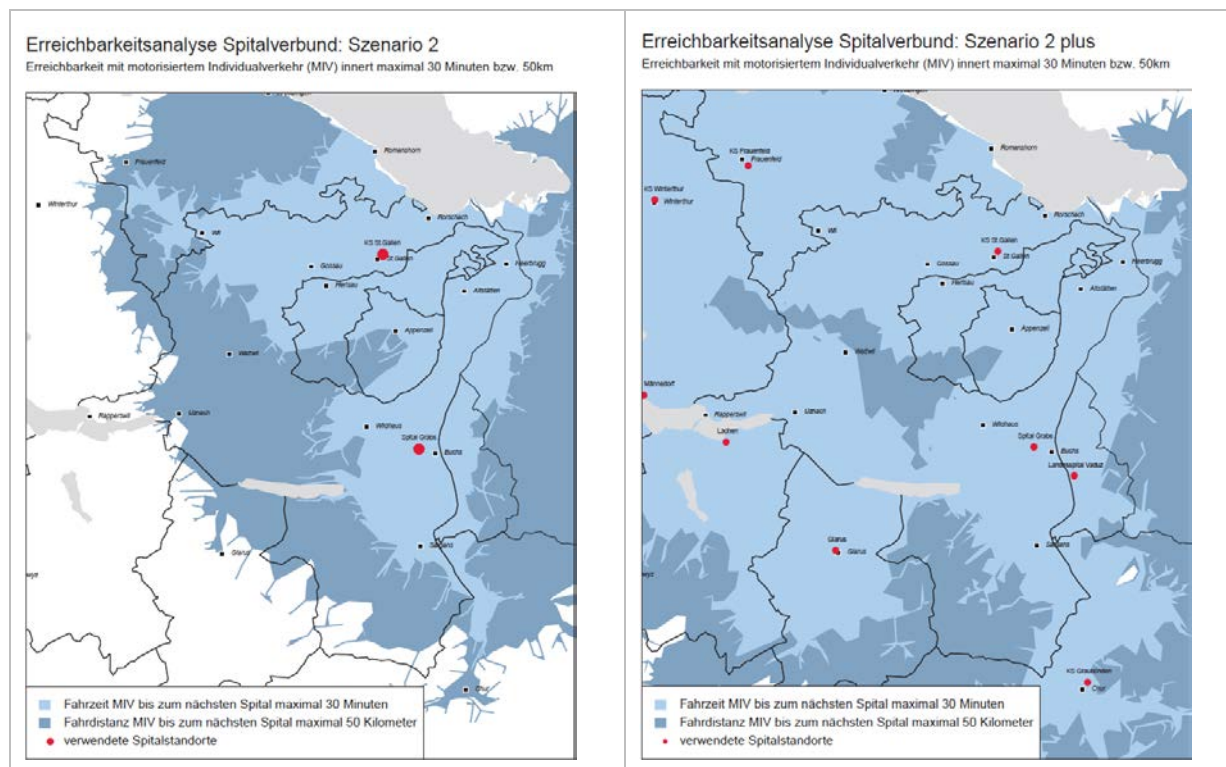


Abbildung 6: Erreichbarkeitsanalyse 2-Standort-Strategie

Diese 2-Standort-Strategie hat eine weniger starke Zunahme der Inanspruchnahme ausserkantonaler stationärer Leistungen zur Folge. Unter Berücksichtigung der ausserkantonalen Spitäler haben 97% der Wohnbevölkerung mittels motorisierten Individualverkehrs innerhalb von 30 Minuten und 50 Kilometern Zugang zu stationären Leistungen. Würden ausschliesslich die Standorte St.Gallen und Grabs betrachtet, so hätten ca. 80% der Bevölkerung innert 30 Minuten und 50 Kilometern Zugang zu einem öffentlich-rechtlichen Spital mit stationärer Grundversorgung.

Der Zugang für Abklärung und Behandlung in der ambulanten Grundversorgung bleibt unverändert und ist sichergestellt durch die ambulanten Gesundheitszentren.

Die Notfallversorgung für leichte Notfälle ist durch die Gesundheitszentren sichergestellt. Schwerere Notfälle werden durch den Rettungsdienst erstversorgt und nach St.Gallen, Grabs oder ggf. in einen anderen Kanton triagiert.

5.2.2 Patientenverschiebungen

Die Variante mit nur noch zwei stationären Standorten führt zu wesentlich veränderten Patientenströmen. Es kann zu Verlusten von Marktanteilen kommen. Die Annahmen über die Verschiebung der stationären Fallzahlen finden sich in der nachfolgenden Tabelle:

| von ↓ zu → in % | Fälle 2028 | St.Gallen | Grabs | Privatspital SG | Ausserkanton/FL |
|-----------------|---------------|---------------|---------------|-----------------|-----------------|
| St.Gallen | 30'813 | 100% | | | |
| Grabs | 8'457 | 0% | 100% | | |
| Uznach | 6'969 | 12% | 5% | 3% | 80% |
| Wil | 5'754 | 52% | 0% | 10% | 38% |
| Walenstadt | 5'165 | 7% | 45% | 7% | 42% |
| Altstätten | 3'349 | 33% | 48% | 10% | 8% |
| Rorschach | 3'469 | 83% | 2% | 12% | 3% |
| Flawil | 3'272 | 75% | 0% | 15% | 10% |
| Wattwil | 3'054 | 68% | 12% | 10% | 9% |
| Total | 70'302 | 43'497 | 13'183 | 2'705 | 10'917 |
| Anteil | 100% | 62% | 19% | 4% | 15% |

Tabelle 10: Patientenverschiebungen 2-Standort-Strategie

In Bezug auf die durchschnittliche Verweildauer geht man in St.Gallen von 5,1 Tagen und in Grabs von 4,5 Tagen aus (gemäss Anhang 9.3).

5.2.3 Leistungskennzahlen, Kapazitätsanforderungen

Die Prognose gemäss Kapitel 3.3 geht davon aus, dass ca. 31'000 stationäre Fälle zu verschieben sind. Die Einschätzung gemäss Kapitel 5.2.2 weist aus, dass davon ca. 13'000 Fälle am Standort St.Gallen und ca. 5'000 Fälle am Standort Grabs zusätzlich anfallen. Circa 3'000 Fälle werden in einem Privatspital im Kanton St.Gallen und ca. 11'000 Fälle ausserkanton/FL zusätzlich behandelt. Somit werden gegenüber der Prognose 2028 mit den heutigen Strukturen ca. 19% weniger Fälle durch die Spitalverbunde behandelt.

Aufgrund der Leistungskennzahlen ergeben sich für die Schlüsselressourcen Betten und OP-Spuren folgende Kapazitätsanforderungen:

- 725 Betten am Standort St.Gallen; darin inkludiert sind 5% Rochadepazität
- 28.9 OP-Spuren am Standort St.Gallen
- 190 Betten am Standort Grabs; darin inkludiert sind 5% Rochadepazität
- 6.2 OP-Spuren am Standort Grabs

Damit das stationäre Leistungsvolumen an den Standorten St.Gallen und Grabs bewältigt werden kann, sind am Standort St.Gallen die Operationskapazitäten im Haus 03 zumindest

teilweise zu erhalten und am Standort Grabs ist im Rahmen des Neubauprojekts zusätzliche Bettenkapazität zu schaffen. Die Operationskapazitäten in Grabs sind ausreichend. An den sieben weiteren Standorten ist mit grösseren Desinvestitionen der heutigen Infrastruktur zu rechnen.

5.3 4-Standort-Strategie

5.3.1 Beschreibung

Die Optimierung der stationären Versorgung erfolgt innerhalb der einzelnen Spitalverbunde. In jedem Spitalverbund wird ein stationäres Angebot bereitgestellt. Die stationäre Versorgung im Kanton wird an den Standorten St.Gallen, Grabs, Uznach und Wil stattfinden. Das Kantonsspital St.Gallen übernimmt auch in dieser Variante die Funktion des Endversorgers. Die Spitäler in Grabs, Uznach und Wil bleiben als Grundversorgerspital erhalten. Aufgrund des Leistungsvolumens soll in Grabs eine IPS betrieben werden, für Uznach und Wil ist eine IMC-Abteilung vorgesehen. Das Leistungsangebot an den vier Standorten mit stationärer Infrastruktur wird sich nicht wesentlich verändern. Die Fallzahlen und die Auslastung der Leistungsangebote nehmen an diesen Standorten jedoch zu.

Die 4-Standort-Strategie führt zu einer Reduktion von Mehrspurigkeiten in der stationären Versorgung im Kanton St.Gallen und damit verbunden zu einer besseren Auslastung von Vorhalteleistungen. Diese Variante berücksichtigt die Spezialisierung der Medizin teilweise, sowohl bezüglich der diagnostischen Qualität als auch bezüglich der Behandlungsqualität (Mindestfallzahlen). Durch ein umfassendes Leistungsportfolio von der Grundversorgung bis zu zentrumsmedizinischen Leistungen können attraktive Arbeitsplätze zur Verfügung gestellt und gut ausgebildete Fachkräfte einfacher rekrutiert werden. Alle vier Standorte erreichen eine hinsichtlich Betriebswirtschaft und Qualität kritische Grösse.

In der 4-Standort-Strategie erfährt das Zentrumsspital in der universitären Leistungserbringung, im Lehrniveau und in der Forschung keine wesentliche Änderung.

Varianten des Zielbildes

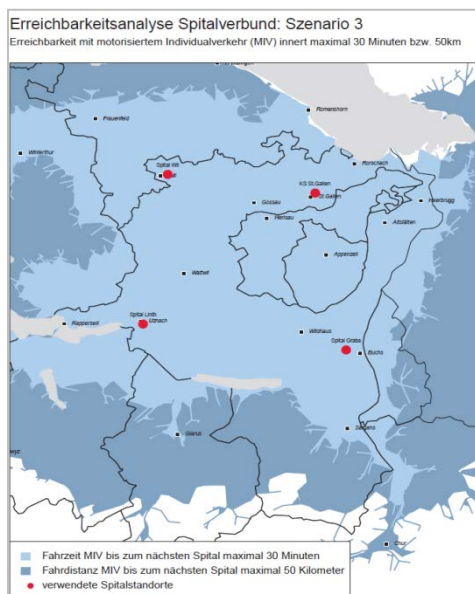


Abbildung 7: Erreichbarkeitsanalyse 4-Standort-Strategie

Die 4-Standort-Strategie hat nur eine geringe zusätzliche Inanspruchnahme ausserkantonaler stationärer Leistungen zur Folge. Über 99% der Wohnbevölkerung haben mittels motorisiertem Individualverkehrs innert 30 Minuten und 50 Kilometern Zugang zu einem öffentlich-rechtlichen Spital mit stationärer Grundversorgung.

Der Zugang zu Abklärung und Behandlung in der ambulanten Grundversorgung bleibt unverändert und ist sichergestellt durch die ambulanten Gesundheitszentren.

Die Notfallversorgung für leichte Notfälle ist durch die Gesundheitszentren sichergestellt. Schwerere Notfälle werden durch den Rettungsdienst erstversorgt und nach St.Gallen, Grabs, Uznach, Wil oder ggf. in einen anderen Kanton triagiert.

5.3.2 Patientenverschiebungen

Die Variante mit vier stationären Standorten führt zu veränderten Patientenströmen. Es kann zu Verlusten von Marktanteilen kommen. Die Annahmen über die Verschiebung der stationären Fallzahlen finden sich in der nachfolgenden Tabelle:

Varianten des Zielbildes

| von ↓ zu → in % | Fälle 2028 | St.Gallen | Grabs | Uznach | Wil | Privatspital SG | Ausserkantonale/FL |
|-----------------|---------------|---------------|---------------|--------------|--------------|-----------------|--------------------|
| St.Gallen | 30'813 | 100% | | | | | |
| Grabs | 8'457 | 0% | 100% | | | | |
| Uznach | 6'969 | 0% | 0% | 100% | | | |
| Wil | 5'754 | 0% | 0% | 0% | 100% | | |
| Walenstadt | 5'165 | 7% | 45% | 3% | 0% | 5% | 40% |
| Altstätten | 3'349 | 33% | 48% | 0% | 0% | 10% | 8% |
| Rorschach | 3'469 | 83% | 2% | 0% | 0% | 12% | 3% |
| Flawil | 3'272 | 54% | 0% | 0% | 25% | 10% | 11% |
| Wattwil | 3'054 | 15% | 5% | 6% | 67% | 7% | 1% |
| Total | 70'302 | 37'389 | 12'610 | 7'314 | 8'608 | 1'529 | 2'851 |
| Anteil | 100% | 53% | 18% | 11% | 12% | 2% | 4% |

Tabelle 11: Patientenverschiebungen 4-Standort-Strategie

In Bezug auf die durchschnittliche Verweildauer geht man von folgenden Werten aus: St.Gallen 5,2 Tage, Grabs 4,5 Tage, Uznach 4,0 Tage und Wil 4,5 Tage (gemäss Anhang 9.3).

5.3.3 Leistungskennzahlen, Kapazitätsanforderungen

Die Prognose gemäss Kapitel 3.3 geht davon aus, dass ca. 18'000 stationäre Fälle zu verschieben sind. Die Einschätzung gemäss Kapitel 5.3.2 weist aus, dass davon am Standort St.Gallen ca. 6'500 Fälle, am Standort Grabs ca. 4'000 Fälle, am Standort Uznach ca. 350 Fälle und am Standort Wil ca. 3'000 Fälle zusätzlich anfallen.

Circa 1'500 Fälle werden in einem Privatspital im Kanton St.Gallen und ca. 3'000 Fälle ausserkantonale/FL zusätzlich behandelt. Somit werden gegenüber der Prognose 2028 mit den heutigen Strukturen ca. 6% weniger Fälle durch die Spitalverbunde behandelt.

Aufgrund der Leistungskennzahlen ergeben sich für die Schlüsselressourcen Betten und OP-Spuren folgende Kapazitätsanforderungen:

- 637 Betten am Standort St.Gallen; darin inkludiert sind 5% Rochadepkapazität
- 26.5 OP-Spuren am Standort St.Gallen
- 181 Betten am Standort Grabs; darin inkludiert sind 5% Rochadepkapazität
- 6 OP-Spuren am Standort Grabs
- 94 Betten am Standort Uznach; darin inkludiert sind 5% Rochadepkapazität
- 3.1 OP-Spuren am Standort Uznach
- 124 Betten am Standort Wil; darin inkludiert sind 5% Rochadepkapazität
- 3.2 OP-Spuren am Standort Wil

Varianten des Zielbildes

Bzgl. der bereitzustellenden Infrastruktur in der 4-Standorte-Strategie ist am Standort Wil ein Neubau im Umfang von ca. CHF 140 Mio. bis CHF 160 Mio. vorzusehen und am Standort Grabs (analog der 2-Standort-Strategie) ist im Rahmen des Neubaus zusätzliche Bettenkapazität zu schaffen. An den fünf weiteren Standorten ist mit grösseren Desinvestitionen bei der heutigen Infrastruktur zu rechnen.

6 Finanzielle Auswirkungen

Die finanziellen Auswirkungen der geplanten Leistungs- und Strukturentwicklungen wurden mittels des Teilprojektes Finanzen mit Vertretern der Spitalverbunde 1 bis 4 und der Firma PwC quantifiziert. Basis bildete grundsätzlich der Jahresabschluss 2016, da dieser zum Zeitpunkt des Projektstartes die aktuelle Grundlage darstellte. In der Zwischenzeit hat sich die Ausgangslage durch politische Eingriffe wesentlich verändert. Diese Veränderungen wurden für die Berechnungen der finanziellen Auswirkungen der einzelnen Varianten entsprechend berücksichtigt.

Die finanziellen Auswirkungen der Varianten werden mittels eines sog. «Bottom-up»-Ansatzes detaillierter ermittelt. Dieser basiert auf dem vorliegenden Prognosemodell gemäss Kapitel 3.

Für den «Bottom-up»-Ansatz werden die finanziellen Auswirkungen für die drei definierten Varianten und die jeweiligen Leistungsverschiebungen und Standortstrategien einzeln und anhand einer identischen Methode quantifiziert. Der Analysefokus liegt auf der operativen Profitabilität, welche anhand der EBITDA-Marge, d. h. dem Betriebsgewinn vor Abschreibungen und Zinsen im Verhältnis zum Nettoerlös, beurteilt wird.

Die zu erwartende Differenz der operativen Profitabilität zwischen der Vorgabe des Eigentümers und dem mittels «Bottom-up»-Ansatz ermittelten Wert, stellt das weitere Optimierungspotenzial dar.

Die Vorgabe des Eigentümers von einem EBITDA-Zielwert von 10% wird sowohl durch die PwC gestützt als auch durch Marktbeobachtungen. Zur weiteren Plausibilisierung hat das Teilprojekt Finanzen einen sog. «Top-down»-Ansatz entwickelt, welcher im Anhang 9.2 beschrieben ist und den Zielwert von 10% ebenfalls stützt.

Die folgende Abbildung veranschaulicht die beiden oben erläuterten Ansätze konzeptionell:

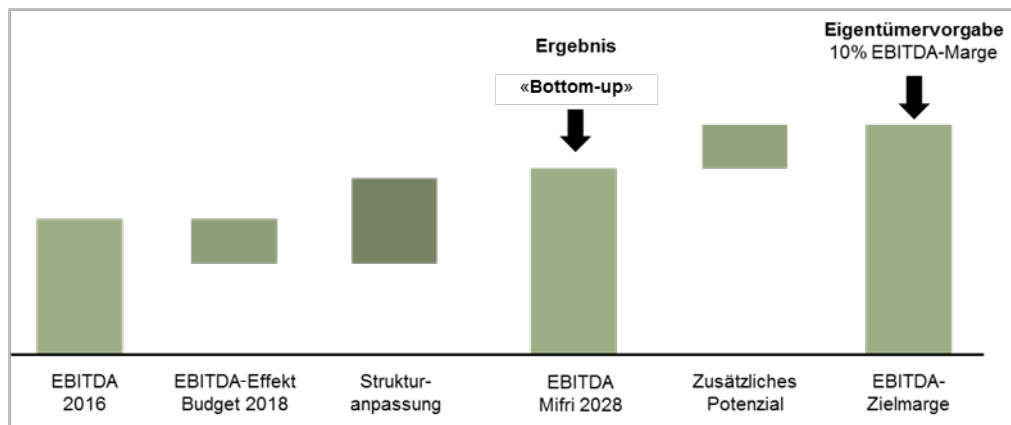


Abbildung 8: Berechnungsansatz «Bottom-up»

6.1 Methodik «Bottom-up»-Ansatz

Der «Bottom-up»-Ansatz berücksichtigt die finanziellen Effekte aus der Leistungs- und Strukturentwicklung. Dabei handelt es sich u. a. um die Optimierung von Ressourcen, die Einsparung von Vorhalteleistungen und weitere strukturelle Massnahmen.

Aus finanzieller Sicht fokussiert der Ansatz auf eine optimale Auslastung der festgelegten stationären Standorte sowie auf die neu definierten Strukturen mit ambulanten Gesundheitszentren.

Berücksichtigung EBITDA-Veränderung 2016 bis 2018

Der Jahresabschluss 2016 bildet die Ausgangsbasis für die Preis- und Mengengerüste. Bis ins Jahr 2028 treten verschiedene Effekte auf, welche den EBITDA nachhaltig beeinflussen. Dazu gehören die heute bekannten tarifarischen und strukturellen Effekte: der Eingriff des Bundesrates in die ambulante Tarifstruktur ab 2018 und die Verschiebung vom stationären in den ambulanten Bereich. Zusätzlich ist die Entwicklung der Anzahl VVG-Patienten stetig sinkend. Der EBITDA wird ebenfalls durch operative Effekte beeinflusst – insbesondere durch Veränderungen des CMI, welcher Schwankungen von +/-2%-Punkten pro Jahr aufweisen kann. Für alle Spitalverbunde entsprechen diese Schwankungen CHF +/-12 Mio. Im Vergleich zum Jahr 2016 liegt das Budget 2018 auf Stufe EBITDA rund CHF 30 Mio. tiefer.

Damit die Berechnung der künftigen EBITDA-Marge korrekt ausgewiesen werden kann, muss die Veränderung (-2.6%) vom Ausgangsjahr 2016 zum Budget 2018 in der Analyse mitberücksichtigt werden.

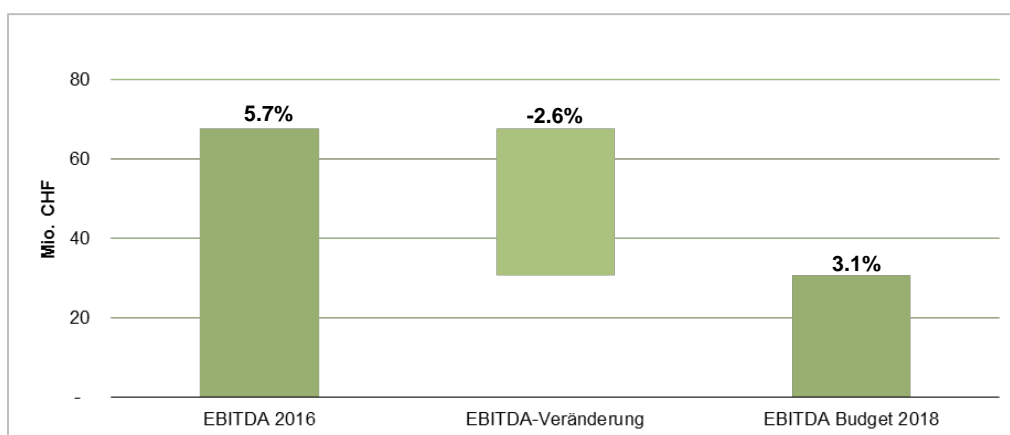


Abbildung 9: EBITDA 2016 zu EBITDA Budget 2018

Das Grundmodell basiert auf der Vorgehensmethode, dass die strukturellen Effekte auf das Ausgangsjahr 2016 angewendet werden. Die wachstumsorientierten Effekte werden vom Jahr 2016 auf das Jahr 2028 hochgerechnet.

Herleitung der Effekte auf die stationären Erträge

Ausgangslage für die Ertragsberechnung bilden die Leistungsmengen des Jahres 2016 für die Spitalverbunde 1 bis 4. Die prognostizierten Leistungsmengen im Jahr 2028 basieren auf den in Kap. 3 ermittelten Kennzahlen und entsprechen ohne Berücksichtigung der Strukturmassnahmen einem durchschnittlichen stationären Wachstum von 0.3% p. a. Aufgrund der Marktanteilsverschiebungen erfolgt effektiv in sämtlichen drei Varianten kein stationäres Wachstum.

Die Erträge errechnen sich auf Basis der Annahmen einer gleichbleibenden durchschnittlichen Baserate sowie eines konstanten Case-Mix-Indexes aller Spitalverbunde.

Herleitung der Effekte auf die ambulanten Erträge

Die ambulanten Erträge werden mit Anzahl Taxpunkten pro Standort per Ende 2016 berechnet. Für die Berechnung der Erlösentwicklung in den neuen ambulanten Gesundheitszentren wurden Datengrundlagen von vergleichbaren Zentren verwendet. Das ambulante Wachstum der Besuche wird in Kap. 3 mit 3.7% p. a. angenommen.

Für Standorte, welche auch künftig über ein stationäres Angebot verfügen, bilden die Taxpunktmengen nach der berechneten Verlagerung (aufgrund der Strukturveränderungen) die Ausgangsbasis für die weitere Prognose. Wird ein Standort zu einem ambulanten Gesundheitszentrum, wird angenommen, dass 40% des bisherigen Taxpunktwertvolumens verbleiben. Die übrigen 60% verteilen sich analog den stationären Verschiebungen auf die weiterbestehenden stationären Standorte sowie auf private und ausserkantonale Einrichtungen.

Basierend auf diesen Annahmen wird das ambulante Taxpunktvolument an den stationären Standorten im Jahr 2028 prognostiziert. Die ambulanten Erträge an allen Standorten berechnen sich aufgrund dieser Volumina unter der Annahme eines Taxpunktwertes von CHF 0.83.

Herleitung der Effekte auf die Personalkosten

Durch die Reduktion von nicht mehr angebotenen Vorhalteleistungen können in allen Varianten die Personalkosten reduziert werden. Dabei wird grob zwischen zwei Kosteneffekten unterschieden: (1) Leistungskonzentration (Reduktion Personalaufwand durch den Wegfall anderer Angebote) und (2) Verbesserung der Auslastung (damit verbundene Kostenoptimierung an den weiterhin bestehenden Standorten).

Zur Ermittlung des Einsparpotenzials bei den Personalkosten wird festgelegt, dass eine Zielauslastung auf den Schlüsselressourcen (z. B. Betten, OP-Kapazität) von 90% bzw. 80% erreicht werden soll. Entsprechend fallen keine zusätzlichen Personalkosten an, solange diese Zielauslastung nicht überschritten wird. Dadurch kann die Produktivität mit dem heutigen Personalbestand gegenüber der aktuellen Situation erhöht werden. Einen weiteren Effekt hat die Reduktion der durchschnittlichen Verweildauer an den verbleibenden Standorten: Aufgrund der reduzierten Anzahl an Pflgegetagen (VWD x stationäre Austritte) werden insbesondere in der Pflege längerfristig Ressourcen frei. Die theoretisch berechneten frei werdenden Ressourcen werden nur zu 75% berücksichtigt, da gegenläufige Effekte auftreten (mehr Austritte bei gleichbleibenden Pflgegetagen, Verschiebung von Personal, z. B. in Ambulatorien und Tageskliniken). In den Gesundheitszentren wurde der Personaleinsatz anhand der zukünftigen Leistungsmengen ermittelt.

Herleitung der Effekte auf den übrigen Aufwand

Der übrige Aufwand unterteilt sich in patientenabhängigen und patientenunabhängigen Sachaufwand.

Der patientenabhängige Sachaufwand umfasst im Wesentlichen den medizinischen Bedarf sowie den Haushalt- und Lebensmittelaufwand. Die Berechnung dieser Werte erfolgt im Verhältnis zur betrieblichen Leistungserbringung.

Im patientenunabhängigen Sachaufwand entfallen mit der Aufhebung von stationären Strukturen standortbezogene Fixkosten.

Herleitung der Effekte auf die Anlagenutzungskosten

Die Anlagenutzungskosten setzen sich aus Abschreibungen auf dem Anlagevermögen und Zinsaufwendungen zusammen.

Mit der Strukturveränderung zusammenhängende Desinvestitionen, Rückbaukosten und einmalige Wertberichtigungen sind als Einmaleffekte zu betrachten und für die

Finanzielle Auswirkungen

ergebnisoffene Beurteilung der vorliegenden drei Varianten sekundär. Dazu können auch auf ordentlich betriebenen Anlagen Einmalabschreibungen möglich bzw. nötig sein: Erwirtschaftet ein Standort dauerhaft einen negativen Cashflow, so ist dessen Werthaltigkeit nicht mehr gegeben und die Anlagen sind in ihrem Wert zu berichtigen, d. h. abzuschreiben (Impairment). Je höher der jährliche Verlust ausfällt, desto grösser ist der Korrekturbedarf. Die möglichen Verwendungszwecke der nicht mehr benötigten Immobilien sind nicht Bestandteil des vorliegenden Grobkonzepts, sondern werden auf Basis des Detailkonzepts der Zielbildvariante vertieft geprüft.

Die Abschreibungen und Zinsen werden auf Basis der Investitionen aus den drei Varianten gemäss den Vorgaben von Rekole berechnet. Für die Verzinsung des notwendigen Finanzbedarfes der künftigen Bauinvestitionen²¹ wurde mit einem durchschnittlichen Zinssatz von 1.0% gerechnet. Entsprechend ergeben sich zusätzlich zu den bestehenden Anlagenutzungskosten weitere jährliche Aufwendungen von rund CHF 44 Mio. in Variante 1, CHF 52 Mio. in Variante 2 und rund CHF 61 Mio. in Variante 3.

In der folgenden Tabelle sind die zusätzlichen finanziellen Aufwände bezüglich infrastrukturellen Kapazitätsaufbaus (gemäss Kapitel 5) pro Variante angegeben:

| Variante | Standort | Zusätzlicher Kapazitätsausbau in TCHF | Abschreibungen in TCHF |
|--------------------------|-----------|---------------------------------------|------------------------|
| V1: 1-Standort-Strategie | St.Gallen | 200'000 | 9'806 |
| V2: 2-Standort-Strategie | St.Gallen | 110'000 | 5'393 |
| | Grabs | 61'710 | 2'638 |
| V3: 4-Standort-Strategie | St.Gallen | – | – |
| | Grabs | 61'710 | 2'638 |
| | Uznach | – | – |
| | Wil | 165'000 | 7'053 |

Tabelle 12: Zusatzinvestitionen/Abschreibungen in den einzelnen Varianten

²¹ Zukünftige Bauinvestitionen: bereits bestehende Bauvorhaben und die aus den Strukturvarianten zusätzlich entstehenden Bauvorhaben.

6.2 Resultate der einzelnen Varianten

Basierend auf dem «Bottom-up»-Ansatz wurden die finanziellen Auswirkungen der drei Varianten ermittelt. Im Folgenden werden die Resultate je Variante dargestellt.

6.2.1 Variante 1 – 1-Standort-Strategie

Im Vergleich zur Ausgangssituation 2016 der Spitalverbunde 1 bis 4 zeigt sich, dass die Leistungsverschiebungen in der Variante 1 den stärksten positiven Effekt auf die EBITDA-Marge haben, wobei dank den Strukturveränderungen eine EBITDA-Marge von rund 7.7% prognostiziert wird. Bei einer 1-Standort-Strategie mit der Fokussierung der stationären Angebote auf den Standort St.Gallen und mit mehreren Gesundheitszentren im restlichen Kantonsgebiet treten zwar deutliche Ertragsverluste auf, die jedoch durch Einsparungen – insbesondere im Personalbereich – mehr als kompensiert werden können. Auf Stufe Spitalverbunde beläuft sich der Anteil des Personalaufwands 2016 auf rund 65% des Nettoertrags, nach den Strukturanpassungen sinkt der Wert auf rund 60%. Mit der 1-Standort-Strategie kann der Personaleinsatz stationär auf den Standort St.Gallen fokussiert werden. Dabei sind auch die Reduktion der durchschnittlichen Verweildauer und die dadurch frei werdenden Ressourcen im Personalbereich wesentliche Treiber. Die Differenz bei der EBITDA-Marge von rund 4.6% (CHF 44 Mio.) ist daher grösstenteils auf eine Reduktion der Personalkosten zurückzuführen. Es resultiert eine prognostizierte EBITDA-Marge von 7.7% im Jahr 2028.

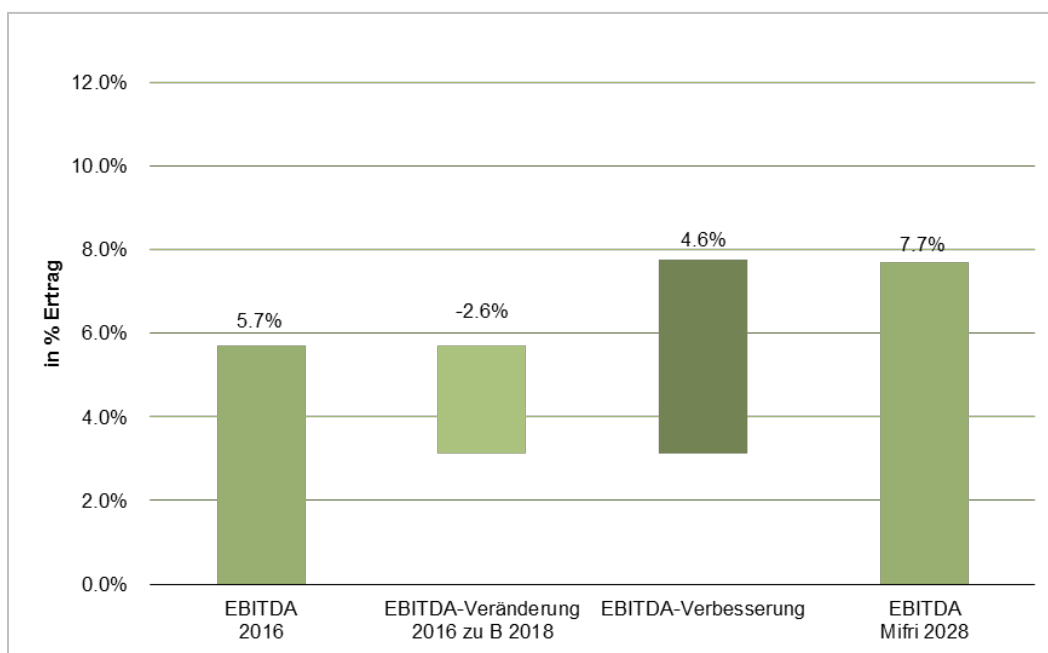


Abbildung 10: Variante 1 Stufe EBITDA

Finanzielle Auswirkungen

Die EBITDA-Verbesserung reicht aus, um die zusätzlichen Anlagenutzungskosten zu decken. Das Gesamtergebnis 2028 wird jedoch mit CHF -19 Mio. nach wie vor negativ sein.

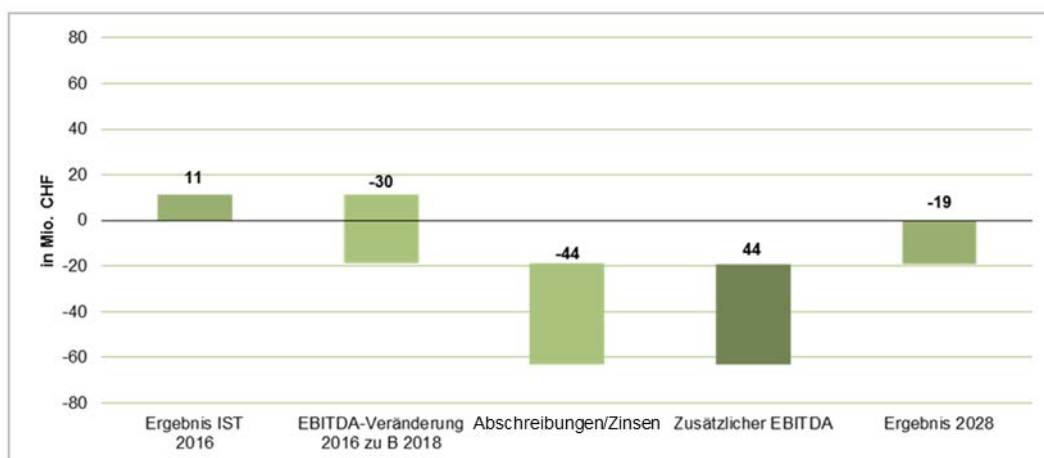


Abbildung 11: Variante 1 Stufe Ergebnis

6.2.2 Variante 2 – 2-Standort-Strategie

Analog zur Situation in der Variante 1 wird in der Variante 2 (Fokussierung der stationären Angebote auf die Standorte St.Gallen und Grabs) ebenfalls mit einer Verbesserung der Profitabilität auf Stufe EBITDA gerechnet.

Dies ist wiederum grösstenteils begründet durch eine Personalkostenreduktion. Gegenüber der Variante 1 erhöht sich der Personalaufwand im Verhältnis zum Nettoertrag von 60% auf 61%. Insgesamt liegt die EBITDA-Marge in der Variante 2 mit 7.4% um 0.3% tiefer als in Variante 1.

Finanzielle Auswirkungen

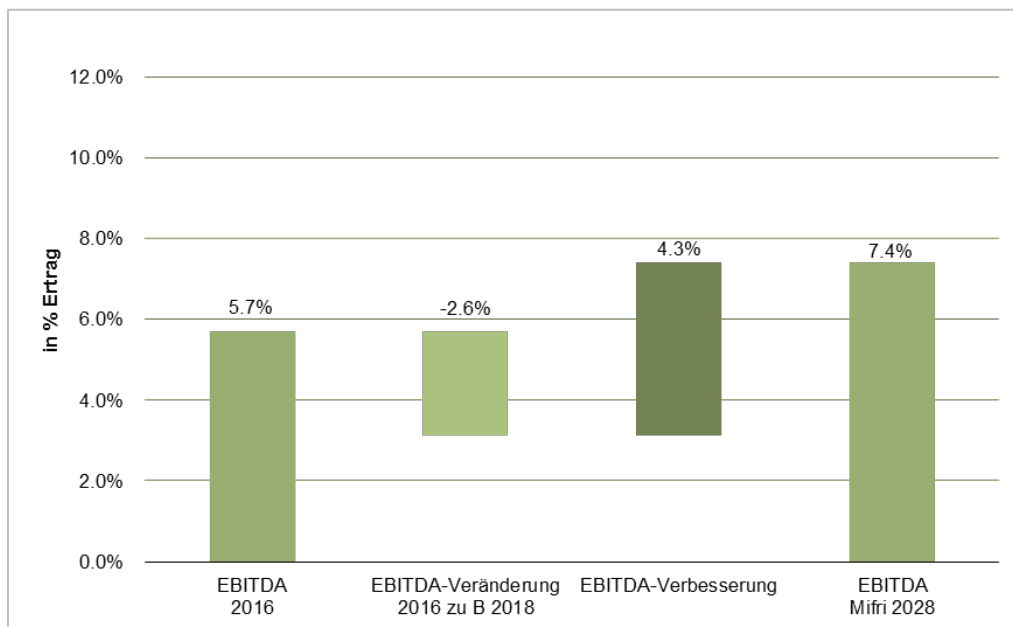


Abbildung 12: Variante 2 Stufe EBITDA

Auf Stufe Ergebnis zeigt sich, dass die EBITDA-Verbesserung von CHF 48 Mio. nicht ausreicht, um die zusätzlichen Anlagenutzungskosten über CHF 52 Mio. zu kompensieren. Entsprechend verschlechtert sich das Ergebnis gegenüber Variante 1 von CHF -19 Mio. auf CHF -23 Mio.

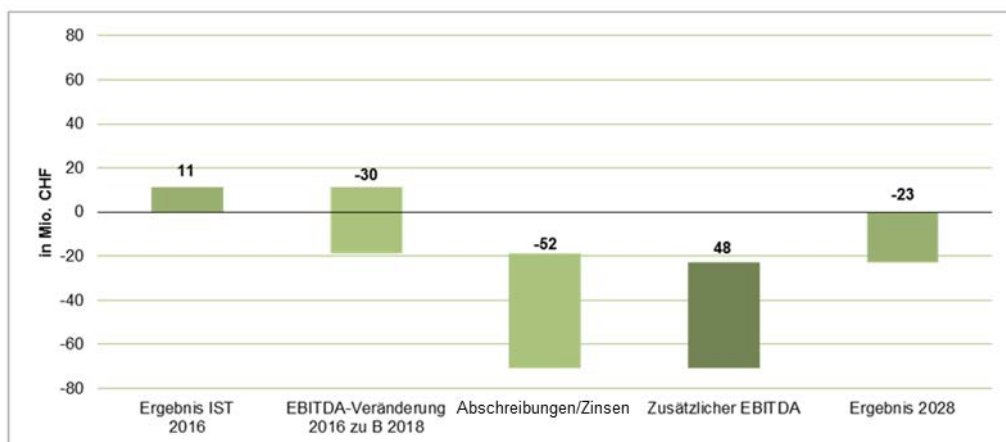


Abbildung 13: Variante 2 Stufe Ergebnis

6.2.3 Variante 3 – 4-Standort-Strategie

Analog zu den Varianten 1 und 2 wird für die Variante 3, die 4-Standort-Strategie mit stationären Angeboten in St.Gallen, Grabs, Uznach und Wil, ebenfalls mit einer Verbesserung der Profitabilität auf Stufe EBITDA gerechnet. Diese erfolgt durch eine verbesserte Produktivität und eine höhere Auslastung an den bestehenden stationären Standorten.

Gegenüber der Variante 2 erhöht sich der Personalaufwand im Verhältnis zum Nettoertrag von 61% auf 62%²². Insgesamt liegt die EBITDA-Marge in der Variante 3 mit 6.6% um 0.8% unter derjenigen von Variante 2 resp. 1.1% unter derjenigen von Variante 1.

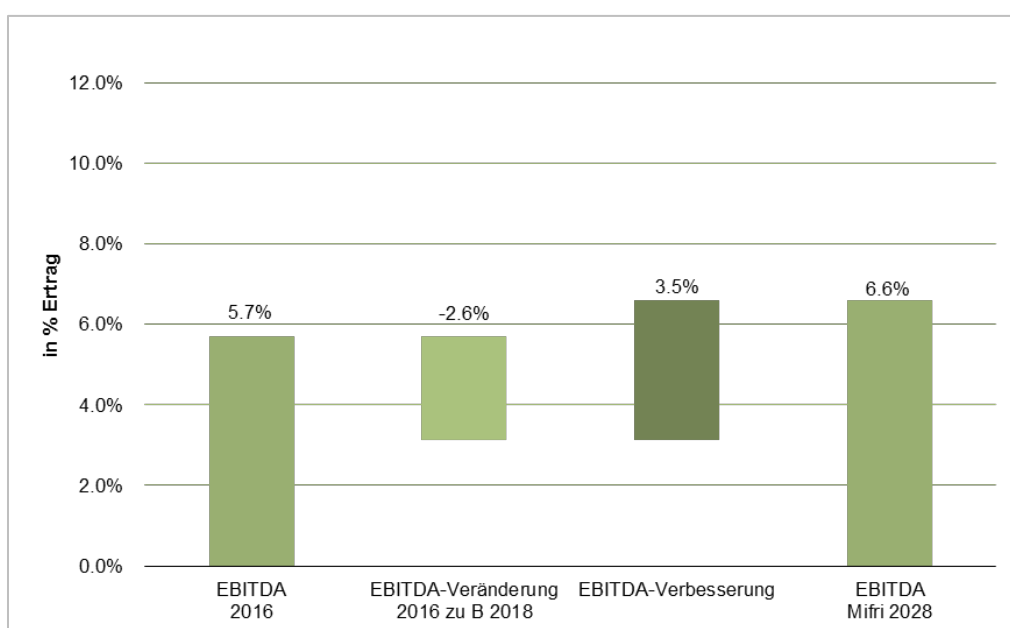


Abbildung 14: Variante 3 Stufe EBITDA

Gegenüber der Variante 2 fällt das Ergebnis in der Variante 3 mit CHF -37 Mio. um CHF 14 Mio. und gegenüber Variante 1 um CHF 18 Mio. tiefer aus. Im Vergleich zu den 1- und 2-Standort-Strategien fallen weniger Standorte weg und gleichzeitig werden in den nächsten Jahren Neubauten errichtet. Damit fällt in der Variante 3 die zusätzliche Belastung durch Abschreibungen und Zinsen am höchsten aus. Gegenüber Variante 2 steigen die Zusatzaufwendungen für Anlagenutzungskosten von CHF 52 Mio. auf CHF 61 Mio. pro Jahr.

²² Gegenüber dem Status quo 2016 (5'590 ohne Auszubildende und Fremdfinanzierte) entspricht dies einer Reduktion von ca. 340 Vollzeitäquivalenten.

Finanzielle Auswirkungen

Damit zeigt sich auch in der Variante 3, dass neben den strukturellen Verbesserungen weitere Effizienzmassnahmen in mindestens dieser Grössenordnung notwendig sind, um langfristig ein ausgeglichenes Ergebnis erreichen zu können.

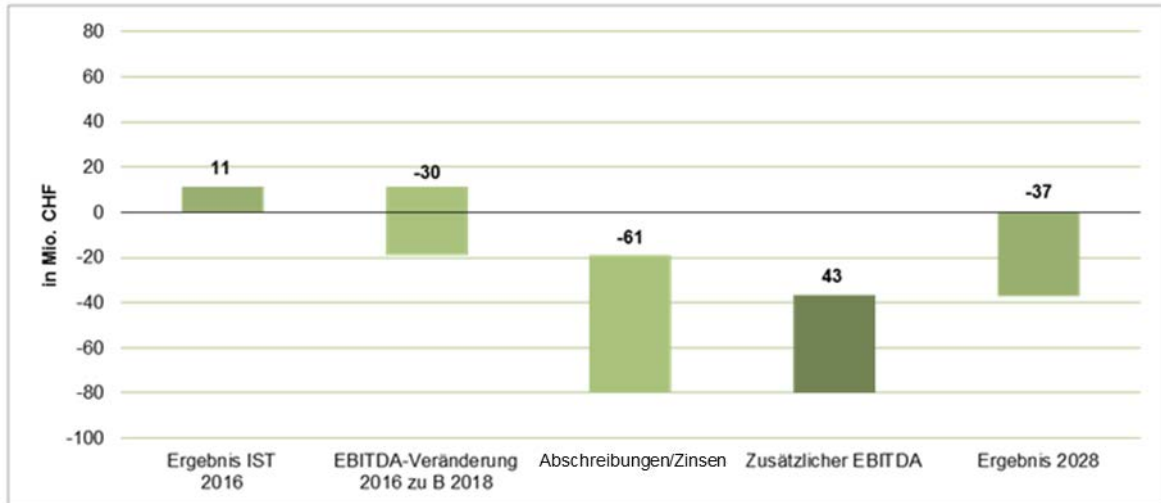


Abbildung 15: Variante 3 Stufe Ergebnis

6.3 Fazit der Analyse der finanziellen Auswirkungen

Die Analyse der finanziellen Auswirkungen wurde im Rahmen des Grobkonzepts für alle drei Varianten anhand einer einheitlichen Methodik durchgeführt. Es zeigt sich, dass aus finanziellen Überlegungen mittels Fokussierung auf möglichst wenige Standorte die grössten Struktureffekte erreicht werden können. Entsprechend wird in Variante 1 mit 7.7% die höchste EBITDA-Marge im Jahr 2028 erreicht. Bei einer Fokussierung des stationären Angebots auf vier Standorte – St.Gallen, Grabs, Uznach und Wil – beläuft sich die EBITDA-Marge auf 6.6%. Sämtliche Varianten weisen eine erhebliche Lücke zum angestrebten Ziel von 10% aus, erreichen jedoch eine wesentlich höhere Marge als im Status quo (3.8% im Jahr 2025).

| EBITDA in % | Ist 2016 SV 1–4 | Budget 2018 | EBITDA-Veränderung 2016 zu B 2018 | EBITDA-Verbesserung | EBITDA-Marge 2028 |
|-------------|-----------------|-------------|-----------------------------------|---------------------|-------------------|
| Variante 1 | 5.7% | 3.1% | -2.6% | 4.6% | 7.7% |
| Variante 2 | 5.7% | 3.1% | -2.6% | 4.3% | 7.4% |
| Variante 3 | 5.7% | 3.1% | -2.6% | 3.5% | 6.6% |

Tabelle 13: EBITDA-Marge in Prozent

| EBITDA in TCHF | Ist 2016 SV 1–4 | Budget 2018 | EBITDA-Veränderung 2016 zu B 2018 | EBITDA-Verbesserung | EBITDA 2028 |
|----------------|-----------------|-------------|-----------------------------------|---------------------|-------------|
| Variante 1 | 67'703 | 37'584 | -30'119 | 44'191 | 81'774 |
| Variante 2 | 67'703 | 37'584 | -30'119 | 47'732 | 85'315 |
| Variante 3 | 67'703 | 37'584 | -30'119 | 42'605 | 80'188 |

Tabelle 14: EBITDA in TCHF

Zusätzlich zur Leistungs- und Strukturentwicklung besteht weiteres Optimierungspotenzial, um langfristig ein ausgeglichenes Ergebnis erreichen zu können.

Aufgrund der Neubauten wird für die Spitalverbunde 1 bis 4 in Zukunft mit wesentlich höheren Anlagenutzungskosten gerechnet. Ein Teil dieser Erhöhung kann durch die wegfallenden stationären Standorte kompensiert werden. Die zusätzlichen Anlagenutzungskosten sowie die budgetierte EBITDA-Verschlechterung im Jahr 2018 führen dazu, dass in allen Varianten negative Ergebnisse erzielt werden.

Finanzielle Auswirkungen

| Ergebnis in TCHF | Ist 2016 SV 1–4 | Budget 2018 | EBITDA-Veränderung 2016 zu B 2018 | Nach Abschreibungen | Zusätzlicher EBITDA | Ergebnis 2028 Bottom-up |
|-------------------------|------------------------|--------------------|------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|--------------------------------|
| Variante 1 | 11'418 | -18'701 | -30'119 | -63'105 | 44'191 | -18'914 |
| Variante 2 | 11'418 | -18'701 | -30'119 | -70'105 | 47'732 | -22'373 |
| Variante 3 | 11'418 | -18'701 | -30'119 | -79'105 | 42'605 | -36'500 |

Tabelle 15: Ergebnis in TCHF

Insgesamt beläuft sich die jährliche Verbesserung auf Stufe EBITDA durch die Struktureffekte auf CHF 42 Mio. bis CHF 48 Mio. Um langfristig ein ausgeglichenes Ergebnis zu erreichen, sind daher in etwa dem gleichen Umfang zusätzliche Massnahmen zur Effizienzsteigerung zu definieren und umzusetzen.

7 Beurteilung und Priorisierung

7.1 Beurteilung der Varianten

7.1.1 Medizinische Versorgungsqualität

Erreichbarkeit

Die 4-Standort-Strategie (Variante 3) ermöglicht eine komplette Abdeckung der stationären Gesundheitsversorgung für die Wohnbevölkerung durch ein innerkantonales Angebot. Bei der Umsetzung der 2-Standort-Strategie (Variante 2) resp. der 1-Standort-Strategie (Variante 1) kann dies mit einer überregionalen resp. interkantonalen Kooperation sichergestellt werden (Variante 2 mit Thurgau, Zürich, und bei der Variante 1 zusätzlich mit Graubünden).

Leistungsspektrum/Mindestfallzahlen

Alle drei Varianten ermöglichen eine gute, umfassende Gesundheitsversorgung. Die Varianten 1 und 2 haben jedoch aufgrund der konsequenten Leistungskonzentration grössere Vorteile bezüglich Skaleneffekten und Vernetzung der verschiedenen medizinischen Fachdisziplinen. Bei der Variante 3 erreichen alle Standorte den Schwellenwert für einen wirtschaftlichen und qualitativ hochstehenden Betrieb, wobei einzelne Standorte nur knapp darüberliegen. Mittel- bis langfristig besteht die Gefahr, dass, ähnlich wie im Status quo, das Patientenvolumen dort zu gering ist. Für kleinere Standorte stellen die nicht genutzten Vorhalteleistungen das grösste wirtschaftliche Problem dar – z. B. OPS-Betrieb, allgemeiner Dienstbetrieb und Betrieb Notfallstation.

Sicherstellung der Fachexpertise (Arbeitsmarkt)

Gesamthaft bieten alle drei Varianten eine wesentliche Verbesserung für die Rekrutierung von Fachpersonal, wobei Variante 1 die grössten Vorteile aufweist. Am deutlichsten zu erwarten ist dieser Effekt beim ärztlichen Personal. Den «Allgemeinmediziner» oder den «Allgemeinchirurgen» gibt es nicht bzw. kaum mehr. Mit der Spezialisierung der Medizin hat sich auch die Weiterbildung der Ärzte spezialisiert. Spitäler, welche ein breites Leistungsspektrum mit hohem Spezialisierungsgrad und hohem Patientenvolumen aufweisen, geniessen daher einen Rekrutierungsvorteil.

In der Pflege ist ebenfalls ein positiver Effekt zu erwarten, dieser ist jedoch aufgrund der aktuellen Rekrutierungssituation weniger ausgeprägt. Durch die zunehmende

Spezialisierung und Akademisierung der Pflege wird jedoch zukünftig eine ähnliche Entwicklung wie beim ärztlichen Personal erwartet.

Die grosse Herausforderung für die Spitäler ist es, dass Fachexpertise 24/7 zur Verfügung stehen muss. Dies setzt eine Mindestgrösse voraus und begünstigt die Varianten 1 und 2.

7.1.2 Wirtschaftlichkeit

Beitrag zur Reduktion des strukturellen Defizits

Alle drei Varianten leisten einen wesentlichen (CHF 42–48 Mio.) Beitrag zur Reduktion des strukturellen Defizits, sie unterscheiden sich damit bezüglich ihrer finanziellen Wirkung nicht wesentlich voneinander. Keine der Varianten reicht jedoch aus, um ohne weitere betriebliche Optimierungsmassnahmen langfristig ein ausgeglichenes Ergebnis zu erzielen.

Investitionen/Desinvestitionen

Sämtliche Varianten bedingen bauliche Anpassungen. Teilweise können diese bereits durch die laufenden Bauvorhaben aufgefangen werden. In der Variante 3 muss primär am Standort Wil in Form eines Neubaus investiert werden. Für die Variante 1 wird am Standort St.Gallen auf den Rückbau einzelner Objekte verzichtet, bei Variante 2 muss eine Erweiterung des Neubaus am Standort Grabs vorgenommen werden. Langfristig reduziert sich das Objektportfolio in den Varianten 1 und 2 gegenüber heute, was zu tieferen Instandhaltungs- und Erneuerungskosten führt.

Nicht mehr benötigte oder anders genutzte Infrastruktur müsste vermietet, verkauft oder zurückgebaut werden.

Potenzial der Varianten für Produktivitätssteigerung

Das Potenzial für Produktivitätssteigerungsmassnahmen kann auf zwei Ebenen identifiziert werden: die Führungs-/Managementebene und die Ebene der Leistungserstellung. In den Varianten 1 und 2 wird von einer, max. zwei Unternehmensleitungen ausgegangen. Dies ermöglicht eine effizientere Festlegung und Umsetzung von Massnahmen in der Prozess- und Organisationsentwicklung. Ebenfalls ist die Planung und Steuerung von Schlüsselressourcen effektiver. Je höher die Leistungskonzentration und, damit verbunden, je weniger Standorte betrieben werden, desto einfacher ist es, einheitliche Geschäftsprozesse entlang der Patientenpfade abzubilden. Patientenpfade, insbesondere für multimorbide Patienten, durchlaufen meist mehrere Kliniken. Dieser Umstand und die

Beurteilung und Priorisierung

medizinische Spezialisierung führen zu einem hohen Koordinationsaufwand. Die damit verbundene Komplexitätsfragestellung lässt sich bedeutend einfacher lösen, wenn die Kliniken geographisch konzentriert sind und wo möglich in Zentren zusammengefasst werden.

Die geplanten Neubauten unterstützen die Führung der Patientenpfade aus betrieblicher und architektonischer Sicht. Dabei werden zusammengehörige Funktionen in unmittelbarer Nähe verortet (z. B. Radiologie – Notfall – OP-Säle – Tagesklinik) und die Prozesse können durch geeignete Grundrisslayouts effizienter betrieben werden (weniger Doppelspurigkeiten und weniger Wegstrecken).

Kann die Leistung exklusiv innerhalb einer Klinik erstellt werden, stehen für die Produktivitätssteigerung Skaleneffekte im Vordergrund. Sind in der Diagnostik und Behandlung hingegen mehrere Kliniken involviert, stehen die Scope-Effekte im Zentrum.

Gegenüber dem Status quo weist die Variante 3 bereits ein wesentlich grösseres Potenzial für produktivitätssteigernde Massnahmen auf. Dieses wird in den Varianten 1 und 2 höher eingeschätzt.

7.1.3 Umsetzung & Implementierung

Transferaufwand

Der Aufwand für die Strukturentwicklung ist teilweise erheblich. In der Variante 3 kann die Strukturanpassung mehrheitlich regional erfolgen. Dabei sind für die Entwicklung die regionalen Versorgungsgebiete relevant und die Massnahmen können durch die betroffenen Spitalverbunde umgesetzt werden. Der Transferaufwand für die Überführung der heutigen Struktur in die Varianten 1 und 2 ist ähnlich gross und in beiden bedeutend grösser als in Variante 3.

Umsetzungsdauer

Die Umsetzungsdauer ist vom Ausmass der Strukturanpassung und von der Bereitstellung der notwendigen Infrastruktur abhängig. Die Variante 3 lässt sich in den Grundzügen im Zeitraum von drei bis fünf Jahren umsetzen (ohne Neubau Wil), Variante 1 resp. Variante 2 sind infrastrukturbedingt auf einen längeren Umsetzungszeitraum von ca. zehn Jahren ausgelegt.

Im Detailkonzept wird aufgezeigt, in welchen Phasen die Strukturanpassungen umgesetzt werden.

Auswirkung auf Management-/Führungsstruktur

Alle drei Varianten führen dazu, dass der Verwaltungsrat die rechtliche Struktur der vier Spitalverbunde überprüfen wird. Grundsätzlich können für jede Variante die Führungsstrukturen in Richtung einer Konzernstruktur entwickelt werden.

7.1.4 Machbarkeit

Politische Akzeptanz

Generell stellt sich die Frage, für welche Variante eine Mehrheit gefunden werden kann. Die politische Akzeptanz scheint für die Variante 3 am höchsten. Die Varianten 1 und 2 liegen nahe beieinander, die Akzeptanz wird aber als schlechter eingeschätzt, da die Umwandlung von acht resp. sieben Spitalstandorten zu Gesundheitszentren als massiver Eingriff in die Versorgungsstruktur verstanden wird. Der finanzielle Druck kann den Ausschlag für oder gegen eine Variante geben. Der Politik müssen die wirtschaftliche Situation der Spitalverbunde und der Zustand der kantonalen Gesundheitsversorgung (Versorgungsqualität, Fachpersonal) in der ganzen Tragweite vermittelt werden.

Akzeptanz bei Mitarbeitenden

Die höchste Akzeptanz seitens der Mitarbeitenden wird für die Variante 3 erwartet. Mit dieser können die Arbeitsplätze langfristig am ehesten erhalten werden. Die damit verbundene Stellenreduktion kann durch die natürliche Fluktuation umgesetzt werden. Die Varianten 1 und 2 werden durch die Mitarbeitenden kaum aktiv mitgetragen, wobei bei beiden eine ähnlich tiefe Akzeptanz erwartet wird. Bei diesen beiden Varianten werden aufgrund eines geringeren Marktanteils eher Arbeitsplätze verloren gehen.

Akzeptanz bei der Bevölkerung

Bei der Bevölkerung wird die Variante 3 durch die regionale Bereitstellung eines stationären Grundversorgungsangebotes die höchste Akzeptanz erreichen. Die Varianten 1 und 2 verschieben die stationären Angebote in das urbane Zentrum und die Region mit der stärksten Bevölkerungsentwicklung. Die übrigen Gebiete werden diese Entwicklung kaum unterstützen.

Akzeptanz Zuweiser

Die Zuweiser erwarten im Rahmen einer elektiven Zuweisung eine hochstehende medizinische Leistung und eine einfache Zusammenarbeit mit dem Spital – idealerweise bestehen persönliche Beziehungen zum Fachpersonal. In Notfallsituationen wird eine zeitnahe Übernahme des Patienten erwartet. Aufgrund dieser Anforderungen hebt sich die Variante 3 bei den Zuweisern deutlich von den beiden anderen Varianten ab.

Bemerkung zur Reaktion der übrigen Marktteilnehmer

Durch die Strukturentwicklung wird die Gruppe nicht mehr alle Versorgungsregionen in heutigem Ausmass bedienen. Dies hat damit zu tun, dass die zukünftigen Strukturen auf eine angebotsorientierte Bereitstellung von Leistungen ausgerichtet sind. Neue oder bestehende Konkurrenten würden sich aber aufgrund wirtschaftlicher Überlegungen kaum in ländlichen Gebieten niederlassen, sondern in den urbanen Ballungszentren. Diese Marktgebiete werden durch die vorgeschlagenen Varianten eher besser besetzt und folglich wird die Wettbewerbssituation der Gruppe als Ganzes verbessert.

7.2 Priorisierung

Charakterisierung

Wie im Kapitel 7.1 beschrieben, ermöglichen alle drei Varianten eine gute und umfassende Gesundheitsversorgung für die St.Galler Bevölkerung. Dabei charakterisieren sich die drei Varianten wie folgt:

Variante 1: Die 1-Standort-Strategie liefert den grössten wirtschaftlichen Beitrag zur Reduktion des strukturellen Defizits. Sie weist das höchste Potenzial zur Nutzung von Synergien und für Produktivitätssteigerungen auf. Jedoch resultiert in der Variante 1 auch der grösste Marktanteilsverlust. Zudem sind für die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung interkantonale Kooperationen notwendig.

Variante 2: Die 2-Standort-Strategie ist als Vorstufe zur Variante 1 zu verstehen und weist im Vergleich zu dieser einen deutlich höheren Eigenversorgungsgrad für die St.Galler Bevölkerung auf.

Variante 3: Die 4-Standort-Strategie stellt die Gesundheitsversorgung der St.Galler Bevölkerung komplett durch die Gruppe sicher. Diese Variante hat die höchste Akzeptanz bei den Anspruchsgruppen, zudem kann sie relativ zeitnah umgesetzt werden und bald Wirkung entfalten. Sie leistet jedoch einen geringeren Beitrag zur Reduktion des strukturellen Defizits und reicht unter Umständen mittel- bis langfristig nicht aus. Für diesen Fall kann Variante 3 zu gegebener Zeit zu den Varianten 1 oder 2 weiterentwickelt werden. Dies würde eine überregionale/interkantonale Planung erlauben.

Stellungnahme CEO-KA

In der Beurteilung werden alle drei Varianten dem Status quo gegenübergestellt. **Für den CEO-KA ist die Weiterführung des Status quo keine zukunftsfähige Option, da diese die Gruppe resp. die Spitalverbunde existenziell infrage stellt.**

Der CEO-KA beurteilt hinsichtlich medizinischer Versorgung und Wirtschaftlichkeit alle drei Varianten als tauglich. Sämtliche Varianten leisten einen wesentlichen Beitrag zur Reduktion des strukturellen Defizits von ca. CHF 70 Mio. Reine Strukturmassnahmen reichen jedoch nicht aus, es sind weitere Anstrengungen, insbesondere im Bereich der Produktivitätssteigerung, notwendig.

Die vier Spitalverbunde sind bereits heute über Kooperationen in ihrer medizinischen Leistungserstellung vernetzt. In den letzten Jahren sind wesentliche Anstrengungen unternommen worden, um sowohl die wirtschaftliche aber insbesondere auch die medizinische Gesamtsituation der einzelnen Unternehmen zu optimieren. Dabei hat sich gezeigt, dass weitere Verbesserungen nur noch gemeinsam und kaum mehr mittels Einzelmassnahmen erreicht werden können.

Die Priorisierung folgt dem Grundsatz: Umsetzbarkeit vor optimaler Wirtschaftlichkeit. Die weiterzuverfolgende Variante muss sich umsetzen lassen und dementsprechend eine hohe Akzeptanz bei den verschiedenen Anspruchsgruppen aufweisen. Der CEO-KA kann sich je nach finanzieller langfristiger Entwicklung der Gruppe auch eine Etappierung der Leistungs- und Strukturentwicklung vorstellen – Variante 3 schliesst Weiterentwicklungen nicht aus.

Priorisierung

1. Variante 3: 4-Standort-Strategie
2. Variante 2: 2-Standort-Strategie
3. Variante 1: 1-Standort-Strategie

Der Priorisierung wurde durch den CEO-KA am 26. März 2018 mit 4 zu 1 Stimmen zugestimmt. Der Grund für die abweichende Meinung findet sich im Exkurs über den Standort Wattwil in Kapitel 7.3.1.

7.3 Exkurs – Standorte Wattwil und Altstätten

Am 30.11.2014 hiess das St. Galler Stimmvolk unter anderem an den beiden Spitalstandorten Altstätten und Wattwil Bauprojekte mit einem Investitionsvolumen von je CHF 85 Mio. gut. Die Sanierung des Spitals Wattwil steht zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Berichts kurz vor Abschluss, während gegen das Bauprojekt Spital Altstätten derzeit zwei Einsprachen vorliegen, die zu einer Sistierung der weiteren Planungsarbeiten geführt haben (VR-Entscheid vom 14.12.2017).

Allen Optionen, die im vorliegenden Grobkonzept zur Diskussion stehen, ist gemeinsam, dass die Spitalstandorte Altstätten und Wattwil nicht mehr für die stationäre Spitalversorgung vorgesehen sind. Somit ist die im Projektauftrag festgehaltene Prämisse, dass die vom Volk beschlossenen Bauvorhaben umgesetzt werden müssen, nicht erfüllt. Mit Blick auf die Versorgungsqualität (Spezialisierungstrend) und die zu erreichenden betriebswirtschaftlichen Ziele ist die Arbeitsgruppe aber der Meinung, dass es unumgänglich ist, die im Konzept beschriebene 4-Standort-Strategie weiterzuverfolgen, was de facto zur Konsequenz hat, die beiden erwähnten Bauprojekte infrage zu stellen. Mit Blick auf die politische Brisanz dieser Stossrichtung wurden die beiden Geschäftsleitungen der beiden betroffenen Spitalverbunde um eine entsprechende Stellungnahme angefragt, die in den nun folgenden Exkursen festgehalten ist.

7.3.1 Standort Wattwil

In Wattwil ist der Volksentscheid über die Erneuerung des Spitals bereits in voller Umsetzung: Die erste und wichtigste Bauetappe mit dem dreigeschossigen Erweiterungsbau wurde Ende März bezogen und wird am 2.6.2018 offiziell eröffnet. Die vorgesehenen Investitionen im Rahmen von rund CHF 85 Mio. sind fast vollständig getätigt bzw. die Arbeiten vergeben.

Der Neubau bietet viele Vorteile – nicht nur bezüglich der hervorragenden Infrastruktur. So wurden mit der Realisierung des Neubaus auch die sich bietenden Chancen, mit standortübergreifenden Prozessen Synergiepotenziale auszunutzen, konsequent umgesetzt. So konnten die Vorhalteleistungen durch ein neues Konzept der operativen Versorgung (Konzentration der Behandlung von Notfällen in der Nacht in Wil) und ein neues Laborbetriebsmodell massgeblich reduziert werden.

Auch fachlich wurde die Chance genutzt, das Spital für die Zukunft richtig zu positionieren. So wurde mit Bezug des neuen Bettentraktes im März 2018 die Bettenzahl der akutgeriatrischen Abteilung von 17 auf 22 Betten erhöht. Der Hauptfokus des Angebots liegt

Beurteilung und Priorisierung

weiterhin auf der frührehabilitativen geriatrischen Komplextherapie. Dank des Ausbaus können künftig aber auch Patienten ausserhalb dieser Therapie auf dieser Abteilung hospitalisiert werden und damit ebenfalls von der spezialisierten pflegerischen und ärztlichen Behandlung profitieren. Mit Eröffnung des neuen Notfalls in Wattwil soll auch die Zusammenarbeit mit den Niedergelassenen mit dem Betrieb einer integrierten hausärztlichen Notfallpraxis weiter ausgebaut werden.

Die Geschäftsleitung der Spitalregion Fürstenland Toggenburg (SRFT) nimmt zur Kenntnis, dass auf der Basis der vorliegenden Zahlen auf Stufe EBITDA und unter den bestehenden finanziellen Rahmenbedingungen der Standort Wattwil kein ausgeglichenes Ergebnis erwirtschaften kann und sich analog den anderen kleinen Standorten eine strukturelle Anpassung aufdrängen würde.

Allerdings ist die Geschäftsleitung der SRFT der Ansicht, dass die Investitionen oder Desinvestitionen im Rahmen von rund CHF 85 Mio. betriebswirtschaftlich in der Gesamtrechnung zu berücksichtigen sind. Er kommt daher zum Schluss, dass zum jetzigen Zeitpunkt ein Szenario ohne den Standort Wattwil weder betriebswirtschaftlich noch politisch Sinn macht.

Aufgrund dieser besonderen Ausgangslage stellt die Geschäftsleitung der SRFT dem Verwaltungsrat der Spitalverbunde des Kantons St.Gallen den Antrag, im Rahmen des Detailkonzeptes die nächsten Entwicklungsschritte für den Standort Wattwil auszuarbeiten und die finanziellen Auswirkungen im Detail zu beziffern. Ziel ist es, ein für Wattwil optimiertes Leistungsangebot zu definieren, welches die medizinische Versorgungsqualität nachhaltig sicherstellt und die betriebswirtschaftlichen Gesamtkosten minimiert.

Finanzielle Konsequenzen für den Standort Wattwil

In der 4-Standort-Strategie wird davon ausgegangen, dass der Spitalstandort Wattwil (Neubaukosten CHF 85 Mio.) in zehn Jahren nach dem politischen Entscheid durch einen Neubau in Wil substituiert wird. 2028 besteht ein Restwert von rund CHF 50 Mio. Je nach weiterem Verwendungszweck (z. B. Verkauf oder Vermietung) und Ablösungszeitpunkt muss der ganze oder ein Teil des Restwertes abgeschrieben werden.

Durch die zusätzlichen Abschreibungen und Zinsen des Neubaus in Wattwil von rund CHF 3.5 Mio. verschlechtert sich das Ergebnis der SRFT in den nächsten Jahren. Im Mittelfristplan geht man ab 2021 von einem Verlust zwischen CHF 3–4 Mio. aus, wovon ein wesentlicher Anteil am Standort Wattwil anfällt. Dies bedeutet, dass mit jedem Betriebsjahr, in welchem der Neubau in Wil früher betrieben wird, der betriebliche Verlust am Standort Wattwil vermieden werden kann.

7.3.2 Standort Altstätten

Die Geschäftsleitung der Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland unterstützt die Ergebnisse im vorliegenden Grobkonzept und steht hinter der Priorisierung der Projektgruppe (4-Standort-Strategie). Sie möchte an dieser Stelle auch explizit festhalten, dass sie diejenige Spitalregion ist, auf welche die Strategie den grössten Impact hat (Reduktion von derzeit drei ähnlich grossen stationären Spitalstandorten auf einen).

Die Geschäftsleitung befürwortet damit auch, dass als Konsequenz aus dieser Empfehlung die Umsetzung des Bauprojekts Altstätten gemäss Entscheid an der Volksabstimmung vom 30.11.2014 infrage gestellt wird. Sie teilt somit die Einschätzung der Projektgruppe der Leistungs- und Strukturentwicklung, das Vorhaben am Spital Altstätten wenn immer möglich nicht wie angedacht auszuführen, sondern die Planung in einem nächsten Schritt kantonsübergreifend in einem gemeinsamen Detailkonzept, das auf den Ergebnissen des Strategieprozesses basiert, zu erarbeiten.

Diese Vorgehensweise wird durch die Zeitverzögerung, die sich aufgrund der zwei hängigen Einsprachen gegen das Bauprojekt Altstätten ergeben hat, unterstützt.

Im Kern kann der laufende Prozess dazu genutzt werden, die seinerzeit nicht oder nur in Teilen gestellten strategischen Fragestellungen nochmals aufzunehmen, um insbesondere den Leistungsumfang, aber auch die Standortfrage, im Detail zu klären. Dies insbesondere, um die Auswirkungen auf den laufenden Bau am Spital Grabs (Stichwort: eventuell benötigte Kapazitätserweiterung) besser abschätzen zu können. Bestenfalls kann die aktuelle Situation dazu genutzt werden, das Bauprojekt am Standort Altstätten zu stoppen, es anzupassen oder in Teilen oder gesamthaft zu sistieren.

Im Sinne eines «Worst-Case-Szenarios» muss man sich aber darauf vorbereiten, wie die weitere Vorgehensweise aussieht, sollten die zwei hängigen Einsprachen²³ kurzfristig abgelehnt werden. Dies hätte zur Folge, dass ohne die Intervention des Verwaltungsrates das Bauprojekt Altstätten in der ursprünglich geplanten Form ausgeführt werden muss, inkl. entsprechender Kostenfolge ab August 2018. Ohne Intervention des Verwaltungsrates würde dies zur analogen Situation wie am Standort Wattwil führen.

²³ Per Mai 2018 könnten die hängigen Einsprachen durch die Stadt Altstätten aufgehoben werden. Infolgedessen wäre ab August 2018 wieder mit einer Kostenfolge zu rechnen.

8 Weiteres Vorgehen



Abbildung 16: Weiteres Vorgehen

Detailkonzept:

- Konkretisierung des Zielbilds (Inhalt, angebotsstrategisch, Infrastrukturplanung)
- Konkretisierung des Finanzplans (inkl. Transformationskosten)
- Anstossen politischer Prozesse
- Transformationskonzept inkl. Change Management
- grobe Umsetzungsplanung

Transformationsphase:

- detaillierte Umsetzungsplanung
- Änderung des Angebots
- Personalveränderung
- Infrastruktur
- Start ab Vorliegen des definitiven politischen Entscheides

9 Anhang

9.1 Finanzielle Entwicklung 2018–2025 auf Stufe Verbund

Die nachfolgende Tabelle zeigt die Entwicklung der EBITDA-Marge auf Stufe Verbund von 2018 bis 2025 gemäss den Mittelfristplanungen.

| EBITDA-Marge | BU 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 |
|-----------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| SV 1 | 2.5% | 1.7% | 2.0% | 3.1% | 3.1% | 2.6% | 2.5% | 2.6% |
| SV 2 | 3.3% | 4.0% | 4.6% | 4.6% | 4.6% | 4.7% | 4.8% | 4.9% |
| SV 3 | 7.1% | 10.6% | 10.7% | 10.8% | 10.9% | 11.0% | 11.1% | 11.2% |
| SV 4 | 3.7% | 4.3% | 4.5% | 4.3% | 4.6% | 4.8% | 5.0% | 5.3% |
| Summiert | 3.0% | 2.9% | 3.2% | 3.9% | 4.0% | 3.7% | 3.6% | 3.8% |

Tabelle 16: EBITDA-Margen gemäss Mittelfristplanungen, Stufe Verbund

9.2 Berechnungsmethodik «Top-down»-Ansatz

Zur Plausibilisierung des EBITDA-Zielwertes von 10% (Vorgabe Eigentümer) wird ein sog. «Top-down»-Ansatz entwickelt.

Basierend auf dem Jahresabschluss 2016 sowie «Best-in-Class»-Benchmarks in Bezug auf den Personal- und Sachaufwand ist ein optimales langfristiges Ergebnis im Sinne einer Ziel-EBITDA-Marge abgeleitet.

Berechnung der Erträge

Für die Berechnung des «Top-down»-Ansatzes wurden die Erträge unverändert aus dem Jahresabschluss 2016 übernommen.

Berechnung der betrieblichen Aufwände

Bei der Berechnung der betrieblichen Aufwände bis auf Stufe EBITDA wird konsequent ein «Best-in-Class»-Benchmark-Ansatz verfolgt. Dabei werden jeweils spezifische Kennzahlen, basierend auf den konsolidierten Finanz- und Leistungsdaten 2016 der Spitalverbunde 1 bis 4, berechnet. Die für die Berechnung verwendeten Kennzahlen sind:

- Anteil Personalaufwand für Ärzte in % vom Ertrag (für stationär und ambulant)
- Anteil Personalaufwand für Pflege in % vom Ertrag (für stationär und ambulant)
- Anteil Personalaufwand für Overhead in % vom Ertrag
- patientenabhängige Aufwände in % vom Ertrag
- patientenunabhängige Aufwände in % vom Ertrag

Anhang

Als Referenzwert werden die finanziellen Kennzahlen des Luzerner Kantonsspitals per Ende 2016 herangezogen. Die Werte des Luzerner Kantonsspitals bilden einen sinnvollen Benchmark, weil das Luzerner Kantonsspital bei vergleichbarer Betriebsgrösse und praktisch gleichen Preisen wie das Kantonsspital St.Gallen, gegenüber der Branche jährlich wiederkehrend, überdurchschnittliche EBITDA-Margen erzielen konnte.

Dabei wird im Sinne eines «Best-in-Class»-Ansatzes zur Ermittlung des «Top-down»-Zielbildes resp. des optimierten Ergebnisses jeweils auf den besseren der beiden Werte «IST 2016 Spitalverbunde Kanton St.Gallen» oder «IST 2016 Benchmark Luzerner Kantonsspital» abgestellt

Die nachfolgende Darstellung zeigt die Datengrundlage des «Top-Down»-Ansatzes:

| In CHF Tsd. | IST 2016 | | Soll 2016 |
|-----------------------------|-------------------|-------------------------------|-------------------|
| Erträge stationär | 790'035 | | 790'035 |
| Erträge ambulant | 307'731 | | 307'731 |
| Übrige Erträge | 87'162 | | 87'162 |
| Erträge netto | 1'184'927 | | 1'184'927 |
| Personalaufwand | -773'323 | Best-in-Class-Benchmark LUKS | -710'317 |
| Patientenabhängige Kosten | -246'032 | Best-in-Class-Benchmark SV1-4 | -246'032 |
| Patientenunabhängige Kosten | -97'869 | Best-in-Class-Benchmark SV1-4 | -97'869 |
| Betriebsaufwand | -1'117'224 | | -1'054'219 |
| EBITDA | 67'703 | | 130'709 |
| <i>EBITDA-Marge</i> | <i>5.7%</i> | | <i>11.0%</i> |

Abbildung 17: EBITDA anhand der «Top-down»-Methode

9.3 Exkurs zur Entwicklung der Verweildauer

Die Prognose 2028 des Gesundheitsdepartements [4] geht von einer gesamtkantonalen Reduktion der durchschnittlichen Verweildauer von 5,7 Tagen auf 5,2 Tage aus. Mit Ausnahme des Spitalverbundes 1 wurde diese Verweildauer bereits 2016 von den Spitalverbunden 2 bis 4 erreicht resp. unterschritten (siehe Abbildung 18).

Dementsprechend wurde die Verweildauer für den Spitalverbund 1 auf 5,2 Tage festgelegt und für die Spitalverbunde 2 bis 4 um ca. 0,5 Tage nach unten korrigiert. Dies ergibt für den Spitalverbund 2 und 4 eine durchschnittliche Verweildauer von 4,5 Tagen, während beim Spitalverbund 3 von einer durchschnittlichen Verweildauer von 4,0 Tagen ausgegangen wird.

Aufgrund des Zielbildes resp. der drei Varianten ergeben sich bezüglich der stationären Fälle Verschiebungseffekte über die Spitalverbunde hinweg. Da Fälle mit einer unter dem Durchschnitt liegenden Verweildauer verschoben werden, resultiert in der 1-Standort-Strategie eine Verweildauer von 5,0 Tagen (St.Gallen) und in der 2-Standort-Strategie Verweildauern von 5,1 Tagen (St.Gallen) resp. 4,5 Tagen (Grabs).

| | 2016 | | |
|-------------------------------------------------------|-----------------------------|----------------------|---------------------------|
| | Spitalaufenthalte Stationär | Pflegetage Stationär | Ø Aufenthaltsdauer (Tage) |
| Total Kanton St.Gallen¹⁾ | 86'274 | 698'328 | 8.1 |
| Akutsomatik | 77'820 | 450'215 | 5.8 |
| SR1 Kantonsspital St.Gallen | 34'858 | 223'483 | 6.4 |
| SR2 Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland | 14'966 | 75'646 | 5.1 |
| SR3 Spital Linth | 6'146 | 28'480 | 4.6 |
| SR4 Spitalregion Fürstenland Toggenburg ²⁾ | 7'539 | 38'910 | 5.2 |
| Hirslanden Klinik Stephanshorn | 6'593 | 30'190 | 4.6 |
| Ostschweizer Kinderspital ³⁾ | 4'281 | 20'974 | 4.9 |
| Thurklinik AG | 802 | 1'614 | 2.0 |
| Rosenklinik am See AG | 791 | 1'957 | 2.5 |
| Klinik St.Georg Goldach AG ⁴⁾ | 301 | 840 | 2.8 |
| Geriatrische Klinik St.Gallen | 1543 | 28121 | 18.2 |
| Klinik St.Georg ⁵⁾ | - | - | - |

Abbildung 18: Durchschnittliche Verweildauer 2016

Quelle: Fachstelle für Statistik Kanton St.Gallen, Spitäler im Kanton St.Gallen