

Interpellation SVP-Fraktion / CVP-Fraktion / FDP-Fraktion vom 19. April 2010

## Spitalstrategie 2012

Schriftliche Antwort der Regierung vom 18. Mai 2010

Mit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung per 1. Januar 2012 und der damit verbundenen freien Spitalwahl und des Einbezugs der Investitionen in die Pauschalen erwarten die Fraktionen der SVP, CVP und FDP einschneidende Veränderungen und Auswirkungen auf die Spitalstrategie des Kantons St.Gallen. Deshalb stellen diese drei Fraktionen in der Interpellation vom 19. April 2010 diverse Fragen zu verschiedenen Themenbereichen.

Die Regierung antwortet wie folgt:

Regierung und Kantonsrat haben im Zusammenhang mit QUADRIGA II entschieden, Einsparungen mit Leistungskonzentrationen statt mit Spitalschliessungen zu erzielen. Leistungen der Grundversorgung sollen auch in Zukunft in gut erreichbarer Distanz verfügbar sein. Mit den von Regierung und Kantonsrat beschlossenen Massnahmen kann die Grundversorgung weiterhin im ganzen Kanton in hoher Qualität und kostengünstig (wie der Vergleich der Bruttokosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung [OKP] zeigt) gewährleistet werden. Die Einführung der neuen Spitalfinanzierung stellt die Strategie nicht in Frage. QUADRIGA II kann im Gegenteil als gute Vorbereitung auf die neue Spitalfinanzierung betrachtet werden. Verschiedene GesundheitsökonomInnen fordern mit Blick auf die neue Spitalfinanzierung den Zusammenschluss von Spitälern (wie im Kanton St.Gallen mit dem Modell QUADRIGA bereits erfolgt). Es werde dabei weniger auf die Spitalgrösse, als vielmehr auf das Leistungsspektrum, welches innerhalb eines Spitalverbundes zu koordinieren ist, ankommen. Die neue Spitalfinanzierung hat v.a. Auswirkungen auf die Finanzierung von Spitalleistungen. Die öffentliche Hand und die obligatorische Krankenpflegeversicherung werden um mehr als 1 Mrd. Franken stärker belastet und die Zusatzversicherer in diesem Umfang entlastet. Die neue Spitalfinanzierung wird auch Auswirkungen auf die Aufenthaltsdauer haben. Die Spitalaufenthaltsdauer konnte in den vergangenen Jahren laufend reduziert werden und beträgt heute am Kantonsspital St.Gallen (KSSG) rund 8 Tage und an den Regionalspitälern rund 6.3 Tage (ohne geriatrische Abteilungen). Erfahrungen aus anderen Kantonen, die bereits mit SwissDRG abrechnen (VD, SZ, ZG, UR, NW, OW) zeigen, dass die Aufenthaltsdauer weiter abnehmen wird. An den st.gallischen Spitälern wird für das KSSG mit rund 7 Tagen und für die Regionalspitäler mit rund 6 Tagen (ohne geriatrische Abteilungen) gerechnet. Diese Auswirkungen wurden in der Strategie und den Spitalbauvorhaben bereits berücksichtigt. Zunehmen wird mit der neuen Spitalfinanzierung der Druck auf die Tarife und die wirtschaftliche Leistungserbringung, da mit SwissDRG die Vergleichbarkeit der Leistungen zunehmen wird. Die öffentlichen st.gallischen Spitäler weisen im schweizerischen Vergleich niedrige Kosten aus und sind deshalb gut positioniert. Im aktuellen schweizerischen Vergleich der OKP-Bruttokosten für den Bereich Spital ambulant weist der Kanton St.Gallen nach dem Kanton Appenzell Innerrhoden die zweitniedrigsten Kosten und für den Bereich Spital stationär nach den Kantonen Obwalden, Nidwalden, Glarus, Appenzell Innerrhoden, Uri und Appenzell Ausserrhoden die siebtgünstigsten Kosten aus. Aufgrund des Einbezugs der Investitionskosten in die DRG-Pauschalen müssen die Spitalbauvorhaben nicht in Frage gestellt werden. Da der Einbezug der Investitionskosten voraussichtlich in den ersten Jahren über einen Normzuschlag erfolgen wird, werden Spitäler mit niedrigen Betriebskosten auch bei einer Vollkostenbetrachtung kostengünstig bleiben.

Zu den einzelnen Fragen:

1. Die Einführung der neuen Spitalfinanzierung hat in erster Linie eine finanzielle Lastenverschiebung zur Folge. Der Kanton wird aufgrund des Einbezugs der Privatspitäler in die Spitalfinanzierung, des neuen Kostenteilers (Anteil Kanton: mindestens 55 Prozent / Anteil Krankenversicherer: höchstens 45 Prozent) und der freien Spitalwahl stärker belastet. Die OKP wird aufgrund des Einbezugs der Investitionskosten in die Spitalfinanzierung ebenfalls stärker belastet, während die Belastung im Zusatzversicherungsbereich abnimmt. Mit der neuen Spitalfinanzierung muss sich die öffentliche Hand neu auch an den Betriebs- und Investitionskosten von Privatspitälern beteiligen, sofern diese auf der Spitalliste aufgeführt werden. Mit der Finanzierungspflicht sind allerdings kaum Mitsprache- bzw. Mitwirkungsmöglichkeiten verbunden. Aufgrund des Einbezugs der Investitionskosten in die DRG-Pauschalen sollten für die öffentlichen Spitäler Chancen und Risiken geklärt werden, wenn die Immobilien beim Kanton bleiben oder den Spitalverbunden übertragen werden. Die öffentlichen Spitäler dürfen gegenüber Privatspitälern keinen Nachteil haben, wenn sie nur Mieter, aber nicht Eigentümer der Immobilien sind.

Die Einführung der freien Spitalwahl ist v.a. mit finanziellen Auswirkungen verbunden. Ausgehend von heute rund 8'300 ausserkantonalen Hospitalisationen von krankenversicherten Patientinnen und Patienten, beteiligt sich der Kanton St.Gallen unter der geltenden Gesetzgebung erst an rund 1'700 ausserkantonalen Hospitalisationen. Die Einführung der freien Spitalwahl führt deshalb zu Mehrkosten von rund 60 Mio. Franken. Die Auswirkungen auf die Patientenströme werden in Anbetracht der Tatsache, dass bereits heute mehr als 70 Prozent der Versicherten über Versicherungsprodukte verfügen, die ihnen die freie Spitalwahl ermöglichen, beschränkt bleiben – vorausgesetzt, die st.gallischen Spitäler verfügen in Zukunft über eine gute medizinische, pflegerische und therapeutische Qualität und über eine moderne Infrastruktur, die den heutigen und zukünftigen Bedürfnissen der Bevölkerung entspricht. Wenn die Zahl ausserkantonaler Hospitalisationen zunehmen sollte, muss der Kanton St.Gallen seine Betriebs- und Investitionsbeiträge an ausserkantonale Spitäler entsprechend erhöhen. Der Kanton St.Gallen finanziert damit massgeblich die Infrastruktur ausserkantonaler Spitäler mit. Aus volkswirtschaftlicher Sicht besteht daher ein Interesse, st.gallische Patientinnen und Patienten möglichst in eigenen Spitälern behandeln zu können und die Zahl der ausserkantonalen Patientinnen und Patienten zu halten bzw. zu steigern. Jede ausserkantonale Behandlung von einer st.gallischen Patientin oder einem st.gallischen Patienten führt zu einem Mittelabfluss. Die Inanspruchnahme der eigenen Spitäler trägt zu deren guten Auslastung bei und gewährleistet damit, dass diese ihre Leistungen auch weiterhin kostengünstig erbringen können. Für einen im Gesundheitswesen kostengünstigen Kanton kann es nicht Ziel sein, dass eigene Patientinnen und Patienten in teurere Kantone abwandern, dadurch ein Mittelabfluss aus dem eigenen Kanton stattfindet und höhere Tarife vergütet werden müssen.

- 2a/b. Ab 2012 muss sich der Kanton an sämtlichen Hospitalisationen von krankenversicherten st.gallischen Patientinnen und Patienten in st.gallischen Privatkliniken beteiligen, sofern die Spitäler auf der Spitalliste berücksichtigt werden. Es werden diejenigen Privatspitäler mit dem entsprechenden Leistungsauftrag auf der st.gallischen Spitalliste berücksichtigt, die für die Bedarfsdeckung der st.gallischen Bevölkerung notwendig sind, qualitativen und wirtschaftlichen Planungskriterien entsprechen und allfällig weitere Auflagen erfüllen (z.B. Beteiligung an Ausbildung, Notfalldienst usw.). Wenig Spielraum besteht bei ausserkantonalen Spitälern und Kliniken, da für die Zulassung zur Tätigkeit zulasten der OKP der Standortkanton zuständig ist. Berücksichtigt beispielsweise der Kanton Appenzell Ausser rhoden sämtliche seiner Privatkliniken auf seiner Spitalliste, wird der Kanton St.Gallen für jeden Aufenthalt von st.gallischen Patientinnen und Patienten in diesen ausserkantonalen Privatkliniken kostenpflichtig – unabhängig davon, ob diese auf der st.gallischen Spitalliste berücksichtigt werden. Die Ostschweizer Kantone wollen ihre Arbeiten zur Spitalplanung

zu koordinieren. Hierfür wurden von der Ostschweizer Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK-Ost) zwei Arbeitsgruppen eingesetzt (Arbeitsgruppe Spitalplanung und Arbeitsgruppe Spitalfinanzierung).

- 2c. Die Einführung der freien Spitalwahl ab 2012 dürfte nur beschränkte Auswirkungen auf die Patientenströme haben – vorausgesetzt, die st.gallischen Spitäler verfügen in Zukunft über eine gute medizinische, pflegerische und therapeutische Qualität und über eine moderne Infrastruktur. Erstens verfügen heute mehr als 70 Prozent der Bevölkerung bereits über eine Zusatzversicherung, welche ihnen den Zugang zu ausserkantonalen Spitälern ermöglicht (Zusatzversicherung für die halbprivate oder private Abteilung oder Zusatzversicherung für allgemeine Abteilung ganze Schweiz). In Grenzregionen mit nahegelegenen ausserkantonalen Spitälern ist der Bevölkerungsanteil mit einer entsprechenden Zusatzversicherung noch höher. Zweitens ist die Einführung der freien Spitalwahl nicht in jedem Fall mit einer vollen Kostendeckung verbunden. Bei medizinisch nicht notwendigen ausserkantonalen Hospitalisationen wird höchstens der Tarif vergütet, der im Wohnkanton gilt. Ist der Tarif am behandelnden Spital höher, muss die Differenz wie bis anhin aus einer Zusatzversicherung oder von der Patientin bzw. vom Patienten vergütet werden. Falls die st.gallischen Spitäler unter SwissDRG mehrheitlich niedrigere Tarife verrechnen als ausserkantonale Spitäler (wie dies bereits heute der Fall ist), muss die Patientin bzw. der Patient weiterhin über eine Zusatzversicherung verfügen oder einen Teil der Spitalbehandlung selber finanzieren. Die Ausweitung der Wahlmöglichkeiten auf das Landesspital in Vaduz im Rahmen eines Pilotprojektes hat beispielsweise nur in geringem Ausmass zu höheren Frequenzen von st.gallischen Patientinnen und Patienten am Spital Vaduz geführt, obwohl den Patientinnen und Patienten keine Mehrkosten erwachsen.
- 2d. In den Ostschweizer Kantonen wird die Abgeltung von grenzüberschreitenden Patientenströmen über die Ostschweizer Krankenhausvereinbarung geregelt. Diese Vereinbarung soll beibehalten werden, muss aber an die neue Spitalfinanzierung angepasst werden. Eine Arbeitsgruppe der GDK-Ost setzt sich bereits mit den notwendigen Anpassungen auseinander. Eine Anpassung der Vereinbarung mit dem Fürstentum Liechtenstein drängt sich in Anbetracht der niedrigen Anzahl st.gallischer Patientinnen und Patienten, die sich am liechtensteinischen Landesspital in Vaduz behandeln lassen, nicht auf.
- 3a. Die Krankenversicherer vergüten den st.gallischen Spitalverbunden TARMED-Leistungen seit 2008 mit einem Taxpunktwert von 80 Rappen und seit 2009 mit einem Taxpunktwert von 82 Rappen. Während der Einführungsphase von TARMED betrug der TARMED-Taxpunktwert lediglich 76 bzw. 78 Rappen. Der TARMED-Taxpunktwert der freipraktizierenden Ärztinnen und Ärzte schwankte zwischen 82 und 85 Rappen. In den meisten Kantonen werden von den Spitälern TARMED-Taxpunktwerte von mehr als 90 Rappen verrechnet. Lediglich in den Kantonen Freiburg (84/85 Rappen), Graubünden (85 Rappen), Jura (81 Rappen), Schaffhausen (86 Rappen), Tessin (75/80 Rappen) und Uri/Nidwalden/Obwalden (86 Rappen) betragen die TARMED-Taxpunkte weniger als 90 Rappen. Die übrigen Sozialversicherer (Unfall-, Invaliden- und Militärversicherer) zahlen den Spitälern schweizweit einen TARMED-Taxpunktwert von Fr. 1.–. Da ein TARMED-Taxpunktwert von 82 Rappen nicht kostendeckend ist, vergütet der Kanton für die Behandlung von krankenversicherten Patientinnen und Patienten in öffentlichen Spitälern die Differenz zwischen dem TARMED-Taxpunktwert der übrigen Sozialversicherer (Fr. 1.–) und dem TARMED-Taxpunktwert der Krankenversicherer. In anderen Spitälern dürften die TARMED-Taxpunktwerte – selbst wenn sie einige Rappen höher sind – ebenfalls nicht kostendeckend sein. Anstelle einer transparenten Subventionierung ambulanter Leistungen werden aber vielfach die Vergütungen für stationäre Leistungen höher angesetzt, um damit die defizitären ambulanten Leistungen quersubventionieren zu können.

Im Rahmen der neuen Spitalfinanzierung wird zu prüfen sein, inwieweit eine Subventionierung von ambulanten Leistungen noch erfolgen soll. In diesem Zusammenhang müsste gemäss dem Prinzip der gleich langen Spiesse auch geprüft werden, ob bei öffentlichen

Spitälern die Abschöpfung von Mehrerträgen aus der Behandlung von zusatzversicherten Patientinnen und Patienten noch angezeigt ist. Private Spitäler, die ab 2012 auf der Spitalliste des Kantons St.Gallen figurieren, können über diese Zusatzerträge vollumfänglich selbst verfügen. Unabhängig von diesen Überlegungen streben die st.gallischen Spitalverbände im Rahmen der Tarifverhandlungen eine Erhöhung des TARMED-Taxpunktwertes an, da benachbarte Spitäler z.T. deutlich höhere TARMED-Taxpunktwerte verrechnen (z.T. über 90 Rappen). Die Krankenversicherer wären grundsätzlich verpflichtet, den Spitalverbänden kostendeckende TARMED-Taxpunktwerte zu vergüten.

- 3b. Auch wenn die Kosten im spitalambulantem Bereich zwischen 2004 und 2008 angestiegen sind, weist der Kanton St.Gallen im Jahr 2009 für diesen Bereich im schweizweiten Vergleich die zweitniedrigsten OKP-Bruttokosten auf. In diesem Zusammenhang ist zu berücksichtigen, dass an den Spitälern immer mehr Behandlungen ambulant statt stationär durchgeführt werden können und müssen, weil die Versicherer gewisse Leistungen nicht mehr als stationäre Behandlung vergüten. So werden vermehrt chirurgische Eingriffe (z.B. Grauer Star, Venenchirurgie, Metallentfernung nach Knochenbrüchen), psychiatrische Behandlungen nach stationären Aufenthalten, Chemotherapien von Krebspatientinnen und -patienten oder ambulante Rehabilitationsprogramme ambulant durchgeführt. Die Spezialisierung und der Fortschritt in der Medizin führen zudem dazu, dass immer mehr Patientinnen und Patienten für ambulante Abklärungen an Spitäler und Kliniken überwiesen werden. Diese Entwicklungen erlauben den Patientinnen und Patienten eine raschere Rückkehr in ihr privates Umfeld, sind gewollt, werden gesundheitspolitisch gefordert, von den Patientinnen und Patienten ausdrücklich gewünscht und sind volkswirtschaftlich sinnvoll. Zudem haben sie massgeblich dazu beigetragen, dass die Kosten im Bereich Spital stationär nur unterdurchschnittlich angestiegen sind. Die Einführung von SwissDRG wird zu einer weiteren Verlagerung von stationären Spitalleistungen in den ambulanten Bereich zur Folge haben.

Noch offen ist, wer die Kosten für die im Rahmen der Pflegefinanzierung neu definierten Leistung der Akut- und Übergangspflege trägt. Leistungen der Akut- und Übergangspflege werden im Anschluss an einen Spitalaufenthalt erbracht und müssen von einer Spitalärztin oder einem Spitalarzt verschrieben werden. Der Anteil der öffentlichen Hand (Kanton oder Gemeinde) an den Leistungen der Akut- und Übergangspflege beträgt – wie bei der Spitalfinanzierung – mindestens 55 Prozent; die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt höchstens 45 Prozent.

Im Kanton St.Gallen haben sich die OKP-Bruttokosten (je versicherte Person) für die Bereiche Spital stationär und Spital ambulant zwischen 1997 und 2009 wie folgt entwickelt:

Tabelle: Entwicklung der OKP-Bruttokosten je versicherte Person für Spital stationär

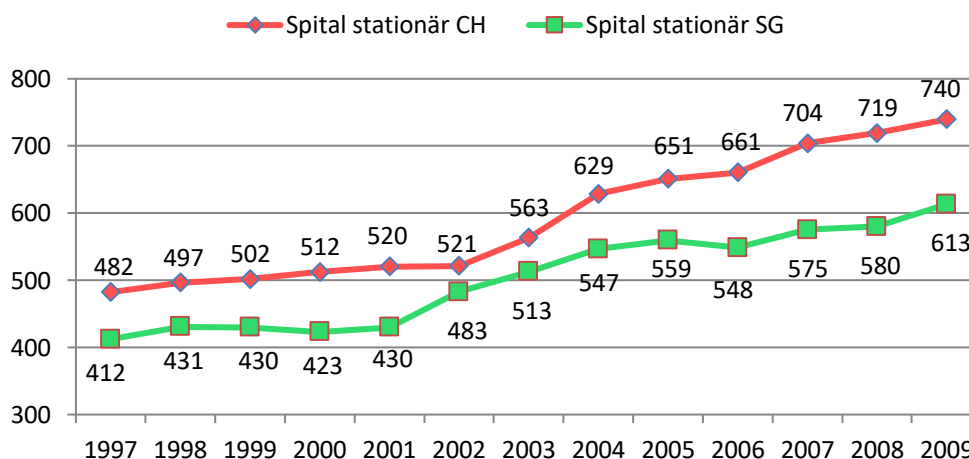


Tabelle: Entwicklung der OKP-Bruttokosten je versicherte Person für Spital ambulant

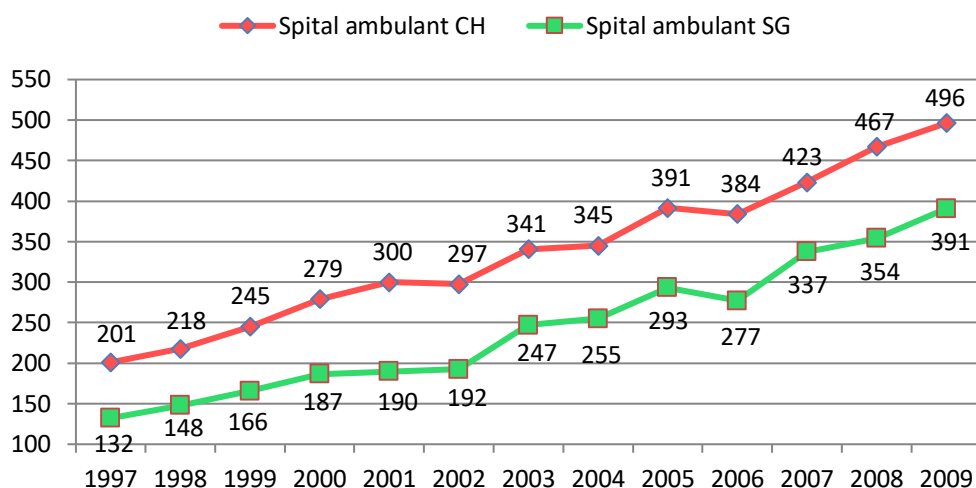
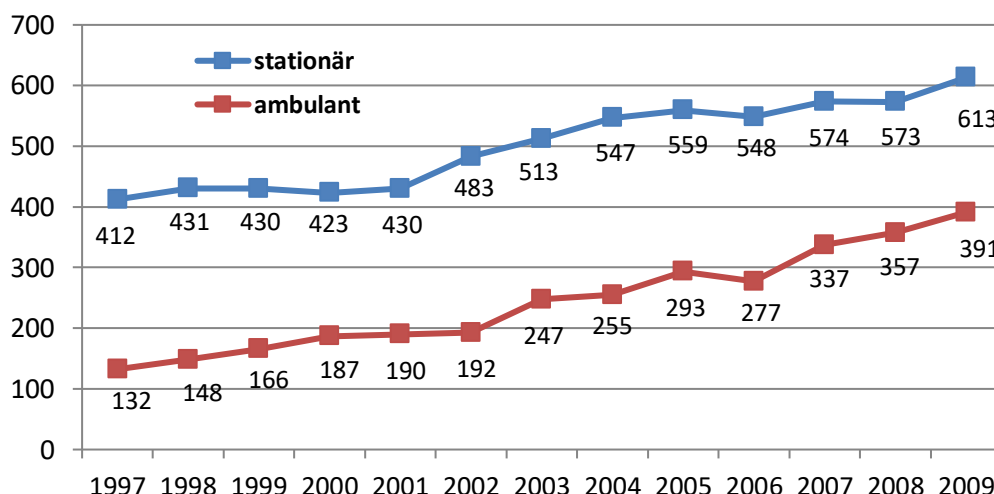


Tabelle: Entwicklung der OKP-Bruttokosten je versicherte Person im Kanton St.Gallen (ambulant/stationär)



3c. Die Zahl der betriebenen Betten konnte in den vier Spitalverbunden zwischen 2003 und 2009 von 1'545 auf 1'438 Betten (-107 Betten) reduziert werden. Im gleichen Zeitraum nahm die Zahl der stationären Patientinnen und Patienten von 55'520 auf 62'530 Fälle zu (+ 12,6 Prozent). Die Zunahme der Anzahl Patientinnen und Patienten ist auf das Bevölkerungswachstum, die demografische Entwicklung und auf den medizinischen und medizinisch-technischen Fortschritt zurückzuführen. Es ist deshalb auch in Zukunft nicht mit einem Rückgang der stationären Spitalbehandlungen zu rechnen, selbst wenn die Verlagerung von stationären Leistungen in den ambulanten Bereich anhalten und mit der Einführung von SwissDRG im Jahr 2012 evtl. noch zunehmen wird. Die st.gallischen Spitalverbunde rechnen mit einer Zunahme der stationären Behandlungen von jährlich bis zu 2 Prozent.

3d. Da die Zahl der stationären Patientinnen und Patienten auch bei der Einführung von SwissDRG zunehmen wird (auch in Deutschland hat die Zahl der stationären Patientinnen und Patienten nach Einführung von G-DRG weiter zugenommen), werden die heutigen Kapazitäten der Akutspitäler zur Versorgung der st.gallischen Patientinnen und Patienten benötigt. In den Jahren 2008 und 2009 erreichte die durchschnittliche Bettenbelegung der Spitalverbunde 89 bis 90 Prozent. Ein Umbau von Regionalspitalern zu ambulanten Gesundheitszentren hätte somit einen Ausbau der anderen Spitäler zur Folge. Dies würde der

Strategie von QUADRIGA II, die Spitalstandorte beizubehalten und die stationäre Grundversorgung wohnortnah, in guter Qualität und kostengünstig anzubieten, widersprechen. Zudem hätte eine Zunahme des Patientenstroms in Richtung Kantonsspital St.Gallen (KSSG) höhere Kosten zur Folge, da die Regionalspitäler tiefere fallschweregradbereinigte Fallkosten ausweisen als das KSSG.

Die st.gallischen Spitalverbunde suchen Abmachungen mit der freipraktizierenden Ärzteschaft (wie sie der Spitalverbund Rheintal Werdenberg Sarganserland bereits mit der PizoCare getroffen hat). Im Vordergrund stehen Themen wie Zusammenarbeit und Patientenüberweisungen zwischen Spital und Ärzteschaft und gemeinsam organisierter Notfalldienst. Das Gesundheitsdepartement vertritt zusammen mit dem Verwaltungsrat der Spitalverbunde die Philosophie: «Was immer bei der Hausärztin oder beim Hausarzt sinnvoll und vernünftig behandelt werden kann, soll auch dort vorgenommen werden (soviel Hausarztmedizin wie möglich – soviel Spitalversorgung wie nötig).»

4a/b. Die Spitalverbunde haben seit den Beschlüssen von Regierung und Kantonsrat zu QUADRIGA II umfangreiche Massnahmen betreffend Leistungskonzentrationen und Bildung von Netzwerken ergriffen. Neben der Schliessung von vier Abteilungen für Gynäkologie und Geburtshilfe und der Einschränkung von Operationszeiten wurden in den Spitalregionen verschiedene Dienstleistungen oder Funktionen, welche bisher an jedem Spitalstandort erbracht wurden, für die ganze Spitalregion zusammengefasst. In der Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland gibt es beispielsweise nur noch eine zentrale Einkaufsorganisation, eine Abteilung für Finanz- und Rechnungswesen, eine Apotheke, einen Chefarzt Anästhesie, einen Chefarzt Radiologie und eine Pflegedienstleitung für alle drei Spitäler. Für die Spitäler Altstätten und Grabs ist zudem ein Chefarzt für Chirurgie-Orthopädie verantwortlich. Am Spital Grabs wurden ein Schwerpunkt Radiologie mit einem Magnetresonanztomografen (MRI) und ein Brustzentrum für die ganze Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland realisiert. Das Spital Altstätten verfügt über einen Schwerpunkt Akutgeriatrie und das Spital Walenstadt über einen Schwerpunkt Intensivmedizin und Dialyse. Es wurden aber auch Netzwerke über sämtliche Spitalverbunde realisiert: z.B. die Zusammenlegung der Informatiksupportorganisationen, das Netzwerk Onkologie, das Netzwerk Schlaganfallbehandlung und das Netzwerk Radiologie. Verschiedene gemeinsame Projekte der Spitalverbunde (z.B. Zusammenarbeit im Bereich Rettungsdienst und Intensivmedizin, gemeinsamer Einkauf und gemeinsame Informatiklösung für eine elektronische Patientenakte) sind in Bearbeitung. Dies ermöglicht Kosteneinsparungen und eine Verbesserung der medizinischen Qualität. In verschiedenen Bereichen müssen aber vielfach zuerst Investitionen getätigt werden (z.B. Vereinheitlichung von Informatikarchitektur) bevor Synergien genutzt und Kosteneinsparungen erzielt werden können.

Im Zuge der anstehenden Verzichtsplanung des Kantons St.Gallen werden der Verwaltungsrat der Spitalverbunde und das Gesundheitsdepartement weitere Massnahmen mit entsprechendem Sparpotential prüfen. Eine mögliche Massnahme ist die konsequente Departementalisierung von medizinischen Angeboten innerhalb einer Spitalregion (d.h. 1 Chirurgie – 3 Standorte), was Auswirkungen auf das konkrete Leistungsangebot eines einzelnen Spitalstandortes haben kann (z.B. fachliche Schwerpunktbildungen innerhalb des Bereichs Chirurgie gemäss dem Beispiel der Chirurgie des KSSG mit den Standorten St.Gallen, Rorschach und Flawil). Soweit erforderlich fliessen die Auswirkungen dieser Massnahmen in die laufende Planung der Spitalbauvorhaben ein.

5a. Die Umsetzung der neuen Spitalfinanzierung per 1. Januar 2012 erfordert keine grundsätzlichen Anpassungen an den geplanten Spitalbauvorhaben. Bei den Bauvorhaben wurde bereits berücksichtigt, dass aufgrund der Einführung von SwissDRG die Flächen für Ambulatorium und Tagesklinik erheblich erweitert werden müssen. Auch die Verkürzung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer und die Zunahme der stationären Leistungen als Folge der demografischen Entwicklung und des medizinischen und medizin-technischen Fortschritts wurden berücksichtigt. Vielmehr wird jedoch aufgrund des Einbezugs der Investiti-

onen in die DRG-Pauschalen die Frage zu prüfen sein, ob die Immobilien im Eigentum des Kantons bleiben oder den Spitalverbunden übertragen werden sollen. Mit dem Einbezug der Privatspitäler in die Spitalfinanzierung ist zu vermeiden, dass öffentliche oder öffentlich subventionierte Spitäler und Kliniken gegenüber Privatspitälern benachteiligt werden.

- 5b. Der Bericht Investitionsplanung für die st.gallischen Spitäler zeigt auf, welcher Investitionsbedarf in den Jahren 2008 – 2018 anfällt. Der Investitionsbedarf ist v.a. eine Folge des mehr als 10-jährigen Investitionsmoratoriums und wird, da es sich um eine rollende Investitionsplanung handelt, bei einer Ausweitung des Betrachtungszeitraumes (z.B. 2008 – 2019 oder 2008 – 2020) zunehmen. Das liegt in der Natur der Sache (es handelt sich um eine rollende Planung und nicht um ein statisches Instrument) und trifft bei jedem Departement zu, da jährlich neue Projekte hinzukommen und die Planungssicherheit zunimmt. Im Gesundheitsdepartement ist für jedes weitere Jahr aufgrund neuer Vorhaben mit zusätzlichen Investitionen von mindestens rund 50 Mio. Franken zu rechnen. Der Kanton Luzern rechnet für seine Spitäler und Kliniken ebenfalls mit einem durchschnittlichen Investitionsvolumen von rund 50 Mio. Franken je Jahr. Falls aufgrund der Finanzlage des Kantons eine Priorisierung der Investitionsvorhaben vorgenommen werden muss, wird zu prüfen sein, ob die Spitalbauvorhaben zum geplanten Zeitpunkt realisiert werden können. Die Ergebnisse der Priorisierung sind abzuwarten.
- 5c. Der Einbezug der Investitionskosten in die DRG-Pauschalen bedeutet, dass sich die Krankenversicherer neu an den Investitionskosten beteiligen müssen. Bei öffentlichen Spitälern und Kliniken mussten die Investitionskosten für Anschaffungen über Fr. 3'000.– bisher vollumfänglich von der öffentlichen Hand getragen werden. Damit werden die Kantone mit Einführung der neuen Spitalfinanzierung in diesem Bereich entlastet. Wenn die Immobilien der st.gallischen Spitalverbunde im Eigentum des Kantons bleiben, muss entschieden werden, wie mit dieser Investitionsentschädigung verfahren wird (z.B. Abschöpfung durch den Kanton, Äufnung eines Spitalaufwands usw.). Aus heutiger Sicht wird es bei Einführung der neuen Spitalfinanzierung noch nicht möglich sein, die effektiven Investitionskosten je DRG festzulegen. Deshalb wird während einer noch zu definierenden Übergangszeit voraussichtlich ein einheitlicher Norm-Investitionskostenzuschlag für alle DRGs erhoben. Dieser dürfte voraussichtlich zwischen 8 und 20 Prozent der Betriebskosten betragen und muss sämtliche Investitionskosten (d.h. Abschreibungen und Zinsaufwand) für bauliche Investitionen und Investitionen in Mobilien und Medizintechnik abdecken. Die SwissDRG AG hat im Frühjahr 2010 eine Erhebung der Investitionskosten bei sämtlichen Spitälern und Kliniken in Auftrag gegeben. Die Höhe des Norm-Investitionskostenzuschlages wird von den Ergebnissen dieser Erhebung abhängig sein.
- 5d. An den st.gallischen Spitälern wird die Einführung von SwissDRG nicht mehr zu einer massiven Reduktion der Aufenthaltsdauer führen, da die Aufenthaltsdauer in den letzten Jahren bereits massgeblich und stetig reduziert wurde. Zudem rechnen die Spitäler bereits einen Teil der Spitalaufenthalte über DRG-Pauschalen ab. Die Aufenthaltsdauern bewegen sich heute an den Regionalspitälern zwischen 6 und 6.5 Tagen (ohne Geriatriische Abteilungen). Am Kantonsspital St.Gallen beträgt die Aufenthaltsdauer rund 7.9 Tage. In den Baustudien für die Spitäler wurde eine weitere Verkürzung der Aufenthaltsdauer bereits berücksichtigt. Für die Regionalspitäler wird mit einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von rund 6 Tagen und für das Kantonsspital St.Gallen mit einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von rund 7 Tagen gerechnet.
- 5e. Aufgrund des Territorialitätsprinzips des schweizerischen Krankenversicherungsgesetzes haben Spitalstrategien benachbarter Länder keine Auswirkungen auf die st.gallischen Spitäler. Davon ausgenommen ist das Fürstentum Liechtenstein, wo aufgrund entsprechender Vereinbarungen grenzüberschreitende Patientenströme möglich sind. Es nehmen allerdings weniger als 100 st.gallische Patientinnen und Patienten stationäre Leistungen am Spital Vaduz in Anspruch. Da das Fürstentum Liechtenstein bei seinem Ausbaivorhaben des Landesspitals in Vaduz am Belegarztprinzip festhalten will, sind keine Auswirkungen

auf die st.gallischen Vertragsspitäler zu erwarten. Mit der Beibehaltung des Belegarztprinzips wird auch die Zahl der st.gallischen Patientinnen und Patienten am Spital Vaduz nicht erheblich zunehmen.

Mit der Einführung der freien Spitalwahl und der damit verbundenen Mitfinanzierung ausserkantonaler Spitalaufenthalte werden die Kantone versuchen, ihren Eigenversorgungsanteil zu erhöhen (d.h. Begrenzung der Abwanderung in ausserkantonale Spitäler). Die st.gallischen Spitäler sind qualitativ und kostenmässig gut positioniert, haben aber grossen Nachholbedarf in der Infrastruktur. Wenn der Eigenversorgungsanteil im Kanton St.Gallen erhöht werden soll (wofür Potential besteht), muss die Infrastruktur dringend erneuert werden.

6. Die geplante Umsetzung der Spitalbauvorhaben ist im Investitionsprogramm der Regierung dargestellt. Das Investitionsprogramm wird im Sinne einer rollenden Planung über jeweils vier Jahre erarbeitet. Im Rahmen einer Priorisierung (als Folge der finanziellen Lage des Staatshaushaltes) wird zu prüfen sein, ob sämtliche Spitalbauvorhaben wie vorgesehen realisiert werden können. Die Ergebnisse dieser Priorisierung sind abzuwarten.