



## Protokoll

Sitzung	Vorberatende Kommission 22.23.04 «V. Nachtrag zum Gesetz über die Spitalverbunde» / 23.23.01 «II. Nachtrag zum Kantonsratsbeschluss über die Festlegung der Spitalstandorte»	Sandra Brühwiler-Stefanovic Geschäftsführerin Parlamentsdienste Regierungsgebäude 9001 St.Gallen T +41 58 229 04 91 Sandra.Bruehwiler-Stefanovic@sg.ch
Termin	Donnerstag, 11. Januar 2024 08.30 bis 16.30 Uhr	
Ort	St.Gallen, Regierungsgebäude, Kantonsratssaal	

St.Gallen, 30. Januar 2024

### **Kommissionspräsident**

Raphael Frei-Rorschacherberg

### **Teilnehmende**

#### *Kommissionsmitglieder*

SVP	Bruno Dudli-Oberbüren, Transportversicherer
SVP	Christof Hartmann-Walenstadt, Bankangestellter
SVP	Peter Kuster-Diepoldsau, Landwirt
SVP	Ivan Louis-Nesslau, Unternehmer
SVP	Sascha Schmid-Buchs, IT-Auditor
Die Mitte-EVP	Bruno Cozzio-Uzwil, Revierförster
Die Mitte-EVP	Mathias Müller-Lichtensteig, Stadtpräsident
Die Mitte-EVP	Boris Tschirky-Gaiserwald, Gemeindepräsident
Die Mitte-EVP	Thomas Warzinek-Mels, Arzt
FDP	Raphael Frei-Rorschacherberg, Rektor und Unternehmer, <i>Kommissionspräsident</i>
FDP	Christian Lippuner-Grabs, Unternehmer
FDP	Robert Raths-Rorschach, Stadtpräsident
SP	Susanne Schmid-St.Gallen, Mittelschullehrerin
SP	Dario Sulzer-Wil, Stadtrat
GRÜNE	Meinrad Gschwend-Altstätten, freier Journalist

#### *Von Seiten des zuständigen Departementes*

- Regierungsrat Bruno Damann, Vorsteher Gesundheitsdepartement
- Stefania Mojon, Betriebswirtschafterin, Amt für Gesundheitsversorgung

#### *Weitere Teilnehmende<sup>1</sup>*

- Matthias Mitterlechner, Ständiger Dozent mit Titularprofessur für Service Performance Management, Institut für Accounting, Controlling und Auditing, Universität St.Gallen (für Traktanden 1 bis 2.1)
- Stefan Kuhn, Verwaltungsratspräsident der Spitalverbunde (für Traktanden 1 bis 2.3)
- Stefan Lichtensteiger, CEO und Vorsitzender der Geschäftsleitung, Kantonsspital St.Gallen (für Traktanden 1 bis 2.3)
- Andreas Eisenring, Geschäftsstellenleiter Spitalverbunde (für Traktanden 1 bis 2.3)

#### *Geschäftsführung / Protokoll*

- Sandra Brühwiler-Stefanovic, Geschäftsführerin, Parlamentsdienste
- Matthias Renn, Stv. Geschäftsführer, Parlamentsdienste

#### **Bemerkungen**

- Die Kommissionsmitglieder finden die Sitzungsunterlagen in der Sitzungsapp<sup>2</sup>.
- Erlasse sind in elektronischer Form der Gesetzessammlung des Kantons St.Gallen<sup>3</sup> sowie der systematischen Rechtssammlung des Bundes<sup>4</sup> zu entnehmen.

#### **Traktanden**

<b>1</b>	<b>Begrüssung und Information</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Einführung und Vorstellung der Vorlage</b>	<b>4</b>
2.1	Fachreferat	4
2.2	Inhalt gemäss Botschaft	11
2.3	Sicht der Spitalverbunde	21
<b>3</b>	<b>Allgemeine Diskussion</b>	<b>32</b>
<b>4</b>	<b>Abklärungen für den nächsten Sitzungstag</b>	<b>38</b>
4.1	Verschiedenes	40

---

<sup>1</sup> Nach Art. 52 Abs. 2 Satz 1 GeschKR bezeichnet die Kommission den Beizug von Sachverständigen und Interessenvertretern. Ist ein Mitglied der Kommission mit dem Vorschlag nicht einverstanden, meldet es dies nach Erhalt der Einladung der Kommissionspräsidentin oder dem Kommissionspräsidenten.

<sup>2</sup> <https://sitzungen.sg.ch/kr/committees/2>

<sup>3</sup> <https://www.gesetzessammlung.sg.ch>

<sup>4</sup> <https://www.admin.ch>

# 1 Begrüssung und Information

*Raphael Frei-Rorschacherberg*, Präsident der vorberatenden Kommission, begrüsst die Mitglieder der vorberatenden Kommission und folgende Personen:

- Regierungsrat Bruno Damann, Vorsteher Gesundheitsdepartement;
- Stefania Mojon, Betriebswirtschafterin, Amt für Gesundheitsversorgung;
- Matthias Mitterlechner, Ständiger Dozent mit Titularprofessur für Service Performance Management, Institut für Accounting, Controlling und Auditing, Universität St.Gallen (für Traktanden 1 bis 2.1);
- Stefan Kuhn, Verwaltungsratspräsident der Spitalverbunde (für Traktanden 1 bis 2.3);
- Stefan Lichtensteiger, CEO und Vorsitzender der Geschäftsleitung, Kantonsspital St.Gallen (für Traktanden 1 bis 2.3);
- Andreas Eisenring, Geschäftsstellenleiter Spitalverbunde (für Traktanden 1 bis 2.3);
- Sandra Brühwiler-Stefanovic, Geschäftsführerin, Parlamentsdienste;
- Matthias Renn, Stv. Geschäftsführer, Parlamentsdienste.

Seit der Kommissionsbestellung in der Wintersession nahm die Kantonsratspräsidentin folgende Ersatzwahl in die vorberatende Kommission vor:

- Susanne Schmid-St.Gallen anstelle von Bettina-Surber-St.Gallen.

Für die heutige Sitzung hat sich niemand entschuldigt. Ich stelle fest, dass die vorberatende Kommission beratungsfähig ist.

Wir behandeln die Botschaft und Entwürfe der Regierung 22.23.04 «V. Nachtrag zum Gesetz über die Spitalverbunde» / 23.23.01 «II. Nachtrag zum Kantonsratsbeschluss über die Festlegung der Spitalstandorte» vom 17. Oktober 2023. Der vorberatenden Kommission wurden nach der Zustellung der Einladung keine Unterlagen verteilt bzw. zugestellt.

Ich weise darauf hin, dass die Beratung elektronisch aufgezeichnet wird, was der Geschäftsführung die Fertigstellung des Protokolls erleichtert. Deshalb bitte ich Sie, nur zu sprechen, wenn ich Ihnen mit Ihrem politischen Namen das Wort erteile. Die Geschäftsführung dankt für die Abgabe der Manuskripte insbesondere zur allgemeinen Diskussion. Für das Protokoll gilt das gesprochene Wort. Eine weitere Information, vor allem als Hinweis für die Mitglieder, die zum ersten Mal in einer vorberatenden Kommission mitwirken: Sowohl die Kommissionsberatungen nach Art. 59 des Geschäftsreglements des Kantonsrates (sGS 131.11; abgekürzt GeschKR) als auch das Kommissionsprotokoll nach Art. 67 GeschKR sind vertraulich. Erst mit der Rechtsgültigkeit rechtsetzender Erlasse, nach Ablauf der Referendumsfrist, entfällt die Vertraulichkeit.

Zu Beginn erhält die vorberatende Kommission durch Matthias Mitterlechner mit einem Fachreferat einen Einblick in die gesundheitsökonomische Thematik. Anschliessend führt der zuständige Regierungsrat in die Vorlage ein. Daraufhin erläutern die Vertreter der Spitalverbunde ihre Sicht. Die vorberatende Kommission führt danach eine allgemeine Diskussion anstelle einer Eintretensdiskussion. Anschliessend führt die vorberatende Kommission die Spezialdiskussion sowie die Gesamtabstimmung durch. Die weiteren Teilnehmenden verlassen die Sitzung vor Beginn der allgemeinen Diskussion. Fragen sind deshalb direkt im Anschluss an die Referate zu stellen.

*Der Kommissionspräsident schliesst die Einführung mit einigen administrativen Hinweisen.*

## 2 Einführung und Vorstellung der Vorlage

### 2.1 Fachreferat

*Matthias Mitterlechner:* Ausführungen gemäss Präsentation (vgl. Beilage 2, Folien 1-16).

#### Fragen

*Schmid-St.Gallen:* Die Case Managerin bzw. der Case Manager ist eine ganz zentrale Person in diesem neuen System. Welche Ausbildung wird dafür vorausgesetzt? Gibt es bereits solche Personen?

Sie haben erwähnt, dass die Hirslanden Klinik ein ähnliches System mit Netzwerk verwendet, aber einen ganz anderen Fokus setzt. Sie wollen den Gewinn optimieren und nicht Gesamtkosten für das Gesamtsystem sparen.

*Matthias Mitterlechner:* Es gibt Modelle mit Case Managerinnen und Managern. Im Unterengadin existiert ein integriertes Wertschöpfungsmodell. Das Case Management ist in einer regionalen, durch die Gemeinden finanzierten Beratungsstelle integriert. Die Finanzierung durch die Gemeinden steht vor dem Hintergrund, dass sie den Business Case angestellt haben. Wenn es uns gelingt, dass die Bevölkerung durch das Case Management weniger Pflegeinstitute besucht, dann führt das zu Einsparungen, die die Kosten für das Case Management sicher decken werden. Das hat sich während den letzten zehn Jahren bewährt. Dieses Modell besteht nach wie vor. Voraussetzung ist die Ausbildung zur Pflegefachperson (ehemals Spitex). Die entsprechende Ausbildung kann nicht pauschalisiert werden. Je nach Region oder Komplexität der Leistungserbringer, die involviert sind, ist möglicherweise sogar ein interprofessionelles Team notwendig. Grundsätzlich ist es jemand, der je nach Ort in alle Leistungserbringer Einblick hat und die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten und deren Familien versteht. Die Hirslanden Klinik ist eine Privatklinik mit einer anderen Ausrichtung als die öffentlichen Spitäler. Ich habe sie als Beispiel gewählt, weil sie die Wettbewerbsdynamik etwas zugespitzt darstellt. Die Hirslanden Klinik als Privatklinik macht sich Gedanken, wie sie an möglichst viele Patientinnen und Patienten gelangt, um ihre Kapazitäten auszulasten. Damit wir wettbewerbsfähig und kompetitiv sind, brauchen wir solche integrierten Modelle, obwohl sie eine andere Ausrichtung und einen anderen Auftrag als die öffentlichen Spitäler haben.

*Sulzer-Wil:* Im Kanton St.Gallen existiert noch das traditionelle Versorgungssystem. Wenn wir ein bevölkerungsorientiertes, integriertes Wertschöpfungsmodell wollen, dann braucht es einerseits mehr Handlungsspielraum für die Spitäler selber, aber auch eine starke Lenkung und ein stetiges Überdenken seitens des Staates, unter welchen Bedingungen das passiert und in welche Richtung das gehen soll.

*Matthias Mitterlechner:* Das ist absolut richtig. Solche integrierte Modelle benötigen die Zusammenarbeit über verschiedene Stufen. Es braucht die Kooperationsfähigkeit der Leistungserbringer (Spitäler, Spitex, Hausärztinnen und -ärzte usw.). Übergelagert braucht es die Systemebene, bei der der Staat im Sinne der Schaffung von förderlichen Rahmenbedingungen, damit die Leistungserbringer miteinander kooperieren können, eine Rolle spielt. Die dritte Ebene ist die Basis mit den Health-Professionals, die ebenfalls eingebunden sein müssen, wenn man sich auf den Weg eines Veränderungsprozesses macht – so kann man interprofessionell arbeiten.

Zur staatlichen Ebene: Die Strategie des Kantons Graubünden sieht vor, dass sich – aufgrund der bereits erwähnten Gründe – alle Südtäler und Regionen im integrierten Versorgungsmodell weiterentwickeln sollten. Der Kanton bietet dafür Anschubfinanzierung, damit das Management, Projektmanagement und Change-Management ermöglicht wird. Es braucht Reflexionsprozesse auf allen Ebenen, damit die bestehenden Strukturen weiterentwickelt werden können.

*Cozzio-Uzwil* zu «Zunehmender Wettbewerb zwischen «Ökosystemen»»: Wird unter «Ökosystem» verstanden, dass sich das selber regulieren muss? Wie stark ist diese Selbstregulierung

z.B. an den Standorten der möglichen Spitäler oder Zentren und in deren Ausrichtung? Wie beweglich bzw. wie starr muss das System sein, um zu funktionieren? Heute haben wir – abgesehen davon, was heute vielleicht beschlossen wird – fixe Spitalstandorte und Standorte von Gesundheitszentren (GNZ). Ich interpretiere das Ökosystem so, dass das beweglicher sein muss. Es muss bedarfsorientierter sein, so dass eine regionale Abdeckung besteht, aber es muss nicht fix an einem Ort sein.

*Matthias Mitterlechner:* Wenn wir uns Gedanken darüber machen, wie wir die Versorgung in Zukunft neu organisieren können, dann hat das immer auch Implikationen auf die Architektur der Leistungserbringer und deren Standorte. Orte, an denen früher Akutspitäler standen, werden z.B. umgenutzt in ambulante Versorgungszentren, gewisse Disziplinen werden dabei an andere Orte verschoben, wenn dies für die Bevölkerung tragbar ist usw. Wenn wir die Strukturen verändern wollen, benötigen wir eine hohe Flexibilität auf Basis der baulichen Infrastruktur wie auch in Bezug auf die Standorte. Am Ende des Tages zählt die medizinische Wertschöpfung für den Patienten. Wenn wir das so weiterentwickeln, ändern sich auch die dafür notwendige bauliche Infrastruktur sowie die Standorte.

Der Begriff «Ökosystem» stammt aus der Betriebswirtschaftslehre und wurde dort von der Umweltwissenschaft übernommen. Damit sind Netzwerke von verschiedenen Leistungserbringern gemeint.

*Warzinek-Mels:* Ich lege meine Interessen offen als niedergelassener Spezialist für Urologie mit eigener Praxis in Sargans. Ich kooperiere mit dem Kantonsspital Graubünden und operiere am Standort Walenstadt und Chur sowie im Spital Schiers und in der Klinik Valens als Konsiliararzt. Ich bin Mitglied der Geschäftsleitung und des Vorstands der kantonalen Ärztesgesellschaft sowie der Rheumaliga.

Wir werden am Ende des Tages gesetzgeberisch aktiv sein. Sie haben offensichtlich im Verlauf Ihres Lebens eine besondere Nähe zum Kanton Graubünden entwickelt und diesen mehrmals erwähnt. Ich finde es sehr interessant, wie das Gesundheitswesen in Graubünden funktioniert, denn es ist tatsächlich so, dass in jeder Talschaft ein sehr angemessenes und nicht zu grosses Angebot sichergestellt wird. Wie schafft das der Gesetzgeber in Graubünden? Wo liegen die Unterschiede zwischen Graubünden und St.Gallen? Wie wird das geregelt? Wird im Gesetz festgehalten, dass z.B. im Santa Maria etwas vorhanden sein muss und in welcher Grösse? Wie schafft es der Gesetzgeber von Graubünden, dass die Versorgung so sinnvoll stattfindet?

*Matthias Mitterlechner:* Ich kenne die Tiefen der Gesetzgebung im Kanton Graubünden zu wenig. Es funktioniert auch nicht in allen Tälern gleich gut, es bestehen Unterschiede. Wir haben z.B. im Unterengadin eine Ansammlung von sehr innovativen Leistungserbringern, die es geschafft haben, in den letzten 15 Jahren das Angebot bedarfsorientiert anzupassen. In anderen Tälern gibt es durchaus auch Schwierigkeiten. In der Surselva laufen seit vielen Jahren Bestrebungen, das Angebot anzupassen. Ich bin mir nicht sicher, ob man das nur über die Gesetzgebung des Kantons Graubünden erklären kann, die zugegebenermassen sehr dezentral und freiheitlich ist, sodass sich die Leistungserbringer selber organisieren können. Es hat auch sehr viel mit den lokalen und regionalen Bedingungen zu tun bzw. inwiefern die Leistungserbringer zusammenfinden, sodass sie dieses Angebot auch entsprechend entwickeln können. Es tangiert beide Ebenen: die freiheitliche Gesetzgebung und dass man vor Ort Bedingungen schafft, die Kooperationen ermöglichen. Wir sprechen bei diesen Modellen immer von kooperativen Modellen. Kooperation bedingt eine ganz andere Herangehensweise an die Art der Zusammenarbeit. Es handelt sich nicht um Top-down und es lässt sich nicht erzwingen. Es sind Modelle, die zu einem Grossteil auf Freiwilligkeit und auf der Beziehungsebene basieren. Das funktioniert in gewissen Tälern besser als in anderen.

*Müller-Lichtensteig* legt seine Interessen offen als Stadtpräsident von Lichtensteig. Sie haben die Case Manager erwähnt. Im Unterengadin scheint es mir stark auf den Bereich der Pflege ausgerichtet zu sein (stationäre und ambulante Pflege). Gibt es Beispiele aus anderen Regionen, bei denen der gesamte Gesundheitsbereich mit Case Managern funktioniert? Falls ja, wo und wie läuft das?

Als Stadtpräsident bin ich sehr am GNZ Wattwil interessiert. Wie schätzen Sie die GNZ im Vergleich zum Kanton Graubünden ein? Wie beurteilen Sie die GNZ heute bzw. spezifisch Wattwil im Vergleich zum Bündnerland? Dort findet auch die Diskussion statt, welche Leistungen wie abgegolten werden sollen und wie es dynamisch bleiben und doch dem Gesamten entsprechen kann.

*Matthias Mitterlechner* zum Case Management: Im Unterengadin ist das Case Management in ein Akutspital (stationäre Prozesse) eingebunden. Wenn eine ältere Person operiert wird, stellt sich die Frage der besten Anschlusslösung. Dort befindet sich die Schnittstelle zwischen Akutspital und Pflege. Kann man dieser Person zumuten, nach einer akutstationären Behandlung wieder zurück in die eigenen vier Wände zu gehen mit Unterstützung der Spitex oder ist eine stationäre Einweisung nötig? Häufig wird in solchen Fällen an einem runden Tisch mit allen Experten (Orthopäde, Spitex, Pflegezentrum, Angehörige) ein Entscheid getroffen. Die Familie wird miteinbezogen, da sie eine wichtige Rolle spielt. Man versucht, interdisziplinär unter Einbezug aller relevanten Perspektiven solche Entscheide zu treffen. In anderen Kantonen kenne ich das v.a. von Seiten der Spitäler und nicht systemübergreifend. Im Kantonsspital Aarau gibt es Case Manager, die nach Operationen mit dem Patienten und dessen Familie eine Anschlusslösung suchen. Es gibt keine Pauschallösungen, das wird versorgungsspezifisch individuell entwickelt und angepasst.

Zur Ausgestaltung des GNZ Wattwil: Ich kenne die dortige strategische Ausgangslage zu wenig, als dass ich hier eine fundierte Antwort geben könnte. Wattwil ist vermutlich ein Ort, bei dem man sich fragen muss, was eine bedarfsgerechte Versorgung für diese Region ist, welche Leistungen man dort belassen will und welche man mehr zentralisieren möchte.

*Müller-Lichtensteig*: Meine Frage soll sich nicht nur spezifisch auf Wattwil beziehen. Wie könnten sich die GNZ allgemein ausgestalten, bzw. wie könnten sie sich von unten nach oben entwickeln und welche Rolle könnte allenfalls der Kanton übernehmen?

*Matthias Mitterlechner*: Aus meiner Sicht hat das sehr viel mit der zunehmenden Spezialisierung der Medizin zu tun. In diesen Regionen muss man sich überlegen, wie man die Grundversorgung sicherstellen kann und welche Bedürfnisse bei der Bevölkerung in der Grundversorgung bestehen. Es kann eine Notfallversorgung sein, falls z.B. noch ein touristischer Bereich hinzukommt. Diese Zentren sollten die Grundversorgung im pflegerischen und hausärztlichen Bereich sicherstellen. Vor allem in Richtung hochspezialisierte Versorgung, bei der die Infrastrukturen teuer und die Spezialisierung gross ist, muss man sich überlegen, wie sich diese Leistungen ein Stück weit zentralisieren lassen. Dieses Zusammenspiel ist eine Frage der Kooperationsfähigkeit zwischen Zentrum und Peripherie. Die Gesundheitsversorgung vor Ort ist fundamental wichtig, nicht nur regionalökonomisch, sondern auch für die Identität der Bevölkerung. Es wandert alles ab, nicht nur das Gesundheitswesen, auch die Post, die Lebensmittelversorgung usw. Wir müssen darauf achten, dass die Regionen schlussendlich ökonomisch nicht ausbluten. In diesem Spannungsfeld steht vermutlich Ihre Frage.

*Lippuner-Grabs* zum Kanton Graubünden: Ich durfte in der vorberatenden Kommission zur Übertragung des Spitals Walenstadt<sup>5</sup> dabei sein, was sehr spannend war. Das Kantonsspital

---

<sup>5</sup> 40.22.03 «Zukunft des Spitals Walenstadt» / 23.22.01 «Nachtrag zum Kantonsratsbeschluss über die Festlegung der Spitalstandorte» / 34.22.09 «Nachtrag zum Kantonsratsbeschluss über die Gewährung von Beiträgen für die Notfallversorgung»

Graubünden kaufte dieses Spital ohne irgendeine politische Mitwirkung auf Entscheid des Stiftungsrats. Wenn wir im Anschluss über die Umsetzung der Grundlagen für diesen verbleibenden Spitalverbund im Kanton St.Gallen diskutieren, möchte ich in Erinnerung rufen, wie schnell das gehen kann. Sie haben erwähnt, dass Agilität ein Thema sei. Damals konnten wir auch erfahren, dass im Kanton Graubünden die Regionen in der Gesundheitsversorgung eine ganz andere Rolle spielen, auch finanziell. Es wird sehr spezifisch ausgehandelt, welche Gesundheitsversorgung in der entsprechenden Region gewünscht ist. Die Gemeinden und die Regionen leisten finanziell ihren Beitrag dazu. Dies ist ein Unterschied zu unserem Kanton. Bei einem Vergleich zwischen dem Kanton St.Gallen und dem Kanton Graubünden muss man berücksichtigen, dass es sich ein Stück weit um ein Erfolgsmodell handelt. Das ist aber nur möglich, weil sich die Mitfinanzierung in Graubünden anders darstellt. Der Kanton St.Gallen ist nicht gleichermaßen verästelt und kennt die Thematik der einzelnen Täler nicht.

Zur Folie 9: Bei einem Case Management handelt es sich um ein Stellenprofil, das in einem Spital usw. angesiedelt ist. Was uns diese Folie zeigt, ist ein systemübergreifender Ansatz. Davon sind wir meilenweit entfernt. Was genau wurde bei diesen evaluierten Regionen im Kanton Graubünden gemacht? Ist es wenigstens ansatzweise ein systemübergreifender Ansatz? Ein solcher würde bereits beim Hausarzt beginnen und nicht erst, wenn man bei einem Spezialisten ist. Wo liegt der Ansatz und wie war die konkrete Vorgehensweise?

*Matthias Mitterlechner:* Es handelt sich um einen systemübergreifenden Ansatz. Die Versorgungsregion Unterengadin ist überschaubar, man kennt sich dort. Dies muss bei diesen Überlegungen mitberücksichtigt werden. Nichtsdestotrotz ist es wie ein Labor, bei dem man neue Modelle austesten kann. Das Case Management ist eine übergreifende Versorgungsstufe.

Zum Vorgehen: Die Grundherausforderung war, wie man die Pflege der Zukunft organisiert. Können wir es uns leisten, künftig die alternde Bevölkerung noch institutionell in einem Pflegezentrum zu versorgen? Es wurde entschieden, dass man einen anderen Ansatz mit einem Case Manager ausprobieren möchte, sodass die Bevölkerung so lange wie möglich ambulant in den eigenen vier Wänden versorgt und betreut wird, bevor sie dann allenfalls in die stationäre Pflege wechseln muss. Dazu stellte man einen Business Case auf, wie man den Betrag für eine Person für das Case Management von 70'000 Franken pro Jahr finanzieren will. Damit könnte man sich den Bau eines neuen Pflegeheims sparen, weil durch diese systemübergreifende Koordination der Bevölkerung sichergestellt werden kann, dass z.B. eine ältere Patientin mit einem Beinbruch nicht automatisch (wie ohne Case Management) in ein Pflegezentrum überwiesen wird, sondern man kann unter Einbezug aller Betroffenen im Idealfall für diese Person mit Unterstützung der Spitex eine ambulante Lösung finden. Entsprechend wurden die Spitex-Kapazitäten ausgebaut, dadurch liess sich die Versorgung aus Sicht der Patienten besser organisieren. Die wenigsten wollen in ein Pflegeheim, die Versorgung zu Hause wird von der Bevölkerung bevorzugt und gleichzeitig lässt sich das günstiger organisieren.

Diese Beratungsstelle bietet u.a. auch eine Sturzprävention für die Bewohnerinnen und Bewohner von älteren Engadiner Häusern an. Die Wohnsituation der älteren Menschen wird geprüft, sodass sich ihr Bett nicht im oberen Stockwerk befindet usw. Entsprechend werden die Angehörigen auch in Kinästhetik ausgebildet – das ist die Art und Weise, wie man Patienten anhebt –, sodass die Angehörigen in der Lage sind, ihre Eltern vom Bett hochzunehmen. Das Aufgabenspektrum dieser Beratungsstelle beginnt bei einer umfassenden Evaluation des besten Settings bis hin zur Beratung und Ausbildung in Prävention für die Angehörigen. Diese Fragestellungen wurden in der Studie evaluiert und es wurde festgestellt, dass sich die Bevölkerung durch das Case Management besser betreut fühlt als in anderen Regionen. Auch die Kostensparnisse in der Pflege waren ersichtlich. Es wurde kein Pflegeheim gebaut, man löste es mit ambulanter Pflege.

*Dudli-Oberbüren:* Sie haben zum Versorgungsmodell den Jurabogen «Réseau de l'arc» erwähnt. Sehen Sie eine Möglichkeit, wie der Kanton St.Gallen das auch umsetzen könnte? Wären dazu im Detail noch entsprechende Investitionen erforderlich? Müsste hier eine gewisse Organisationsstruktur als Voraussetzung gegeben sein? Wie sähe der Zeithorizont aus?

*Matthias Mitterlechner:* Beim Jurabogen handelte es sich um ein erstmaliges Experiment in der Schweiz. Man muss dies unter diesem Kontext betrachten. Ich bin gespannt, was daraus resultieren wird. Die Voraussetzungen, dass so etwas gelingen kann, sind herausfordernd – nur schon im Sinne, dass man die richtigen Akteure findet, die bereit sind, sich auf so etwas einzulassen, angefangen bei der Versicherung bis hin zu den Leistungserbringern. Es braucht Investitionen für den Aufbau eines solchen Netzwerks, da es organisationsübergreifend ist. Das erfordert sehr viel Koordination und Investitionen in die Prävention sind nötig. Dadurch, dass wir in die Prävention investieren, halten wir die Bevölkerung soweit gesund, dass sie später nicht bei den Leistungserbringern aufschlägt.

Bei diesem Projekt sprechen wir von einer Aufbauzeit von sieben bis zehn Jahren. Ein ähnliches Modell haben wir in den Talschaften des Kantons Graubünden, dort ist zwar keine Versicherung involviert, aber die Wertschöpfung wird dort auch koordiniert. Vor dem Hintergrund meiner skizzierten Herausforderungen (alternde Bevölkerung, chronische Erkrankungen usw.) ist es aus meiner Sicht auch für den Kanton St.Gallen interessant, sich Gedanken zu machen, wie man in diese Richtung gehen könnte. Ob es ein vollintegriertes Modell mit Versicherungen sein muss, sei dahingestellt. Meiner Meinung nach muss es das nicht sein. Man kann auch ohne das komplette Jura-Modell beginnen, diese Schritte zu gehen. Falls es gelingt, dafür eine Versicherung zu begeistern (es benötigt eine gewisse Grösse der Versichertenpopulation usw.), umso besser. Ich würde nicht mit dem grossen Wurf beginnen, aber damit, in diese Richtung zu denken: Wie können wir unsere Wertschöpfung integrierter gestalten, um den Herausforderungen der Zukunft begegnen zu können?

*Warzinek-Mels:* Ich arbeite in der Flury Stiftung. Es ist interessant und spannend zu sehen, wie dort Spital, Altersheim, Spitex und Pflegeheim zusammen unter einem Dach sind. Ich führte gestern Abend ein interessantes Gespräch mit dem Finanzverantwortlichen der Flury Stiftung. Es ist wirklich räumlich und organisatorisch alles sehr eng beieinander. Trotzdem meine ich, dass wir im Kanton St.Gallen in dieser Beziehung nicht nur eine Wüste haben. Ich möchte Sie daran erinnern, wir haben im Süden des Kantons die PizolCare, dort verbrachte Stefan Lichtensteiger Jahre in Gesprächen, um die Kooperation und Zusammenarbeit zwischen Spitälern, Spezialisten und Grundversorgern zu verbessern. Wir haben auch die grosse Spitex Sarganserland. Auf der anderen Seite haben wir auch kleine Spitex und Gemeinden, die an ihren kleinen Altersheimen festhalten und sich schwer damit tun, grösseren Verbunden beizutreten. Wo sehen Sie die Rolle des Staates? Was erwarten Sie vom Staat, damit die PizolCare, die nach meinem Empfinden auf dem richtigen Weg ist, noch mehr zu einer Flury Stiftung wird?

*Matthias Mitterlechner:* Aus meiner Sicht ist es die Aufgabe des Staates, förderliche Bedingungen zu schaffen, damit sich die Leistungserbringer untereinander koordinieren können. Dies hat einerseits sehr viel mit Symbolik zu tun. Es geht darum, eine Strategie festzulegen, wie der Kanton St.Gallen in Zukunft eine integrierte Versorgung gewährleistet. Es hat aber auch finanzielle Aspekte: Man unterstützt die Leistungserbringer auf diesem Weg z.B. in Form einer Anschubfinanzierung. Die Vernetzung und Kooperation braucht Anfangsinvestitionen wie z.B. im Projektmanagement, um alle an einen Tisch zu bekommen und auch gemeinsame Wertschöpfung zu entwickeln. Der Staat kann hier durch Anschubfinanzierungen helfen, solche Projekte aufzugleisen, bis hin zur Möglichkeit, dass man innovative Vergütungsmodelle testen kann. Die integrierte Versorgung funktioniert immer dann gut, wenn man keine Fee-for-service-Modelle hat. Fee-for-service-Modelle bedeuten: Ich als Leistungserbringer – z.B. als Hausarzt – profitiere immer dann, wenn eine Patientin oder ein Patient zu mir kommt. Es sollten integrierte Ver-

gütungsmodelle sein, bei denen das entstehende Netzwerk gemeinsam von Kosteneinsparungen profitieren kann. Dabei handelt es sich um populationsorientierte Vergütungsmodelle. Hier kann der Staat helfen, mit neuen Vergütungsmodellen zu experimentieren, im Sinne eines Innovationsfonds, wie es ihn auch in Deutschland gibt, um den Leistungserbringern Spielraum zu lassen, um neue Modelle auszutesten.

*Schmid-Buchs:* Meine Frage geht in eine ähnliche Richtung wie diejenige von Thomas Warzinek-Mels. Die Rahmenbedingungen, mit denen wir heute arbeiten können, beschränken sich im Wesentlichen auf einen gesetzlichen Rahmen. Sie haben ein Beispiel im Unterengadin genannt, an welchem sie selbst beteiligt sind. Sie haben erwähnt, dass der Kanton Graubünden eine liberale Gesetzgebung habe und viel Spielraum lasse, damit gewirkt werden könne. Ist dies ein Erfolgsfaktor für integrative Systeme, weil dadurch möglichst viel Spielraum in der Gesundheitsversorgung geschaffen wird?

*Matthias Mitterlechner:* Ich bin davon überzeugt, vor Ort in den Regionen ist es ein unternehmerisches Vorhaben. Je mehr Spielraum der Kanton oder der Staat den Leistungserbringern lässt, desto bessere, innovativere und kreativere Modelle können miteinander entwickelt werden.

*Lippuner-Grabs:* Zum Thema Ökosystem / Wettbewerb unter den Anbietern und Dienstleistungserbringern: Sie sagten es richtig, das Kantonsspital Graubünden «saugt» auch ausserhalb der eigenen Kantons Grenzen Patientinnen und Patienten ab. Dies ist ein Teil der Strategie und ein unternehmerischer Entscheid, den ich nachvollziehen kann. Im Kanton St.Gallen wird dies sehr kritisch betrachtet – wir verfolgen eine andere Philosophie. Bei uns gab die Politik viele Jahre vor, welche Leistungen sie wünscht, deshalb sitzen wir auch hier. Die Spitalverbunde mussten umsetzen, was die Politik vorgab. Wir haben mit den Kantonen Graubünden und Thurgau zwei Beispiele, in welchen es seit vielen Jahren komplett anders ist. Mindestens unsere Delegation möchte, dass der Kanton diesem «Saugen» etwas entgegenhalten kann oder vielleicht selber «saugen» kann. Mir muss man den freien Wettbewerb nicht verkaufen. Man fragt sich, wohin dies führen könnte, wenn auch der Kanton St.Gallen wettbewerbsfähiger wird. Führt dies zu Überkapazitäten oder zu Verdrängungen? In welcher Landschaft werden wir uns in zehn Jahren befinden?

*Matthias Mitterlechner:* Diese Glaskugel zu lesen ist sehr schwierig. Man muss nochmals vorausschicken: Der Wettbewerb, der langsam zu spielen beginnt, war politisch gewollt. In der Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (SR 832.10; abgekürzt KVG) im Jahr 2012 sagten wir, dass wir den Spitalwettbewerb in der Schweiz möchten. Die ursprüngliche Idee davon war, dass dieser Wettbewerb es richten wird. Ich habe den Eindruck, dass dies in den letzten zehn Jahren zaghaft in Gang gekommen ist. In der Historie waren die Spitäler eher staatsnah – nicht nur im Kanton St.Gallen. Jetzt stellen wir fest, dass der Wettbewerb zu spielen beginnt. Die Logik der Gesetzgeber war, dass durch den Wettbewerb nicht nur Überkapazitäten geschaffen werden, sondern auch Spitäler, die diesen Wettbewerb nicht bestehen, finanziell in Schieflage geraten und geschlossen werden müssen. Man könnte sagen: Es kommt zu einer Strukturbereinigung zwischen den Spitälern. Dies ist das Szenario im Vollwettbewerb. Es gibt noch andere Szenarien: Wir möchten aus Sicht des Staates doch nicht alles dem Wettbewerb überlassen. Immer wenn es kritisch wird, intervenieren wir gleichzeitig und schützen die Strukturen. Dies ist der Zustand, den wir momentan quer durch die Schweiz finden. Ob es in Richtung Liberalisierung oder in Richtung Bestandsschutz durch den Staat geht, ist für mich schwierig zu prognostizieren. Wir werden vermutlich irgendwo zwischen diesen zwei Polen weiter manövrieren – dies ist meine Prognose.

*Müller-Lichtensteig zur Liberalisierung:* Nochmals zum Kanton Graubünden, da Sie da sehr nahe sind und ich das Gefühl habe, dass dort Vieles gut läuft. Es gibt zwei Aspekte: Zum einen

geht es um das Unternehmen der Spitalverbunde. Dort, glaube ich, braucht es eine Liberalisierung, um ihre Handlungsfähigkeit zu vergrössern, damit sie selber am Markt bestehen können – auch im Kontext mit den Privaten. Diesbezüglich sind die Kantone Graubünden und Thurgau bereits weiter. Der andere Teil ist die Rolle des Staates als zuständiges Organ für eine funktionierende Gesundheitsversorgung im Kanton St.Gallen. Hier übernimmt der Kanton eine starke Rolle im Aufbau der Netzwerke oder schätze ich dies falsch ein? Zum einen geht es um die Liberalisierung, auf der einen Seite aber auch um einen starken Staat, der eine Gesundheitsversorgung mit neuen Modellen sicherstellt.

*Matthias Mitterlechner:* «Starker Staat» insofern, als dass er die Strategie für den Kanton Graubünden herausgibt. Sie standen vor der Herausforderung, wie sie die Grundversorgung in den Regionen sicherstellen können. Dies ist ihre strategische Aufgabe. Hier spielte der Staat insofern eine Rolle, als dass er die Parolen herausgab, die Strategien formulierte, in diesen Regionen integrierte Modelle entwickelte – wie ich es skizziert habe – und diese mit Anschubfinanzierungen unterstützte. Er ist nicht «stark» im Sinne von Einmischen oder dass der Kanton in den Gremien vertreten ist, sondern «stark» im Sinne von Strategien formulieren. Er hält sich zurück, wenn es darum geht, diese zu entwickeln.

*Tschirky-Gaiserwald* zu Folie 12: In These 5 steht: «Die daraus resultierende Dynamik erfordert eine regelmässige Weiterentwicklung der Governance öffentlicher Spitäler in Eigentümerstrategien.» Was heisst das? Gibt es dazu Ergebnisse? Auf welchem Weg sind wir und welchen Weg sollen wir einschlagen? Es wird hier relativ offen und vage formuliert. Was ist ihr Rezept in dieser Beziehung?

*Matthias Mitterlechner:* Ich denke, es braucht eine Agilisierung der Governance, wenn man in diesem Wettbewerb bestehen möchte, damit man möglichst rasch entscheiden kann, wenn sich entsprechende Opportunitäten ergeben. Als das Kantonsspital Graubünden die Klinik Gut kaufte, ging das Geschäft innerhalb von zwei bis drei Monaten über den Tisch. Wenn man die entsprechenden Governance bzw. die Entscheidungsprozesse nicht hat und zu langsam ist, wenn es ein halbes oder ganzes Jahr in den entsprechenden politischen Gremien liegt, ist die Möglichkeit weg. Wenn man die Spitäler oder die öffentlichen Unternehmen wettbewerbsfähig halten möchte, braucht es eine Agilisierung der Entscheidungsfähigkeit, dies ist mit These 5 gemeint.

*Tschirky-Gaiserwald:* Gibt es präferierte Rechtsformen?

*Matthias Mitterlechner* zu den Rechtsformen: Hier haben wir die Spannbreite, über die wir diskutieren können, angefangen bei den öffentlich-rechtlichen Unternehmungen, über Stiftungen bis zur Aktiengesellschaft (abgekürzt AG). Die AG ist die Rechtsform, die wahrscheinlich am meisten Freiheit bietet. Das heisst, wenn man es zu Ende denkt: Je nachdem, wie man sich im Spektrum zwischen Staat und Markt positionieren möchte, ist die AG die Rechtsform, die am ehestens in Richtung Markt- und Wettbewerbsdynamik geht. Nichtsdestotrotz hat man auch in den anderen Rechtskleidern, u.a. in öffentlich-rechtlichen Unternehmungen, die Möglichkeit, Governance agiler zu gestalten. Es geht häufig um ganz konkrete Fragen: Wie ist der Entscheidungsprozess bei Beteiligungen oder Grundstücken usw.

*Pause von 9.45 bis 10.00 Uhr.*

## 2.2 Inhalt gemäss Botschaft

*Regierungsrat Damann:* Ich möchte drei Punkte, die im Referat von Matthias Mitterlechner vorgekommen sind, klären, damit Sie sehen, wo das Gesundheitsdepartement steht. Ein Punkt betrifft die integrierte Versorgung, welche ein ganz wichtiger Bestandteil in der Totalrevision des Gesundheitsgesetzes (sGS 311.1; abgekürzt GesG) sein wird. Dort haben wir eine Anschubfinanzierung vorgesehen. Die Regierung hat darüber noch nicht beraten – ob es durchkommt, ist deshalb noch unklar. Das Gesundheitsdepartement möchte dies einbringen, damit die integrierte Versorgung gefördert werden kann. Die Prävention und die integrierte Versorgung werden zwei wichtige Schwerpunkte der künftigen Gesundheitsversorgung sein. Wir sehen die Gesundheitsversorgung nicht mehr nur in der Pflege oder der Heilung, sondern in einer übergeordneten Dimension, die auch die Erhaltung der Gesundheit und die Vernetzung und Koordination einer Vielzahl von Leistungserbringern umfasst. Das beginnt bereits ganz weit unten.

Zum Jurabogen: Diesen beobachten wir sehr intensiv. Er hat aber einige kritische Schwachstellen – eine ganz grosse ist, dass nur eine Krankenkasse mitmacht. In der gegründeten AG ist die Verteilung der Aktien wie folgt: ein Drittel Kanton, ein Drittel Swiss Medical Network und ein Drittel Krankenkasse. Die Krankenkasse ist die Visana. Ein weiterer Nachteil ist: Sie orientieren sich am Gesundheitssystem «Kaiser Permanente» aus Amerika, das mit einem vorgegebenen jährlichen Pro-Kopf-Budget wirtschaftet, das alle Leistungen umfasst. Es bestehen dabei Befürchtungen hinsichtlich der Sicherstellung der Versorgungsqualität. Diesbezüglich verweisen sie auf die Mobilität der Patientinnen und Patienten. Wenn diese nicht wechseln, seien sie mit der Qualität zufrieden und wenn sie wechseln, seien sie unzufrieden. Wie könnte aber die Qualität beurteilt werden, wenn die Kranken wechseln und nur noch die Gesunden im System bleiben? Das System hat noch einen Haken. Ich bin sehr gespannt, wie es funktioniert. Sie werden im Jurabogen auch Spitäler schliessen müssen. Bei dieser Veranstaltung war auch ein Vertreter von Kaiser Permanente dabei. Wir sind an den Entwicklungen interessiert und beobachten sie. In St.Gallen aber könnte man zurzeit kein solches System einführen, bei dem nur eine Versicherung dabei ist. Wir müssten dies mit mehreren Versicherungen machen.

Zur Bedeutung des Staats: Wir können den Spitäler völlige Freiheit geben, aber der Staat wird weiterhin eine zentrale Rolle spielen, da wir die Leistungsaufträge erteilen. Der Staat bestimmt dadurch das Angebot der Spitäler mit. Die Spitalplanung machen wir und nicht das Spital selber. Das ist Aufgabe der Politik und unserer Fachleute. Darum wäre es auch enorm wichtig gewesen, dass unsere sechs Ostschweizer Kantone eine gemeinsame Spitalplanung hätten erstellen können. Wir sind sehr unglücklich darüber, dass diese gescheitert ist. Es gab aber einfach gewisse Grundsätze, von denen wir nicht abweichen konnten, obwohl dies von Seiten der Bündner und Thurgauer erwünscht gewesen wäre. Darum mussten wir beispielweise sagen, wenn sie nicht bereit sind, die Mindestfallzahlen anzuerkennen, dann scheitert die gemeinsame Planung. Bei anderen Spitälern insbesondere in abgelegenen Tälern wie Ilanz waren wir bereit Ausnahmen zu machen. Nachdem die Bündner aus der Spitalplanung ausgestiegen sind, wollten die Thurgauer auch nicht mehr mitmachen. Es wäre besser gewesen, wenn wenigstens die Thurgauer dabei gewesen wären. Wir erarbeiten jetzt die Spitalplanung für Appenzell Inner- und Ausserrhoden und St.Gallen, wenigstens für drei Kantone.

*Regierungsrat Damann:* Ausführungen gemäss Präsentation (vgl. Beilage 3, Folien 1-17).

*Hartmann-Walenstadt verlässt die Sitzung von 10.35 bis 12.00 Uhr.*

### Fragen

*Louis-Nessler* zu Folie 4: Hier werden die ausserkantonalen Leistungserbringer aufgelistet. Meines Wissens betreibt die thurmed AG auch in Wattwil eine Radiologie. Ich verstehe nicht,

was den Kanton daran schmerzt. Ist es generell deren Leistungserbringung oder ist es die Sogwirkung, welche die Leistungserbringung allgemein und v.a. die Radiologie haben?

Zu Folie 10: Nächste Woche soll zur Viva Group in Flawil kommuniziert werden. Läuft diese Kommunikation über die Viva Group oder den Kanton? Ein Hinweis, der im Toggenburg für Verwirrung sorgte: Bisher waren die GNZ-Standorte im Kantonsratsbeschluss über die Festlegung der Spitalstandorte (sGS 320.202) festgehalten. Darin ist auch das GNZ Wattwil erwähnt, obwohl dieses nicht durch die Spitalverbunde betrieben wird. Vielleicht kann man kommunikativ darauf achten, dass man zum Ausdruck bringt, dass neu der Verwaltungsrat über die GNZ-Standorte der Spitalverbunde oder der neuen Einheit entscheiden kann, damit nicht wieder der Eindruck entsteht, dass der Verwaltungsrat entscheiden kann, ob die Berit Klinik das in Wattwil machen wird.

*Regierungsrat Damann* zur Radiologie in der Berit Klinik: Dabei handelt es sich um einen Vertrag der thurmed AG mit der Berit Klinik. Die thurmed AG betreibt in Goldach und in Speicher die Radiologie bzw. womöglich in allen Berit Kliniken.

Vor allem die kleinen Spitäler werden zunehmend Radiologieleistungen ausschreiben müssen. Das Spital Herisau hat diesen Auftrag nach einer Ausschreibung bereits vergeben, das wurde aber noch nicht kommuniziert. Dabei machten verschiedene Akteure wie beispielsweise auch Spitäler in den Kantonen Thurgau und St.Gallen Eingaben. Es handelt sich um einen Wettbewerb. Es ist heute normal, dass Ausschreibungen gemacht werden müssen, wenn die Radiologie eine gewisse Grösse annimmt.

Zur Viva Group: Die Gemeinde Flawil und der Kanton werden nächste Woche an einer öffentlichen Veranstaltung über die Entwicklungen informieren. Ich werde allgemein zur Gesundheitsversorgung im Kanton sprechen. Elmar Metzger, Gemeindepräsident von Flawil, wird Mitteilungen über die Verhandlungen mit der Viva Group machen. Es findet eine Zusammenkunft zwischen der Viva Group und dem Gemeinderat statt, dort wird das weitere Vorgehen diskutiert werden. Welche weiteren Schritte unternommen werden, weiss ich nicht. Ich habe die Machbarkeitsstudie noch nicht gesehen.

Zum GNZ Wattwil: Wir hätten das GNZ Wattwil eigentlich aus dem Kantonsratsbeschluss über die Festlegung der Spitalstandorte streichen müssen. Nach der Veräusserung des Spitals Walenstadt an das Kantonsspital Graubünden wurde der Kantonsratsbeschluss entsprechend angepasst, wobei der Standort Walenstadt nicht mehr als Standort der Spitalverbunde figuriert.

*Stefania Mojon*: Zur Frage von Louis-Nessler, was schmerzt, wenn andere im Kanton Radiologiezentren betreiben: Es schmerzt nicht, dass andere diese betreiben, sondern es schmerzt, dass unsere Spitäler nicht dürfen, was andere dürfen. Dieses Subsidiaritätsprinzip schmerzt. Zum Kantonsratsbeschluss über die Festlegung der Spitalstandorte: Die Tatsache, dass die Standorte mit einem GNZ dort verankert sind, bedeutet für unsere Spitäler nach dem Subsidiaritätsprinzip, dass sie in der Pflicht wären, diese GNZ zu betreiben, wenn Private dies nicht mehr tun würden.

*Sulzer-Wil* zur Folie 4: Wenn ich diese Liste betrachte, habe ich den Eindruck, dass das Angebot im ambulanten Bereich ziemlich gesättigt ist. Wenn unsere Spitäler hier Handlungsspielraum erhalten würden, um ebenfalls Angebote zu machen, besteht dann überhaupt noch Bedarf, oder besteht die Gefahr eines unnötigen Überangebots, welches wieder entsprechende Kosten auslöst? Oder geht es darum, dass man einen Fuss hineinsetzen kann, wenn sich neue Möglichkeiten ergeben sollten?

*Regierungsrat Damann*: Sie haben Recht, es bestehen bereits sehr viele Angebote. Ich glaube auch nicht, dass das ein Thema für den Spitalverbund ist. Als Beispiel sind Augenpraxen teils sehr schwierig zu besetzen. Hier wäre eine Variante, dass ein Oberarzt der Augenklinik während drei Tagen eine Augenpraxis übernimmt und an zwei Tagen im Kantonsspital arbeitet und

dort auch seine Patienten operieren könnte. So ist es angedacht, dass man dort ersetzt, wo jemand nicht kann. Es ist ganz klar, wenn man etwas übernehmen würde, das nicht rentiert, müsste man es wieder schliessen. Die Kinderarztpraxis in Buchs rentierte erst im Jahr 2022 zum ersten Mal. Wir haben im Trägerverein ernsthaft diskutiert, diese zu schliessen. Es muss profitabel sein. Einen gewissen Profit erzielen wir, weil wir die Patientenströme lenken können. Es braucht keinen grossen Gewinn, aber eine solche Praxis sollte zumindest eine schwarze Null erzielen. Ich habe keine Angst, dass es zu einer gewaltigen Ausdehnung führt und das Angebot massiv erhöht wird. Dort, wo eine Lücke vorhanden ist, wo man vielleicht Probleme hat, jemanden zu rekrutieren, kann der Spitalverbund eingreifen und auch mitbieten. Bei der Radiologie könnten sie diese Aufgaben auch übernehmen, dann spielt der Wettbewerb und derjenige, der mehr bezahlt, gewinnt. Das kann natürlich zu einer Preissteigerung führen und der Verkäufer kann entsprechend einen grösseren Gewinn erzielen. Hier benötigen sie gleich lange Spiesse, um auf diesem Markt, auf dem mehr Wettbewerb entstehen wird, mitspielen können. Ansonsten werden sie immer mehr eingeengt und haben schlussendlich nur noch Sachen, die nicht mehr interessant sind und die Defizite werden immer grösser.

*Müller-Lichtensteig* zu den ambulanten Angeboten: Wird es in den nächsten Jahren nicht zu einer massiven, durch den Bund gesteuerten Ausweitung der Ambulantisierung kommen? Es muss mehr ambulant angeboten werden. Im interkantonalen Kontext stehen wir eigentlich noch nirgends bezüglich der ambulante Angebote.

Zu den GNZ: Für mich passt es, wenn man sagt, dass die Spitalverbunde zum Einsatz kommen, wenn niemand sonst anbietet. Es ist richtig, dies so im Gesetz zu verankern. Wo verankern wir aber die GNZ sinnvollerweise? Für mich gehören sie nicht in dieses Gesetz. Gehören sie vielleicht in das Gesundheitsgesetz, bei dem der Kanton bzw. die Regierung verpflichtet ist, entsprechend etwas aufzubauen, um die Versorgung sicherzustellen? Wo will man das sinnvollerweise gesetzlich verankern?

Wenn man für die GNZ einen fixen Standort wie z.B. Rorschach festhält, ist das problematisch, wenn sich das GNZ dann in Rorschacherberg befindet. Hat man sich dazu eine alternative Formulierung überlegt, um nicht in ein solches Dilemma zu geraten?

Zur AG: Was wäre an diesem Prozess so aufwendig? Wie würde ein Prozess aussehen, damit wir den Schritt in eine AG jetzt machen könnten? Es tönt für mich so, als möchte man jetzt den ersten und in ein paar Jahren vielleicht den zweiten Schritt machen. Wäre es nicht besser, jetzt diese Schritte zu gehen?

*Regierungsrat Damann*: Sie haben Recht, ambulante Angebote werden künftig insgesamt zunehmen. Meine Antwort an Sulzer-Wil betraf die bestehende Nachfragesituation und die ambulanten Angebote von niedergelassenen Ärzten. Die Aufhebung des Subsidiaritätsprinzips wird an sich nicht zu einer wesentlichen Ausdehnung des ambulanten Angebots führen. Natürlich nimmt die Bevölkerungszahl zu und wir werden älter, die Bevölkerungsstruktur verändert sich, was tendenziell zu einer grösseren Nachfrage nach Gesundheitsleistungen führen wird. Und die Verlagerung von stationär zu ambulant wird ebenfalls zunehmen. Mit der einheitlichen Finanzierung, welche National- und Ständerat in der Dezembersession genehmigten, wird der Kanton auch an die ambulante Behandlung bezahlen müssen, das wird sicher zu einer Änderung führen. Für die Krankenkassen wird sich etwas ändern, weil wir ambulante Angebote mitfinanzieren, dafür weniger an stationäre Betreuung bezahlen.

Ob man die GNZ ins Gesundheitsgesetz aufnehmen soll? Ich nehme das gerne so auf, dass man vielleicht eine Umschreibung im Gesundheitsgesetz aufnehmen will. Die Standorte würde ich nicht im Gesetz aufführen. Es wäre zu komplex, wenn wir bei Standortwechsel immer eine Gesetzesänderung vornehmen müssten.

Zu Gründung einer AG: Bei der Rettung konnte man in relativ kurzer Zeit per 1. Januar 2024 eine AG gründen. Dadurch konnte man die Rettung z.B. mit Appenzell Ausserrhoden zusammenschliessen und in einem nächsten Schritt vielleicht noch mit Regio 144. Bei einer AG sind

Kooperationen und Zusammenschlüsse einfacher. Den Spitalverbund in eine AG umzuwandeln, würde eine grundlegende Anpassung des Gesetzes über die Spitalverbunde voraussetzen. Bei der Rettung stellte man fest, wie komplex die Gründung einer AG war, obwohl man davon ausging, dass das einfach sei. Es gab grosse Diskussionen um die Finanzen usw. Die Umwandlung des Spitalverbunds zu einer AG hätte wohl auch zu mehr Opposition geführt. Unser Ziel ist, das Geschäft ohne Referendum zu verabschieden. Deshalb hat sich die Regierung entschieden, mit der bisherigen Rechtsform weiterzufahren. Der Spitalverwaltungsrat hätte tendenziell die Rechtsform der AG bevorzugt, aber sie konnten sich mit unserer Entscheidung abfinden. Die Freiheit, die man erteilt, ist bei einer öffentlich-rechtlichen Anstalt unter Umständen fast grösser als bei einer AG, weil die Bestimmungen des Obligationenrechts (SR 220) nicht zur Anwendung kommen. Bei der Gründung einer AG hätten die Spitäler Wil und Uznach Konkurs anmelden müssen, denn sie verfügen nicht über Eigenkapital. Bei der Ausfinanzierung können wir nicht einfach Geld in eine AG einfliessen lassen. Bei einer AG wird vorgeschrieben, wann man Konkurs anmelden muss. Jene Spitäler mit negativem Eigenkapital hätten Konkurs anmelden müssen. Wenn die mir aktuell bekannten Zahlen aus dem Jahr 2023 stimmen, müssten sie jetzt bereits wieder Konkurs anmelden. Wenn die Spitäler eine gewisse Selbständigkeit haben und die Eigenkapitalquote wieder bei 25 Prozent liegt, besteht auch nicht mehr der gleiche Zeitdruck und man kann nochmals über die Umwandlung der Rechtsform in eine AG diskutieren.

*Stefan Lichtensteiger:* Regierungsrat Damann hat das richtig ausgeführt. Aus operativer Sicht sind wir der Meinung, dass uns eine sehr ausgewogene Vorlage vorliegt, die uns den nötigen unternehmerischen Spielraum gewährt. Das ist nicht zwingend von der Rechtsform abhängig. Trotzdem wäre in Zukunft im Sinne einer Weiterentwicklung auch eine Rechtsformänderung in eine AG immer noch möglich. Wo es jetzt schon zu den meisten Veränderungen führen würde, ist in den Köpfen der Mitarbeitenden, denn es ist etwas anderes, ob man als AG im Markt steht oder als öffentliche-rechtliche Institution. Für uns ist das aber nicht zwingend notwendig. Für uns ist die Geschwindigkeit der Gesetzesänderung entscheidend. Wir brauchen diesen Handlungsspielraum so schnell wie möglich. Wenn wir jetzt eine Rechtsformänderung in Betracht ziehen würden, würde das deutlich länger dauern.

*Müller-Lichtensteig:* Das Hauptargument, das dagegenspricht, ist das Tempo für den gewünschten Handlungsfreiraum?

*Stefania Mojon:* Sowie das Konkursrecht.

*Müller-Lichtensteig:* Die Ambulantisierung könnte auch zu einer Zunahme der Dezentralisierung führen, wenn gewisse Angebote (Radiologie) in den Regionen sind. Gegen eine solche Dezentralisierung könnten sie dann aktiv werden, was heute schwierig wäre.

*Regierungsrat Damann:* Die Ambulantisierung kann und soll dazu führen, dass ambulante Leistungen auch in die Regionen verlagert werden. Aber ich glaube nicht, dass es in Zukunft im Kanton St.Gallen viele ambulante, operative Zentren geben wird. Dafür wäre die Infrastruktur zu teuer – ein solches Zentrum benötigt eine gewisse Grösse. Wattwil und Goldach haben ein solche ambulante Zentren der Berit Klink, dazu kommt das Spital Stephanshorn. Beim Kantonsspital ist das ambulante Angebot weitestgehend im Spital integriert. Damit bin ich aber nicht immer ganz glücklich, denn die Abläufe sind anders als in einem rein ambulanten Zentrum. «The Circle» hatte, solange sie dem Universitätsspital angeschlossen waren, einen Deckungsgrad von 84 Prozent, d.h. 16 Prozent Defizit. Jetzt liegen sie bei 98 Prozent und befinden sich zur Miete in einer sehr teuren Immobilie. Sie konnten den Deckungsgrad massiv verbessern, da die Abläufe anders sind und auch anderes Personal angestellt wurde. Im Circle sind es weitgehend keine Pflegenden mehr, sondern Medizinische Praxisassistentinnen und -assistenten (abgekürzt MPA). Man braucht dort nicht unbedingt viel Pflegepersonal. Wenn man ambulant von stationär trennt, kann man in ambulanten Zentren effizienter arbeiten. Wir werden sicher auch

beim Kantonsspital in der Geschäftsleitung und im Verwaltungsrat diskutieren, was in diese Richtung unternommen werden soll. Ich bin der Meinung, dass der Spitalverbund hier die Freiheit braucht, dass er auch mit einem privaten Anbieter zusammenarbeiten kann. Wir müssen vom Gedanken wegkommen, dass die Gesundheitsversorgung nur öffentlich oder nur privat sein soll. Wir brauchen eine gute, bezahlbare Gesundheitsversorgung für die gesamte Bevölkerung. Das kann auch ein Miteinander sein. Seinerzeit, als es um die Spitalfinanzierung ging, wollte man genau das erreichen, dass private und öffentliche Angebote durchlässiger werden. Ich bin gespannt, wie es sich in Genf entwickeln wird. Dort wurde durch die Hirslanden und die Universitätsklinik ein riesiges Zentrum gebaut. In bisherigen Gesprächen waren die privaten Kliniken relativ offen, um hier allenfalls einen gewissen Einstieg vorzunehmen.

*Stefan Lichtensteiger:* Die Zukunft der Gesundheitsversorgung wird je länger je mehr ambulant sein, aber es geht nicht darum, dass immer mehr zusätzliche ambulante Angebote geschaffen werden, oft handelt es sich auch um Verlagerungen der Standorte von ambulanten Angeboten – was bspw. aktuell im Campus behandelt wird, kann neu in die Regionen verlagert werden, wie z.B. der Bereich Sprechstunden betreffend die Rekrutierung von Patienten. Damit kann man auch Einfluss auf die Patientenströme in Richtung Zentrumsspital nehmen.

*Stefania Mojon* zum Vorschlag, im Gesetz die Standorte der GNZ zu verankern: Der Markt der Gesundheitsversorgung befindet sich in einem enormen Wandel. Eine Gesetzesanpassung dauert mindestens zwei Jahre. Wir haben im Rahmen dieser Vorlage versucht, die Kompetenz zur Festlegung der GNZ-Standorte auf Stufe der Regierung zu verankern, was bei Bedarf die Flexibilität erlaubt, z.B. eine Verschiebung von Rorschach nach Rorschacherberg vorzunehmen. In einem Gesetz wäre ein Standort langfristig verankert und dies würde in einem ziemlichen Gegensatz zu einem Markt stehen, der einem starken Wandel unterworfen ist und in dem ein plötzlicher Bedarf in einer bestimmten Region entstehen oder anderweitig gedeckt werden kann. Im Moment steht im Gesetz über die Spitalverbunde (sGS 320.2; abgekürzt GSV), dass der Kantonsrat die Standorte mit einem GNZ festlegen kann. Das GSV richtet sich im Rahmen des Subsidiaritätsprinzips an unsere Spitäler. Würde man diese Kompetenz im Gesetz über die Spitalplanung und Finanzierung (sGS 320.1; abgekürzt SPFG) verankern, wäre die Abstraktionsstufe höher und man würde alle Spitäler auf der Spitalliste des Kantons adressieren. Im Gesundheitsgesetz wäre es eine noch höhere Abstraktionsstufe, die sich an alle Beteiligten im Gesundheitswesen richtet. Die Festlegung der Standorte im Gesetz über die Spitalplanung und Finanzierung oder im Gesundheitsgesetz wäre daher schwierig.

*Lippuner-Grabs:* Die GNZ-Frage hat mich im Vorfeld tatsächlich auch beschäftigt. Ich kam zu ähnlichen Schlüssen und Gedanken, wie sie hier bereits diskutiert wurden. Eigentlich haben wir heute eine falsche Situation. Im Kantonsratsbeschluss über die Spitalstandorte (sGS 320.202) wird festgehalten, dass der Kantonsrat die GNZ-Standorte definiert. Der Kantonsrat definierte vier Standorte und zwei davon haben mit dem Spitalverbund nichts zu tun. Es handelt sich um eine absurde Situation. In dem Sinn ist es sicher richtig, dass man das aus dem Gesetz über die Spitalstandorte herausnimmt. Mit Art. 24 SPFG besteht eine ausreichende Grundlage bzgl. der GNZ. Der heutige Kantonsratsbeschluss über die Gewährung von Beiträgen für die Notfallversorgung (sGS 320.203) beinhaltet zwei Dinge: Einerseits Beiträge an die vier Notfallregionen und andererseits unter Ziff. 2 die 6,25 Mio. Franken an die GNZ. Ich bin der Meinung, auch die Beiträge an die GNZ referenzieren auf Art. 24 SPFG. Entsprechend liegt eine gesetzliche Grundlage vor. Wie wird das in Zukunft festgelegt werden? Im Vorfeld kam tatsächlich die Befürchtung auf, dass der Verwaltungsrat des künftigen Spitalverbundes beinahe die ganze Konkurrenz auslöschen kann, indem er die Aufhebung der GNZ-Standorte beschliesst. Wir haben gehört, dass dem nicht so ist. Ich frage mich aber, ob man im Kantonsratsbeschluss über die Gewährung von Beiträgen für die Notfallversorgung in Ziff. 2 nicht aufschlüsseln müsste, welcher GNZ-Standort wie viel erhält. Budgetiert und festgelegt werden muss es sowieso. So hätte man immerhin die einzelnen GNZ-Standorte namentlich aufgeführt.

*Regierungsrat Damann:* Es bieten sich der Politik verschiedene Möglichkeiten. Einerseits übernimmt das Amt die gesamte Planung. Ein GNZ fällt teils auch unter diese Planung. Die Berit Klinik hat bspw. einen Leistungsauftrag und erhält einen Beitrag für die Aufrechterhaltung der Notfallversorgung vom Kanton. Gemäss Kantonsratsbeschluss über die Gewährung von Beiträgen für die Notfallversorgung stehen uns 6,25 Mio. Franken zur Verfügung. Diese brauchen wir im Augenblick nicht, sondern lediglich 1,6 Mio. Franken für Wattwil, dadurch besteht Spielraum. Wir können als Regierung, wenn wir feststellen, dass die Versorgung irgendwo nicht mehr sichergestellt ist, entscheiden, dass ein Gesundheitszentrum (GZ) erstellt werden kann. Das «N» für Notfall lasse ich immer öfter weg, denn dort spielt auch die Rettung eine sehr wichtige Rolle. Diese wollen wir an den Standorten allenfalls verbessern. In Gossau und Herisau, so nahe beieinander, machen zwei Rettungsstützpunkte keinen Sinn. Falls es einen Zusammenschluss mit Appenzell Ausserrrhoden geben sollte, würde man die Rettung in Gossau allenfalls etwas verschieben – das muss möglich sein. Wir planen ganz genau, wo wir Rettungsstützpunkte am besten realisieren können, sodass der Rettungsdienst in 90 Prozent der Fälle in maximal 15 Minuten beim Patienten oder bei der Patientin sein kann. 100 Prozent erreichen wir nicht, weil wir z.B. Vättis oder das Weisstannental nicht in 15 Minuten erreichen. Es wird genau abgewogen, wo der beste Ort für einen Stützpunkt liegt. Wir hoffen, dass wir bei der Rettung mit dem Kanton Thurgau zusammenarbeiten können, v.a. in den Randgebieten. Dort befinden sich die Rettungsstützpunkte zum Teil sehr nahe beieinander (Arbon, Thal). Es ist wichtig, dass man versucht, die ganze Rettung noch besser zu vernetzen. Sie machen jetzt bereits einen guten Job, aber sie müssen noch besser auf unsere Regionen abgestimmt werden. Ich glaube, es bestehen ausreichend Möglichkeiten, dass GZ im Kanton dort betrieben werden können, wo sie nötig sind. Hier müssen wir über die Kantonsgrenze hinausdenken, denn diese existiert bei der Gesundheitsversorgung nicht mehr. Die Gesundheitsversorgung geschieht grenzüberschreitend, wir müssen uns nach den Patientenströmen richten. Ich staune, wie die Gesundheitsversorgung uns diese Patientenströme aufzeigen kann, und diese orientieren sich nicht an der Kantonsgrenze. Deshalb wäre es wichtig, dass wir Kantonsgrenzen übergreifend gemeinsam planen können. Die Bevölkerung von Arbon ist z.B. eher nach St.Gallen ausgerichtet als nach Münsterlingen oder Frauenfeld. Jene in Rapperswil ist mehr in Richtung Männedorf orientiert, das Sarganserland weitgehend nach Chur. Das lässt sich nicht ändern und ist einfach Fakt. Als ich noch meine Praxis in Gossau hatte, schickte ich viele Patienten nach Herisau. Wir müssen flexibler werden und in einem grösseren Rahmen denken.

Wir müssen aufpassen, dass wir die GZ-Standorte nicht gesetzlich festlegen. Im Gesundheitsgesetz kann der Begriff «Gesundheitsversorgung» definiert werden bzw. wie diese gewährleistet sein muss. Dort kann man darauf hinweisen, dass die Gesundheitsversorgung im gesamten Kanton gewährleistet sein muss, und dass die Regierung eingreifen kann, falls sie irgendwo nicht mehr gewährleistet sein sollte.

Wenn man im Toggenburg ein GZ aufbauen würde, wäre das wirklich fraglich. Von uns würden sie keinen Leistungsauftrag und keine finanzielle Unterstützung erhalten, da wir per 1. April 2024 eine Leistungsvereinbarung mit der Berit Klinik haben – das wird sich nicht ändern. Wir machen keinen Unterschied zwischen privat oder öffentlich. Wir prüfen, welches Angebot nötig ist. Wenn eine Leistungsvereinbarung besteht, dann gilt diese üblicherweise für acht Jahre. Wenn es wieder eine neue Leistungsvereinbarung braucht, hoffen wir, dass für die Planung noch mehr Kantone dabei sein werden. Es wird eine Ausschreibung geben und jeder kann sich um einen Leistungsauftrag für die stationäre Notfallversorgung am GNZ bewerben. Dieser Wettbewerb ist von der Politik gewollt. Aber derjenige, der bereits ein GZ betreibt, hat einen grossen Vorteil, denn ein neuer Standort muss alles neu aufbauen. Dafür ist das Interesse nicht allzu gross, denn das kostet. Dadurch besteht keine grosse Gefahr, dass irgendwo zwei GZ nebeneinander aufgebaut werden.

*Raths-Rorschach* legt seine Interessen als Stadtpräsident von Rorschach offen.

Die Schliessung der fünf Spitäler liegt rund vier Jahre zurück. Ich war immer der Meinung, dass Rorschach nicht leer ausgehen wird. Wir haben jetzt ein ambulantes GZ. Mir fällt auch auf, dass wir wieder ganz stark von GNZ sprechen. Regierungsrat Damann erwähnte, dass ihn das «N» störe. Ich brauchte ganz viel Überzeugungskraft in Rorschach, um dieses «N» aus den Köpfen zu bringen. Das ist v.a. bei den alten Einwohnern tief verankert. In Rorschach heisst es ambulantes Gesundheitszentrum (AGZ). Muss es in Zukunft ein «N» sein, wenn man eigentlich von einem AGZ spricht?

Es versetzt mir einen Stich, wenn das Spital Rorschach erwähnt wird. Und jetzt haben wir das AGZ Rorschacherberg. Gestern hatte ich eine Sitzung mit Vertretern des Spitalverbundes, dabei ging es um den Verkauf der Liegenschaft des Spitals Rorschach. Ich brachte dort den Wunsch an, dass es AGZ Region Rorschach heisst, mit Sitz in Rorschacherberg. So vertrete ich das auch politisch.

*Warzinek-Mels*: Wir befinden uns mitten in der Diskussion und es ist sehr schwierig, sich auf einzelne Fragen zu fokussieren. Ich versuche, zwei Fragen aufzugreifen, die mir am Herzen liegen. Für mich persönlich wäre es wichtig, dass wir mit der Verabschiedung dieses Geschäfts einen sauberen Schritt machen, damit alles möglichst abschliessend und gut geregelt ist. Wir haben viel über die GNZ gesprochen – ein sehr problematischer Begriff, von dem ich wegkommen möchte. Wir wollen die vier bestehenden Standorte weiterhin so belassen, dass der Kantonsrat darüber beschliesst. Ist das nicht halbherzig? Wenn man den Standort Wil neu bauen würde und der Verwaltungsrat zur Überzeugung käme, dass es gut wäre, wenn man nach Zuzwil ziehen würde, dann kommt das Ganze als Vorlage in den Kantonsrat, nur, weil man von Wil nach Zuzwil zügelt. Vielleicht hat der Verwaltungsrat eine ganz andere Idee, die gut ist, dann befinden wir uns wieder auf der politischen Schiene. Ist es Ihre innerste Überzeugung, dass weiterhin der Kantonsrat über diese vier Standorte entscheiden muss? Ich äussere dazu meine Bedenken.

Zu Stefan Kuhn: Wir sprachen über die Zusammensetzung des Verwaltungsrats. Wir haben heute festgestellt, dass diese einen riesigen Impact darauf hat, was die Spitalverbunde im ambulanten Bereich machen. Ich spreche hier auch als Vertreter der niedergelassenen Ärzteschaft. Es betrifft die niedergelassenen Ärzte sehr stark und wird sie künftig noch mehr betreffen, was das Spitalunternehmen macht. Die kantonale Ärztesgesellschaft schickte seit vielen Jahren immer eine sehr gute Vertretung in den Verwaltungsrat. Der erwähnte Abstimmungsnotfall Rapperswil-Jona ging etwas an der kantonalen Ärztesgesellschaft vorbei und scheiterte. Wenn man das mit der Ärzteschaft taktet, ist der Weg zum Erfolg wahrscheinlicher. Wie gewünscht ist eine ärztliche Vertretung im Verwaltungsrat? Ich könnte mir letztlich doch vorstellen, dass das noch ins Gesetz gehört, dass die niedergelassene Ärzteschaft im Verwaltungsrat vertreten sein sollte.

*Regierungsrat Damann*: Es ist zwar ein Hindernis für die Spitalverbunde, wenn der Kantonsrat über eine allfällige Schliessung eines Standorts entscheidet. In der Regierung sind wir jedoch der Meinung, dass die Schliessung eines bestehenden Spitals ein Prozess ist, der eine gewisse Zeit benötigt und die Öffentlichkeit bewegt. Daher wurde diese Kompetenz des Kantonsrats im Gesetz belassen. Es stellt sich die Frage, ob es ein Referendum geben würde, wenn wir diese Bestimmung aufheben.

Wir wollen ein allfälliges Referendum vermeiden. Die Regierung ist der Meinung, dass man die Kompetenz über die bestehenden Spitalstandorte zu entscheiden, beim Kantonsrat belassen kann, auch in Bezug auf den Bericht, den wir für Wil erstellen müssen. Wenn im Bericht steht, dass man in Wil keinen Neubau erstellen kann, da dies nicht rentieren würde, dann wäre für dieses Spital das Todesurteil gesprochen. Es müsste ein Prozess für eine allfällige Schliessung des Spitals eingeleitet werden. Wir haben das lange in der Regierung diskutiert mit einer klaren Haltung, dass der Kantonsrat über den Verzicht auf die Standorte St.Gallen, Grabs, Uznach und Wil entscheiden soll.

*Stefan Kuhn:* Bei der Ärztesgesellschaft herrscht keine Konkurrenz im Verwaltungsrat. Wichtig ist, dass wir in Diskussion sind.

Zur Befürchtung, dass wir überall ambulante Angebote eröffnen: Wir werden mit der Ärzteschaft in ständiger Diskussion sein. Es finden zweimal im Jahr Treffen statt. Wir sehen uns viel mehr als Partner, denn für uns sind diese Zuweiser sehr wichtig. Es wird aber auch zu einer Veränderung in der Ärztestruktur kommen. Wenn ein Arzt seine Praxis aufgeben will, dann muss man sich überlegen, ob man vielleicht in Zukunft gemeinsam etwas machen kann. Es gibt immer mehr Ärzte, die ihre Praxen aufgeben müssen – darunter auch ein Mitglied unseres Verwaltungsrats –, weil keine Nachfolge gefunden wird. Viele Ärzte interessiert die Führung einer Praxis nicht, sie sind lieber angestellt mit einem klaren Leben und der Möglichkeit, sich auf das Medizinische zu konzentrieren. Wichtig ist, dass dieser Austausch gepflegt wird und man aufeinander zugeht. Die Entscheide im Verwaltungsrat werden nicht besser oder schlechter, wenn dauernd jemand Einsitz nimmt. Wir haben sowieso medizinische Vertreter im Verwaltungsrat, aktuell sind es drei Personen. Will man den Verwaltungsrat künftig eher verkleinern, dann wären neun Mitglieder als Höchststufe sicher richtig. Meines Erachtens würde es auch mit fünf Personen gehen, noch besser wäre es mit sieben, damit eine Ausgewogenheit der Struktur und Kompetenzen der Mitglieder besteht. Ich bin aber gegen eine feste Vorschrift.

*Gschwend-Altstätten:* Es geht mir bezüglich der GNZ genau wie Raths-Rorschach. Man weckt mit dem «N» bei GNZ hohe Erwartungen. Ich sehe das auch im Fall Altstätten. Schon bei den Spitalschliessungen haben Vertreter sowohl aus dem Volkswirtschaftsdepartement wie auch der Regierung an der Kommissionssitzung gesagt, dass das «N» nur enthalten sei, um den Druck bei der Bevölkerung zu vermindern. Wenn man Rorschach, Flawil und vermutlich auch Altstätten betrachtet, dann kann man diese Erwartungen nicht erfüllen und will das auch nicht. Warum spricht man in der Botschaft in Bezug auf Rorschach nach wie vor von GNZ und erklärt nicht, was man sich darunter vorstellen kann, und dass sich dieses «N» von Seiten der Spitalverbunde an einem ganz kleinen Ort befindet?

Als Empfehlung zur Kommunikation: Es wäre eine gute Massnahme um den Druck zu vermindern, wenn man endlich sagen würde, was man sich darunter vorstellt und wie sich dieses «N» in den nächsten Jahren entwickeln soll. Wieso weicht man dieser klaren Definition für den Kantonsrat aber auch für alle Interessierten aus? An der Gesundheitsversorgung sind sicher 90 Prozent der St.Galler Bevölkerung interessiert.

*Kommissionspräsident:* In der Botschaft auf S. 29/30 findet man noch einige Ausführungen dazu. Dort wird aber explizit von GZ gesprochen.

*Regierungsrat Damann:* Das wird in den Abschnitten 2.4 (Standorte der Gesundheits- und Notfallzentren) und 2.4.1 (Ausgangslage) beschrieben. Wir sprechen immer noch von GNZ, weil diese in der Spitalstrategie und im Kantonsratsbeschluss als GNZ bezeichnet sind. Die Ärzteschaft fand die GNZ schon bei der Ausarbeitung der Spitalstrategie nicht gut. Sie wollten es weglassen, aber die Regierung belies es, weil es sich um eine praktikable Lösung handelte. Primär bestimmen die niedergelassenen Ärzte, was vor Ort angeboten wird. In Flawil sprach man sehr schnell nicht mehr von GNZ und hat – wie auch in Rorschach – die Abkürzung GZ gewählt. Es ist auch schweizweit der gebräuchlichere Ausdruck.

Wir sind als Kanton verpflichtet, die Notfallversorgung aufrechtzuerhalten. Diese Aufgabe haben wir an die kantonale Ärztesgesellschaft delegiert. Sie reguliert den Notfalldienst und ist verantwortlich für den Notfalldienst an 365 Tagen während 24 Stunden. In vielen Regionen wurde das geändert, indem man den Notfalldienst z.B. in der Nacht an ein Spital übergibt und dort vorgelagert eine «Hausarztpraxis» geführt wird (St.Gallen, Wil, Uznach). Die Idee ist, dass man im Spital Notfalldienst leistet. Während des Tags ist der Arzt in seiner Praxis und ab 17.00 bis 23.00 Uhr im Spital. Ab 23.00 Uhr triagiert das Spital. Wichtig ist, der «Köfflerli-Doktor» – für diesen Begriff wurde ich einst recht stark kritisiert – sollte in jedem Notfallkreis vorhanden sein.

Dieser macht auch bei kleineren Notfällen Hausbesuche, damit nicht das Krankenauto eingesetzt werden muss. Falls aber jemand mit starken Thoraxschmerzen um 24 Uhr anruft, dann wird der Anruf auf die Nr. 144 umgeleitet, denn da muss sichergestellt werden, ob es kein Herzinfarkt ist. Das kann nicht der Hausarzt vor Ort entscheiden, dazu hat er nicht das nötige Equipment. Es muss vermehrt zu einem Zusammenspiel zwischen den Personen kommen, die in den Spitälern arbeiten, den niedergelassenen Ärzten und der Rettung, damit man die Gesundheitsversorgung und Aufrechterhaltung des Notfalldienstes gewährleisten kann. Auch in den Regionen mit GZ (Flawil, Rorschach) ist die Notfallversorgung gegeben. Klar ist es für einen mobilen Notfallpatienten weiter, wenn er nach St.Gallen fahren muss anstatt ins Spital Rorschach. Es handelt sich aber um eine Distanz, bei der wir der Meinung sind, dass sie verhältnismässig ist. In den Spitälern fand im Zusammenhang mit der Spitalstrategie eine Erhebung statt, wie viele Anrufe in der Nacht noch beim Spital eingehen. Diese Zahl ist sehr klein, sowie auch die Zahl der Notfallpatienten, die zwischen 24 und 6 Uhr ins Spital kommen. Es würde sich um eine recht teure Aufrechterhaltung der Notfallversorgung handeln. Jetzt kann man argumentieren, dass es in einem Spital wenigstens noch stationäre Patienten hat, die in der Nacht einen Arzt brauchen. Im Rahmen der Überarbeitung der Spitalstrategie beantragte eine Initiative der SVP, dass es in jedem GNZ vier Betten braucht. Wir umgingen dies mit der Möglichkeit, dass ein GNZ mit Notfallbetten ausgestattet werden kann und die Initiative wurde zurückgezogen. Auch ich war damals als ehemaliger Arzt nicht glücklich darüber, dass man hier mit Betten arbeiten wollte.

*Tschirky-Gaiserwald:* Die Beschlussvorlage sieht die Aufhebung des Kantonsratsbeschlusses vor, d.h., die Terminologie würde wegfallen. Wir hätten jetzt also die Chance, einen kreativen Namen zu wählen. Ich bin mit meinen Vorrednern einverstanden.

In der Botschaft steht, dass an «bestimmten Orten» GNZ betrieben werden können, wenn die Regierung eine Unterversorgung feststellen sollte. Was ist mit «bestimmten Orten» gemeint?

*Regierungsrat Damann:* Wir sollten vom Begriff GNZ wegkommen. Naheliegender wäre GZ, da dieser Begriff in der Schweiz üblich ist.

Ein Beispiel: Gehen wir davon aus, dass es im oberen Toggenburg keine Hausärzte mehr hat. Es stellt sich die Frage, ob die Versorgung dort gewährleistet ist. Dann könnten wir als Regierung dem Spitalverbund den Auftrag erteilen, dort ein GZ zu betreiben. Vernünftig wäre, wenn sie dort nicht einfach einen Allgemeinarzt einsetzen, sondern es würde vielleicht einmal im Monat auch ein Rheumatologe eine Sprechstunde machen, ein Chirurg für Nachkontrollen oder ein Urologe, damit auch Fachleute dort sind.

*Stefania Mojon:* Mit «bestimmten Orten» meinen wir Orte, an denen die Regierung bestimmen kann, dass die Gesundheitsversorgung nicht sichergestellt ist, und nicht Orte, die in einem Gesetz oder Kantonsratsbeschluss festgelegt sind. An bestimmten Orten können GNZ betrieben werden. Das können auch GZ, Notfallzentren (NZ) oder eben GNZ sein. Aus der Terminologie geht für mich hervor, dass die Regierung bestimmen kann, an welchen Orten ein Bedarf besteht. Ich kann das noch legislativ abklären, aber für mich scheint die Terminologie relativ offen zu sein.

*Müller-Lichtensteig:* Ich möchte eine Lanze für die GNZ brechen. Die Frage der Terminologie ist spannend und wichtig. Wir könnten sie auch in diesem Geschäft präzisieren, denn es gibt ein GNZ in Wattwil, das meiner Meinung nach funktioniert. Über die genaue Ausprägung finden noch Diskussionen statt. Welche Veränderungen sind dort vorgesehen, welche im Prozess vor drei Jahren nicht vorgesehen waren?

*Regierungsrat Damann:* Auch, wenn der Begriff GNZ nicht mehr erwähnt ist, kann sich Wattwil natürlich weiterhin als GNZ bezeichnen.

*Louis-Nesslau:* In der öffentlichen Kommunikation wird Wattwil als GNZ bezeichnet.

*Regierungsrat Damann:* Diese Begrifflichkeit, sei es GNZ oder GZ, ist sehr vage. Damals in der Spitalstrategie legten wir dar, wie ein GNZ aussehen könnte. Es wurde aber immer betont, dass das Leistungsangebots eines GNZ nicht klar definiert sei. Es kann in Rorschach ganz anders sein als in Flawil, Altstätten oder in Wattwil. Das hängt von den Bedürfnissen ab. Man kann nicht vorschreiben, was angeboten werden soll, wenn keine Bedürfnisse bestehen, weil vielleicht eine niedergelassene Arztpraxis vor Ort ist. Wenn es in diesem Ort bereits einen Kardiologen mit einer Praxis hat, dann braucht es in einem GZ keinen Kardiologen mehr. Es ist ganz wichtig, dass man die Spezifität berücksichtigt.

Für die Regierung war damals wie heute klar, dass es an diesen Orten kein Spital mehr geben darf – das ist der Streitpunkt mit Wattwil. Wenn wir dort freigeben, dass sie Notfälle unbeschränkt in der Zeitdauer behandeln können, dann ist das ein erster Schritt zurück zu einem Spital. Wir haben das Gefühl, dass weder Volk, Kantonsrat noch Regierung das wollen. In der Kantonsratsvorlage hiess es, dass das stationäre Notfallangebot eines GNZ ein Bettenangebot für stationäre Kurzaufenthalte von in der Regel höchstens 24 Stunden umfassen darf. Wir haben «in der Regel» so ausgelegt, dass das nicht als «immer» zu verstehen ist und uns im Rahmen der Spitalplanung deshalb für einen stationären Aufenthalt an einem GNZ von maximal zwei Nächten entschieden. Wir sind der Meinung, dass wir an dem festhalten müssen, denn es darf natürlich nicht sein, dass wir an diesen Standorten wieder kleine Spitäler mit zehn bis fünfzehn Betten haben. Auch die Qualität wäre dann nicht mehr ganz sicher gewährleistet. Bei den heutigen multimorbiden Patienten – wenn jemand länger im Spital bleiben muss –, besteht die Gefahr, dass andere Komplikationen auftreten, für die eine solch kleine Einheit die Betreuung häufig nicht mehr in der erforderlichen Qualität gewährleisten kann.

*Lippuner-Grabs* zur Folie 11 zum Thema «Aufhebung des Subsidiaritätsprinzips»: Es wird festgehalten, dass das Bundesgericht die unternehmerische Tätigkeit des Staates zulässt, solange private Angebote nicht vom Markt verdrängt werden. Wir unterstützen diese Aufhebung, aber wir haben jetzt in kürzester Zeit zwei Sanierungen von 88 Mio. Franken im Jahr 2020 und 163 Mio. Franken im Jahr 2023 hinter uns. Wenn der Spitalverbund seine Defizite fortlaufend mit Staatsbeiträgen in Form von Kontokorrentbezügen, Umwandlungen in Darlehen und Wertberichtigungen tilgt, weil es niemandem weh tut, ist es für den privatrechtlichen Mitbewerber nicht ganz so unproblematisch, wenn sich der Spitalverbund auf diesem freien Markt bewegt. Diese horrenden Defizite müssen zuerst verschwinden, und es muss im Nachgang sehr rasch eine Umwandlung in eine AG stattfinden. Ansonsten haben wir immer das Problem, dass latent der Kanton unmittelbar geradestehen muss. Jedes Mal, wenn ein neues Angebot eröffnet wird, steht immer der Verdacht im Raum, dass es über Sanierungsbeiträge querfinanziert wird.

*Warzinek-Mels:* Ich bin dankbar für die Ausführungen von Lippuner-Grabs, denn das umtreibt auch die niedergelassene Ärzteschaft, die übrigens hinter der Aufhebung dieses Subsidiaritätsprinzips steht. Wir tragen das mit, aber es gibt Punkte, die gut bedacht werden müssen. Wie müssen wir uns das ganz konkret vorstellen, wenn sich z.B. in fünf Jahren im Sarganserland die Bündner oder in Wattwil die Berit Klinik verabschieden? Es müsste wie folgt formuliert werden: «Der Kanton stellt versorgungspolitisch die notwendigen Leistungen sicher.» Wie muss ich mir das vorstellen? Würde der Kanton dann eine Art Ausschreibung machen? Wird er gewisse Erwartungen an einen Leistungserbringer haben und diese mit bestimmten finanziellen Leistungen verknüpfen? Hätten bei einer Ausschreibung Private wie auch Spitalverbände die gleich langen Spiesse? Es sollte sichergestellt sein, dass die gleich langen Spiesse für die Niedergelassenen wie auch die Privaten gelten.

*Regierungsrat Damann:* Wir hoffen, dass wir die Spitäler bald nicht mehr finanziell unterstützen müssen. Die finanzielle Verantwortung hat der Verwaltungsrat. Wir hoffen, dass die Massnahmen des letzten Jahres ein erster Schritt zur finanziellen Unabhängigkeit sind. GNZ-Leistungen,

die sich auf der Spitalliste Akutsomatik befinden und / oder die vom Kanton finanziell unterstützt werden, werden ausgeschrieben. Es werden Leistungsvereinbarungen abgeschlossen. Kommt aber keine Eingabe, dann können wir die Spitalverbunde verpflichten und müssen sie dementsprechend auch entschädigen. Die Spitalverbunde würden dann den Betrieb übernehmen, wir würden sie für die ungedeckten Kosten entschädigen. Alle acht Jahre wird eine neue Spitalliste Akutsomatik erstellt und die Leistungsgruppen werden ausgeschrieben und alle können sich um einen Leistungsauftrag bewerben. Wenn sich jemand dafür bewirbt, müssen wir prüfen, wem wir den Auftrag übergeben, ähnlich wie bei der Revierversorgung bei der Jagd. Die Tendenz ist, dass die Vergabe derjenige erhält, der bereits eine Leistungsvereinbarung hatte, wenn die Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsanforderungen eingehalten werden und er die Mindestfallzahl erfüllt. Der entscheidende Punkt ist: Wir dürfen keine Leistungsaufträge erteilen, die zu einem Überangebot führen würden. Die Herzchirurgie am KSSG erfolgt ganz klar in Kooperation mit dem Universitätsspital Zürich. Hätten wir alleine eine Herzchirurgie aufgebaut, hätte das Bundesverwaltungsgericht wahrscheinlich entschieden, dass dies zu einer Ausweitung des Leistungsangebots führt. Durch die Kooperation mit Zürich werden jetzt die St.Galler Patientinnen und Patienten, die bisher am Universitätsspital in Zürich operiert wurden, in St.Gallen operiert, u.a. von Ärzten aus Zürich. Dadurch handelt es sich nicht um eine Ausweitung.

*Stefan Kuhn* zu Lippuner-Grabs: Sie wissen, was das Spital in den letzten Jahren mit der ganzen Restrukturierung machen musste? Wir müssen unsere Grundversorgung sicherstellen, wir müssen unsere Patienten und Mitarbeitenden zufriedenstellen, und es ist ein hohes Ziel, dass wir entsprechend finanziell wieder in eine Balance finden. Wir werden Ihnen am Nachmittag unsere Erwartungsrechnung 2023 transparent darlegen. Wir müssen unsere Hausaufgaben erledigen und immer noch Altlasten abarbeiten. Es steht mir nicht zu, hier irgendwelche Themen aus der Vergangenheit aufzurufen, aber es ist so, dass wir immer noch darunter leiden. Chur und Thurgau sind seit 25 Jahren an ihren Neustrukturierungen und konnten das entsprechend entwickeln. Wir sind mehr oder weniger seit dem Jahr 2020 daran, das macht es schwierig und provoziert derartige Verluste. Es ist aber ganz klar, falls wir mehr Handlungsspielraum erhalten, werden wir nicht beginnen, zu expandieren. Wir befinden uns in der Strategieentwicklung, die bald beendet ist. Wir sind uns bewusst, dass wir Eingangspforten schaffen wollen. Diese müssen aber dezidiert betrachtet werden, was will man z.B. an Sprechstunden mehr anbieten usw. Es geht nicht an, dass wir anschliessend dauerhaft Verluste schreiben. Es geht darum, zuerst den Marktanteilsverlust zu stoppen und sich im Anschluss als ambulanten bis akutsomatischen Anbieter zu positionieren. Damit kann man die Patienten früher abholen und sie an die zeitlichen Komponenten heranführen.

*Mittag von 12.00 bis 14.00 Uhr.*

## 2.3 Sicht der Spitalverbunde

*Stefan Kuhn:* Ausführungen gemäss Präsentation (vgl. Beilage 4, Folien 1-6).

*Stefan Lichtensteiger:* Ausführungen gemäss Präsentation (vgl. Beilage 4, Folien 7-14).

*Stefan Kuhn:* Ausführungen gemäss Präsentation (vgl. Beilage 4, Folien 15-20).

*Der Kommissionspräsident weist bezüglich der offengelegten Geschäftszahlen nochmals auf das Kommissionsgeheimnis hin.*

### Fragen

*Raths-Rorschach* zum Budget 2023 und zu den Erwartungen an das Budget 2024: Sind die Planzahlen für das 2024 mit den Ergebnissen aus dem Jahr 2023 realistisch, dass man sich in dieser kurzen Zeit so stark verbessern kann?

*Stefan Kuhn:* Das ist realistisch. Als wir die Werte des ersten Semesters Ende Juni 2023 sahen, waren diese der ausschlaggebende Grund für die Restrukturierung und die unmittelbare Reduktion des Kostenkleids, denn die vorhandene Kostenstruktur passte nicht auf die vorliegenden Patientenfrequenzen. Die auferlegten Fixkosten waren im Verhältnis zum Ertrag zu hoch angesetzt. Darum hat der Verwaltungsrat diese Kosten gesenkt und arbeitet weiterhin daran, wie z.B. über die Zusammenlegung von Bettstationen und Stellenabbau, um mit einer tieferen Kostenstruktur ins neue Jahr 2024 zu schreiten. Ansonsten hätte allein das Kantonsspital letztes Jahr einen Verlust von 24 Mio. Franken gemacht. Dies konnte nun im Budget auf eine schwarze Null gebracht werden.

*Sulzer-Wil:* Ich danke für diese Ausführungen, auch wenn nochmals ersichtlich wird, dass insbesondere die finanziellen Herausforderungen auch im laufenden Jahr gross bleiben. Ich möchte eine andere Herausforderung ansprechen: Die Organisation der einzelnen Standorte, die zu einem Unternehmen zusammengeführt werden sollen. Es soll künftig nur noch eine Geschäftsleitung geben. Diese Spitalstandorte werden dann nicht mehr von mehreren CEO geführt, sondern von Standortleiterinnen und -leitern. Die Botschaft der Regierung bleibt relativ vage, wie diese Ausgestaltung genau aussehen soll. Jetzt hat die vorberatende Kommission einige ergänzende Ausführungen von den Vertretern der Spitalverbände erhalten. Bei der SP-Delegation bleibt trotzdem die Befürchtung, dass der Umbau der Führungsebene in den Regionalspitälern Unruhe auslösen wird. Wir hatten kürzlich unerfreuliche Massenkündigungen, die bereits für viel Frust und Verunsicherung beim Personal sorgten. Jetzt soll es innerhalb eines Jahres grosse Veränderungen in der Organisation der einzelnen Standorte geben: Es fallen Aufgaben weg und es kommt zu Einschränkungen bei den Handlungs- und Entscheidungskompetenzen der Häuser. Hier haben wir Zweifel, dass solch einschneidende Veränderungen problemlos durchgeführt werden können. Insbesondere wenn man hört, dass es schnell gehen muss, und dass die Umsetzung bereits im Jahr 2025 erfolgen soll. Wir fragen uns, ob dies unter diesen Voraussetzungen mit den Unruhen, die wir im vergangenen Jahr erlebt haben, sinnvoll ist. Es ist essenziell – und das sage ich auch als Vertreter des Stadtrates Wil –, dass die regionale Verankerung dieser einzelnen Standorte weiterhin bestehen bleibt. Es ist zentral, dass die Spitäler in den Regionen gut funktionieren. Wenn sich diese Verankerungen lösen oder niedergelassene Ärzte nicht mehr zuweisen würden, könnte dies fatale Folgen haben.

Ich bin mir bewusst, dass die Organisation nicht Sache des Kantonsrates ist, aber trotzdem wäre es für uns wichtig, wie die künftige Organisation und auch die Kompetenzen der einzelnen Häuser in Zukunft ausgestaltet werden sollen: Was sind die Rollen der Standortleiter? Was passiert mit den heutigen CEO und was sind deren Aufgaben ab dem Jahr 2025? Wie wirken die einzelnen Standorte bei dieser Umsetzung mit? Wurde diese im Verwaltungsrat vom CEO entwickelt oder ist sie von unten nach oben gewachsen?

Wenn ich das Kantonsspital St.Gallen betrachte, dann besteht die Geschäftsleitung heute zur Hälfte aus Chefärzten. Hier würde mich interessieren, welche Vorstellungen bezüglich der künftigen Geschäftsleitung bestehen. Was ist hier aus Sicht des Verwaltungsrates zentral? Welches Knowhow und welche Kompetenzen möchte man dort einbringen? Wie kann es gelingen, dass genug Nähe zwischen Geschäftsleitung und den einzelnen Standorten besteht, wenn diese später keine eigene Geschäftsleitung mehr vor Ort haben?

*Stefan Kuhn:* Die regionalen Standortleitungen verfügen lokal über ein Budget für ihren Standort. Es ist korrekt, geführt wird das Ganze entsprechend horizontal über die Kliniken. Die Frage der Verankerung in den Regionen hängt nicht an einer Person oder einer Geschäftsleitung. Diese ist multilateral von der Beziehung zwischen Ärzteschaft und Zuweisenden abhängig. Diese besteht gleichermassen weiter und muss nicht gesondert gepflegt werden. Zu den CEO: Es gibt Varianten, in denen die CEO grundsätzlich bleiben. Aufgrund bevorstehender Pensionierungen gibt es ein entsprechendes Ablösmodell, welches nochmals ein Jahr

Zeit bietet, um die Organisation aufzubauen. Wir sind deshalb auch froh, wenn möglichst frühzeitig die Referendumsfrist läuft bzw. verstreicht, damit anschliessend offiziell mit dem Rollout der Organisation begonnen werden kann. Diese ist ab dem Jahr 2025 gültig.

Zur künftigen Geschäftsleitung: Wie weit bleibt eine departementale Struktur bestehen? Wird ein Chief Medical Office (abgekürzt CMO) erschaffen, bei welchem eine Ärztin bzw. ein Arzt Vollzeit die ganzheitliche medizinische Leitung von Bereichen übernimmt? Das Universitätsspital Zürich (nachfolgend USZ) sowie andere Spitäler verfügen über ein solches CMO. In der ganzen Schweiz finden Veränderung in den Spitalstrukturen statt, um über mehr Managementfähigkeiten zu verfügen. Von der Struktur der Geschäftsleitung her ist es enorm wichtig, dass alle Hauptfunktionsträger und Bereiche vertreten sind, so dass wirklich auch projektbezogen das ganze Unternehmen vorangetrieben werden kann – und das neben dem operativen Geschäft. Das Wichtigste in dieser Kernwertschöpfung ist, dass auch das Unternehmen an sich weiterentwickelt werden kann.

*Stefan Lichtensteiger:* Am 10. Januar 2024 beginnen wir nicht bei null mit der Umsetzung, sondern das ganze Konzept mit dem vorliegenden Führungsmodell ist bereits gemeinsam mit den Spitalern bzw. Spitalregionen erarbeitet und partiell auch schon umgesetzt worden. Wir haben schon Kliniken, die so funktionieren wie bspw. eine Radiologie. Dort wird es dann auch gar keine Änderungen mehr geben. Wir haben Kliniken wie die Chirurgie und die Orthopädie, welche schon weit fortgeschritten sind bei der Umsetzung, weil diese jetzt schon sehr eng zusammenarbeiten. Wir haben aber auch Kliniken, die noch komplett am Anfang stehen. Diese sind sehr standortbezogen und von einer engeren Kooperation in dem Sinn ist noch wenig spürbar. Das ist zum Beispiel bei einer Frauenklinik oder eine Anästhesie der Fall. Im medizinischen und pflegerischen Bereich wurden diesbezüglich bereits viele Vorarbeiten getroffen und gewisse Kliniken arbeiten bereits vollumfänglich oder mehrheitlich nach diesem Modell. Im Supportbereich haben wir ebenfalls mit Fusionen begonnen. Wir haben im Verwaltungsrat und auf der Geschäftsleitungsebene den Grundsatzentscheid gefällt, überall dort, wo Synergien und enge Zusammenarbeit sinnvoll sind, bereits mit der Umsetzung des neuen Modells zu beginnen. Selbst wenn die Vorlage politisch scheitern würde, machen diese Massnahmen trotzdem Sinn. Der Personalbereich, Human Resources, wurde bereits fusioniert. Dort kommt für alle Spitalregionen alles aus einer Hand. Bei den Finanzen ist man noch nicht ganz so weit, aber auch hier wurden bereits viele Vorarbeiten geleistet.

Ich möchte einfach zum Ausdruck bringen, dass schon viele Arbeiten und Prozesse absolviert wurden. Wir haben jetzt noch ein knappes Jahr Zeit gewisse Sachen zu erledigen. Es wird sicher einiges geben, dass wir nicht innerhalb dieses Zeitraums schaffen. Aber es gibt gewisse Dinge, die müssen aus juristischer Sicht und für die rechtliche Integration innerhalb dieses Jahres erledigt werden. Es gibt auch eine Postmerger-Phase, in der gewisse Sachen erst im Nachgang zur rechtlichen Fusion organisatorisch weiter zusammengeführt werden. Sowohl die konzeptionelle Vorarbeit wie auch die Umsetzung erfolgen immer unter Einbezug der Spitalregionen. Das ist nicht vom Kantonsspital vorgeben, sondern hier sind wir gemeinsam unterwegs. Gemeinsam heisst nicht, dass man immer gleicher Meinung ist. Es gibt Reibungen und Auseinandersetzungen und es bestehen manchmal auch unterschiedliche Sichtweisen. Aber gemeinsam heisst, dass man versucht, diese Differenzen ausdiskutieren und eine entsprechende Lösung zu finden.

*Sulzer-Wil:* Gibt es keine Befürchtungen von den drei Regionalspitalern, dass dem Kantonsspital vielleicht noch mehr Macht im Gesamtgebilde zukommt? Was sind die Hauptbefürchtungen der kleineren Spitäler im Rahmen der ganzen Reorganisation und wie begegnet die Leitung dem?

*Stefan Lichtensteiger:* Ich war zuvor CEO einer kleineren Spitalregion und es wäre gelogen, wenn ich sagen würde, dass es keine Befürchtungen gibt. Diese Befürchtungen gibt es sehr

wohl. Das Kantonsspital ist das grosse Zentrumspital und es bestehen durchaus Ängste, der grosse Bruder diktiert dann alles vor. Aber wir haben jetzt schon Kliniken, welche veranschaulichen, wie eine solche Zusammenarbeit funktionieren kann. Das ist durchaus ein Austausch auf Augenhöhe. Nichtsdestotrotz, wenn man sich nicht einig wird und auf dem Konsensweg etwas nicht hinbekommen sollte, dann muss entschieden werden. Das liegt bei der Betrachtung der Organisation und der Zusammensetzung des Kaders auf der Hand, dass es bei Differenzen darauf hinausläuft, dass die Entscheidung am Schluss durch das Kantonsspital St.Gallen getroffen werden muss. Es bestehen Ängste und weil ich beruflich aus einer Landspitalregion komme, bin ich mir dieser Ängste bewusst. Ich verstehe meine Funktion natürlich auch als Brückenbauer. Die Parteien müssen zusammengebracht werden und mittels entsprechender Kommunikation und Diskussion müssen Ängste abgebaut werden. Ich wage zu behaupten, dass in jenen Kliniken, die bei der Umsetzung bereits fortgeschritten sind und eine gute Zusammenarbeit herrscht, solche Ängste nicht mehr so gross sind. Bei jenen Kliniken, die noch am Anfang stehen, sind die Ängste gewiss grösser.

*Kommissionspräsident:* Ich weise auf den schmalen Grat zwischen Fragen und politischen Statements hin und bitte im Rahmen der Fragenrunde um entsprechende Zurückhaltung.

*Müller-Lichtensteig:* Kann man schon sagen, welche Auswirkungen die im Jahr 2023 getroffenen Massnahmen für die Jahre 2023 und 2024 hatten und haben werden? Das ist kommunikativ für uns wichtig, im Bewusstsein, dass diese Information nicht aus der Kommission herausgetragen werden darf. Zudem interessiert mich, ob Sie schon perspektivisch sagen können, was im Jahr 2024 geschehen wird. Das Thema wird uns langfristig beschäftigen. Entscheidend ist auch die Geschwindigkeit. Wie ich bereits mehrfach gehört habe, möchte man möglichst schnell in die neue Welt einsteigen, um mehr Freiheiten für die Spitalverbunde zu gewinnen. Hier drängt sich die Frage auf, was die Folgen sind, wenn das Ganze scheitern würde, sei es im Kantonsrat oder später vor dem Volk, wenn das Referendum ergriffen würde. Wenn man zur Überzeugung kommen sollte, dass eine AG mehr Sinn machen würde, dauert es noch drei bis vier Jahre bis zu dieser Umwandlung. Was wären die Folgen, wenn man nicht rasch handelt und diese Umsetzung durchführt?

*Stefan Kuhn:* Über das Jahr 2023 kann man sagen, dass die Massnahmen wenig Auswirkungen hatten. Wenn man die Entlassungen und den Stellenabbau betrachtet, so erfolgten diese Ende Oktober bzw. Anfang November und natürlich sind die Folgekosten bzw. die Reduktionen erst im Jahr 2024 wirksam. Für das Jahr 2024 können wir ungefähr von Sachkosten- und Personalkosteneinsparungen von rund 40 Mio. Franken ausgehen.

*Stefan Lichtensteiger:* Wir haben im Kantonsspital bereits im Jahr 2023 mit dem Ergebnisverbesserungsprogramm begonnen. Wenn man diese Massnahmen, die sich zum Teil auch auf die Einnahmeseite abgespielt haben, nicht ergriffen hätte, dann wäre sicher auch schon das Jahresergebnis 2023 zwischen 10 und 15 Mio. Franken schlechter ausgefallen. Aber wir haben schnell festgestellt, das genügt nicht. Deshalb mussten wir im Herbst letzten Jahres diese Personalabbaumassnahme ergreifen. Wir bauen stellenplanmässig etwa 190 Stellen ab, was uns erlauben wird, bei gleichen Tarifen auf ein ausgeglichenes Budget im Jahr 2024 zu gelangen. Wir haben jetzt noch keine aktualisierte Mittelfristplanung. Diese folgt nach dem Jahresabschluss. Dort werden wir die Mittelfristplanung für das Jahr 2025 aktualisieren.

*Müller-Lichtensteig:* Mich interessiert der Neubau Haus 07A, der noch in Betrieb genommen wird. Hat dies noch Einfluss, da noch Abschreibungen hinzukommen?

*Stefan Lichtensteiger:* Diesen Neubau nehmen wir offiziell im Mai 2024 in Betrieb. Ein Teil steht bereits jetzt schon in Betrieb, d.h. die Abschreibung des Neubaus ist im Budget 2024 enthalten.

*Müller-Lichtensteig:* Was würde es bedeuten, wenn sich diese Neuorganisation verzögert bzw. wenn sie gar nicht zustandekommt?

*Stefan Kuhn:* Diese Verzögerung wäre deshalb dramatisch, weil wir dann unseren Mitarbeitenden weder Struktur noch Sicherheit geben könnten. Sobald wir bei der Umsetzung definitiv alles in trockene Tücher bringen können, können wir verschiedenen Mitarbeitenden und Kaderleuten auch eine Perspektive geben. Das ist das, was mich persönlich am meisten bedrückt. Die ganzen Doppelspurigkeiten, die wir aktuell haben, würden dann genau gleich weitergeführt werden und wir müssten finanziell nochmals über die Bücher gehen. Es gibt momentan keine Struktur. Ein designerter CEO hat aktuell kein richtiggehendes Weisungsrecht über die Regionalspitäler. Theoretisch sind die CEO bei mir angesiedelt und ich führe mit vier CEO entsprechende Zielvereinbarungsgespräche. Das ist eine mögliche Struktur, und wenn man sich kollegial gut versteht, kann man dies gut so machen, aber diese Struktur ist nicht wirklich sinnvoll. Es handelt sich um eine Übergangslösung, in der ich als Verwaltungsratspräsident vier Spitalverbunde auf diese Art führe – mit den verbleibenden Doppelspurigkeiten. Wenn die CEO aus einer gemeinsamen Sitzung herauslaufen, dann werden alle Aufträge und Projekte vierfach ausgeführt, was keinen Sinn macht. Ich muss betonen, dass die Unsicherheiten auf der Geschäftsleitungsebene beginnen. Bei den Regionalspitälern ist diese gross, wenn man nicht endlich sagen kann, wo der Weg hinführt und grünes Licht für die weiteren Arbeiten geben kann.

*Stefan Lichtensteiger:* Wir erachten diese Gesetzesvorlage und das Unternehmensmodell deshalb für sinnvoll, weil es einen wesentlichen Beitrag leisten kann an eine qualitativ gute medizinische und pflegerische Versorgung im Kanton St.Gallen, um überregional bezahlbare Rahmenbedingungen zu gewährleisten. Wenn man diesen Schritt nicht macht, sind diese übergeordneten Ziele aus meiner Sicht stark gefährdet. Es würde zwar nicht am 1. Januar 2025 schon alles ins Kippen geraten, aber mittelfristig wären diese Ziele gefährdet.

*Müller-Lichtensteig:* Der Spitalverbund hat eigentlich eine Doppelrolle in Bezug auf das GNZ Wattwil, konkret bezüglich Rettungsdienst. Einerseits gibt es ambulante Angebote in den Regionen. Der Rettungsdienst ist in dem Sinn auch ein Zulieferbetrieb, der zum Spitalverbund gehört. Auf der anderen Seite gibt es diese Auseinandersetzung mit der Berit Klinik in Wattwil, die der Ansicht ist, dass sie zu wenig von den Rettungsdiensten angefahren wird. Dort wird auch auf die Doppelrolle des Spitalverbunds als Eigentümer, aber auch als Notfallstation in Wattwil hingewiesen. Wie wird mit dieser Situation umgegangen?

*Regierungsrat Damann:* Geplant ist, den Rettungsdienst vom Spital zu entkoppeln und selbstständig auszugestalten. Da ist jetzt der erste Schritt durch die Gründung einer AG (Rettung St.Gallen) erfolgt. Der Rettungsdienst hat die Funktion, die Patientin oder den Patienten an den nächstmöglichen Ort zu bringen, wo sie oder er versorgt werden kann. Das muss das oberste Ziel sein und das ist auch die Richtlinie der Rettung St.Gallen. Es gibt aber zwei vorgelagerte Möglichkeiten. Die Patientin oder der Patient hat immer das Anrecht zu sagen, wohin er gebracht werden möchte. Das hat erste Priorität. Wenn ein Patient mit einem Herzinfarkt jedoch sagt, er möchte ins Spital Wil, dann muss die Rettung eingreifen und klarstellen, dass das nicht geht und man ihn ins Kantonsspital bringen muss. Herzinfarkte werden heute im Kantonsspital behandelt und nicht mehr in einem Regionalspital. Die zweite Möglichkeit ist die Wahl der Hausärztinnen und Hausärzte sowie die einweisenden Ärztinnen und Ärzte. Diese haben natürlich auch das Recht zu sagen, wohin sie ihre Patientinnen und Patienten einweisen möchten. Dann fährt im Normalfall die Rettung dorthin. Aber wenn nichts gesagt wird und die Rettung entscheiden muss, dann muss die Rettung an den nächstmöglichen Ort fahren, an dem die Patientin oder der Patient behandelt werden kann. Das Gesundheitsdepartement hat sich in Bezug auf die Auseinandersetzung mit der Berit Klinik in Wattwil mit der Rettung schriftlich und an einem runden Tisch in Wattwil ausgetauscht. Ich habe ich das Gefühl, dass die Rettung nun die

erwähnte Vorgehensweise einhält. Ich glaube nicht, dass die Rettung ein Spital bevorzugt, sondern sie hat eine neutrale Funktion und muss den Entscheid über den Anfahrtsort auch neutral beurteilen. Es ist mir klar, dass man nicht jede Patientin und jeden Patienten richtig beurteilt. Es gibt natürlich Patientinnen und Patienten, die schwer krank erscheinen. Ich kann ein Beispiel aus meiner Zeit als Assistenzarzt im Spital Rorschach erwähnen: Es gab einen Autounfall auf der Autobahn, bei dem sich ein Auto mehrmals überschlagen hat. Der Fahrer wurde mit dem Helikopter abgeholt – in der Meinung, dass er schwer verletzt ist. Im Helikopter bemerkte man aber dann, dass er nicht so schwer verletzt war. Sie haben ihn dann ins Spital Rorschach gebracht, wo er von uns untersucht wurde und wir haben nichts gefunden. Wir haben gesagt, dass er Glück gehabt hat und ihn mobilisiert. Er konnte dann nicht auf das Bein stehen und wir stellten dann eine Wadenbeinfraktur fest. Aber das war die einzige Verletzung, die er hatte. Man wollte diesen Patienten aber ursprünglich nach St.Gallen fliegen, weil man das Gefühl hatte, er sei schwer verletzt. Das ist ein Beispiel, wie die Rettung funktioniert.

Die gleiche Frage stellt sich beim Spital Walenstadt. Aber hier wird sauber eine Statistik über die Fahrten der Rettung St.Gallen geführt. Gerade bei Walenstadt haben wir die letzten zwei Jahre betrachtet, wie das Spital von der Rettung angefahren wurde. Wir haben aber keine Verschiebungen nach der Übertragung an das Kantonsspital Graubünden festgestellt. Die Rettung fährt nach Walenstadt, wenn eine Patientin oder ein Patient in Walenstadt behandelt werden kann. Ansonsten fährt die Rettung nach Chur oder nach Grabs. Bei zwei Drittel der Fahrten nach Walenstadt handelt es sich um Patientenwünsche. Das heisst aber auch, dass zwei Drittel der Patientinnen und Patienten mitteilen, wohin sie gefahren werden möchten. Dort entscheidet nicht die Rettung selber, sondern die Patientin bzw. der Patient. Deshalb glaube ich, handelt es sich um eine Fragestellung, die immer wieder auftreten kann. Aber die Rettung muss wirklich neutral entscheiden.

*Stefan Lichtensteiger:* In der Bevölkerung hat man vielleicht ein herkömmliches Verständnis über eine Notfallabteilung. Eine Notfallabteilung ist dadurch gekennzeichnet, dass sie 24 Stunden offen ist und mit Arzt und Pflege besetzt ist. Aber wenn es um Notfallversorgung geht, genügt dies nicht. Dahinter muss ein Spitalbackup stehen, wo alle Fachleute aus dem Spital zugänglich sind, welche Patientinnen und Patienten beurteilen und behandeln können. Und nach diesen Kriterien beurteilt dann der Rettungsdienst, wo die Patientin oder Patient vermutlich am besten aufgehoben ist. Diese Voraussetzungen sind natürlich in Wattwil nicht gleich gegeben wie es in Wil, St.Gallen, Uznach oder Grabs der Fall ist. Dort ist ein vollumfängliches Spitalbackup vorhanden. Deshalb kann die Rettung zum Schluss kommen, dass eine Patientin oder ein Patient auf ein Spitalbackup angewiesen ist. Die Wahrscheinlichkeit ist auch relativ hoch, wenn jemand eine Ambulanz braucht, dass es sich um etwas Ernsthaftes handelt und dann eine entsprechende Spitalversorgung und nicht nur eine 24-Stunden-Notfallabteilung nötig ist. Darum gibt es aus meiner Sicht diese Diskussionen. Das ist kein Vorwurf an die Bevölkerung, sondern die Thematik ist etwas komplizierter und komplexer nachzuvollziehen.

Ein sehr persönliches Statement: Ich bin sogar der Meinung, eine zu hohe Notfalldichte ist eher qualitätsschädigend und nicht qualitätsfördernd, weil dann die Wahrscheinlichkeit zunimmt, dass eine Patientin oder ein Patient zum falschen Zeitpunkt mit der falschen Diagnose am falschen Ort ist. Es kann sein, dass die Ehefrau mit dem bewusstlosen Ehemann bei einem Hirnschlag wertvolle Zeit verliert und versucht eine Notfallabteilung anzufahren statt direkt 144 zu wählen. Eine hohe Notfalldichte birgt eine falsche Sicherheit.

*Warzinek-Mels:* Aus meiner Sicht und vielleicht irre ich mich, hat man viel zu lange das Heil im Wachstum gesucht. Und ich frage mich, wann werden die Strukturen schlanker? Wann beginnt man die richtigen Angebote am richtigen Ort anzubieten und nicht nur am falschen – das braucht viel Kraft. Ich möchte Ihnen ein konkretes Beispiel nennen: Ich wurde vor vielen Jahren angefragt, ob ich in Grabs Teil der sogenannten Urogynäkologie werden wolle. Ich kann nur sagen, die Urogynäkologie ist ein sehr komplexer Fachbereich. Das ist keine One-Man-Show – da

braucht es Gynäkologen, Urologen, Neurologen und Proktologen. Oftmals ist die Behandlung dann geglückt, wenn es der Patientin oder dem Patienten immer noch schlecht geht, aber vielleicht ein Stück weit besser oder es einfach nicht schlechter wurde. Es ist sehr schwierig überhaupt zu messen, wann man als Behandler erfolgreich ist. Wir haben im Kanton ein sehr gutes Beckenbodenzentrum am Kantonsspital, welches ich noch aus meiner Zeit dort kenne. Ich schicke die Patientinnen und Patienten bis heute dorthin. Ich kann bis heute nicht verstehen, warum es auch in Grabs eine Urogynäkologie gibt. Das ist ein sehr plastisches Beispiel. Meine Hoffnung mit dieser Gesetzesvorlage ist natürlich, dass wir eine Leitung an einem Ort haben und diese entscheidet, was im Kanton wo angesiedelt ist und wo nicht. Ich glaube, diese Kraft zu definieren, was wo seinen Platz findet, muss von innen herkommen – aus den Kliniken. Deshalb braucht es eine starke Leitung im Kantonsspital und es braucht eine gewisse Hierarchie. Ich erhoffe mir von dieser Vorlage, dass wir diese starken Leitungen schaffen und das Unternehmen mit all den Möglichkeiten, die es dann hat, agiler, schneller und rascher wird, sich aber auch ein Stück weit verschlankt.

In dieser Beziehung bin ich natürlich ein bisschen enttäuscht. Ich möchte das ganz offen zum Ausdruck bringen. Auf S. 56 der Botschaft der Regierung im Anhang 1 «Management-Modell des Spitalverbundes» steht, dass die Standortleitung keine Budget- oder Personalverantwortung im medizinischen und pflegerischem Kerngeschäft hat – das ist richtig. Ich habe mir erlaubt zu googeln, was ein Chefarzt ist. Gemäss Google verantwortet ein Chefarzt u.a. die ökonomische Ertragslage der Abteilung und ist weiter verantwortlich für die medizinischen und strukturellen Abläufe seiner Abteilung. In der Botschaft steht zu Recht, dass die Standortleitung keine Budget- und keine Personalverantwortung hat. Ein paar Zeilen weiter unten steht dann, und Sie haben das heute auch so vertreten, dass in den Regionalspitalern eine Chefärztin bzw. ein Chefarzt die Klinikleitung des Standorts übernimmt. Ich möchte ganz offen sein: Das ist für mich halbherzig. Da fehlt für mich der letzte Mut. Im Spital Walenstadt gibt es keine Chefärztin bzw. keinen Chefarzt und auch keine Pflegeleitung mehr. Alles ist horizontal organisiert und der Wechsel zur horizontalen Leitung hat bereits stattgefunden. Die Löhne sind relativ niedrig, aber die Stimmung im Spital ist gut – es ist also möglich.

Wenn wir diese gesetzlichen Grundlagen bieten, nutzt die Leitung des neuen Spitalverbunds dann dies auch in der Form, dass die Strukturen schlanker werden? Werden Angebote an gewissen Standorten aufgehoben und hat man den Mut auch Leute – sowohl im oberen Kader als auch in niedrigeren Lohnklassen – zu entlassen? Hat man den Mut, auch im oberen Kader zu sagen, wer der Chef ist? Jetzt ist eine Departementsleitung vorgesehen, die übergeordnet ist und die Chefärzte bleiben Chefärzte. Warum bezeichnen Sie die Dinge nicht so wie sie sind: Der Chefarzt ist in St.Gallen und die anderen sind leitende Ärzte? Jetzt habe ich mein ganzes Herz geöffnet. Ich hoffe eigentlich, die Reise geht in diese Richtung, deshalb möchte ich dem Geschäft eigentlich zustimmen. Ich hoffe, Sie nutzen dies auch in diesem Sinne.

*Stefan Kuhn:* Jede Branche, egal welche, hat erst dann gelernt eine Portfoliostrategie zu erstellen, wenn eine Konsolidierung nötig war. Das ist der Fall, wenn kein Wachstum mehr vorhanden ist und wenn nicht mehr das Wachstum die laufenden Kosten kompensieren kann. In der Industriebranche war das vor 30 Jahren überall der Fall. In der Gesundheitsbranche ist es natürlich viel später der Fall, weil man hier den Markt nicht spielen lässt. Aber ich gebe Warzinek-Mels vollständig Recht, dass wir hier am Anfang einer Arbeit stehen. Wir müssen auch den Mut für gewisse Konzentrierungen haben und das ist gegenläufig zu den Interessen der Regionalspitäler, wobei man auch die Grösse eines Regionalspitals in solche Entscheide miteinbeziehen muss. Entsprechend muss man aber auch den Mut haben und gewisse Leistungsaufträge nicht mehr vergeben, auch wenn sie seit vielen Jahren laufen. In einem Portfolio kann dann definiert werden, dass Angebote zusammengenommen oder spezialisiert bzw. positioniert werden. Das müssen wir machen – das ist der eine Weg. Der andere Weg ist aber, dass wir auch versuchen im ambulanten Bereich unsere Marktanteile zu sichern. Es ist ein sowohl als auch. Aber es ist ganz sicher so, dass es eine anstrengende Arbeit für den Verwaltungsrat sein wird, sich durchzusetzen und klarzustellen, dass es nicht mehr alle Leistungen an jedem Standort geben wird.

*Stefan Lichtensteiger:* Ich gebe Warzinek-Mels völlig Recht. Es muss am Ende die Strategie sein, die bei Leistungsangebotsverteilung sicherstellt, dass man nicht unsinnig grosse und zu komplexe Angebote an regionalen Standorten führt, wo die Fallzahlen nicht ausreichen und das Angebot zu teuer ist. Das wollten wir übrigens schon früher erreichen. Da muss ich fairerweise sagen, oft wurde lediglich die Spitalregion 2 regionalpolitisch eingeschränkt. Wir wollten in Walenstadt nicht mehr alles anbieten. Es war dann oft die Regionalpolitik, die sich dagegen gewehrt hat, um Geburtshilfe und Gefässmedizin als Stichworte zu nennen. Manchmal ist die Medizin durchaus fortschrittlich und will Leistungen auf das konzentrieren, was der Grösse eines Standorts angebracht ist. Aber manchmal hat sie auch mit regionalpolitischem Widerstand zu kämpfen.

Zu den Chefärztinnen und Chefärzten: Ich bin dezidiert anderer Meinung. Erstens ist es, wie es Stefan Kuhn bereits gesagt hat, ein Unterschied, ob ein Spital 200 oder 40 Betten hat. Das ist einmal Punkt eins. Und Punkt zwei ist, eine gute Versorgung hängt von guten Menschen ab. Gute Leute finden gute Chefärztinnen und Chefärzte. Wenn wir in den Regionalspitälern nicht attraktive Stellen anbieten können, sich auch eine Chefärztin oder ein Chefarzt medizinisch verwirklichen kann, dann findet man dort keine guten Leute mehr und hat auch keine gute Versorgung mehr. Darum bin ich dezidiert der Meinung, dass aus versorgungsqualitativen Überlegungen weiterhin gewisse Angebote notwendig sein werden. Es sollen nicht überall Kliniken angesiedelt werden. Ich spreche hier von Grundversorgungskliniken, wie der inneren Medizin, der Orthopädie, der Chirurgie, der Frauenklinik und vielleicht der Anästhesie. In diesen Bereichen braucht es auch in den Regionalspitälern weiterhin Chefärztinnen und Chefärzte, um die Versorgungsqualität sicherzustellen und um das Vertrauen gegenüber Patientinnen und Patienten und Zuweisenden aufrechtzuerhalten.

*Dudli-Oberbüren* zum Organigramm: Das vorgesehene Organigramm bedeutet eine gewisse Verschlinkung im Vergleich zu heute, das begrüsse ich. Kann man gewisse Einsparungen finanzieller Natur schon etwa abschätzen, welche alleine das Organigramm betreffen? Was ist der Vorteil einer selbstständigen öffentlich-rechtlichen Anstalt? In der Botschaft wird das Positive thematisiert und als Vorteil angeführt, dass der Spitalverbund dann nicht der Konkursbetreibung untersteht und der Kanton sich nicht aus der Verantwortung ziehen. Das Gesundheitswesen ist von einem derart grossen öffentlichen Interesse, dass die öffentliche Hand am Schluss trotzdem ein Defizit decken muss – wahrscheinlich auch unabhängig von Organisation oder Struktur, egal, ob AG oder öffentlich-rechtliche Anstalt. Müssen wir weiterhin auch mit Defizitgarantien als Kanton geradestehen?

*Stefan Lichtensteiger:* Ich beginne beim Synergiepotenzial: Ich muss ganz offen sagen, das ist im Moment eine ganz schwierige Frage, weil viele Einflussfaktoren zeitgleich zusammenkommen. Wir haben das Ergebnisverbesserungsprogramm und wir haben eine laufende Fusion. Offen gestanden, verursacht das im Moment einen Mehraufwand. Genau in diesen fusionierenden Bereichen, sei es im Personalwesen, den Finanzen oder der IT. Dies beanspruchen gerade mehr Ressourcen trotz des Ergebnisverbesserungsprogramms und wir müssen dies stemmen können. Die Synergien entstehen dann erst zu einem späteren Zeitpunkt, wenn die Konsolidierung abgeschlossen ist. Monetär kann ich das aktuell nicht klar beziffern.

*Stefan Kuhn:* Entsprechend zur Verschlinkung der Geschäftsleitung möchte ich hinzufügen, dass bei grosser Leitungsspanne, aber schlanker Organisation der betriebswirtschaftliche CEO von einem Chefarzt als CEO-Stellvertreter unterstützt wird. Die Verschlinkung führt zu einem besseren Informationsfluss, der schnellere Entscheidungen ermöglicht. Das ist ein sehr wichtiger organisatorischer, nicht monetärer Aspekt. Bezüglich Defizitgarantie oder Unternehmensstruktur befinden wir uns in einer kostenorientierten Betrachtung, Prozesse zu verbessern. Das ist eine Daueraufgabe in der wir gefordert sind. Diese ist wiederum unabhängig von der Struktur, weil es um Verhandlungen mit den Krankenkassen und dem Kanton sowie die Erzielung besserer Ertragsverhältnisse geht. Das sind vielfältige Faktoren, die entscheidender sind für ein

mögliches Defizit als die Unternehmensform. Man kann auch die Inflation oder Energiethemen aufführen, welche alle beschäftigt haben. Das ist von Relevanz und kann zu einem Defizit führen.

*Regierungsrat Damann* zum Konkurs: Es verhält sich wie mit dem Bankwesen. Ein Kantonsspital, auch wenn es eine AG wäre, könnte der Kanton wahrscheinlich nicht in Konkurs fallen lassen – Stichwort «too big to fail». Wer würde dann die Gesundheitsversorgung im Kanton sicherstellen? Worauf wir aber achten müssen ist, dass sich die Mentalität in den Spitälern ändert. Es darf nicht mehr die Erwartung bestehen, dass der Kanton am Schluss bezahlt. Die Mentalität muss derjenigen eines eigenständigen Unternehmens entsprechen, in welchem das eigene wirtschaftliche Fortkommen im Fokus steht. Die Spitäler müssen weder Gewinn machen noch Dividenden ausschütten, sondern sie müssen einfach mit einer schwarzen Null durchkommen. Ein gewisser Kulturwandel muss aber noch erfolgen und die Spitäler müssen selbsttragend werden. Es gibt einen Nachteil und das ist die aktuelle Transformationsphase. Jede Transformation kostet zuerst. Eine Transformation ist nicht von Anfang an gewinnbringend, sondern kostet primär. Erst später zahlt sie sich aus.

Die Rechtsform spielt nicht so eine grosse Rolle in Bezug auf den Konkurs. Aber im Falle eines Konkurses kann auch der Kanton nicht sofort Geld nachschliessen. Dafür wäre eine Volksabstimmung erforderlich und diese benötigt eine gewisse Zeit. Das wäre ein Nachteil bei einer AG. Bei einer selbstständigen öffentlich-rechtlichen Anstalt muss nicht sofort reagiert werden und es bedarf keiner sofortigen Zahlungen, wenn das Eigenkapital negativ ausfallen sollte, weil diese gar nicht in Konkurs fallen kann. Das ist der Vorteil dieser Rechtsform. Aber auch eine AG müssten wir retten. Wir können nicht das Kantonsspital schliessen. Wir haben keine anderweitigen Kapazitäten, um bspw. 650 Betten andernorts unterzubringen.

*Lippuner-Grabs* zu Folie 10: Diese reduzierte politische Einflussnahme mit der damit verbundenen Agilität und dem unternehmerischen Handlungsspielraum ist heute Diskussionsgegenstand. Mit diesem Spitalverbund muss auch eine finanzielle Unabhängigkeit einhergehen. Solange die finanzielle Situation so ist wie sie ist, werden wir Parlamentarierinnen und Parlamentarier tief in die operativen Fragen eintauchen – wir haben vorher Sulzer-Wil und Warzinek-Mels gehört. Dies ehrlich gesagt zu Recht, weil es um Gelder der Steuerzahlerinnen und Steuerzahler geht. Wir hinterfragen, was mit dem Geld passiert und haken entsprechend nach. Das wird immer so sein, solange die finanzielle Situation in regelmässigen Abständen kantonale Geldbeiträge erfordert. Die politische Einflussnahme wird nicht nachhaltig wegfallen, egal welche Rechtsform man wählt. Ob das eine AG oder eine öffentlich-rechtliche Anstalt ist, solange hier Steuergelder eingesetzt werden, um diese Verluste zu decken, wird dieser Drang bestehen bleiben. Man wird hier immer versuchen mitzureden. Ich finde das nicht gut, aber das ist so.

Anders als in Folie 14 dargestellt sehe ich das mit dem Vorteil der fehlenden Konkursbetreuung anders. Ich sehe dies als Nachteil aus der Optik der Steuerzahlerinnen und Steuerzahler. Eine Überschuldungsanzeige machen zu müssen heisst nicht, dass ein ganzes Kantonsspital auf morgen geschlossen werden muss. Das heisst lediglich, dass man als Unternehmen gezwungen ist, früh genug festzustellen, dass man ein Problem hat und Sanierungsmassnahmen einzuleiten muss. Es ist egal, was die Politik dazu sagt, denn es gilt die entsprechende gesetzliche Grundlage. Man muss einfach handeln. Ich betrachte dies ganz anders. Ich bin felsenfest davon überzeugt, dass die von Regierungsrat Damann erwähnte Transformation erst dann abgeschlossen ist, wenn wir auch die Rechtsform verändert haben. Sonst wird das niemals aufhören. Wir werden nicht aus diesem Zyklus kommen. Es wird immer bewahrende Kräfte geben oder solche, die sich nach der Postkutschenzeit sehnen und in «jedem Tälchen ihr Spitalchen» möchten. Die Transformation wird dann abgeschlossen sein, wenn man die Spitäler in eine nicht gewinnorientierte, gemeinnützige AG überführt hat. Von Profit sind wir weit weg, das ist eine Diskussion, die komplett lächerlich ist. Jetzt haben wir die jüngsten Zahlen gesehen, darüber müssen wir gar nicht diskutieren. Aber wir müssen irgendwann dazu kommen, dass man

sagt, jetzt ist die Spitalgesellschaft erwachsen, jetzt finanziert man diese allenfalls noch einmal aus. Der Kanton ist noch genau gleich in der Verantwortung in der Spitalplanung und bei der Angebotsgestaltung, wo es notwendig ist. Das haben wir heute Morgen auch gehört. Aber ohne finanzielle Unabhängigkeit wird die politische Einflussnahme schlicht nicht aufhören. Das ist für mich die Quintessenz dieser Diskussionen. Diese Ausführungen dienen vielleicht auch dem Verständnis, dass diese im nächsten Vorstoss Niederschlag finden werden, bei welchem – relativ zeitnah – finanziell und rechtlich die nächsten Schritte erforderlich sein werden. Ich bin dafür, dass man dies schnell durchzieht und sich nicht aufhalten lässt.

*Stefania Mojon:* Entsprechend dem Grundsatz der Kongruenz von Kompetenzen und Verantwortung können die Spitäler erst dann die finanzielle Verantwortung übernehmen, wenn sie auch die entsprechenden Entscheidungskompetenzen haben. Umgekehrt geht es nicht, man kann ihnen nicht sagen, dass der Kanton Vorgaben macht, gewisse Genehmigungsvorbehalte hat und Einschränkungen wie das Subsidiaritätsprinzip beschliesst, aber die Spitäler die finanzielle Verantwortung tragen müssen. In einem ersten Schritt müssen sie die entsprechenden Entscheidungskompetenzen erhalten, und wenn sie diese haben und nicht mehr diversen Genehmigungspflichten unterliegen, erst dann können sie die finanzielle Verantwortung tragen.

*Stefan Lichtensteiger* zu Lippuner-Grabs: Ich kann Ihre Argumentationen sehr gut nachvollziehen. Sie sind deckungsgleich mit dem, was ich heute Morgen erwähnte. Eine Umwandlung der Rechtsform in eine AG macht etwas in den Köpfen der Mitarbeitenden. Im Sinne einer Weiterentwicklung sind wir alle offen und ist es vermutlich sogar notwendig, dass es in diese Richtung geht. Betreffend der Zeitpunktfrage sollte es aber eine Frage der Weiterentwicklung sein – und nicht jetzt.

*Gschwend-Altstätten* zur Wahl des Verwaltungsrats: Man nimmt dem Kantonsrat einiges weg. Der Kantonsrat ist zum Teil sehr sensibel in Bezug auf seine Genehmigungskompetenzen. In der Botschaft wird argumentiert, man sei dann schneller – das kann man in Frage stellen. Man ist nicht wirklich schneller, denn der Ersatz des Verwaltungsrates ist langfristig planbar. Was ist genau die Überlegung des Verwaltungsrates sowie des Departementes, dass sie dem Kantonsrat die Genehmigungskompetenz wegnehmen möchten? Neben politischen Befindlichkeiten schadet dies auch der Abstützung des Verwaltungsrates. Wenn es nur um die Angst geht, dass einzelne neue Verwaltungsratsmitglieder weniger Stimmen im Kantonsrat erhalten als andere, was beim letzten Mal vorkam, dann müssen sich diese Personen in den Hearings auch einfach besser vorstellen.

*Regierungsrat Damann* zu Gschwend-Altstätten: Sie haben Recht, die Zeit ist nicht das Hauptargument, dass wir die Genehmigung nicht mehr durch den Kantonsrat vornehmen wollen. Wir wollen die Wahl des Verwaltungsrats entpolitisieren, d.h. die Regierung wählt den Verwaltungsrat. Die Regierung sollte in der Lage sein, fachlich gute Leute zu wählen und die Wahl würde nicht politisiert werden. In den letzten Jahren bestand etwas die Gefahr, dass diese Verwaltungsratswahlen verpolitisiert wurden. Wir haben bei den Wahlen der Psychiatrieverbunde sowie des Zentrums für Labormedizin sehr gute Erfahrungen gemacht. Es handelt sich sicherlich um kleinere Institutionen, aber wir erhielten sehr gute Kandidaturen.

Als wir den Verwaltungsratspräsidenten sowie weitere Verwaltungsräte ausgeschrieben hatten, haben namhafte Personen gesagt, dass sie sich darauf nicht bewerben werden, wenn sie vor den Kantonsrat müssen. Sie wollten sich nicht blossstellen und am Schluss nicht gewählt werden. Ein sehr guter Kandidat für den Verwaltungsrat der Spitalverbunde, der sich vielleicht nicht überzeugend vor den Fraktionen vorstellen konnte, wurde bloss mit einer Stimme über dem erforderlichen Mehr durch den Kantonsrat gewählt. Das bedeutete einen grossen Imageverlust für diesen Kandidaten aus der Pathologie eines Universitätsspitals. Interessanterweise erhielt der zweite Kandidat an diesem Tag, den die Fraktionen nicht gesehen haben, am meisten

Stimmen und wurde deutlich gewählt. Er konnte nicht an die Hearings kommen, weil er eine Diskushernie hatte. Daher frage ich mich, ob der Kantonsrat wirklich das richtige Gremium ist, um den Verwaltungsrat eines Unternehmens zu wählen, in dem v.a. Fachkenntnisse im Vordergrund stehen müssen. Die kurzen Vorstellungsrunden an den Hearings überzeugen mich nicht. Ich bin nun doch schon gut 12 Jahre in der Politik und habe einige Vorstellungen erlebt. Ich habe meine Zweifel, ob die Entscheide der Fraktionen wirklich immer objektiv sind. Bei der Wahl des Verwaltungsrates durch die Regierung sind oft zwei Vertreter der Regierung im Wahlausschuss. Am Schluss entscheidet die gesamte Regierung. Meistens ist auch ein Vertreter des Verwaltungsrates ohne Stimmrecht im Wahlgremium. Es wird ernsthaft evaluiert, teils auch mit externen Firmen zu arbeiten, damit wir unser Ziel erreichen, fachlich gute Verwaltungsräte zu wählen. Ich glaube nicht, dass es künftig sinnvoll wäre, wenn wir die Wahl durch den Kantonsrat absegnen lassen würden. Es ist mir klar, im Universitätsgesetz wurde das wieder aufgenommen, aber auch dort setze ich meine Fragezeichen. Ich wäre sehr froh, wenn wir die Wahl des Verwaltungsrates nicht durch den Kantonsrat absegnen lassen, wir erhalten bessere Verwaltungsräte, wenn wir sie durch die Regierung wählen lassen. Bei einer Wahl durch die Regierung bleiben sie bis zum letzten Moment anonym.

*Hartmann-Walenstadt* zur Folie 20 «Ergebnisübersicht»: Weiss man schon, welche Auswirkungen das Impairment auf den Kanton St.Gallen haben wird? Müssen wir das abschreiben? Zur Diskussion betreffend Wahlorgan des Verwaltungsrates: Grundsätzlich, wenn wir uns einig sind, dass es entpolitisiert werden muss und die öffentlichen Spitäler auf ihren eigenen Weg gehen müssen, dann müsste eigentlich die Lösung sein, dass nicht einmal mehr die Regierung Wahlorgan ist, sondern, dass die Organisation ihren Verwaltungsrat selber bestimmt. Beim Kantonsspital Graubünden bestimmt die Regierung nicht den Verwaltungs- oder Stiftungsrat der Spitäler, das machen sie selber. Das müsste das Ziel sein, denn dann sind die Spitäler wirklich unabhängig, selbständig und eigenverantwortlich.

*Regierungsrat Damann*: Wir haben das Impairment nicht in der Regierung bestimmt, aber Regierungsrat Mächler hat mir während einer Sitzung gesagt, dass das Impairment keinen Einfluss auf die Finanzen im Kanton haben wird. Die Beteiligung des Kantons an den drei regionalen Spitalverbunden wurde bereits auf null abgeschrieben.

Wenn man das Ganze mit einer AG vergleicht, dann ist es bei einer AG üblich, dass die Generalversammlung den Verwaltungsrat wählt. Der Besitzer sollte schon etwas zu sagen haben, wer im Verwaltungsrat ist. Ansonsten besteht die Gefahr, dass einfach alle Kollegen im Verwaltungsrat aufgenommen werden. Bei einer AG ist es richtig, wenn ein übergeordnetes Gremium den Verwaltungsrat wählt.

*Schmid-Buchs* zur externen Revisionsstelle: In welchem Fall würden Sie diese Revisionsstelle wechseln?

*Stefan Kuhn*: Die gleiche Regelung wurde im neuen Universitätsgesetz aufgenommen. Hier handelt es sich um eine Anlehnung daran. Es macht Sinn, dass man nicht in totaler Abhängigkeit der Finanzkontrolle steht, so, dass auch die Möglichkeit besteht, zu einem privaten Anbieter zu wechseln. Einen expliziten Fall kann ich dazu nicht ausdeklariieren. Es geht darum, dass auch Alternativen möglich sind.

*Müller-Lichtensteig*: Ich war erstaunt zu hören, dass die Finanzkontrolle auch die Kontrolle des Spitals durchführt. Gibt es noch andere externe Revisionsstellen, die sie kontrollieren? Die Finanzkontrolle hat vermutlich keine vertieften Kenntnisse der Spitalbuchhaltung – ohne ihr hier zu nahe zu treten. Ich weiss aus eigener Erfahrung, dass es bei der Führung einer Gemeinde oder eines Betriebs hilfreich ist, wenn man eine Revisionsstelle hat, die nebenbei noch diverse andere Gemeinden oder Stiftungen kontrolliert, weil sich dann auch Quervergleiche machen lassen.

*Kommissionspräsident:* Als Subkommissionspräsident der Finanzkommission des Gesundheitsdepartementes kann ich sagen, dass die Qualität der Finanzkontrolle, die im Moment vier verschiedene Spitalverbunde prüft, in den letzten Jahren durchaus Bestand hatte.

*Stefan Kuhn:* Die entsprechenden Kompetenzen sind vorhanden. Wir liessen uns beim Impairment von PWC begleiten. Hier wurde ein Modus Vivendi angewendet, wie es an anderen Spitälern umgesetzt wird. Wir haben aber unseren eigenen Prozess festgelegt, nutzten dabei die Angaben von PWC als Benchmark, wie schweizweit vorgegangen wurde. Auch die Finanzkontrolle wurde in diese Sitzung miteinbezogen. Wir standen in stetigem Austausch. Natürlich hat die Finanzkontrolle eine gewisse Expertise, die sie wahrnehmen kann – auch das ist ein Diskussionsthema. Aber sie ist durchaus kompetent für diese Aufgabe. Die Spitäler werden von diversen anderen Behörden zertifiziert.

*Hartmann-Walenstadt:* Ich bin persönlich der Meinung, dass so lange der Kanton noch finanziell in der Verantwortung steht, die Finanzkontrolle die richtige Revisionsstelle ist. Sie hat bereits mehrfach bewiesen, dass sie wirklich unabhängig ist und ab und zu auch etwas unbequem sein kann.

*Regierungsrat Damann:* Die Möglichkeit neben der Finanzkontrolle eine andere Revisionsstelle zu wählen, wurde nicht deshalb aufgenommen, weil es der Wunsch der Spitalverbunde war, sondern, weil es im Universitätsgesetz so geregelt ist und dadurch eine Vereinheitlichung zwischen den kantonalen Institutionen entsteht.

*Stefania Mojon:* Die Finanzkontrolle hätte weiterhin die Finanzaufsicht und somit eine wichtige Rolle.

*Tschirky-Gaiserwald* zur Folie 20: Besorgniserregend ist das Ergebnis des Spitals Linth. Wenn wir über die Spitalstandorte, die Spitäler usw. sprechen, dann gelingt das Ganze wirklich in der Linth-Region, unabhängig von der Rechtsform?

*Stefan Kuhn:* Ja, das kommt gut. Wir haben in dieser Region ganz sicher personell falsche Selektionen vorgenommen. Früher gab es dort auch Themen, welche dieses Spital ins Rütteln brachten. Jetzt wurde sehr stark gebaut und wir haben ein eher zu grosses Spital. Uns fehlen rund 2'000 stationäre Patientinnen und Patienten. Aber der Verwaltungsrat hat grundsätzlich Vertrauen in die jetzige Besetzung mit Nicole Ruhe, CEO seit Anfang 2023. Sie setzt sich richtig mit den Themen auseinander. Mit einer gewissen Unterstützung von Seiten Dritter in der Beratung aus Grabs, haben wir hier eine finanzielle Beratungsleistung, bei der man weiss, auf was man in Zukunft schauen muss.

### **3 Allgemeine Diskussion**

#### **SP-Delegation**

*Sulzer-Wil* (im Namen der SP-Delegation): Auf die Vorlagen ist einzutreten.

Die Herausforderungen für die Spitäler sind gross – im Kanton St.Gallen und in der ganzen Schweiz: Steigende Kosten, nicht kostendeckende Tarife, Fachkräftemangel, erhöhte Qualitätsanforderungen, Ambulantisierung, sich verändernde Patientenbedürfnisse usw. Die Umsetzung der neuen St.Galler Spitalstrategie erweist sich schwieriger als gedacht, die Ergebnisse sind deutlich schlechter als geplant, das Eigenkapital schrumpft trotz Finanzspritze, eine grosse Kündigungswelle hat viel Verunsicherung gebracht, Vertrauen ging verloren – es ist eine vertrackte Situation.

Mit Blick auf diese grossen Herausforderungen weckt diese Vorlage grosse Erwartungen – vielleicht etwas zu grosse. Beim Lesen der Vorlage wird uns immer wieder erklärt, dass die neue

Struktur und die neuen Kompetenzen zu mehr Handlungsspielraum, zu Synergien und zu Kosteneinsparungen führen werden, und dass all dies entscheidend sei für die Genesung der Spitalverbunde und eine gute Zukunft der St.Galler Spitäler.

Eine neue Organisations- und Führungsstruktur kann zu mehr Agilität und im ambulanten Bereich zu einer Verbesserung der Marktpositionierung führen. Inwiefern die vorgesehene Anpassung der Strukturen jedoch zu einer Verbesserung der Finanzsituation, zu einem höheren Anteil an zusatzversicherten Personen oder generell zu einer Erhöhung der Wettbewerbsfähigkeit führen wird, bleibt ziemlich vage. Sollten die von Regierung und Verwaltungsrat erwarteten Synergieeffekte zu einer Verbesserung der Qualität der Dienstleistungen führen, wäre das zu begrüssen. Die Regierung beziffert die finanziellen Synergieeffekte auf 7 bis 14 Mio. Franken jährlich – das ist nicht ganz einfach nachzuvollziehen, wenn man die Vorlage liest. Es scheint, als ob diese Synergieeffekte auch eher bescheiden ausfallen werden, wenn man den Umsatz der Spitalverbunde von 1,36 Mrd. Franken betrachtet.

Die SP-Delegation stellt sich nicht grundsätzlich gegen die organisatorischen Änderungen und die Fusion zu einer einzigen selbständigen öffentlich-rechtlichen Anstalt, warnt jedoch vor zu hohen Erwartungen. Die neue Organisations- und Führungsstruktur ändert nichts an der Tatsache, dass wir teilweise schlechte Tarife und eine ungenügende Finanzierung haben. Wir halten fest, dass es wahrscheinlich ohne weitere finanzielle Beiträge des Kantons auch künftig nicht möglich sein wird, ein qualitativ hochstehendes und wohnortnahes Gesundheitssystem im Kanton St.Gallen sicherzustellen. Der Kanton wird und muss daher mit in der Verantwortung bleiben. Zu denken, dass nach der Organisationsentwicklung alles gut wird und sich der Kanton grossmehrheitlich aus der Verantwortung ziehen kann, erachten wir weder als realistisch noch als politisch sinnvoll.

Zum Verbund: Wir können damit leben, dass wir künftig nur noch einen Spitalverbund haben. Damit verändert sich grundsätzlich nicht viel. Wir haben weiterhin einen Verwaltungsrat. Wir begrüssen auch die Beibehaltung der Rechtsform als selbständige öffentlich-rechtliche Anstalt, denn diese macht deutlich, dass die Gesundheitsversorgung eine elementare öffentliche Aufgabe ist.

Was uns jedoch Sorgen macht, habe ich in der Fragerunde bereits erläutert, und dazu auch noch eine kurze Entgegnung an Warzinek-Mels: Wir sind nicht der Meinung, dass man in den Regionen diese Neuorganisation nicht machen soll. Aber wir bleiben bei unserer Befürchtung, dass die Umsetzung dieser Neuorganisation bzw. diese das Potenzial hat, grosse Verunsicherungen auszulösen. Das wollen wir aber nicht, gerade im Hinblick auf die Personal- und Fachkräftesituation.

Stationäre Spitalstandorte: Für uns ist es zwingend, dass weiterhin der Kantonsrat über eine allfällige Aufhebung eines bestehenden Spitalstandorts (St.Gallen, Grabs, Uznach, Wil) beschliesst, wie es in der Vorlage auch vorgesehen ist. Wir hätten gerne gesehen, wenn ein solcher Schliessungsentscheid dem fakultativen Referendum unterstellt werden könnte. Damit das möglich ist, schlagen wir vor, dass die vier bestehenden Spitalstandorte im Gesetz aufgenommen werden. Eine allfällige Schliessung von weiteren Spitalstandorten ist politisch derart brisant, dass man bei Bedarf einen Volksentscheid ermöglichen sollte.

GNZ: Bei der Einführung der neuen Spitalstrategie und auch als die Spitalstandorte geschlossen wurden, war es ein zentrales Versprechen der Regierung, dass man an den Standorten, die von einer Schliessung betroffen waren oder noch betroffen sein werden, GNZ eröffnet – dies im Sinne einer wichtigen, ausgleichenden Massnahme. Dass diese Verpflichtung nun bereits wieder aus dem Gesetz gestrichen wird bzw. der entsprechende Kantonsratsbeschluss aufgehoben werden soll, ist für uns stossend. Zumal gerade am Standort Flawil nach dem Entscheid der Solviva AG, dass sie den Neubau nicht realisieren wollen, unklar ist, wie es weitergeht. Das ist nicht sehr vertrauensbildend. Wir sind der Meinung, dass man an den bisher genannten Standorten festhalten und bei Bedarf ein GNZ betreiben soll. Diese Kompetenz soll nicht an den Verwaltungsrat delegiert werden.

Verwaltungsrat: Der Sicherstellung einer qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung kommt eine hohe politische, strategische und finanzielle Bedeutung zu. Der Kanton übernimmt

55 Prozent der Kosten bei stationären Spitalaufenthalten. Die Akutspitäler sind klar als Service public zu verstehen. Wir haben sehr viel in die Immobilien und ins Eigenkapital investiert. Die Politik ist und wird hier auch in der Verantwortung bleiben. Für uns wäre es richtig, dass sie auch eine aktive Rolle im strategischen Organ übernimmt. Mindestens das Departement sollte weiterhin als Bindeglied zwischen Spitalverbund und Kanton vertreten sein.

Bezüglich der Wahl der Mitglieder des Verwaltungsrates sollte man an den aktuellen Zuständigkeiten festhalten: Wahl durch die Regierung, Genehmigung durch den Kantonsrat. So bleibt eine gewisse politische Mitbestimmung und Verantwortung durch den Kantonsrat erhalten. Die Revisionsstelle soll weiterhin die Finanzkontrolle sein.

Entscheidungs- und Genehmigungsprozesse: Mehr unternehmerische Freiheit kann nicht bedeuten, dass der Kanton bei der Veräusserung von übertragenen Grundstücken nichts mehr zu sagen hat. Dass die Regierung bei der Veräusserung von Grundstücken nur angehört wird, ist unseres Erachtens nicht richtig. Stellen Sie sich vor: Der Verwaltungsrat informiert die Regierung über einen geplanten Verkauf, die Regierung sagt Nein und der Verwaltungsrat verkauft trotzdem. Diese Anhörung ist kein starkes Argument für die Regierung und ungenügend. Der Verkauf von Grundstücken mit einem Verkaufswert von über 3 Mio. Franken soll weiterhin durch die Regierung genehmigt werden.

Sie haben unsere Anträge erhalten, die wir beim Entwurf des Erlasses am zweiten Sitzungstag stellen werden.

## **SVP-Delegation**

*Louis-Nessler* (im Namen der SVP-Delegation): Auf die Vorlagen ist einzutreten.

Für die SVP-Delegation ist das ein zwingender Schritt nach den weitreichenden Anpassungen vor rund vier Jahren. Wir sind aber auch überzeugt, dass diese Zusammenführung der Spitalverbände in eine einzige Organisation nur ein weiterer Schritt ist. Das Ziel ist noch nicht erreicht. Für uns gehören die St.Galler Spitäler in privatwirtschaftliche Strukturen, die auch privatwirtschaftlich ausgerichtet sind – nur so gibt es mehr Agilität. Wir brauchen mehr Graubünden und mehr Thurgau, auch bei uns. Wir verstehen aber, dass es sinnvoll ist, weitere Änderungen in einem weiteren Schritt zu lösen.

Ich möchte die allgemeine Würdigung für einige Ausführungen nutzen, wie wir überhaupt hierhin gekommen sind, und für einige grundsätzliche Aussagen, bevor wir uns zu den Vorlagen äussern. Für uns St.Galler Kantonsräte ist eigentlich alles im Zusammenhang mit der Spitalplanung immer negativ. Wir reagieren auf schlechte Finanzen, wir diskutieren über Spitalschliessungen. Was wir wahrscheinlich zu häufig vergessen ist, worauf wir reagieren. Wir vergessen das grosse Bild. Viele der grossen Entwicklungen im Gesundheitswesen, auf die wir reagieren, sind eigentlich positiv, haben aber Schattenseiten. Wir haben das heute Vormittag im Vortrag von Prof. Dr. Mitterlechner gehört. Ich war froh um die einführenden Ausführungen. Wir leben länger, beanspruchen dafür aber auch mehr Gesundheitsleistungen. Die Medizin entwickelt sich rasant, es stehen neue Möglichkeiten zur Verfügung, aber dies alles ist mit viel Kosten verbunden. Über einen grossen Zeithorizont betrachtet sind wir viel mobiler geworden. Deshalb ist es nicht mehr sinnvoll, dass überall ein Spital steht, auch wenn Spitalschliessungen schmerzen – als Toggenburger weiss ich, wovon ich spreche.

Vor den Kommissionssitzungen vor rund vier Jahren habe ich zahlreiche Protokolle vorangehender Spitalkommissionen gelesen. Ich war schockiert, wie man teilweise in der Kommission, aber anscheinend auch in der Öffentlichkeit – ich war damals politisch noch weniger involviert – mit den Kritikern der damaligen Spitalstrategie aus dem Jahr 2014 und vorher umging. Wir haben am Mittagstisch diskutiert, wo im Kanton St.Gallen die falschen Weichen gestellt wurden, dass wir hier gelandet sind. Es muss schon vor Jahren passiert sein. Wir dürfen uns auch daran erinnern, wie die GNZ entstanden sind. Sie kamen in die Strategie als Antwort auf die Initiative der SVP-Fraktion des Kantons St.Gallen, die eine sichere stationäre Notfallversorgung in allen Regionen des Kantons wünschte. Es ist interessant, wenn man sich auch das vor Augen hält.

Für uns ist zentral, dass die St.Galler Spitäler in einer Organisationseinheit zusammengeführt werden. Das ist wichtig und wir begrüßen das ausdrücklich. Die Entwicklung muss weitergehen: Privatrechtliche Strukturen wären für uns das Ziel – möglichst ohne die Möglichkeit eines staatlichen Schutzmechanismus. Eine Anstalt des Kantons wird in unseren Augen nie ganz entpolitisiert, sie wird nie ganz frei auf dem Markt agieren können und wird immer ein Risiko für den Kanton darstellen. Ob das bei einer AG besser ist bleibt fraglich. Nichtsdestotrotz bleibt der Weg zur AG offen. Wir teilen die diesbezügliche Argumentation von Lippuner-Grabs.

In der Botschaft werden die Ziele der zahlreichen eingereichten Vorstösse zusammengetragen:

- Betriebsoptimierungen;
- gleich lange Spiesse;
- Handlungsfähigkeit;
- Wettbewerbsfähigkeit;
- Finanzielle Situation;
- Qualität der Leistungserbringung.

Wir sind nicht ganz davon überzeugt, dass mit den vorliegenden Vorlagen gleich lange Spiesse geschaffen werden. Der neue Spitalverbund hat weiterhin den Kanton im Rücken – und wir als kantonale Politik werden uns weiterhin verpflichtet fühlen, einzugreifen, falls etwas schief läuft. Wir zweifeln, ob die Entpolitisierung funktioniert und zu gleich langen Spiessen mit privaten Mitbewerbern führen wird.

Nach diesen grundsätzlichen nun einige konkrete Aussagen zu den Vorlagen: Wir unterstützen beide Vorlagen im Grundsatz. Etwas, was bisher kaum Thema war, ist die Erweiterung in der universitären Lehre und Forschung. Wir haben dazu einige Fragezeichen, die wir in der Spezialdiskussion anbringen werden. Für uns bleibt die Finanzkontrolle die richtige Revisionsstelle. Hierzu werden wir uns allenfalls dem Vorstoss der SP-Delegation anschliessen. Wir fragen uns, ob die Rettung St.Gallen im Eigentum des neuen Spitalverbunds sein sollte bzw. ob sie dort am richtigen Ort ist. Hierzu haben wir Fragen und sind offen, uns hier belehren zu lassen. Den bereits vorliegenden Anträgen der SP-Delegation werden wir grossmehrheitlich nicht folgen. Zur Festschreibung im Gesetz gibt es in unserer Delegation die kleinste mögliche Minderheit, die das unterstützen wird – das bin ich. Problem bei diesen Anträgen ist, dass sie schlechte Strukturen zementieren wollen. Für mich persönlich hatten die Vorlagen der letzten vier Jahre schon ein Demokratiedefizit – und ich sehe das hier analog.

*Sulzer-Wil verlässt die Sitzung um 16.00 Uhr.*

## **FDP-Delegation**

*Lippuner-Grabs* (im Namen der FDP-Delegation): Auf die Vorlagen ist einzutreten.

Bereits mit dem Geschäft zur Weiterentwicklung der Spitalstrategie im Dezember 2020 wurden insgesamt 88 Mio. Franken an Sanierungsbeiträgen an die Spitalverbunde geleistet. In der Februarsession 2023 und im Nachgang in der Volksabstimmung wurden sodann zwecks Bilanzsanierung weitere 163 Mio. Franken Eigenkapital eingeschossen. Das sind 251 Mio. Franken Zuschüsse innerhalb von gut zwei Jahren.

Die Beteiligungen an den Spitalverbunden 2 bis 4 wurden in der Bilanz des Kantons bereits vollständig wertberichtigt und stehen mit null Franken netto in der Bilanz. Der Spitalverbund 1 (KSSG) ist netto noch mit 55,2 Mio. Franken in den Büchern. Es bestehen zudem noch offene Darlehen in der Höhe von insgesamt 411,4 Mio. Franken und Kontokorrente von 67,7 Mio. Franken. Die 479,1 Mio. Franken wurden ebenfalls teils bereits wertberichtigt. Aufgrund der sehr schlechten Ertrags- und Finanzlage stehen netto noch 316,2 Mio. Franken in den Büchern des Kantons. Zusätzlich hat das KSSG in den Jahren 2021 und 2023 Anleihen auf dem Kapitalmarkt in der Höhe von insgesamt 625 Mio. Franken aufgenommen. Dieses Fremdkapital in der Bilanz des KSSG erscheint nirgends in der Bilanz der Kantonsrechnung. Aufgrund der Rechtsform einer öffentlich-rechtlichen Anstalt im vollständigen Eigentum des Kantons St.Gallen muss davon ausgegangen werden, dass der Kanton im Falle einer verunmöglichten Rückzahlung

auch für die 625 Mio. Franken aufkommen müsste. Das ist doch ein kleiner Unterschied zu einer AG. Somit muss das finanzielle Risiko insgesamt, ohne die heutige Hiobsbotschaft zur Jahresrechnung 2023, für den Kanton St.Gallen auf über eine Milliarde Franken beziffert werden. Das sind astronomische Summen, die in einem Verlustfall so ziemlich das gesamte Eigenkapital des Kantons St.Gallen pulverisieren würden. Deshalb müssen wir dieses Geschäft schon sehr ernst nehmen. Es geht um sehr viel Geld und logischerweise um sehr viel Arbeitnehmende. Es geht um die Gesundung der kantonalen Spitäler und um die Reputation unseres Kantons. Gelingt es uns endlich, die staatseigenen Spitäler in die unternehmerische Freiheit und damit einhergehend in die finanzielle Eigenverantwortung zu entlassen? Oder werden wir weiter zentrale Planwirtschaft betreiben in der Meinung, Parlament und Regierung eignen sich als Unternehmungsleitung? Das funktioniert so nicht, das ist zu wenig agil. Es handelt sich um viel zu träge Entscheidungsprozesse, das kann so nicht weiter funktionieren. Werden wir weiter in regelmässigen Abständen mit öffentlichen Geldern die Bilanz sanieren müssen oder wollen wir den eingeschlagenen Weg der Konzentration, Entpolitisierung und finanzieller Abkoppelung zu Ende gehen? Ein sorgsamer Umgang mit diesen Steuergeldern gehört unseres Erachtens zu unserer heiligen Pflicht als gewählte Volksvertreterinnen und Volksvertreter.

Wir stehen klar hinter dieser Vorlage und dieser Zusammenlegung, sowohl der vier Spitalverbände wie auch der vier Spitalanlagegesellschaften. Dieser Schritt ist dringendst notwendig. Die Entpolitisierung haben wir, wie andere Fraktionen auch, immer gefordert.

Bezüglich den GNZ hatten wir im Vorfeld einige Fragen, die sich heute im Laufe des Tages klärten. Wichtig ist die Kommunikation. Es ist nicht der Verwaltungsrat des Spitalverbundes, der z.B. entscheidet, ob ein GNZ oder GZ geschlossen wird oder nicht. Das entscheidet die Regierung. Für uns ist das soweit geklärt.

Sehr kritisch stehen wir der Weiterführung der Rechtsform als öffentlich-rechtliche Anstalt gegenüber. Es ist klar, wir müssen das jetzt so durchziehen. Wir wollen Sie hierbei nicht stoppen. Wir glauben auch nicht, dass hier ein Antrag auf Umwandlung in eine AG gestellt werden soll. Wir sollten aber den nächsten Schritt in Form einer Motion bereits definieren. Wer sich im freien Wettbewerb bewegen will und unternehmerische Freiheiten einfordert, der muss auf der anderen Seite zwingend und rechtssicher vom Staatstropf entkoppelt werden. So lange Defizite über Kontokorrentbezüge abgedeckt werden, die dann in Darlehen umgewandelt und wertberichtigt werden, um dann zuletzt im Rahmen von Sanierungen ganz erlassen zu werden und so lange diese Spirale so weiterläuft, sind die geforderten «gleich langen Spiesse» unseres Erachtens nicht gegeben. Notwendig ist eigentlich auch eine Sanierung der betriebswirtschaftlichen Zahlen, nicht nur von der Bilanz. In einem nächsten Schritt muss diese AG, bei der wir der Meinung sind, dass sie die einzige richtige Rechtsform darstellt, ausreichend ausfinanziert werden und dann definitiv in die unternehmerische Freiheit entlassen werden.

Solange wir Defizite in zwei- und jetzt sogar wieder in dreistelliger Millionenhöhe auf Kosten der Steuerzahlenden schreiben, müssen wir aufpassen, dass wir mit diesem Entlassen in die unternehmerische Freiheit nicht einen unfairen Wettbewerb schaffen. Es kann nicht sein, dass diese Defizite fortlaufend mit öffentlichen Geldern gedeckt werden und gleichzeitig bewegt sich das gleiche Unternehmen im freien Wettbewerb. Wir konnten dieses Thema bereits heute Morgen ausdiskutieren. Es geht finanziell bei dieser Vorlage um extrem viel. Stand heute beträgt das finanzielle Risiko 1 Mrd. Franken und die Verluste laufen weiter. Wir müssen den eingeschlagenen Weg unbedingt weitergehen.

## **GRÜNE-Delegation**

*Gschwend-Altstätten* (im Namen der GRÜNE-Delegation): Auf die Vorlagen ist einzutreten.

Es geht in dieser Vorlage um viel, aber nicht nur um viel Geld, sondern es geht um eine Art der Glaubwürdigkeit. Es geht darum, dass die Bedürfnisse der St.Galler Bevölkerung nach einer hochstehenden und bezahlbaren Versorgung in den Spitälern ernst genommen werden. Für

uns ist es in Bezug auf diese Botschaft und ganz grundsätzlich eine Verpflichtung, dass mit diesen Fragen sehr seriös umgegangen wird. Diese Verantwortung müssen wir übernehmen und erfüllen.

Es wurde bereits vieles ausgeführt. Einiges können wir von Seiten der GRÜNE-Delegation unterstützen, anderes nicht. Wir sind aber einig mit der Botschaft in Bezug auf die rechtliche Form der selbständig öffentlich-rechtlichen Anstalt, dass das gut funktionieren wird, und dass dies beibehalten werden soll.

Für uns ist es unbestritten, dass die Spitalverbunde mehr unternehmerischen Spielraum erhalten sollten und diesen auch erfüllen müssen. Einig sind wir auch, dass man Doppelspurigkeiten beseitigen sollte. Wenn einem das wirklich ernst ist, dann hätte man diese schon vor viel längerer Zeit aufheben können. Wir sind ganz klar der Meinung, dass die Spitalstandorte im Gesetz festgehalten werden sollten. Ein Vertreter des zuständigen Departementes sollte im Verwaltungsrat Einsitz nehmen. Wie erachten es angesichts der heutigen Diskussionen zu den GNZ als notwendig, dass der Kantonsrat weiterhin über diese Standorte entscheidet. Es handelt sich um eine sorgfältige Vorlage, inhaltlich sind wir nicht überall gleicher Meinung. Die Anträge der SP-Delegation werden wir weitgehend unterstützen.

### **Die Mitte-EVP-Delegation**

*Tschirky-Gaiserwald* (im Namen der Die Mitte-EVP): Auf die Vorlage ist einzutreten.

Lippuner-Grabs hat schon einige Zahlen benannt, welche wir in der nächsten Woche im Rahmen der Vorberatung des Aufgaben- und Finanzplans (abgekürzt AFP) verifizieren werden. Diese Zahlen stehen vermutlich nicht in dieser Botschaft, sondern im AFP – ansonsten habe ich sie überlesen. Wir sind klar für Eintreten, denn dieses grosse finanzielle Risiko muss endlich ausgemerzt werden. Die Mitte-EVP-Fraktion reichte im Parlament die entsprechenden Vorstösse ein. Unsere Strategie ist politisch klar umschrieben und wurde in der Botschaft entsprechend umgesetzt. Es ist für uns daher nicht nur eine seriöse Botschaft, sondern auch der richtige Weg, damit wir effektiv aus dieser Spirale von Wertberechtigungen herauskommen. Ob wir letztendlich in einer AG landen, wird ein möglicher Ausweg sein, den man über eine Kommissionsmotion beschreiten könnte. Entscheidend ist aber, dass wir die vorliegende Botschaft möglichst rasch behandeln und zu einem Ergebnis kommen. Wichtig dabei ist, dass die Spitalverbunde dann in Eigenverantwortung im Gesundheitssektor operieren können.

Zu den GNZ bestehen unterschiedliche Meinungen, wie man diese festschreibt und welche Angebotsausgestaltung sie ausweisen sollen. Dazu werden wir mehr in der Spezialdiskussion erfahren, wenn wir die einzelnen Artikel genauer betrachten. Entscheidend ist, dass die Regierung hier nicht wortbrüchig wurde und die Verantwortung in der Gesundheitsversorgung wahrgenommen wird. Dort, wo das Ganze nicht spielt, kann die Regierung entsprechend eingreifen. Es ist wichtig und richtig, dass die Regierung dort am Zug ist und keine Politisierung über den Kantonsrat erfolgt. Wir müssen endlich entpolitisieren. Unsere Nachbarkantone haben es bewiesen. Daher handelt es sich um eine der wichtigsten Vorlagen der letzten Jahre. Ich attestiere dem Gesundheitsdepartement, dass in den letzten Jahren schwer gearbeitet wurde, damit wir in der Spitalpolitik einen Schritt vorwärtskommen. Da es viele Jahre nicht richtig lief, muss jetzt möglichst rasch korrigiert werden.

Zu den Anträgen der SP-Delegation werden wir uns gerne noch detailliert äussern. Aus meinen Voten konnten Sie heraushören, dass unsere Delegation die Anträge der SP-Delegation wenig unterstützen wird.

*Regierungsrat Damann*: Vielen Dank, dass Sie unsere Vorlage wohlwollend aufgenommen haben und für Eintreten sind. Ich habe von keiner Fraktion gehört, dass sie nicht eintreten wird, darüber sind wir sehr froh. Wir sind auch froh, dass Sie zeigen, dass wir jetzt zügig vorwärts machen müssen.

Da Sulzer-Wil die Sitzung verlassen musste, kann ihm jemand vielleicht Folgendes weiterleiten: Bei den Liegenschaften, die vom Kanton übernommen wurden, besitzt der Kanton immer noch

das Vorkaufsrecht – das bleibt so und ändert sich nicht. Der Kanton wird weiterhin das Vorkaufsrecht behalten, auch wenn der Spitalverbund Land oder Liegenschaft verkaufen würde. Der Kanton hat auch in Rorschach das Vorkaufsrecht. Dieses hat sich etabliert und bedeutet, dass der Kanton im Verkaufsfall v.a. mitverhandeln kann, wie es damals beim Spital Flawil oder Wattwil der Fall war. Das Vorkaufsrecht stellt aber auch kein Problem dar. Wenn man eine gute Lösung findet, wird der Kanton davon nie Gebrauch machen. Es handelt sich dabei um ein Mitspracherecht.

Ich unterstützte das Anliegen der FDP-Delegation und habe das an der Chefärztekonzferenz deutlich und klar gesagt: Die Spitäler können nicht mehr Freiheiten verlangen, wenn sie nicht auch mehr Verantwortung übernehmen. Das bedeutet auch Verantwortung in finanzieller Hinsicht. Das ist noch nicht allen bewusst, aber ich stelle ein Umdenken fest. Ich war kürzlich in der Geschäftsleitung des KSSG und spürte, dass sich dort viele Leute bewusst sind, dass ein Umdenken nötig ist. Man kann nicht mehr Freiheiten verlangen und wenn es schlecht läuft soll der Staat wieder Unterstützung bieten. Diese Mentalität müssen wir austreiben. Hier wäre eine AG die bessere Variante. Wir müssen hier abwägen und das Tempo ist dabei ein entscheidender Punkt. Deshalb bin ich froh, dass alle Delegationen mit diesem Zwischenschritt einverstanden sind. Dieser ist wichtig, damit wir jetzt vorwärts machen können.

Das Gesundheitswesen veränderte sich in letzter Zeit enorm schnell. Ich bin jetzt seit bald acht Jahren weg vom Arztberuf und könnte heute vermutlich nicht mehr in einer Praxis tätig sein, denn das Wissen hat sich dermassen schnell verändert. Wenn man z.B. im Spital Stephanshorn feststellt, dass etwas Neues nötig ist, dann reichen sie eine Baubewilligung ein und ein Jahr später ist es umgesetzt. Beim Kanton dauert das rund zehn Jahre. Wie lange befinden wir uns nun an der Arealstrategie der Psychiatrieverbunde und werden irgendwann im Jahr 2035 den ersten Bau erstellt haben? Aber dann wird es vielleicht schon zu spät sein. Die Spitäler brauchen diese Freiheiten und müssen schnell reagieren können, ansonsten fällt man im Wettbewerb ab.

Wir wollen das Kantonsspital als Leuchtturm mit einer hochspezialisierten Medizin. Es soll das Zentrum der Ostschweiz als Endversorgerspital sein. Wir wollen in der Peripherie gute Grundversorgungsspitäler. Das ist für uns wirklich wichtig.

Ich bin bereit, in der Spezialdiskussion über den einen oder anderen Punkt zu diskutieren. Die Anträge der SP-Delegation werden wir noch genau prüfen und gerne dazu Stellung nehmen. Ich werde das unter Umständen auch in der Regierung kurz besprechen, wenn es sich um weitergehende Anträge handeln sollte.

*Kommissionspräsident:* Ich stelle fest, dass alle Delegationen dem Spitalverbund mehr Spielraum im Sinne von unternehmerischer Freiheit ermöglichen wollen. Das soll zeitnah angegangen werden. Die Delegationen sind sich jedoch noch nicht einig, wie der Verwaltungsrat gewählt wird und ob die Standorte im Gesetz aufgenommen werden sollen.

Ich schlage vor, dass wir nicht heute noch mit der Spezialdiskussion beginnen, sondern dass wir an der nächsten Sitzung die Spezialdiskussion sowie die Beratung der Botschaft und allfällige Aufträge usw. erledigen. Ich stelle Zustimmung zum vorgeschlagenen Vorgehen fest.

#### **4 Abklärungen für den nächsten Sitzungstag**

*Kommissionspräsident:* Was muss auf die nächste Sitzung vorbereitet werden? Regierungsrat Damann wird allenfalls die SP-Anträge der Regierung vorlegen. Einige Delegationen könnten sich längerfristig auch eine AG vorstellen. Es kam auch eine Kommissionsmotion zur Sprache. Könnte diese auf die nächste Sitzung vorbereitet werden, damit uns eine Diskussionsgrundlage vorliegt? Wie ich sehe, werden zwei Delegationen diese vorbereiten – besten Dank. Den Motionsentwurf werden wir allen Kommissionsmitgliedern zustellen.

*Müller-Lichtensteig:* Bei der Thematik der Festschreibung der Spitalstandorte sowie der GNZ wäre eine Übersicht der Möglichkeiten hilfreich, wo man diese gesetzlich niederschreiben könnte und was die Folgen daraus wären. Es gibt dabei zwei essentielle Möglichkeiten:

1. Man belässt es im Kantonsratsbeschluss über die Festlegung der Spitalstandorte (sGS 320.202), der auch die GNZ-Standorte definiert, und nimmt entsprechende Anpassungen vor; oder
2. es wird in einem Gesetz verankert. Dann stellt sich die Frage, in welchem Gesetz es verankert werden soll. Im Gesundheitsgesetz oder im Gesetz über die Spitalverbunde? Oder eignet sich ein anderes Gesetz dafür?

Diese Diskussion werden wir an der nächsten Sitzung führen und eine entsprechende Auslegung wäre von Vorteil.

*Warzinek-Mels:* Ich habe zu Beginn der Sitzung nach den rechtlichen Grundlagen im Kanton Graubünden gefragt. Ich möchte keine zu grossen Fragestellungen öffnen, aber vielleicht könnte man uns die Situation in den Nachbarkantonen Graubünden und Thurgau aufzeigen. Mich interessiert, wie die Spitalstandorte und GNZ dort gesetzlich geregelt und festgeschrieben sind.

*Lippuner-Grabs:* Ergänzend zu den zwei Varianten, die Müller-Lichtensteig erwähnte, gibt es noch eine dritte Variante, nämlich den Kantonsratsbeschluss über die Gewährung von Beiträgen für die Notfallversorgung (sGS 320.203). Dieser hält in Ziff. 2 fest: «Der Kanton St.Gallen kann jährlich wiederkehrende Beiträge für die Notfallversorgung an den Standorten von Gesundheits- und Notfallzentren im Umfang von bis zu Fr. 6'250'000.– gewähren.» Ziff. 2 könnte mit den Spitalstandorten ergänzt werden – das wäre eine niederschwellige Variante. Bei den Beiträgen an die Notfallversorgung unter Ziff. 1 werden bereits die einzelnen Standorte aufgeführt.

*Kommissionspräsident:* Ist es dem Gesundheitsdepartement möglich, diese beiden Fragen auf die nächste Sitzung klären? Ich sehe Kopfnicken. Insofern geben wir das dem Gesundheitsdepartement so mit.

*Warzinek-Mels:* Wir haben auch intensiv über diesen Unterschied der verschiedenen Rechtsformen diskutiert. In der Botschaft wird das recht umfassend abgehandelt. Trotzdem: Gibt es dazu noch erweiterte Unterlagen? Ich habe von Andreas Eisenring gehört, dass er dieses Thema im Vorfeld noch genauer geprüft habe. Auch mit Blick auf einen finanziellen Misserfolg, was würde das in den verschiedenen Rechtsformen bedeuten? Falls es allenfalls umfangreichere Ausführungen dazu gibt, welche lediglich weitergeleitet werden können, wäre ich darüber dankbar.

*Regierungsrat Damann:* Ich muss das mit Andreas Eisenring abklären, da ich nicht weiss, was er damit genau meinte.

Die Vorlage wurde weitgehend auf dem Managementmodell aufgebaut, welches die Spitalverbunde zuerst ausgearbeitet haben. Sie haben im Managementmodell dargelegt, wie sie die Zukunft der Spitäler sehen. Wir haben diese Erkenntnisse in der Regierung beraten und entschieden, dass eine Vorlage ausarbeitet werden soll, welche in etwa in diese Richtung geht. Ich wüsste nicht, ob es neben dem Managementmodell weitere Unterlagen zur Evaluation der verschiedenen Rechtsformen gibt.

*Warzinek-Mels:* Es geht konkret um die Rechtsform einer AG.

*Regierungsrat Damann:* Wir werden Ihnen das auf die nächste Sitzung aushändigen, wenn wirklich mehr enthalten ist als in der Botschaft.

*Kommissionspräsident:* Diese Abklärung wird vorgenommen. Andreas Eisenring hat sich den 1. März 2023 für unseren zweiten Sitzungstag freigehalten. Ich gehe momentan nicht davon aus, dass wir die heute anwesenden Gäste noch einmal einladen müssen. Wie sieht das die Kommission? Ich stelle fest, dass diese Einschätzung geteilt wird und dies somit nicht geplant werden muss.

Zum nächsten Sitzungstermin: Ich habe mit Regierungsrat Damann mehrere Daten für den zweiten Sitzungstag geprüft. Dabei konnten wir uns einzig auf den 1. März 2024 festlegen. Ich weiss, dass Warzinek-Mels an diesem Tag im Ausland sein wird und froh wäre, wenn wir einen anderen Termin finden könnten. Gibt es noch andere Mitglieder, die am 1. März 2024 verhindert sind? Das ist nicht der Fall, also werden wir den Termin so belassen. Ich bitte Sie, den ganzen Tag zu reservieren.

## 4.1 Verschiedenes

*Kommissionspräsident:* Ich bedanke mich für die aktive Mitarbeit und schliesse die Sitzung um 16.30 Uhr. Zweiter Sitzungstag ist der 1. März 2024.

Der Kommissionspräsident:

Die Geschäftsführerin:

Raphael Frei  
Mitglied des Kantonsrates

Sandra Brühwiler-Stefanovic  
Parlamentdienste

### Beilagen

*mit der Einladung bereits zugestellt:*

1. 22.23.04 / 23.23.01 «Anpassung der Organisationsstruktur der Spitalverbunde: V. Nachtrag zum Gesetz über die Spitalverbunde / II. Nachtrag zum Kantonsratsbeschluss über die Festlegung der Spitalstandorte» (Botschaft und Entwürfe der Regierung vom 17. Oktober 2023); *mit dem Kantonsratsversand zugestellt*

*Beilagen gemäss Protokoll:*

2. Präsentation Prof. Mitterlechner (*bereits an der Sitzung verteilt*)
3. Präsentation GD (*bereits an der Sitzung verteilt*)
4. Präsentation Spitalverbunde (*bereits an der Sitzung verteilt*)
5. Antragsformulare vom 11. Januar 2024

### Weitere Unterlagen (*digital abrufbar*)

1. [Gesundheitsgesetz \(abgekürzt GesG; sGS 311.1\)](#)
2. [Gesetz über die Spitalplanung und Finanzierung \(abgekürzt SPFG; sGS 320.1\)](#)
3. [Gesetz über die Spitalverbunde \(abgekürzt GSV; sGS 320.2\)](#)
4. [Kantonsratsbeschluss über die Festlegung der Spitalstandorte \(sGS 320.202\)](#)
5. [Kantonsratsbeschluss über die Gewährung von Beiträgen für die Notfallversorgung \(sGS 320.203\)](#)

### Geht (mit Beilagen) an

- Kommissionsmitglieder
- Geschäftsführung der Kommission
- Gesundheitsdepartement (wie Seite 1)

### Kopie (ohne Beilagen) an

- Fraktionspräsidentinnen und Fraktionspräsidenten
- Parlamentsdienste (Gs KR)