



## Protokoll

- Sitzung: Vorberatende Kommission des Kantonsrates  
über
- "Spitalversorgung im Kanton St.Gallen:  
Kantonsratsbeschlüsse über die Investitionen in die  
Infrastruktur der öffentlichen Spitäler" sowie
  - "Kantonsratsbeschluss über die Gewährung eines  
Darlehens an die Stiftung Ostschweizer Kinderspital für  
den Neubau des Kinderspitals auf dem Areal des  
Kantonsspitals St.Gallen" – 35.13.04

Baudepartement  
Generalsekretariat  
Lämmlisbrunnenstr. 54  
9001 St.Gallen

Termin: **Montag, 13. Januar 2014**  
**08.30 Uhr – 13.00 Uhr inkl. Mittagessen**

Ort: **Spitalstandort Linth, Gasterstrasse 25, 8730 Uznach**  
**Restaurant**

Geschäft: **Kantonsratsbeschluss über die Erneuerung und Erweiterung des Spitalstandorts**  
**Linth (2. Etappe)**

St.Gallen, 18. Januar 2014

### Vorsitz

- Michael Götte, Tübach, Präsident

### Teilnehmende

#### Kommissionsmitglieder

- Erwin Böhi, Wil
- Peter Boppart, Andwil
- Bruno Damann, Gossau
- Marcel Dietsche, Kriessern
- Peter Göldi, Gommiswald
- Karl Güntzel, St.Gallen
- Agnes Haag, St.Gallen
- Andreas Hartmann, Rorschach
- Christof Hartmann, Walenstadt
- Peter Hartmann, Flawil
- Herbert Huser, Altstätten
- Walter Locher, St.Gallen
- Marc Mächler, Zuzwil
- Nils Rickert, Rapperswil-Jona
- Werner Ritter-Sonderegger, Hinterforst
- Paul Schlegel, Grabs
- Martha Storchenegger, Jonschwil
- Dario Sulzer, Wil
- Thomas Warzinek, Mels



### **Weitere Teilnehmende**

- Gesundheitsdepartement, Heidi Hanselmann, Regierungsrätin
- Baudepartement, Willi Haag, Regierungsrat
- Spitalregion Linth, Dr. Urs Graf, CEO
- Spitalstandort Linth, Hugo Costantino, Leiter Stabsstelle Projekte
- Gesundheitsdepartement, Roman Wüst, Generalsekretär
- Gesundheitsdepartement, Peter Altherr, Amt für Gesundheitsversorgung
- Baudepartement, Werner Binotto, Kantonsbaumeister
- Baudepartement, Urs Diethelm, Hochbauamt, Baubereich Spitalbauten
- Baudepartement, Markus Moser, Hochbauamt, Baubereich Spitalbauten

### **Protokoll**

- Baudepartement, Aline Tobler, Generalsekretariat

### **Entschuldigt**

- Susanne Hoare-Widmer, St.Gallen, ganztags
- Marc Mächler, Zuzwil, nach der Pause

### **Unterlagen**

- Lageplan / Anfahrt zum Sitzungsort
- Ergänzendes Dossier mit Plänen für die vorberatende Kommission des Kantonsrates

### **Inhalt**

|          |  |           |
|----------|--|-----------|
| <b>1</b> | <b>Begrüssung und Information</b>          | <b>3</b>  |
| <b>2</b> | <b>Einführung, Vorstellung der Vorlage</b> | <b>3</b>  |
| <b>3</b> | <b>Allgemeine Diskussion</b>               | <b>21</b> |
| <b>4</b> | <b>Spezialdiskussion</b>                   | <b>23</b> |



## 1 Begrüssung und Information

**Michael Götte-Tübach, Präsident der vorberatenden Kommission**, begrüsst die Mitglieder der vorberatenden Kommission zur Sitzung. Er sagt, dass es bei der vorliegenden Sitzung um die zweite Etappe des Spitals Linth gehe. Das Spital befinde sich in der Nachbarschaft von weiteren neuen und geplanten Spitälern wie in Lachen und Glarus, die noch nicht gross diskutiert worden seien. Zur übersichtlicheren Darstellung dieser Situation würden im Saal grosse Landkarten hängen. Diese befänden sich auf Wunsch einiger Sitzungsteilnehmer auch im grünen Ordner auf Seite 2. Es sei explizit gewünscht worden, dass nicht nur über die betreffenden Spitälern, sondern auch über die nachbarschaftlichen Spitälern diskutiert werde. Diese seien nicht allzu weit vom Spital Linth entfernt.

Der Präsident stellt folgende Gäste vor:

- Dr. Urs Graf, CEO der Spitalregion Linth
- Hugo Constantino, Leiter Stabstelle Projekt der Spitalregion Linth
- Markus Moser, ehem. Mitarbeiter Hochbauamt, ehem. Projektleiter Spital Linth
- Aline Tobler, Protokollführerin

Der Präsident erklärt, dass sich die spezielle Sitzungsordnung an der Verfügbarkeit der einzelnen Räume orientiere. Peter Boppart sei stellvertretender Stimmzähler. Weiter orientiere sich die Sitzung am altbekannten Ablauf; zunächst die Referate, anschliessend eine Führung durch das Spital. Sein erklärtes Ziel sei, die Sitzung bis am Mittag zu beenden. Dafür werde das Mittagessen gegen hinten verschoben. So werde der Nachmittag nicht mehr benötigt.

Der am Freitag diskutierte Postulatsentwurf betreffend Baukosten werde an die Sitzungsteilnehmer verteilt. Der Präsident erläutere, dass die Abstimmung während der Sitzung eingeschoben werde; fände das Postulat eine Mehrheit, werde es in dieser Form als Kommissionspostulat eingereicht. Einzelne Vertreter der Fraktionen haben das Postulat bereits gesehen. Weiter danke er, Peter Boppart, der das Postulat über das Wochenende aufbereitet habe, um dieses zu besprechen und darüber abzustimmen.

Der Präsident übergibt zum Traktandum 2 Regierungsrätin Heidi Hanselmann das Wort.

## 2 Einführung, Vorstellung der Vorlage

### a) Vorlage aus Sicht GD

**Regierungsrätin Heidi Hanselmann** begrüsst die Anwesenden und führt anhand der Präsentation durch die Thematik Spitalerneuerungsbau Spital Linth.

*Folie 3:* Zur Bedeutung des Spital Linth, gelte auch hier gilt selbstverständlich wiederum der Grundsatz des vorgestellten Räderwerks, das ineinander verzahnt ist. Dieses zeige auf, wie die Leistungsaufträge so zu vergeben seien, dass sie schlussendlich bedarfs- und bedürfnissgerecht in den Regionen vernetzt mit dem Kantonsspital angeboten werden können. Der Spitalstandort Linth sei ebenfalls ein wichtiges Zahnrad in diesem ganzen Getriebe. Linth sei das zweitgrösste Spital. Es sei ein Regionalspital, eine



Spitalunternehmen, ein Kompetenzzentrum, das die medizinische Grundversorgung sicherstelle. Das Spital Linth sei dementsprechend attraktiv für die Patienten und Patientinnen und auch für die Mitarbeitenden, was immer einhergehe. Der Standort Linth sei wie auch andere Regionalstandorte ausschraffiert mit gewissen spezialisierten Leistungen in gewissen Bereichen wie Neurologie, Rheumatologie, Urologie und Gastroenterologie. Dies sei möglich, weil das Spital Linth im Netzwerk mit dem Kantonsspital diese Umsetzung erbringen könne, wie dies in der Präsentation am ersten Tag im Film aufgezeigt wurde.

Von rund 10'000 St.Galler Patienten und Patientinnen aus dem Linthgebiet würden mehr als die Hälfte im Spital Linth behandelt werden. Man sehe damit einmal mehr, dass die wohnortnahe Angebotstruktur funktioniere. Die Bettenbelastung sei sehr hoch, manchmal fast an der Grenze des Umsetzbaren (über 90%). Mit dem wohnortnahen Angebot habe man die Möglichkeit und den Vorteil dass die Schnittstelle mit der Hausärzteschaft, Spitex, Pflegeheime zu einer Nahtstelle gemacht werden könne. Man könne zusammen Hand in Hand arbeiten.

*Folie 4:* Das Spital Linth sei ein gefragter Kooperationspartner, auch wenn anderes gelesen werden könne. Die Realität zeige etwas anderes. Auf der Folie sei ersichtlich, wo welche Gebiete für das Spital Linth wichtig seien oder umgekehrt für die anderen Spitäler, wie bedeutend der Standort Spital Linth sei.

Wenn die Leistungsaufträge ausgedünnt werden sollen, hätte man auch hier mit einer Patientenabwanderung zu rechnen. Ein gekapptes Regionalspital würde nicht mehr als Kompetenzzentrum für die Grundversorgung funktionieren und wäre somit auch nicht mehr attraktiv für die Patienten und Patientinnen. Aus dieser Folge wäre das Spital auch nicht mehr attraktiv für die Ärzteschaft. Diese haben den Anspruch, dass ihre Arbeit in einem Ganzen funktionieren solle, gekoppelt werden könne und interessant bleibe. Und dies sei im Netzwerk mit dem Kantonsspital möglich.

*Folie 5:* Ein weiterer noch nicht so lange umgesetzter Pluspunkt sei, dass die Hausarztpraxis im Spital Linth realisiert werden könne. Man habe dies auch in der Praxis lesen können. Damit sei man rundum zufrieden; man habe eine neue Struktur legen können, damit seien Hausärzte und Hausärztinnen entlastet worden. Die Öffnungszeiten seien wie auf der Folie ersichtlich von 18:00 – 22:00 Uhr. Das GD habe sich diese Hausarztpraxis direkt vor Ort angeschaut und erklären lassen, es sei ein leuchtendes Beispiel gewesen, wie die Triage am richtigen Ort und zur richtigen Zeit angeboten werden könne. Die Hausärzte schätzen die Qualitätssicherung, wenn sie die Fachleute im Rücken haben. Das sei auch eine Motivation für junge Mediziner und Medizinerinnen in die Hausarztpraxis einzusteigen. Sie bekomme immer wieder Hinweise, dass Hausarztpraxen nicht übernommen worden wären, wenn das Spital nicht wäre. Auch das sei ein wichtiger Pluspunkt in der Versorgung.

Der Notfalldienst in der Notfallpraxis im Spital Linth entlaste also und sichere dementsprechend auch Qualität. Interessant sei diese Lage für beide Seiten, von den Ärzten im Spital selber werde diese Situation sehr geschätzt.

*Folie 6:* Die erste Bauetappe habe etwas bewirkt. Auf der Folie wird stichwortartig aufgeführt, wo bereits gebaut wurde. Heidi Hanselmann sagt, dass sie auf diese Fakten



nicht im Detail eingehen werde, darauf könne in der Diskussion eingegangen werden. Zudem werde der Bauchef dies noch erläutern.

*Folie 7:* Wichtig seien die Stichworte auf der nächsten Folie, was die erste Bauetappe bewirkt habe. Es habe einen massiven Anstieg von stationären Fallzahlen nach dem Abschluss der ersten Bauphase und der Sanierung gegeben. Man habe ihnen ja nachgesagt, dass sie es nicht schaffen würden, Patientinnen und Patienten zurückzuholen. Die Zahlen sprächen dazu aber klar eine andere Sprache; es gebe ein Anstieg, auch bei halbprivaten und privaten Patienten. Vor dem Hintergrund der neuen Spitalfinanzierung lohne sich eine solche Investition oder anders gesagt, die Infrastruktur spiele in der heutigen Zeit eine zentrale Rolle. Qualität werde vorausgesetzt und hier auch geliefert, was die Zertifikationen zeigen. Damit können attraktive Arbeitsplätze angeboten werden, was ebenfalls wichtig sei und – was erstaune – es gäbe keinen Patientenrückgang während der Bauphase. Ein solcher Rückgang habe man erwartet und wurde auch im Verwaltungsrat diskutiert. Es wurde auch überlegt welche Massnahmen diesbezüglich ergriffen werden müssten, wenn tatsächlich ein Rückgang festgestellt worden wäre. Man habe Massnahmen innerhalb des Spitals ergriffen, die gewirkt haben; dazu würden später Ausführungen gemacht werden. Sie seien froh solche Erfahrungen erlebt zu haben. Diese Erfahrungen seien natürlich für die anderen Spitalstandorte in der Umbauphase von Nutzen.

*Folie 8:* Auf Folie 8 sehe man die Entwicklung der stationären Fallzahlen. Man sehe 1:1, dass es ganz klar zu einer Erhöhung gekommen sei. Wichtig zu wissen sei – mit Blick auf die neue Spitalfinanzierung in den Jahren 2011 / 2012 – dass eine neue Zählweise eingeführt wurde und deshalb sei darauf hinzuweisen, dass es nicht um einen Frequenzrückgang handle. Darum sei es schwierig die Fallzahlen vor der neuen Spitalfinanzierung mit der heutigen Zeit, die Umsetzung der Spitalfinanzierung zu vergleichen. (13:23) Man habe zum Teil Rehospitalisierungen, die vorher als zwei Fälle berechnet wurden, oder Verschiebungen innerhalb des Spitals wie akutergeriatrische Versorgung, die vorher als zwei Fälle berechnet wurden. Dies sei immer im Hinterkopf zu behalten. Es ist kein Frequenzrückgang, sondern eine andere Zählweise.

*Folie 9:* Das gleiche gelte für die halbprivate sowie für private Patienten. Auch hier könne klar darauf hingewiesen werden, dass ein klarer Zuwachs an Patienten stattgefunden habe.

*Folie 10:* Der Leistungsauftrag zeige sich auf Folie 10. Das Spital Linth reiht sich im abgestuften Versorgungsmodell ein, und profitiere von den spezialisierten Zentrumsleistungen mit der hochspezialisierten Medizin. Es sei möglich spezialisierte Leistungen im Sinne einer Basisgrundversorgung anzubieten, weil man im Netzwerk mit dem Kantonsspital St.Gallen miteinander zusammenarbeite. Das sei Innovation statt Konkurrenz, die wiederum die Attraktivität für die Mitarbeitenden erhöhe und stärke.

*Folie 11:* Beim Leistungsauftrag arbeite man mit den Konzentrationen und den Zusammenfassungen der Leistungen, was auf Folie 11 ersichtlich werde. Die Anzahl Leistungsgruppen im Spital Linth sei im Vergleich zu den Nachbarspitälern klar zusammengefasst und somit tiefer gesetzt. Darauf sei nochmals in aller Wichtigkeit



hinzuweisen. Im Bereich Viszeralchirurgie, in der hochspezialisierten Medizin, habe es von kleineren und mittleren Spitälern, die 2-3 Fälle pro Jahr behandeln würden, viele Beschwerden gegeben. Es sei sogar zu Beschwerden am Bundesverwaltungsgericht gekommen. Dabei habe das Schlussorgan den Fokus ganz klar auf die Qualität gelegt. Im Kanton St.Gallen seien keine Beschwerden eingegangen, weil die Leistungen schon vorher verteilt worden seien. Wenn in einem Spital unter 10 Fälle zukommen, soll dieser Bereich nicht an einem einzelnen Standort umgesetzt werden, sondern in einer Kooperation. Man könne sagen, dass der Kanton St.Gallen betreffend Leistungskonzentration weiter fortgeschritten sei als viele andere Kantone. Damit könne Qualität und Wirtschaftlichkeit sichergestellt werden, die sich wiederum im tiefen Base-rate im schweizerischen Vergleich zeige.

Der baulichen Handlungsbedarf sei ausgewiesen. Die einzelnen Argumente führe sie nicht nochmals aus, da diese nachgelesen werden können. Weiter seien es dieselben Argumente wie bei den anderen Spitalstandorten auch. Das Spital Linth habe mit der ersten Bauetappe Marktanteile dazu gewinnen können, aber man müsse wissen, dass die Konkurrenz nicht schlafe; in Lachen sei auch ein Neubau von rund 200 – 220 Mio. geplant. Damit schliesse sie ihre Ausführungen und übergebe das Wort an den Bauchef.

**Der Präsident** dankt der Regierungsrätin Heidi Hanselmann und erkundigt sich nach Fragen zu ihren Ausführungen.

**Marc Mächler** begrüsst die Anwesenden und erkundigt sich nach dem ausbleibenden Patientenrückgang während der Bauphase. Im Rahmen der Finanzkommission seien diese Fallzahlen genau angeschaut worden und durchaus sei es zu Verschiebungen gekommen. Er könne sich nicht erinnern, ob es sich auf die Gesamtzahl bezogen habe, aber mindestens bei den Halbprivat und Privaten Patienten habe es Einbrüche gegeben. Er bittet diesbezüglich um eine Differenzierung. Es könne sein, dass es in der Gesamtzahl keine Einbrüche gegeben habe, er meine, sich erinnern zu können, dass es aber einen Impact gegeben habe.

**Regierungsrätin Heidi Hanselmann** stützt sich auf die vorhandenen Informationen und Zahlen. Sie verneint solche negative Auswirkungen. Sie fragt nach, ob es sich vielleicht um ein anderes Jahr handle auf das sich Marc Mächler beziehe. Im Bereich der Geburtsabteilung habe es durchaus einmal einen Rückgang gegeben, dies habe aber mit dem Weggang eines leitenden Arztes zusammengehangen.

**Der Präsident** bitte den Urs Graf, dazu noch Präzisierungen vorzunehmen.

**Urs Graf** wird nachprüfen, ob es bei Privatpatienten eine Veränderung gab. Bei der Gesamtzahl habe es an sich keine Veränderungen gegeben.

**Marc Mächler** sagt, er habe sich wahrscheinlich falsch erinnert. Er meine sich aber zu erinnern, dass es gewisse Auswirkungen gegeben habe.

**Regierungsrätin Heidi Hanselmann** erwidert, dass auf den Folien die offiziellen Zahlen vermerkt seien und diese geprüft worden seien.



**Marc Mächler** meint, dass in der Tabelle auch die Zahlen aus den Jahren 2004 und 2005, vor der Bauphase, hätten erwähnt werden müssen. Weiter würden die Tabellen nicht die Zahlen der Bauphase zwischen 2006 und 2007 zeigen.

**Urs Graf** wird später noch auf die längerfristigen Zahlen eingehen.

**Der Präsident** übergibt das Wort an Andreas Hartmann.

**Andreas Hartmann** stellt den ersten Punkt in Folie 7 - Auswirkungen der 1. Bauetappe "Massiver Anstieg der stationären Fallzahlen nach Abschluss der Sanierung (+ 11 Prozent) - in den Zusammenhang mit der behandelnden Botschaft. Allenfalls könne die Frage auch später beantwortet werden. Zur Versorgungssituation auf Art. 176 "bei der Bevölkerung des Einzugsgebietes des Spitals Linth beläuft sich dieser Wert der ausserkantonalen Hospitalisierungen auf 29%". Das scheine ein sehr hoher Wert, für das Jahr 2011, also nach Abschluss der 1. Bauetappe zu sein. Er fragt nach der Entwicklung der Zahl der ausserkantonalen Hospitalisierungen. Wenn ein Anstieg von 11% im Spital Linth stattgefunden habe, müsste diese Zahl (29%) rückläufig sein. Doch ob dies tatsächlich so sei oder ob diese Zahl im Vergleich zu den Vorjahren sogar angestiegen sei, gehe aus der Botschaft nicht hervor. Im Zusammenhang mit dieser Folie sei bei ihm die Frage nach der Entwicklung dieser Zahl nochmals aufgetaucht. Diese Frage könne jedoch auch in der Allgemeinen- oder in der Spezialdiskussion besprochen werden. Er bittet um die Darlegung der Zahlen.

**Regierungsrätin Heidi Hanselmann** erwidert darauf, dass der grundsätzliche Trend in der Schweiz zeige, dass sich alle Zahlen erhöht haben, auch die ausserkantonalen Hospitalisierungen. Davon werde auch der Kanton St.Gallen nicht ausgenommen. Dies liege insbesondere mit der demographischen Entwicklung zusammen.

**Der Präsident**, verweist darauf, dass diese Zahlen in der Botschaft noch spezifisch angeschaut und die Frage nochmals gestellt würde.

**Der Präsident** übergibt das Wort an Regierungsrat Willi Haag.

## **b) Vorlage aus Sicht BD**

**Regierungsrat Willi Haag** begrüsst die Anwesenden und erklärt, dass er hier in der Spitalregion 3 über den baulichen Teil informieren werde. Aufgrund der Netzwerkstrategie und dem Auftrag Quadriga II Plus sind die Herausforderung gefasst, eine Grundlage zu erfassen, welche baulichen Massnahmen sind tatsächlich an den einzelnen Standorten bei den einzelnen Spitaler nötig sind um den Auftrag zu erfüllen und die Energieeffizienzen zu erreichen. Er erläutert kurz die erste Bauetappe des Spitals Linth

*Folie 3: Die Ausgangslage; das heutige Spital Linth sei im Jahr 1970 eröffnet worden. Die Gesamtanlage umfasse heute die Gebäude A und B mit Spitalhauptgebäude mit Haupteingang, Restaurant, Kapelle, Notfallaufnahme, Untersuchung/Behandlung, Pflegebereich, Bettenstationen, Ver- und Entsorgung, Ausbildung/Schulung, Helikopterlandeplatz und Räume des technischen Dienstes.*



Im Gebäude C befinde sich Geburtshilfe/Frauenklinik und Physiotherapie. Im Gebäude G das Ambulatorium Frauenklinik und die Geburtsvorbereitung. Das Personalhaus E ist - provisorisch mindestens - die Verwaltung. Im Personalhaus F habe es Personalzimmer. Zudem habe es mehrere Nebenbauten auf dem Areal Spital Linth.

#### *Folie 4 – Bauliche Bedürfnisse*

Die Konzepte der heutigen Spitalgebäude Uznach würden aus den Jahren 1965/66 (Geburtshilfegebäude C) bzw. 1967 bis 1970 (Spitalhauptgebäude A/B) stammen. Nach mehr als 40 bzw. 45 Betriebsjahren sei aus baulicher und betrieblicher Sicht nicht nur ein kleiner, sondern ein grosser Handlungsbedarf angezeigt worden. Die Gebäude würden nicht mehr den heutigen Anforderungen an ein zeitgemässes Spital genügen. Neue Behandlungsmöglichkeiten und -methoden würden zu neuen Betriebsabläufen führen. Es gehe bei allen Bauten um die Betriebskosten, es seien zeitgemässe, gute Grundlagen zu schaffen. Es seien nebst betrieblichen auch bauliche Anpassungen nötig. Bedingt durch die Verschiebung von Leistungen vom stationären in den ambulanten Bereich, durch die Erweiterung des Leistungsauftrags und durch neue Behandlungsmethoden resultiere ein neuer zusätzlicher Raumbedarf insbesondere in den Bereichen Untersuchung/Behandlung, Ambulatorium/Tagesklinik sowie Logistik und Verwaltung. Auch die Ansprüche der Patientinnen und Patienten an den Zimmerkomfort seien heute bedeutend höher als vor 40 Jahren (Nasszellen im Zimmer, weniger Bettenplätze in einem Zimmer). Seit der freien Spitalwahl seien solche Bedürfnisse noch viel zwingender abzudecken, wenn das Spital wettbewerbsfähig bleiben solle und wenn man keine Abwanderung in teurere ausserkantonale Spitäler in Kauf nehmen wolle.

#### *Folie 5 – 1. Bauetappe (2006 – 2009)*

Als Rückblick und zur Erinnerung; die 1. Bauetappe der Erneuerung und Erweiterung des Spital Linth sei von Anfang 2006 bis Mitte 2009 realisiert worden. Die Kosten dafür haben rund 35.6 Mio. Franken betragen. Folgende Arbeiten seien ausgeführt worden:

- Neugestaltung Haupteingang und Eingangshalle mit Auskunft und Anmeldung;
- Einbau des Notfalls im Erdgeschoss Nord;
- Neubau Restaurant/Cafeteria, wo wir uns derzeit befinden, mit direktem Zugang zu Eingangshalle und Haupteingang;
- Erneuerung von 3 Akutbettenstationen mit je 26 Betten im 5. - 7. OG und einer Geriatriestation mit 20 Betten im 4. OG;
- Erneuerung Technikräume und Einbau von Pikettzimmern im 8. OG;
- aufwändige Sanierung der Fassade aufgrund der Immissionen ab dem 2. OG bis zum Dach sowie Erneuerung der Flachdächer;
- Erstellen eines Helikopterlandeplatzes auf dem Dach des Bettentrakts;
- Teilerneuerung der haustechnischen Installationen sowie Bau einer neuen Trafostation zur elektrischen Versorgung der Spitalgebäude;
- Ertüchtigung der Erdbebensicherheit und Ausführung einer Schadstoffsanierung im Baubereich der 1. Etappe. Der Asbest sei schwierig zu sanieren gewesen und dieser Teil habe zusätzlich Kosten verursacht und die Bauzeit verlängert.

#### *Folie 6 – TU-Gesamtleistungswettbewerb (2009 – 2012)*

Für die Planung und Ausführung der 2. Bauetappe habe das Baudepartement einen Totalunternehmer-Gesamtleistungswettbewerb durchgeführt. Dieses Vorgehen unterscheidet sich massgeblich vom klassischen Verfahren bei den anderen Spitälern, welche Projektwettbewerbe mit Vergabe der Planerleistung vorsehen. Beim Bauen mit einem Totalunternehmer (TU) werde nur ein einziger Werkvertrag abgeschlossen. Der Bauherr bestelle ein schlüsselfertiges Gebäude und nicht eine Summe einzelner Arbeitsleistungen.



Die Wettbewerbsaufgabe habe darin bestanden, den Flächenbedarf betrieblich, räumlich und gestalterisch in die bestehende Bausubstanz des Spitals Uznach sowie einen Erweiterungsbau einzubinden. Ziel vom Wettbewerb sei eine ortsbaulich adäquate Lösung mit den bestehenden Bauten gewesen, die das gesamte Spital Linth als Einheit wahrnehmen und erkennen lasse. Für die 1. Stufe des Wettbewerbs seien insgesamt sechs Angebote eingegangen, welche von den Anbietern dem Preisgericht vorgestellt worden seien. Dies unterscheidet sich von den anonymen Wettbewerben, die sonst durchgeführt würden. Das Preisgericht habe einstimmig empfohlen, drei Anbieter zur 2. Stufe zuzulassen.

#### *Folie 7 – Wettbewerbsgrundlagen*

Um diese Anbieter zur zweiten Stufe zuzulassen, haben erstmals die Grundlagen erarbeitet werden müssen. Im Jahr 2007 habe swiss medical consulting (smeco) in Zusammenarbeit mit dem Spital Linth und dem Hochbauamt des Baudepartementes den Ist-Zustand des Raumprogrammes am Spital Linth analysiert und auf der Grundlage von Prognosen der Patientenzahlen für das Jahr 2010 (61'100 Einwohner in der Region) ein Grundlagenpapier erarbeitet. Dieses Grundlagenpapier habe die Basis für den TU-Gesamtleistungswettbewerb für die 2. Etappe gebildet. Das Grundlagenpapier weise einen Mehrflächenbedarf von rund 3'300 m<sup>2</sup> aus. Auf der Folie sei die Auflistung, die auch für die anderen Standorte gemacht wurde - eine separate und detaillierte Erfassung auf die ganze Region des Ist-Bestands, des Bedarfs und des Handlungsbedarfs. Insgesamt ergebe dies mit den verschiedenen Bereichen einen Flächenmehrbedarf von 3'300 m<sup>2</sup>.

#### *Folie 8 – Projektanpassungen im Gesamtleistungswettbewerb*

Nach erneuter Einreichung der Projektstudien seien alle Angebote über den vorgesehenen Investitionskosten gelegen. Diese Angebote seien alle höher als die intern erwarteten Berechnungen gewesen. Dies führte dazu, dass konkrete Einsparungsvorschläge ausgearbeitet und auch beschlossen worden seien. Daraus habe als wirtschaftlichstes und günstigstes Angebot das Projekt "ARCHE" resultiert, welches vom Preisgericht den Zuschlag einstimmig erhalten habe.

Im Februar 2012 habe die Regierung vom Bericht des Preisgerichts Kenntnis genommen und habe das Baudepartement eingeladen, dem Siegerteam "ARCHE" den Zuschlag für die Planung und Ausführung der 2. Bauetappe "Erneuerung und Sanierung Spital Linth" zu erteilen, vorbehaltlich des Vertragsabschlusses und der Kreditgenehmigung im Rahmen der Volksabstimmung.

Konkret seien knapp 700m<sup>2</sup> Nutzfläche reduziert worden, auf das Therapiebad sei verzichtet worden sowie die die Küchengrösse seien nochmals umfassend überprüft worden. Dies seien die drei wesentlichsten Punkte, um Einsparungen zu machen, um das Ziel zu erreichen.

#### *Folie 9 – Bauprojekt*

Folie 9 zeige in perspektivischer Darstellung das gesamte Bauprojekt. Rot dargestellt seien alle Gebäude und Gebäudeteile, welche neu erstellt würden. Die grau hinterlegten Flächen würden Erneuerungen zeigen. Die weiss markierten Gebäude, wie das Bettenhaus fielen in die 1. Bauetappe.

#### *Folie 10 – Bauprojekt*

Der bestehende Gebäudeteil, Anbau Ost, werde abgebrochen (gelb). Neu erstellte Gebäudeteile, die Erweiterung oder der Neubau des Rettungsdienstes seien rot gekennzeichnet.



Das Projekt Erneuerung und Erweiterung des Spitals Linth (2. Etappe) beinhaltet die in der 1. Etappe noch nicht sanierten Bereiche, den Rückbau des Anbaus Ost, die Erneuerung des Geburtshilfegebäudes C und die Erstellung eines Erweiterungsbaus aufgrund der ermittelten Raumbedürfnisse, die nötigen Provisorien während der Bauzeit sowie die Umgebungsarbeiten.

Diese im Rahmen der 2. Bauetappe geplanten Massnahmen würden die baulichen und betrieblichen Mängel beheben und schufen die Voraussetzungen für einen zeitgemässen Betrieb am Spital Linth. Der Betrieb werde entscheidend optimiert und dies habe einen entscheidenden Einfluss auf die Betriebskosten des Spitals.

Nach der Umsetzung des Erneuerungs- und Erweiterungsvorhaben stünden am Spital Linth somit alle nötigen Räumlichkeiten zur Verfügung, welche für einen konkurrenzfähigen Spitalbetrieb von Nöten seien. Die entsprechenden Räumlichkeiten seien im Botschaftstext detailliert beschrieben.

Zu den Bereichen Energie und Ökologie werde unser Kantonsbaumeister, während der Besichtigung oder separat Stellung nehmen.

#### *Folie 11 – Etappierung*

Ganz wichtig sei zu erwähnen, dass wenn nicht auf der grünen Wiese gebaut werde, sondern bestehende Substanz weitergenutzt werde, dieses Bauvorhaben etappiert werden müsse. Als kostengünstigste Variante zur Umsetzung des Erneuerungs- und Erweiterungsvorhabens am Spital Linth habe sich folgendes Vorgehenskonzept erwiesen:

1. Erstellung eines Neubaus für den Rettungsdienst (rot);
2. Erstellen eines Provisoriums für Anlieferung und Entsorgung (grau schraffiert);
3. Erstellen eines Provisoriums für Schulung und Archiv (grau schraffiert);
4. Rückbau des Anbaus Ost (gelb);
5. Realisierung des Erweiterungsbaus auf der Ostseite des Bettenhauses (rot im Bild rechts);
6. Bezug des Erweiterungsbaus;
7. Rückbau des Provisoriums für Anlieferung und Entsorgung (grau schraffiert);

#### *Folie 12 – Etappierung*

8. Etappierte Erneuerung der in der 1. Etappe noch nicht erneuerten Bereiche im Spitalhauptgebäude Haus A/B (rot schraffiert);
9. Etappierter Bezug des Spitalhauptgebäudes Haus A/B;
10. Erneuerung des Hauses C (rot schraffiert);
11. Bezug von Haus C;
12. Rückbau des Provisoriums für Schulung und Archiv (grau schraffiert).

Mit dieser – über die in vier Bildern präsentierte - geplanten Etappierung sei die Aufrechterhaltung des Spitalbetriebs während den Bauarbeiten gewährleistet.

#### *Folie 13 – Baukosten*

Die Anlagekosten für die Erneuerung und Erweiterung des Spitals Linth würden sich gesamthaft auf 98 Mio. Franken belaufen. Sie würden den Auftrag an die Totalunternehmung (TU-Global-Werkpreis), sowie Bauherrenleistungen, Steuerungsreserven, allgemeine Reserven und Unvorhergesehenes beinhalten. Die Kostengliederung beim TU-Gesamtleistungswettbewerb basiere noch auf dem Spital-Baukostenplan (SKP).



Die Kosten würden auf dem Schweizerischen Baupreisindex Indexstand bei der TU-Offertabgabe vom September 2011 basieren

*Folie 14 – Termine*

Aus heutiger Sicht sei von folgendem Zeitplan auszugehen:

- 1. Lesung im Kantonsrat Februarsession 2014
- 2. Lesung im Kantonsrat Junisession 2014
- Volksabstimmung Herbst 2014
- Voraussichtlicher Baubeginn Anfangs 2016
- Voraussichtliches Bauende Ende 2020

Mit der nun zur Beschlussfassung unterbreiteten Bauvorlage würden der anstehende bauliche Erneuerungsbedarf, die betrieblichen Probleme sowie die fehlenden Räumlichkeiten für einen zeitgemässen und konkurrenzfähigen Spitalbetrieb gelöst. Damit stehe der Spitalregion 3 wieder ein zeitgemässes Spital zur Verfügung. Er beantrage ein Eintreten auf die Vorlage und die Zustimmung.

**Der Präsident** dankt Regierungsrat Willi Haag für die Ausführungen und erkundigt sich nach Verständnisfragen.

**Walter Locher** verweist auf den Baubeschrieb auf Seite 13 im grünen Ordner im Unterschied zu S. 244, wo der KV in den 98 Mio. enthalten ist, nun aber in den Ausführungen auf Folie 13 die Gesamtsumme zwar gleich ist, aber einzelne Abweichungen unklar sind. Es spiele eigentlich keine Rolle, wenn der Gesamtbetrag eingehalten werde, aber es ist erstaunlich, dass innert kurzer Zeit diese Zahlen ändern.

**Markus Moser** erklärt, dass es sich um eine Aufteilung zwischen Neu- / Altbau handle. Wenn man den Erweiterungsbau unter 1-6 von 55 Mio. und beim Altbau 1-6 zusammenzählen würde, erhalte man die 79 Mio.

**Walter Locher** sagt, dass die Reserven trotzdem unterschiedlich seien. Er wolle wissen, ob die Reserven nur für den Neubau oder auch für den Abbruch/Altbau bestimmt seien. Er bittet um Klärung.

**Der Präsident** nimmt dieses Anliegen auf. Entweder erfolge die Klärung in der Detailberatung oder sie werde nachgeliefert.

**Nils Rickert** hat eine Frage zu den Flächen (S. 7 in Präsentation, S. 186 in der Vorlage). Er möchte wissen, wo konkret die 700 qm<sup>2</sup> eingespart worden seien. Zudem wünsche er eine Klärung der definitiven Nutzflächen nach den Kategorien.

**Regierungsrat Willi Haag** verweist auf die spätere Durchsprache der Botschaft.

**Der Präsident** hält fest, dass dies in der Detailberatung geklärt werde.

**Karl Güntzel** hält fest, dass die Summe bzgl. Baukosten gemäss den Ausführungen von Markus Moser so nicht stimmen würden. Zur Besonderheit, dass ein Gesamtauftrag erteilt wurde, stellt er die Frage, warum dieses aufwendige Verfahren bei diesem Projekt gewählt wurde und bei den anderen Spitalern



andere Verfahren gewählt worden seien. Darüber würden keine Informationen vorliegen. Diese Frage könne allenfalls auch beim Durchgehen des Bericht beantwortet werden.

Erst durch die farbliche Gestaltung auf der Folie 10 werde klar, dass an das Spital angrenzend ein Pflegezentrum liege, das aber offenbar nicht zum Spital Linth gehöre. Er erkundigt sich nach den Zusammenarbeitssynergien oder Abhängigkeiten zwischen Pflegezentrum und dem Spital. Das Pflegezentrum gehöre wohl auf kommunaler oder privater Ebene, wenn es nicht zum Spital gehöre. Er erkundigt sich über den Einfluss auf den Spital. Er bittet diesbezüglich um Information, dies genüge auch bei der Behandlung des Berichts.

**Der Präsident** verweist zur Beantwortung der Frage auf die Beratung der Vorlage.

**Marcel Dietsche**, stellt dem Gesundheitsdepartement die Frage, wie der Neubau des Rettungsdienstes zum Konzept "Rettungsdienst auslagern – kantonales Rettungsdienst" stehe. Sei dieser Neubau im Einklang mit den Standorten.

**Urs Graf** erläutert die Organisation des Spitals Linth mit in der Region 134 mit dem GZO Spital Wetzikon, Zürich Oberland und das Einzugsgebiet des Spital Linth und die östlichen Gemeinden mit dem Rettungsspital Glarus. Im Hinblick auf die höheren Anforderungen bezüglich Einsatzzeiten sei absehbar, dass eine 1-Standort Strategie längerfristig nicht machbar sei und es deshalb durchaus sinnvoll sei für einen zusätzlichen Rettungsstützpunkt in der Region zu sorgen.

**Nils Rickert** sagt, dass derzeit keine 1-Standort-Strategie mit Rüti und Glarus vorliege. Er fragt, ob man in Zukunft an den Standorten Rüti, Glarus und Uznach festhalte oder ob Rüti und Glarus durch Uznach ersetzt werden.

**Urs Graf** begrüsst die Anwesenden und dankt für die Möglichkeit, aus Sicht der Nutzer einige Anmerkungen machen zu dürfen und festzuhalten warum aus ihrer Sicht die 2. Bauetappe für den Spital Linth sehr sinnvoll und sehr nötig sei.

*Folie 3:* Der Umsatz im Jahr 2002 belief sich auf 35 Mio. im 2012 und bereits über 60 Mio im 2013. Anhand der blauen Linie sei die Entwicklung des erwirtschafteten Ertragsüberschuss in dieser Zeit ersichtlich.

*Folie 4:* Im Jahr 2002 waren die Frequenzen im stationären Bereich 4400 Patienten, im 2013 waren es bereits 6200. Auch bei der Entwicklung im ambulanten Bereich sei es nicht zu einem Abbruch gekommen, sondern zu einer veränderten Zählweise. Mit der veränderten Zählweise ist der Anstieg im letzten Jahr ersichtlich.

*Folie 5:* In den letzten 10 – 11 Jahren hat es bei den Arbeitsplätzen im Spital Linth eine Zunahme von über zehnmal mehr 100%-Stellen gegeben.

*Folie 6:* Auf der Folie ist die Entwicklung innerhalb der Fachbereiche während ersichtlich. Im 2002 wurde die Urologie ins Haus aufgenommen, derzeit besetzt durch zwei Fachärzte.



Im 2005 wurde die Kardiologie und die Neurologie aufgenommen, derzeit auch besetzt mit je 2 Fachärzten.

Im 2006 konnte im Rahmen des Netzwerkes Onkologie und im Rahmen des Netzwerkes Endokrinologie die Etablierung dieser speziellen Leistungen wohnortnahe sichergestellt werden. Im 2008 wurde die Gastroenterologie mit einem zusätzlichen Facharzt ausgebaut.

Im 2009 kam die Rheumatologie neu dazu und die Plastische Chirurgie hat sich durch einen Konsiliararzt neu etabliert.

Im 2010 wurde die Akutgeriatrie gemäss dem des Entscheid Kantonsrates ausgebaut.

Im 2011 wurde die operative Ophthalmologie eingeführt, die sehr erfolgreich sei und hohe Frequenzen aufweise.

Im Rahmen des Netzwerkes wurden 2013 die dermatologischen Sprechstunden eingeführt und der Ausbau der Orthopädie erfolgte mit zwei weiteren Fachärzten.

*Folie 7/8:* Auf Folie ist der Unterschied der Struktur des Organigramms zwischen 2004 und 2013 ersichtlich. Die zusätzlichen Bereichen machen zwangsläufig einen Platzbedarf geltend.

*Folie 9:* Auf der Folie sind alle Formen der Kooperationen, die das Spital Linth pflegt ersichtlich. In diesem Zusammenhang könne auf die Frage zum Pflegeheim eingegangen werden. Das Pflegeheim werde von der Trägerschaft der Gemeinschaft der Gemeinden im Linthgebiet betrieben. Trotzdem finde eine intensive Zusammenarbeit statt; die Küche des Spital Linth koche auch für das Pflegeheim, im technischen Bereich sei das Pflegeheim vom Spital abhängig, und der ärztliche Dienst im Pflegeheim werde von den Ärzten des Spitals Linth wahrgenommen.

*Folie 10:* Einzelne Kooperationen, die dem Spital Linth besonders wichtig sind, hebt Urs Graf besonders hervor:

Radiologie 134 sei ein neues Projekt, das nun umgesetzt worden ist. Die Radiologie wird vom Kantonsspital vor Ort betrieben. Es seien während den normalen Arbeitszeiten ständig zwei Radiologen im Haus vor Ort. Die übrige Zeit wird werde teleradiologisch zeitnah durch die Radiologen im Kantonsspital abgedeckt. Die Patienten und Ärzten profitieren auch hier in der Region von radiologischen Zentrumsleistungen. Dieses Projekt sei für das Spital und für die Patienten sehr erfolgreich gestartet und sehr wertvoll.

*Folie 11:* Auch das Netzwerk Onkologie sei sehr wichtig. Es sei sehr wertvoll, wenn chemotherapeutische Behandlungen wohnortnahe durchgeführt werden können. Es funktioniere sehr gut mit den Konsiliarärzten, einerseits innerhalb des Netzwerkes mit dem Kantonsspital St.Gallen, andererseits mit Zentrum für Tumoroperation in Rapperswil.

*Folie 12:* OSKI – Ostschweizer Kompetenznetz Infektiologie - Ebenfalls in Zusammenarbeit mit dem Kantonsspital werden Infektionskrankheiten behandelt. Der gesamte Bereich der Spitalhygiene und der spezialärztliche Dienst werde vor Ort mit Unterstützung der Fachärzte durch das Kantonsspital abgedeckt.

*Folie 13:* Auf der Folie seien die umliegende Spitäler ersichtlich, mit den einzelnen Spitäler laufe folgende Zusammenarbeit:



- Mit dem Spital Männedorf hätte unter QUADRIGA I intensive Verhandlungen stattgefunden. Das Projekt hatte die Fusion zum Ziel. Letztendlich ist das Projekt aber am Entscheid der Zürcher Regierung gescheitert.
- Mit dem GZO Wetzikon wird zusammen der Rettungsdienst Regio 144 betrieben. Neu komme die Zusammenarbeit im Rahmen des Baus Radio- und Onkologie Zentrum in Rüti in Zusammenarbeit mit dem Spital Wetzikon, Uster, Kantonsspital Winterthur und Zentrum für Tumorprävention in Rapperswil dazu. Für den Patient sei es ein wertvolles Element, die Tumorbehandlung wohnortnah machen zu können, vorher gab es in der Region Linth diesbezüglich ein Vakuum.
- Mit dem Kantonsspital Glarus laufe eine intensive Zusammenarbeit insbesondere im Bereich der Wäscherei. Das Kantonsspital Glarus wäscht sämtliche Wäsche im klinischen Bereich. Die Urologen und Neurologen des Spitals Linth arbeiten auch in Glarus und die Laborchefin des Spitals Linth sei auch die Chefin des Labors im Kantonsspital Glarus.

Kürzlich sei ein Medienbericht zum Spital Lachen erschienen. Ein Journalist habe kurz vor Weihnachten mit Urs Graf ein informelles Gespräch geführt. Er erkundigte sich danach, wie das Jahr verlaufen sei und wie es um das Spital Lachen stehe. Graf habe auf die aktuell laufenden Verhandlungen verwiesen, nachdem Ende der 90er Jahre Kooperationsmöglichkeiten gesucht wurden. Diese seien nicht erfolgreich verlaufen und nun habe man die Verhandlungen auf Stufe CEO wieder aufgenommen. Im kommenden Monat sollen sie auf Stufe Spitalleitung fortgesetzt werden, da Kooperationsmöglichkeiten der beiden Spitäler vorhanden sind. Der Journalist habe in der Folge völlig unvermittelt im Januar in einem Artikel von Fusion geschrieben. Urs Graf konnte den Artikel nicht gegenlesen. Eine Fusion schiene nicht das primäre Ziel, andererseits gäbe es durchaus Kooperationsmöglichkeiten. Lachen habe einen anderen Leistungsauftrag als das Spital Linth, deshalb gäbe es sicherlich Möglichkeiten die wohnortsnahen Behandlungsmöglichkeiten zu koordinieren.

Für die Ausführungen der baulichen Vorhaben übergibt er Hugo Constantino das Wort.

**Hugo Constantino** führt in der Präsentation weiter.

*Folie 14:* Auf der Folie sei dargestellt, was in der 1. Etappe realisiert worden sei (weisser Bereich): Im Hochhaus die Pflegestationen vom 7. bis und mit 4. Stock, der Eingangsbereich und das Restaurant wo man sich derzeit befinde. Alles was grau eingefärbt ist, sei der Umbauteil der 2. Etappe. Auf dem Rundgang könne man sich darüber noch einen konkreten Überblick schaffen.

Anhand einiger Beispiele werde dargelegt, wie das Spital heute funktioniert. Anhand eines Schemas werde aufgezeigt, wie das Spital neu funktionieren soll.

Mit dem Bauprojekt sei es sehr gut gelungen, die neuen moderneren Strukturen, wie das Spital funktionieren sollte, abzubilden.

Früher habe man Spitäler um Kliniken herum gebaut. Neu werden diese Strukturen aufgelöst, die Zusammenarbeit sei viel grösser und der interdisziplinäre Teil werde hoch geschrieben. Man versuche, dort wo Publikum in das Spital kommt (EG) alles abzuhandeln. Es seien ca. 14 000 ambulante Fälle die pro Jahr in das Spital kommen und behandelt werden müssen.



*Folie 16:* Vorgelagert sei der grüner Teil- das Ambulatorium, der blaue Teil entspreche dem hochintegrativen, teuren Bereich, den man benötigt für eine gute und schnelle Diagnostik (Radiologie, Funktionsdiagnostik und OP-Säule und die angelagerten Aufwachstation und Intensivstation) zu gewährleisten. Die Pflegestationen (gelb) waren bei 1. Etappe betroffen.

Ein grosses Augenmerk habe man auf die horizontalen und vertikale Wege gelegt, damit die Abläufen im Spital funktionieren. Die Strukturen waren bereits gegeben (Nord- und Südlifte).

*Folie 17:* Heute funktioniere die Klinik Medizin folgendermassen: Die roten Pfeile sind Patientenwege. Wenn ein Patient mehr als eine Untersuchung mache, müsse er sich im schlimmsten Fall vom EG bis in den 6. Stock bewegen um die einzelnen Untersuchungen durchführen zu können.

*Folie 18:* Die Patienten Ernährung / Endokrinologie müssen sogar aus dem Hauptbau zum Haus E. Dort hatte man keinen Platz mehr Untersuchungsräume.

*Folie 19:* Ähnlich sei es in der Klinik Chirurgie; die Bewegung finde vor allem im 2. Stock im Haus B statt. Aber die Radiologie befinde sich im 1. OG, und das Labor im EG. Auch hier müsse sich der Patient relativ stark im Haus bewegen.

*Folie 20:* Auf der Folie sei das Erdgeschoss im Neubau ersichtlich. So solle das Ambulatorium nachher funktionieren. Die Patienten melden sich unabhängig davon ob sie chirurgische oder medizinische Hilfe brauchen, beim Empfang, der nur für das Ambulatorium besteht. Damit könne auch der bestehende Empfang entlastet werden.

Wenn der Patient einmal im EG die Runde gemacht habe, habe er alle Untersuchungen machen können. Es finde alles auf dem gleichen Boden statt; es gäbe nahe Wege und die Ärzte könnten gut zusammenarbeiten. Alles könne vom Empfang aus zentral gesteuert werden. Das gleiche gelte auch für den Notfall. Heute ist der Notfall abgesetzt im Spital, dieser werde neu in den ganzen Ablauf integriert.

*Folie 21:* Auf der Folie sei der alte und der neue Teil ersichtlich. Die Hochhausstruktur bleibe gleich. Heute kommen die Patienten auf dem 1. Stock an, wo viel Publikumsverkehr herrsche. Bevor jemanden in den OP komme, müsse er durch einen stark öffentlichen Bereich. Neu werde die Anlieferung der Patienten vom und zum OP über den Südlift und nicht mehr über den Nordlift stattfinden. In Zukunft werden auch der IMC optimal angebunden. Der IMC (Intermediate Care) entspricht einem intensiv bewachten Aufwachraum, der zu einer Intensivstation ausgebaut werden könnte, wenn der Bedarf da ist. Auch optimal angebunden sei die Tagesklinik oder allenfalls die Wochenklinik. Die Tagesklinik werde immer wichtiger; Patienten würden am Morgen in den Spital kommen, eine kleinere Operation werde in den OP-Sälen durchgeführt, der Patient könne in der Tagesklinik aufwachen und sich erholen und am Abend könne er wieder nach Hause gehen. Das Ambulatorium ist im Erdgeschoss angegliedert und die OP im 1. OG, die Anbindung erfolgt über den Nord- und Südlift.



*Folie 22:* Die Frauenklinik befinde sich im Haus C. Die Patientinnen kommen bisher über den öffentlichen Bereich in den Lift und in 1. UG, sie kommen dann in einem Gang um zwei Ecken in das Hauptgebäude, dort werden sie mit dem Nordlift in das 1. OG in OP begleitet. Auch dieser Weg sei unangenehm.

*Folie 23:* Auf der Folie sei der lange Gang und der öffentliche Bereich vor den Aufzügen ersichtlich.

*Folie 24:* Neu sei die Frauenklinik im Haus B im 2. Stock. Die OP's befinden sich im Haus B im 1. Stock, damit werde der Zugang zu den OP-Sälen wesentlich einfacher und man kommt weg vom Publikum. Heute habe man bezüglich Essens- Wäsche- und Materialversorgung und Entsorgung eine separate Logistik für das Haus C in die Frauenklinik. In Zukunft könne die Logistik in einem Ablauf durchgeführt werden.

*Folie 25:* Bezüglich Infrastruktur sei ein wichtiger Teil die Logistik; dabei gehe es um die Material Ver- und Entsorgung, die Lagerung, Sortierung und Verteilung. Auf der Folie sei der Entsorgung- und Anlieferungsplatz ersichtlich. Er werde später bei der Führung gezeigt. Dieser Anlieferungsplatz sei knapp bemessen für die Anlieferung und die Lastwagen würden zum Teil dem Rettungsdienst die Zufahrt versperren.

*Folie 26:* Das Material werde auf dem Erdgeschoss angeliefert, das meiste werde durch einen kleinen langsamen Lift ins 1.UG transportiert. Das gesamte Material müsse durch den Gang neben der Küche in den Nordlift transportiert werden um es in das Lager im 2. UG zu bringen.

Alles Material werde also 2. Etagen hinab transportiert um es dort zu versorgen und anschliessend würde es für die Versorgung wieder hinauf transportiert.

Der hintere Bereich des Spitals sei ziemlich nahe an der Nachbarschaftsgrenze. Die Nachbarn würden sich zum Teil gestört fühlen, wenn die Lieferanten zwischen 6 und 7 Uhr morgens beim Ausladen von Material Lärm verursachen.

In Zukunft fahren die Lastwagen von der Gasterstrasse an das Spital, und zwar 1. Etage tiefer als bisher. Damit könne das Material bodeneben direkt ins Lager gebracht werden, und aufbereitet werden für die Auslieferung in den Spital. Die Auslieferung in das Haus erfolge dann hygienisch korrekt über die Nordlift oder Südlift. Auch wirtschaftlich macht die erleichterte Materialanlieferung und -verteilung Sinn.

*Folie 27:* Schon bald 8 Jahre sei die Verwaltung im Haus E, was immer noch als Provisorium deklariert werde. Die Büros seien relativ klein, 2 Personen teilen sich 10m2. Neu werde die Verwaltung im Haus C untergebracht.

**Der Präsident** dankt Urs Graf und Hugo Constantino für ihre Ausführungen und eröffnet die Fragerunde.

**Dario Sulzer** fragt nach der Zusammenarbeit bzw. Fusionsbestrebungen mit dem Spital Lachen. Der Zeitungsbericht führte zu Irritationen. Deshalb stellt sich die Frage, was von der Seiten Verwaltungsrat oder von der Regierung strategisch angedacht sei. Er äussert Bedenken, wenn ernsthafte Bemühungen bestehen, und im Spital nun aber 98 Mio. investiert werden sollen. Er möchte wissen, ob es bei der Zusammenarbeit nur um Kooperationen in einzelnen Bereichen gehe oder was konkret angedacht sei.



**Regierungsrat Willi Haag** weiss durch Regierungsseminar über dieses Thema Bescheid. Es scheint, als gäbe es kein Projekt diesbezüglich.

**Regierungsrätin Heidi Hanselmann** verweist auf die Probleme des Spitals Lachen, weshalb sie Kooperationspartner suchen. Das Spital Linth ist diesbezüglich offen, Kooperationen zu schliessen. Lachen habe einen bedeutend grösseren Leistungsauftrag. Aus St.Gallischer Sicht könne man sich die Frage stellen, ob dies bzgl. freier Spitalwahl noch korrekt ist. Der CEO des Spital Lachen sehe diesbezüglich Kooperationsmöglichkeiten. Bekannt sei auch, dass das Spital Linth einen erweiterten Leistungsauftrag möchte. Dieser wurde vom Verwaltungsrat abgelehnt, da man die Kooperationen weiterhin zur Umsetzung bringen soll. Mit Glarus und Männedorf laufen diese sehr gut, die Turbulenzen im Spital Lachen haben dies erschwert. Wenn eine Fusion diskutiert werden würde, ginge es nicht um einen Abbruch des Spitals Lachen. Mit Blick auf die Bettenbelegung braucht es beide Standorte. Es stelle sich die Frage, wo Kooperationen im Bereich Qualität und Wirtschaftlichkeit verbessert werden könnten. Diese Frage tangeiere das vorliegende Bauprojekt nicht. Das Spital Linth sei soweit, vor dem Hintergrund der 1. Bauetappe auch die zweite Bauetappe in die Umsetzung zu bringen. Das Spital Linth ist ein gefragter Spitalstandort, man bleibe aber offen für Kooperationen.

**Urs Graf** verweist auf den Unterscheid des Leistungsauftrags des Spitals Lachen; er verfügt über eine Intensivstation, eine Dialysestation. Ziel des Kontakts mit dem Spital Lachen ist die Absteckung der Bereiche, bei welchen gegenseitig voneinander profitiert werden kann.

**Peter Hartmann** verweist auf den Zeitungsbericht zum Spital Lachen. Darin werde festgehalten, dass in Lachen weniger als 3% aus dieser Region behandelt werden. Faktisch habe die Bevölkerung mit der ausbleibenden Nutzung des Spitals Lachen entschieden, dass keine Fusion möglich sei. Man müsse vermehrt Kooperationen mit den Spitälern in Zürich angehen, wo die restlichen Patienten der Region sich behandeln lassen. Es macht aus der Sicht von St. Gallen keinen Sinn, eine Fusion mit Lachen einzugehen, denn damit würde der Standort Lachen gestärkt, indem Patienten vom Spital Linth dort hingeschickt werden, die sonst nicht hingehen würden. Es müsste in aller Deutlichkeit anhand der Zahlen dargelegt werden. Ihm scheine die Fusion mit Lachen kein Projekt, bei dem der Kanton St.Gallen und die Bevölkerung profitieren würde. Wenn Zusammenarbeit, dann mit anderen Partnern, und mit diesen habe man es auch versucht.

**Marc Mächler** kommt auf die Fallzahlen zu sprechen bzw. auf die allfällige Gewinnsituation. In der Bauphase von 2006 – 2009 sei die Gewinnsituation des Unternehmens unterdurchschnittlich. Er fragt sich, ob die relativ schlechteren Ergebnisse auf die Bauphase zurückzuführen sind oder es andere Gründe für die schlechte Gewinnsituation gebe.

**Peter Altherr** antwortet darauf, dass man nicht vergessen dürfe, dass das Spital Linth mit der 1. Bauphase die kompletten Immobilien und technischen Geräte wie den Ersatz von Betten und Ausrüstung selber finanzieren musste. Dies führte zu einer grossen Belastung



und erkläre auch die Ergebnisse. Nach der Bauphase konnte man einen nachhaltigen Patientenanstieg beobachten, dann konnte die Belastung besser getragen werden.

**Herbert Huser** erkundigt auf den Folien 3-5 zur Entwicklung des Umsatzes anhand der stationären und ambulanten Behandlungen sowie die Entwicklung des Personalbestandes von 2002 - 2012. Er stelle fest, dass es innerhalb von 10 Jahren 50% mehr Personal gebe. Die Fallzahlen seien währenddessen bei den ambulanten um 15% und 42 % bei den stationären Patienten, zusammen machte das 22 %. Der Umsatz respektive die Kosten seien von 25 Mio. auf 62 Mio. explodiert, das seien 77 % mehr innerhalb von 10 Jahren. Er erkundigt sich, wie sich das begründen lasse. Seiner Meinung nach hätte im 2009/2010 eine Reduktion der Kosten stattfinden müssen, weil dort die ambulanten Behandlungen offensichtlich abgenommen haben, und je weniger Fallzahlen, desto weniger Kosten für das Spital.

**Regierungsrätin Heidi Hanselmann** weist nochmals darauf hin, dass im 2009 bei den ambulanten Fällen im 2009 die Zählweise geändert habe. Bei den Arbeitsstellen werde auf die Zusatzunterlagen, die letztes Mal abgegeben wurde, verwiesen. Darin wurde auf Hinweis von Peter Boppert aufgezeigt, wie sich die Stellen entwickelt haben. Auch das Spital Linth war betroffen durch die neue Bildungssystematik, Anpassungen aufgrund des Arbeitsgesetzes, und die Auszubildenden wurden vorher nicht aufgeführt. Darum sei es schwierig, die Zahlen zu vergleichen. In den separaten Unterlagen sei für jede einzelne Spitalunternehmung aufgeführt, was die Erhöhung der Stellen ausmache.

**Herbert Huser** fragt nach, wie die Reduktion von 1/3 von 19'000 ambulante Fälle im 2009 auf 13'000 ein Jahr später zu erklären sei.

**Regierungsrätin Heidi Hanselmann** verweist auf die neue Zählweise. Die Patienten seien immer noch da, sie werden ab 2009 aber anders gezählt. Deshalb sei es schwierig die Statistik zu vergleichen.

**Peter Altherr** erklärt, dass früher die Konsultationen gezählt worden sind. Neu zählt man die ambulanten Patienten. Der gleiche Patient mit mehreren Konsultationen entspricht heute nur noch einem Fall.

**Thomas Warzinek** erläutert, dass früher jeder Besuch bei einem Patienten gezählt wurde bsp. Einsetzen einer Schiene in die Niere und später kommt der Patient wieder für die Entfernung (stationär oder ambulant). Mit jedem neuen Eintritt wurde ein neuer Fall gezählt. Heute entspricht dies einem Fall. Alte und neue Zählweise kann nicht verglichen werden.

**Herbert Huser** erkundigt sich nach der Kostenexplosion.

**Peter Altherr** sagt, die vorliegenden Zahlen bzgl. Fallzahlen und Stellenzahl laufen ziemlich linear. Die stationären Fallzahlen haben um 41 % und die Stellen um 45% zugenommen zwischen 2012 und 2013. Zusätzlich sei zu berücksichtigen, dass neu die Auszubildende im Stellenplan aufgeführt werden müssen. Die Stellenplanentwicklung sei vor diesem Hintergrund sogar unterdurchschnittlich im Vergleich mit der stationären Fallzahlenentwicklung. Bezüglich Umsatzes sei die Entwicklung zu betrachten, dass auch



die Erträge im gleichen Ausmass zugenommen haben. Das Spital Linth stehe im Betriebsvergleich zu den umliegenden Spitäler massiv besser da. Spital Linth ist im Vergleich zu Lachen grösser bei den Fallzahlen, hat tiefere Preise im ambulanten und stationären Bereich und erzielt aber unter dem Schnitt höher Gewinne. Im Vergleich mit der direkten Konkurrenz erziele das Spital Linth eine bessere Wirtschaftlichkeit

**Herber Huser** führt aus, dass man sich jedes Jahr über die Kostenexplosion des Gesundheitswesens ärgere. Dies sei abzulesen an der Entwicklung der Krankenkassenprämie. Die Begründung von Peter Altherr greife nicht. Man habe einfach viel höhere Kosten.

**Regierungsrätin Heidi Hanselmann** meint, dass der schweizweite Vergleich nicht ausser Acht gelassen werden solle. Der Kanton St.Gallen kann in Anspruch nehmen, dass er im schweizweiten Vergleich kostengünstig sei.

**Marc Mächler** führt aus, dass durchaus während einer Bauphase argumentiert werden kann, dass die Institute weniger Gewinn machen. Mit dem Entlastungspaket EP2013 werde von den Instituten höhere Gewinnvorhaben verlangt und gleichzeitig soll gebaut werden. Diese Erwartungen beissen sich bald. Gewinne zu erzielen in der Bauphase erscheine wenig realistisch.

**Regierungsrätin Heidi Hanselmann**, verweist darauf, dass dies bereits in der letzten Sitzung besprochen worden sei. Der Kanton gebe eine Gewinnvorgabe, aber bei anderen Institutionen macht er das nicht. Es sei stossend, dass die Spitäler helfen müssen, den Kantonshaushalt zu sanieren, aber andererseits müssen sie für ihre Bauten selber aufkommen. Das sei heikel und schwierig. Man befinde sich in den Diskussionen, die Spitalimmobilien zu übergeben. Das soll bis Ende der laufenden Amtsdauer entschieden sein. Das Parlament habe diesbezüglich grünes Licht gegeben. Die neue Spitalfinanzierung weise darauf hin, dass gleich lange Spiesse gelten sollen und keine Unterscheidung von privaten und öffentlichen Spitäler gemacht werden soll. Der Kanton müsse sich vor diesem Hintergrund überlegen, ob es dann nicht störend sei, wenn die öffentlichen Spitäler Gewinn an den Staat abliefern müssen und die Privaten nicht.

**Peter Altherr** klärt die Entwicklung zwischen privaten und halbprivaten Patienten vor der Bauphase: Im Jahr 2004: 741, im 2005: 739, im 2006: 752 und die nächsten Jahre seien auf der Folie ersichtlich. Man habe vor der Umbauphase tiefere Zahlen der halbprivaten /private Zahlen, nach Abschluss der Bauphase habe es einen steilen Anstieg von fast 100 Fälle gegeben.

**Marcel Dietsche** fragt zur Botschaft ob es bei den 450 Mitarbeiter (Botschaft S. 174) um die Mitarbeiterköpfe handle und es sich bei den 351 (Folie S. 5) um die Vollzeitstellen handle.

**Urs Graf** bestätigt dies.

**Bruno Damann** fragt, wer entscheide mit dem kooperiert wird, ob das der Verwaltungsrat, die Geschäftsleitung oder die Ärzte seien. Die Kooperation im Bereich Neurologie mit Zurzach schein eigenartig, das es weiter weg liegt als Walenstadt oder Valens.



**Regierungsrätin Heidi Hanselmann** erklärt, dass der Verwaltungsrat die Strategie des Spitals festlege und damit auch wo Kooperationen Sinn machen. Aber auch auf Antrag hin, seien Kooperationen möglich.

**Urs Graf** antwortet, dass die Strategie der Klinik Zuzach sei, in verschiedene Regionen auszulagern, unter anderem auch in Glarus. Deshalb arbeiten die Neurologen von Zuzach, die in Glarus arbeiten auch mit den Neurologen des Spitals Linth zusammen.

**Thomas Warzinek** interessiert die Situation bei der Onkologie. Er habe gehört es gäbe eine Zusammenarbeit mit dem CETUP und aber auch mit dem Kantonsspital. Er möchte wissen, wie diese Zusammenarbeit laufe und wie man sich das vorstellen könne.

**Urs Graf** erläutert, dass diese Zusammenarbeit sehr gut laufe. Das Zentrum für Tumoprävention arbeite im Netzwerk Onkologie mit. Im Spital Linth seien die Kliniken Urologie und Gynäkologie durch die Onkologen des CETUP betreut. Für die anderen Kliniken sind die Onkologen des Kantonsspitals zuständig. Es handle sich um ein Netzwerk, das sehr gut ineinander greife.

**Nils Rickert** fragt zum Netzwerk Onkologie ob das neue Radioonkologie Zentrum in Rütli in das Netzwerk eingebunden werde. Er erkundigt sich, ob Patienten, die vorher sich in St.Gallen behandeln liessen und nun wohnortnäher behandelt werden können.

**Urs Graf** führt aus, dass eine Voraussetzung bei der Mitarbeit war, dass es nicht zu einem Therapiebruch komme, wenn das Angebot von Rütli genutzt werde. Die radioonkologischen Behandlungen finden nicht zu 100 % in St.Gallen statt, sondern ein Teil in Chur, ein Teil in Zürich und ein Teil in St.Gallen.

Durchführung der ca 30-minütigen Besichtigung und anschliessende Pause.

**Urs Graf** leitet durch den bereits renovierten Teil im 7. Stock, durch den 1. OG wo sich die OP's befinden, anschliessend wird die Anlieferung / Entsorgungssituation betrachtet und zum Schluss wird die Verbindung zur Frauenklinik angeschaut.

*Pause*

**Der Präsident** kündigt an, das Postulat wurde nochmals überarbeitet und bevor in die Beratung eingestiegen wird, soll über dieses abgestimmt werden.

**Peter Boppert** erläutert, wenn die Baukostenhöhe den Honoraren gegenübergestellt werde, könne man feststellen, dass jeder 3-4 Fr. in die Planung gehe. Auch das Baudepartement habe dies bestätigt. Es sei ein Instrument nötig, um die Kosten zu senken und der Kantonsrat allenfalls direkt Einfluss nehmen könne (Gesetz und Vorschriften sind zu prüfen). Er dankt den Kollegen, die ihn bei der Ausarbeitung unterstützt haben.

Abstimmung über das Postulat mit handschriftlicher Änderung.  
Die vorberatende Kommission beschliesst mit 18:0 Stimmen bei 0 Enthaltungen, dem Kantonsrat das Kommissionspostulat anlässlich der nächsten Session einzureichen.



Andreas Hartmann kommt erst nach der Abstimmung in den Saal und hat die Abstimmung verpasst.

### 3 Allgemeine Diskussion

**Der Präsident** eröffnet die allgemeine Diskussion mit den einzelnen Stellungnahmen der Fraktionen.

**Hartmann Christoph** spricht für die **SVP-Fraktion** und dankt der Verwaltung für die Vorlage. Die Delegation ist der Meinung, dass am heutigen Standort der Spital Linth nicht mehr gebaut worden wäre. Die Standortfrage wurde mit der 1. Bauetappe vor rund 10 Jahren diskutiert. Mit der 1. Bauetappe von 2006 – 2009 für 36 Mio. sei der heutige Standort zementiert, es sei deshalb überflüssig Alternativen zu diskutieren. Ehrlicherweise hätte man bei der 1. Bauetappe das Gesamtprojekt vorbringen müssen, das sei aber nicht geschehen und gesplittet worden aufgrund des Baumoratoriums. Aus diesen Gründen folgen keine weiteren Ausführungen. Die SVP ist für Eintreten und Gutheissen der Vorlage.

**Dario Sulzer** spricht für die **SP/Grüne-Fraktion**. Die Gebäude des Spitals Linth sei 40-45 Jahre alt und es sei deshalb vollständig nachvollziehbar, dass dies nicht mehr den baulichen und betrieblichen Anforderungen entspreche. Die Fraktion sei der Meinung, nach der 1. Etappe sei es folgerichtig und nachvollziehbar, dass nun der zweite Schritt erfolge. 29% der Bewohnenden des Einzugsgebietes lassen sich ausserkantonale behandeln, im Kanton seien das ca. 16 %. Der Anteil sei im Vergleich zu anderen Spitälern hoch, was einerseits durch die periphere Lage zu erklären sei. Gerade weil die ausserkantonale und private Konkurrenz gross sei, seien die Investitionen umso dringender, damit das Spital Linth erfolgreich bestehen könne. Nach der 1. Bauetappe haben sich die Zahlen + 10/11 % entwickelt, so schweine dies der richtige Weg für den Spital Linth. Die Fraktion habe zur Kenntnis genommen, dass das Spital in ein grosses Netzwerk eingebunden sei. Die Kooperationen mit anderen Spitalregionen, mit öffentlichen Spitälern auch im Kanton Zürich und Glarus seien sinnvoll bezüglich Qualität, Effizienz und Kosten. Die Absichten bezüglich Spital Lachen seien am heutigen Morgen bereits behandelt worden.

Die Analyse der swiss medical consultig von 2007 habe einen Mehrbedarf von 3300 qm<sup>2</sup> ausgewiesen. Trotzdem sei das Projekt anschliessend um eine Fläche von über 700 qm<sup>2</sup> redimensioniert worden. Besonders im Bereich Pflege sei die Fläche unter dem Ist- und dem Soll-Wert. Es sei der Fraktion unklar, wie der Flächenbedarf derart massiv entschlinkt werden konnte, sie frage sich, was die Auswirkungen davon in der Pflege wären. Dazu seien genaue Auskünfte erwünscht.

Im Unterschied zu den anderen Spitälern wurde im Spital Linth ein Totalunternehmerwettbewerb durchgeführt. Der Fraktion fehle eine nachvollziehbare Begründung, warum diese Ausnahme erfolgte. Zudem werde auf die Problematik verwiesen, dass nach dem Wettbewerb keine Anpassungen mehr gemacht werden können. Weiter sehe die Fraktion das Problem, dass wenn der Totalunternehmer Arbeiten an Subunternehmer vergibt, könne es zu Dumpinglöhnen kommen. Die Fraktion möchte wissen, welche Massnahmen der Kanton ergreife, um die Subunternehmer und die Löhne zu kontrollieren, dass die Unternehmen in die Verantwortung genommen werden können. Die Fraktion danke dem Regierungsrat für die Vorlage und tritt ein.



**Nils Rickert** spricht für die **GLP/BDP-Fraktion**. Handlungsbedarf sei baulich gegeben und der Entscheid zum Standort sei mit der 1. Bauetappe gefällt worden. Im Bereich der erwarteten Zahlen sorgt sich die Fraktion; mit dem Ausbau des Spitals Linth begebe man sich in eine herausfordernde Situation. Wenn kein Wachstum eintreffe und wenn die Pflögetaxe nicht stabilisiert werden kann, werde die Finanzierung – die Zahlung der Nutzungsentschädigung – schwierig. In dieser Lage habe das Spital Linth an der Kantonsgrenze eine herausfordernde Situation.

Der Umbau helfe dem Spital und sei deshalb von der Fraktion auch unbestritten. Trotzdem werde sorgenvoll in Zukunft geschaut, ob die Erwartungen denn auch erfüllt werden können.

Bei der Problematik mit dem Totalunternehmer sehe die Fraktion ein grundsätzliches Problem, denn dem Kantonsrat / der Kommission komme noch weniger Einflussmöglichkeiten als bei den anderen Vorlagen zu. Es werde ganz deutlich gesagt, es könne gar nichts mehr verändert werden. Sollte eine Veränderung des Projekts gemacht werden, komme dies enorm teuer und neue Verhandlungen werden nötig. Aus anderen Gründen könne ein TU sinnvoll sein, aus Sicht des Kantonsrates und den Gestaltungsmöglichkeiten des Kantonsrates habe ein solcher Vertrag eine neue Stufe der Nicht-mehr-Beeinflussbarkeit erreicht. Die Fraktion sehe dieser Tatsache kritisch entgegen. Der Kantonsrat müsse sich einmal grundsätzlich damit auseinandersetzen, ob man in die Richtung der TU-Verträge gehen will. Ansonsten stehe der Parkplatzausbau noch zur Debatte, was aber mit Verweis auf die letzte Diskussion nicht mehr vorgebracht werde. Die Fraktion tritt auf das Geschäft ein und unterstützt die Vorlage.

**Andreas Hartmann** spricht für die **FDP-Fraktion**. Die Fraktion ist der Meinung, es handle sich hierbei um ein ausgewogenes und sinnvolles Projekt. Nach dem Prinzip wer A sagt, muss auch B sagen, mache es Sinn nach der 1. Bauetappe auch die 2. Bauetappe auszuführen. Für die Fraktion fehle eine Gesamtstrategie bezüglich Zukunftsplanung / Zusammenarbeit mit den Kooperationen. Zudem frage sich die Fraktion ob mit dem Totalunternehmer die geeignete Lösung für das Projekt gewählt wurde. Es könnten bei der Kostenbasis 2011 noch zusätzliche Kosten dazukommen. Zudem sei eine Reserve zu bilden, dass allfällige Projektanpassungen noch aus eigener Hand finanzierbar wären. Der Qualitätssicherung komme bei dieser Variante ein wichtiger Punkt zu, denn es bestehe die Gefahr, dass die Unternehmen die billigste Variante wählen nur um die Kosten einzuhalten, und deshalb nicht genug Wert auf die Qualität gelegt werde. Es sollen auch Leute gewählt werden, die später bei Mängel oder Fehler wieder einbezogen werden können. Grundsätzlich spricht sich die FDP-Fraktion für die Umsetzung der Vorlage aus.

**Peter Göldi** spricht für die **CVP/EVP-Fraktion**. Die Fraktion steht hinter Vorlage, sie passe auch wunderbar in den Ablauf der Kommissionstätigkeit. Nachdem zuerst über die Grundlagen und Strategie diskutiert wurde, anschliessend die Vorlage zum Kinderspital und das Zentrumsspital behandelt wurden, befinde man sich nun in einer Region. Die Vorlage zum Spital Linth sei beispielhaft: es sei die einzige Region, die nur einen Spitalstandort habe und die vertikale und horizontale Zusammenarbeit könne als Grundlage umgesetzt werden.

Die Abläufe und Prozesse werden nach heutiger Erkenntnis optimiert. Der Standort Uznach eigne sich entsprechend gut für diese Umsetzung.



Vor der 1. Bauphase habe man sich mit starker Vertretung der SVP für den Standort Uznach ausgesprochen. Die Investitionen seien bereits teilweise getätigt, deshalb nach dem Motto, wer A sagt muss auch B sagen, sei das Projekt mit der 2. Bauphase zu beenden. Ideal scheine der Fraktion die Nähe zum Pflegezentrum. Man sei froh, dass über die Notfallversorgung weiter informiert wurde. Erfreuliche sei auch die optimale Integration der Frauenklinik. Die Fraktion stimmt der Vorlage zu, in der Spezialdiskussion werden noch einzelne Frage vorgebracht.

**Der Präsident** dankt für die Ausführungen und gibt den Regierungsräten die Möglichkeit zu den aufgeworfenen Fragen Stellung zu nehmen.

**Regierungsrat Willi Haag** dankt für die positive Aufnahme der Vorlage bei den Fraktionen. Er stimmt zu, dass die angesprochenen Punkte diskutiert werden müssen, dies solle direkt bei der Durchsprache der Botschaft erledigt werden.

**Regierungsrätin Heidi Hanselmann** bedankt sich auch für die gute Aufnahme der Botschaft. Schweizweit und deshalb auch in St.Gallen haben Spitäler eine grosse Herausforderung zu stemmen. In der Botschaft wurde versucht darzulegen, dass es rein aus der demographischen Entwicklung ein Wachstum geben wird. Dementsprechend sollen die Spitäler darauf gewappnet sein und die nötigen Kapazitäten zur Verfügung stellen können. Wenn keine Investitionen getätigt werden, bestehe die Gefahr, dass Patienten abfließen und der Kanton St.Gallen müsste trotzdem an jede Behandlung zahlen. Ein grosser Wettbewerbsvorteil für alle regionalen Spitäler insbesondere für den Spital Linth, sei sicherlich die enge Verbindung mit Kantonsspital. Man kenne die Problematik aus dem Lichtenstein oder schweizweit; kleinere Unternehmungen oder kleinere Akutspitäler suchen den Zusammenschluss mit einem Zentrumsspital. Für das Spital Linth sei es ein Vorteil, dass ein solches Zentrumsspital vorhanden ist und das Netzwerk so gut geknüpft und umgesetzt werde. Es ist ein Vorteil gegenüber Männedorf und Lachen, dass den Patienten im Spital Linth gewisse Zentrumsleistungen angeboten werden könne. Die Patienten wissen das und dieser Vorteil wirke. Für eine Kooperation brauche es immer zwei Partner. Man kenne die Geschichte von Männedorf; mittlerweile gebe es starke, auch personelle Änderung. Auch in der Regierung gebe es Veränderungen. Männedorf ist aber auch auf sich selber gestellt. Mit dem neuen CEO, der dieses Jahr antrete, könnte ein neues Kapitel aufschlagen werden und es sollte möglich sein, einen Entwicklungsschritt weiter machen.

**Der Präsident** dankt den Regierungsräten für die Ausführungen.

## 4 Spezialdiskussion

**Der Präsident** führt durch die Spezialdiskussion der Vorlage im blauen Ordner unter Register 6.

### *S. 173 Zusammenfassung*

**Andreas Hartmann** weist auf den Schluss des ersten Abschnitts hin, dass ein Wachstum der stationären Fällen von 10% und "mit in einem noch höheren" Wachstum im ambulanten Bereich zu rechnen sei. Am Schluss der Seite, anfangs des dritten Abschnitts



stehe, dass Raumdefizite "insbesondere" im Bereich der Ambulatorien und Tagesklinik kompensiert werden sollen. Man habe also erkannt, dass die Entwicklung in der Medizin vermehrt Richtung ambulante Dienstleistungen laufe. Dies decke sich mit der Haltung der FDP. Es sei darauf hinzuweisen, dass diese Entwicklung nicht nur für das Spital Linth gelte, sondern diese Entwicklung ist in allen Spitälern der Fall.

**Regierungsrätin Heidi Hanselmann** betont die Unterscheidung der normalen Ambulatorien und den Spitalambulatorien. Es wurde korrekt darauf hingewiesen, dass stationäre und ambulante Bereich nah beieinander sein sollen für die nötige Vernetzung. Die spitalambulantesten Leistungen seien zu 90% nicht ambulante Leistungen, wie sie Hausärzte oder Spezialisten machen. Darum sei es besonders wichtig, der ambulante Bereich in der Kombination mit dem stationären Bereich zu handhaben. In allen Spitalvorlagen sei diese Struktur so angedacht.

### *23.1 Heutige Ausgangslage*

**Marcel Dietschi** fragt zur "Die Gesamtanlage umfasst" (Auflistung, S. 175) was nach Abschluss des Bauvorhabens mit dem E und F vorgesehen sei und wem die Gebäude gehören.

**Hug Constantino** antwortet darauf, dass man versuche die Gebäude in das Projekt aufzunehmen, die Offerten aber dies nicht vorsehen. Nach dem Umbau habe das Spital auf diese zwei Gebäude eigentlich keinen Anspruch mehr. Das Spital zieht aus diesen Räumlichkeiten aus, das gesamte Spital wird in Zukunft in den Häusern A, B und C verteilt. Die Gebäude gehören dem Kanton

**Werner Binotto** führt aus, dass die beiden Gebäude ursprünglich als Reservepositionen vorgesehen waren, für allfälligen Flächenbedarf während der Bauphase. Bei diesen zwei Gebäuden seien keine grösseren baulichen Massnahmen vorgesehen. Es sei möglich, dass die Gebäude nach der Bauphase nicht mehr weitergeführt werden, dann würden sie irgendwann abgebrochen werden. Abparzellieren will man sie nicht, denn es wurde einmal ein Psychatrieambulatorium angedacht, was sich inzwischen geregelt habe, weil dies über die Miete geregelt ist. Das Areal habe eine Grösse, die es ermöglicht das Spital an diesem Standort in Etappen zu erneuern, deshalb sind die Gebäude E und F nicht zum Verkauf vorgesehen.

### *23.2 Weitere Kooperationen und Netzwerke*

**Andreas Hartmann** verweist auf den dritten Punkt, unter dem explizit die CETUP aufgeführt wird, die Onkologie im Kantonsspital St.Gallen scheine aber eigentlich von der Struktur eigentlich näher zu liegen für eine Zusammenarbeit. Die Ausführungen von Urs Graf hätten aufgezeigt, dass die Onkologie auch eingebunden sei, nun stellt sich aber die Frage in welchem Ausmass diese Zusammenarbeit stattfindet. Bei allen Kooperationen und Netzwerken sei das geographisch nächste Spital, nämlich Lachen nicht aufgeführt. Gewünscht werden Ausführungen zu der Strategie mit dem Spital Lachen.



**Urs Graf** führt aus, dass bei der Onkologie zwei Partner bestehen. Die Onkologie des Kantonsspitals spiele eine wichtige Rolle, insofern dass 2-3 Konsiliarärzte des Kantonsspitals regelmässig im Spital Linth sind und Chemotherapie verordnet überwachen. Die Zuständigkeiten seien nach Kliniken aufgeteilt; Chirurgie, innere Medizin, Onkologie dem Kantonsspital und Urologie und Frauenklinik werde vom CETUP abgedeckt. Die Therapierichtlinien / Tumorboards erfolgen gemeinsam im Zentrum, wobei auch Rudolf Morant von CETUP nimmt auch daran teil.

**Regierungsrätin Heidi Hanselmann** verweist darauf, dass vor dem Hintergrund der freien Spitalwahl nur 3 % der Patienten aus der Region sich nach Lachen bewegen. Darum werde der Verwaltungsrat sich gut überlegen, eine Kooperation einzugehen dem Spital Lachen. Es seien keine übermässigen Kapazitäten diesbezüglich vorhanden.

**Peter Hartmann** stellt fest, dass die Bevölkerung mit ihrer Spitalwahl eigentlich bereits entschieden hätten. Er finde es richtig, dass keine Aussagen diesbezüglich gemacht werden, da die Grundalgen für eine Zusammenarbeit fehlen. Er sei froh, dass Urs Graf den umstrittenen Zeitungsartikel dementiere. Es sei nicht Aufgabe des Kantonsrates einen anderen Kanton aufzubauen, wenn die Bevölkerung bereits entscheiden hat, dass sie den Spital nicht nutzen.

**Andreas Hartmann** verweist darauf, dass sich 29% (Kapitel 23.3) der Bevölkerung im Einzugsgebiet Linth ausserhalb behandeln lassen. Das sei höher als überall sonst. Es gebe offenbar zwei Tendenzen. Er sei unklar, was aus den Zahlen der Spitalwahl gelesen werden könne.

**Peter Hartmann** führt aus, dass Kooperation gesucht werden sollen, wo die Bevölkerung auch tatsächlich hingeht, wie Männedorf etc. Fest stehe, dass die Bevölkerung nicht nach Lach geht, deshalb seien auch keine Kooperationen anzustreben.

**Nils Rickert** führt aus, dass es eine zu grobe Vereinfachung sei, das nur mit denjenigen Spitälern kooperiert werden soll, wohin die Patientenströme abwandern. Man habe nicht genug Fallzahlen um Kompetenz und Reputation aufzubauen. Diesbezüglich würde bezüglich Fallzahlen, Qualitätssicherung und übergeordnete Strukturen eine Kooperation mit Lachen Sinn machen. Er höre in Rapperswil-Jona, dass Leute nicht nach Uznach gehen, weil es ihnen zu klein sei und die Eingriffe würden zu selten durchgeführt. Wenn die Fallzahlen von Uznach und Lachen zusammengezählt werden könnten, würde dies auch die Qualität stärken und auch das Vertrauen in den Standort.

**Regierungsrätin Heidi Hanselmann** führt aus, dass auf Nachfragen bei den Patienten zu 98 % niemand sagen könne wie oft diese Behandlung am Spital durchgeführt wird. Es seien andere Gründe, warum man ein Spital auswähle oder nicht. Es sei noch nicht möglich sich schweizweit auf die Fallzahlen zu beziehen. Individuelle Bewertungen sind schwierig zu werten.

**Nils Rickert** betont, dass die Leute wissen und sich darauf beziehen, ob im Spital eine Behandlung viel oder wenig ausgeführt werden, diese müsse sich nicht eine Statistik beziehen.



**Peter Altherr** hat eine Ergänzung bezüglich Systematik. Der Bericht sei so aufgebaut dass die Kooperationen auf S. 30 bis 33 aufgeführt werden. Weiter hinten im Bericht bei den spezifischen Bauvorhaben werden nur noch die regionenspezifischen Kooperationen und Netzwerke ergänzend aufgelistet.

**Walter Locher** fragt, ob erwartet wird, dass sich mit dem Ausbau der prozentuale Wert von 29% der Patienten, die sich ausserhalb behandeln verändern werde (23.3 Absatz 1). Eigentlich müsste sie Attraktivität mit den Investitionen steigen.

**Peter Altherr** führt aus, das Linthgebiet sei die einzige Region, die mit der freien Spitalwahl keine erhöhte Abwanderung zu verzeichnen hatte. In allen anderen Spitälern habe die Abwanderung zugenommen. Das führe er auf die bereits getätigten Investitionen mit der 1. Etappe und die ausgebauten und verstärken Fachbereiche zurück. Es sei davon auszugehen, dass der Wert der Abwanderung sicherlich nicht ansteige, gegenteilig soll mit den Investitionen der zweiten Bauetappe der Wert eher abnehmen. Eingehende Analysen liegen nicht vor.

**Regierungsrätin Heidi Hanselmann** verweist darauf, dass keine Betten ausgebaut werden durften. Es werde von derselben Anzahl Betten ausgegangen, wobei die Belegung bereits relativ hoch ist. Die zurückgehende Aufenthaltsdauer werde wieder Kapazität schaffen. Das Angebot sei für die Zukunft gedacht.

**Der Präsident** schliesst die Diskussion ab, die Stellungnahmen werden zu Kenntnis genommen.

### *23.3 Versorgungssituation*

Keine Wortmeldungen

### *23.4 Leistungsauftrag*

Keine Wortmeldungen

### *23.5 Erste Bauetappe Spital Linth 2006-2009*

Keine Wortmeldungen

## *24. Bauvorhaben*

### *24.1. Machbarkeitserklärungen 2007*

**Nils Rickert** wünscht die definitive Feinverteilung der 700 qm<sup>2</sup>.

**Peter Altherr** führt aus, dass die Flächenzuteilung gemäss der Studie SMECO nicht nach den gleichen Kriterien erfolgt ist, wie auf S. 176 dargestellt mit dem TU-Projekt. Es habe insbesondere mit der Position "Sonstiges" zu tun. Es sei bezogen auf die Unterteilungen keine 1:1 vergleichbare Flächenzuteilung möglich.



**Dario Sulzer** fragt nach dem Raumbedarf der Pflege. Es werde 3300qm<sup>2</sup> Raumbedarf geltend gemacht (S. 178), nun 1250 qm<sup>2</sup> (S. 186) vorgesehen, das entspreche 250 % weniger Fläche. Er wünscht eine Auskunft, wie die Pflege mit so viel weniger Raum auskommen könne.

**Peter Altherr** führt aus, dass dies auf unterschiedliche Kriterien zurückzuführen sei. Für die nächste Kommissionssitzung werde eruiert, wie die SMECO-Studie mit den einzelnen Räumlichkeiten umgegangen ist. Beispielsweise wurde bei der SMECO-Studie die IMC Station der Pflege zugewiesen wurde und in der bestehenden Flächenzuweisung (S. 186) wurde die IMC Station dem Behandlungs- und Untersuchungsbereich zugeordnet.

**Der Präsident** hält fest, dass dieser Punkt mit den neuen Ausführungen in der nächsten Sitzung besprochen werde.

**Nils Rickert** wünscht diese Klärung für alle Vorlagen.

**Werner Binotto** führt aus, das SMECO habe den Auftrag bekommen eine Machbarkeitsstudie zu machen. Auf dieser Grundlagen habe man zusammen mit dem Betreiber ein konkretes Raumprogramm erarbeitet. Es gebe ganz klar bei jedem Spital Differenzen. Das Ziel sei es, immer in Absprache mit dem Betreiber die Grundlagen zu optimieren.

**Nils Rickert** verweist auf den Bedarf von 3344 zusätzlichen qm<sup>2</sup>. Er möchte wiesen wo diese anfallen (S. 178). Er wünscht eine Erklärung in einer aktuellen Tabelle der konkreten Bauvorlage, wo diese 700 qm<sup>2</sup> gestrichen worden sind.

**Marcel Dietsche** führt aus, bei der SMECO hand.e es sich um eine autonome Firma, die von GD/BD den Auftrag erhalten habe die Berechnungen zu machen. Die Parameter müssten also bekannt sein, um eine Verlinkung zu machen. Es sei ersichtlich, welche Projektänderungen auch vorgesehen waren, aber eingespart werden mussten (S. 179). Er erkundigt sich, wie eine Tiefgarage zugunsten einer Grundflächengestaltung einer Einsparung gleichkommen könne.

**Regierungsrat Willi Haag** führt aus, dass nun Probleme diskutiert werden, weil versucht wurde Details transparent zu kommunizieren. Nun werden akribisch Quadratmeter verglichen von Zwischenzielen von der Bedarfsermittlung bis zum Projekt.

Das SMECO habe eine Grundlagenüberlegung gemacht, was im Ist-Zustand alles nötig sei. Dabei sei man ca. auf 3300 qm<sup>2</sup> gekommen. In einem Wettbewerb werden weitere Überlegungen zur Bausubstanz gemacht. Die eingegangenen Projekte werden von der Jury in der Detailausarbeitung auch bezüglich Berechnung geprüft. Am Schluss habe man die Wettbewerbsunterlagen und die SMECO-Berechnungen in einem Gesamtprojekt nochmals überprüft aufgrund des konkreten Projektes herausgearbeitet, was wirklich benötigt wird.

Es wurde auf drei Ebenen (Grundlagen, Wettbewerb, top down) gearbeitet, darum sei es zu drei verschiedenen Zahlen gekommen und diese sind transparent kommuniziert worden. Die einzelnen Zahlen sind nicht vergleichbar, wichtig sei einzig, welche Zahlen in der Vorlage sind, was wirklich zu welchem Preis umgesetzt werde, und ob der Nutzer mit dem aufgeführten Projekt seinen Auftrag ausführen kann.



**Agnes Haag** beanstandet, dass für die Fläche für die Pflege vom Ist-Zustand halbiert wurde. Sie verweist darauf, dass auf die Flächenberechnungen an der nächsten Sitzung nochmals erläutert werden.

**Der Präsident** hält fest, dass die Ausführungen Tiefgarage die Flächenthematik und die Flächen nachgeliefert werden.

**Karl Güntzel** verlangt auch eine Tabelle mit bereinigten Zahlen. Er äussert Bedenken, dass bei der heutigen Schlussabstimmung wesentliche Punkte nicht geklärt worden sind. Wenn es sich bei den ungeklärten Fragen um wichtige Punkte handle, könne keine Schlussabstimmung stattfinden oder die Punkte müssen vorher geklärt werden.

**Der Präsident** hält fest, dass wenn die Fragen von einigen Mitgliedern als besonders wichtig gewertet werden, müssten sich diejenigen bei dieser Frage in der Schlussabstimmung enthalten. Andernfalls könnte heute zugestimmt werden und wenn im Nachhinein festgestellt wird, dass es eine wesentliche Änderung ist, könnte solange die Kommission tagt ein Rückkommen beschlossen werden.

**Werner Ritter** führt aus, entscheidend für die Zustimmung oder Ablehnung zu diesem Projekt sei, ob es nach der 2. Bauetappe genug Raum habe für die Arbeitenden. Er will von Urs Graf und den anderen Beteiligten wissen, ob die Arbeitenden nachher genug Platz haben werden. Dann würden die konkreten Zahlen und deren Definitionen keine so grosse Rolle mehr spielen.

**Peter Altherr** weist darauf hin, dass die Aufschlüsselung der Quadratmeter auf die einzelnen Bereiche (S. 178 und 186) nicht von der Verwaltung gemacht wurde, sondern von zwei unterschiedliche Firmen, die nicht nach den gleichen Kriterien die Zuteilung gemacht hätten. Man werde aufzeigen, worin sich die Zuteilungskriterien der Firma SMECO unterscheiden mit dem vorliegenden TU-Projekt.

**Der Präsident** hält fest, dass diese Darstellung von der Verwaltung erstellt und dem Protokoll beigelegt werde.

**Nils Rickert** stellt fest, dass es sich aus seiner Sicht nicht um einen wesentlichen Punkt für den Entscheid handle. Aber es ist ein wesentlicher Punkt, wenn er aus der Region Anfragen zum Projekt erhalte. Dafür müsse er wissen wie viel Quadratmeter für welche Bereiche (aus-) gebaut werde. Diese Information könne er mit den Unterlagen nicht beantworten.

**Urs Graf** führt aus, dass der grösste Teil der Pflegfläche mit der 1. Bauphase realisiert worden sei. Die Zahlen (S. 178 und 186) beinhalten die 2. Etappe im Altbau und im Neubau Pflege. Das ergibt diese Differenz. Es komme entgegen der Befürchtungen zu keiner grossen Reduktion der Flächen.

Die Nutzer seien von Anfang an permanent im Projekt und in den Beurteilungen einbezogen worden. Die Pflege habe dabei – wie alle anderen Bereich auch – eine gewichtige Rolle gespielt. Es wurde einhellig entschieden, dass mit dem vorgeschlagenen Projekt arbeiten könne. Die Nutzer seien überzeugt, dass mit dieser Flächenaufteilung



und den zur Verfügung gestellten Flächen gut arbeiten könne und auch genug flexibel sei im Hinblick auf Neuerungen in der Zukunft.

**Karl Güntzel** stellt fest, dass die Zahlen (S. 176/186) schlussendlich nicht übereinstimmen. Es seien Zusatzinformationen nötig, damit die Zahlen nachvollziehbar sind. Er habe Verständnis dafür, dass die Frage nach den 700 qm<sup>2</sup> bestehen bleibt, unverständlich sei, wieso diese Frage nicht ganz kurz beantwortet werden könne.

**Regierungsrätin Heidi Hanselmann** führt aus, dass die Pflege im Projekt stark involviert war und auch im Verwaltungsrat sehr gut vertreten sei. Das Projekt sei auch mit einem Aussenblick als sehr gut bewertet worden.

**Der Präsident** schliesst diesen Punkt ab und verweist auf die noch folgende zusätzliche Zusammenstellung.

#### *24.2 TU Gesamtleitungswettbewerb 2009 - 2012*

**Karl Güntzel** möchte eine lange Diskussion über den Unterschied zwischen GU- und TU vermeiden. Die Fachkompetenz sei bei jedem Modell wichtig. Er möchte wissen, warum das GU-Modell bei diesem Projekt gewählt wurde und bei den anderen Spitalern nicht. Die Frage wann GU und TU gewählt werden, könnte im Rahmen des versprochenen Postulatsbericht geklärt werden.

**Werner Binotto** führt aus, das TU-Verfahren sei anders als ein GU-Verfahren. Mit dem GU-Verfahren habe man beim Labor schlechte Erfahrungen gemacht. Bei der 1. Bauetappe habe das auf Spitalbauten spezialisierte Büro Itten und Brechbühl den Wettbewerb gewonnen. Beim Umbau habe man schlechte Erfahrungen gemacht und auch die Nutzer waren unzufrieden. Im Nachgang habe es Mehrkosten im Bezug auf die Logistik, längere Bauzeiten, etc. Die Hauptprobleme habe seiner Meinung nach Linth und Brechbühl selber verursacht. Intern sei es zu erheblichen Mehrarbeit gekommen. Der Vertrag mit dem Büro hätte inkludiert, dass es zu einem Folgeauftrag käme. Man habe sich aber dagegen entschieden. Es gäbe eine Pflicht immer wieder zu prüfen, welche Verfahren am besten passen würden. Man könne sagen, dass für alle Bauverfahren diese 4 Möglichkeiten offen (TU / GP / GU / Architekturwettbewerb) stehen. Auch bei diesem Projekt seien verschiedene Verfahren gewählt worden: Beim Kantonsspital ein GP-Verfahren, beim Spital Linth ein TU-Verfahren. Das TU-Verfahren sei umfassender und die Standposition sei besser als beim GU-Verfahren. Man müsse viel früher ganz genau festgelegt werden, was genau bestellt werden solle und der TU müsse dafür einen Preis angeben. Bis anhin habe man sich mit ganz konkreten Bestellungen eher weniger beschäftigt, dazu folgen auch Ausführungen im angesprochenen Postulat. Es ist vor der Ausschreibung viel Arbeit bei den Nutzern und beim BD angefallen und die Schnittstellen zu definieren. Es sei zu einem 2. -bzw. 3. stufiges Verfahren gekommen. In der zweiten Stufe sei es dann zu den Reduktion bzw. Klärung des Projekts gekommen. Der TU gebe am Schluss einen Preis an für das bestellte Projekt. Einerseits habe man das TU-Verfahren gewählt, weil man die Probleme aus der 1. Bauetappe vermeiden wollte. Andererseits wollte man die Unsicherheiten mit den Bestellungen vermeiden. Und zudem sei es beim Kanton bereits zu Beschwerden gekommen, dass die verschiedenen



Verfahren nicht ausreichend gemacht werden. Es gebe für ein Bauprojekt kein richtiges oder falsches Verfahren.

**Herbert Huser** fragt ob das unternehmerische Risiko abgeschätzt wurde.

**Werner Binotto** verweist darauf, dass man unter 25.1.2 auf das Auftragsvolumen von 80 Mio. zu sprechen kommen werde. Auch Fragen zu den zusätzlichen Kosten würden dann beantwortet.

**Dario Sulzer** erkundigt sich, wie die Subunternehmer kontrolliert werden, um Lohndumpingfälle zu vermeiden.

**Werner Binotto** führt aus, dass in den Ausschreibungen und in den Grundlagen für den TU anhand der Subunternehmer die Verhaltenskultur definiert. Es gebe keine Kontrolle aller Subunternehmer, dies würde die Kapazität übersteigen.

**Regierungsrat Willi Haag** weist auf einen Vorstoss hin, der geprüft werden muss. Das Baudepartement vergibt Auftrag an Unternehmer. Wenn die Bauwirtschaft unterstützt werden solle, dann müssen Delegationen möglich sein. Das BD lässt die Weitergabe eines Auftrages einmal zu. Es falle nicht in den Aufgabenbereich des BD, die Arbeitnehmer eines Auftragnehmers zu prüfen.

**Peter Hartmann** führt aus, dass eine Unterscheidung nötig sei, denn (1. Abschnitt, viertunterste Linie) "der TU erzielt seinen Gewinn vorwiegend mit möglichst tiefen Unternehmerpreisen" (Vierter Abschnitt). Der TU übernimmt den Auftrag und gibt die Arbeiten weiter, deshalb besteht dabei eine eklatante Gefahr von Lohndumping und Tiefpreisen. Der TU könne seinen Lohn ja nur dadurch erzielen. Der Kanton müsse eine nötige Kontrolle vorsehen, ansonsten komme es zu einem Reputationsschaden (vgl. Fall am Oberen Graben). Zudem erkundigt er sich nach den Zeiten der Garantien. Sollten es 2 Jahre sein, wäre dies bezüglich anfallende Mängel eine schwierige Situation.

**Werner Binotto** antwortet darauf, dass die Garantien 5 Jahre laufen.

**Herbert Huser** stellt klar, dass sich die TU-Leistung aus der Architektur - und der Generalunternehmerleistung zusammensetzen würde. Ein GU oder TU verrechnet die Architekturleistung plus 4-6% Risikozuschlag, was seiner Marge entspreche. Der zitierte Satz stimme so nicht.

**Urs Diethelm** führt einige Beispiele auf die im Vertragsentwurf eingebaut sind, um einen Eingriff zu ermöglichen: Einsichtsrecht in Ausschreibungsunterlagen, fakultatives Mitspracherecht und Mitentscheidungsrecht bei Arbeitsvergaben, alle Materialien werden durch den Bauherr (BD) genehmigt, Bedingungen von Arbeitsschutz, Gesamtarbeitsverträge, Arbeitsbewilligungen und Gleichstellungen von Mann und Frau. Der TU habe diese Punkte seinen Subunternehmern zu überbinden. Das BD könne aber nur auf den ersten Subunternehmer Einfluss nehmen.



**Werner Ritter** beurteilt die Gefahr als nicht so gross, weil das eidgenössische Recht angepasst wurde und nun eine solidarische Haftung besteht. Sollte Lohndumping eintreffen, würden die tripartite Kommissionen die Kontrolle durchführen. Die Garantie sei gemäss SIA geregelt; es gelten 2 Jahr Rügefrist und 5 Jahre Garantiefrist. Nach 2 Jahren erfolgt nochmals eine gründliche Abnahme und eine detaillierte Rügeliste werde erstellt. Die juristischen Details werden beim BD vorausgesetzt, deshalb sei das Misstrauen gegen dieses Vergabeverfahren unbegründet.

**Paul Schlegel** erkundigt sich nach dem Inhalt des fakultativen Mitspracherecht, ob dem ein Vetorecht gleichkomme.

**Urs Diethelm** antwortet darauf, das BD könne dann mitentscheiden bei der Vergabe von Subunternehmungenaufträgen, wenn es als wichtig erachtet werde. Dies unter Umständen unter Kostenfolge.

**Werner Binotto** führt aus, das BD könne mit seinem Vetorecht einzelne Unternehmen oder Vorhaben ausbedingen. Unter Umständen führe die aber zu einer Kostenfolge (vgl. 25.1.2). Die Bauherrschaft (BD) werde abwägen müssen, ob sich ein Eingriff lohne. Der TU habe die Pläne und Ansichten erhalte und es würden sehr konkrete qualitative und konstruktive Details eingefordert. Er meint, man habe eine sehr hohe Sicherheit über die Qualität des Bauvorhabens.

**Herbert Huser** weist darauf hin, dass es auch zu positiven Effekten kommen könne (S. 76). Er interpretiere die Quadratmeterpreise im Quervergleich mit den anderen Spitälern so, dass es sich um einen positiven Effekt durch das TU-Angebot handle. Die Abweichungen der anderen Spitälern werden in den kommenden Sitzungen erklärt werden müssen.

**Marcel Dietsche** führt aus, alle Angebote lagen über den Investitionskosten. (S. 179) Der Regierungsrat habe in der Folge Einsparungsvorschläge gemacht. Es überrascht, dass der zweitletzte Punkt "Planung einer Tiefgarage anstatt Grünflächengestaltung" einer Einsparung entspreche.

**Werner Binotto** dabei handelt es sich um eine Projektänderung und nicht um einen Sparvorschlag ("Es werden folgende Sparvorschläge / Projektänderungen beschlossen"), denn die Gemeinde habe verlangt, das Parkplätze teilweise unterirdisch erstellt werden.

#### *24.3 Projektoptimierung / Projektanpassung*

**Marcel Dietsche** führt aus, gegenüber einem GU-Verfahren könne es bei Projektanpassungen zu massive Mehrkosten kommen. Komme es bei einer solchen langen Projektdauer nicht sicherlich zu einer Projektänderung.

**Werner Binotto** führt aus, dass ein Spital, wie auch andere Gebäude auch über Generationen hinaus gebaut werden sollen. Die vorgesehenen Strukturen in den Gebäuden können auch in 30 Jahren noch Veränderungen zulassen. Für allfällige medizinische Veränderungen mit neuen Geräten oder veränderte Prozesse habe man in



der Vorlage (25.1.2 ) eine Reserve vorgesehen. Es dürfe aber nicht zu baulichen Veränderung kommen.

Die Bestellung zu diesem Zeitpunkt bringe den Vorteil, dass man sich vertieft mit den Prozessen und Programme im Spital auseinandersetze. Deshalb sind keine substantielle Änderungen mehr zu erwarten.

#### *24.4 Projektbeschreibung*

##### *24.4.1 Räumlichkeiten*

**Martha Storchenegger** fragt, ob eine Erweiterung der Betten möglich sei, sollte die 10% Wachstum überschritten werden. Nicht im Rahmen dieses Konzept. Man hat Potential für Erweiterungen

**Werner Binotto** antwortet darauf, dass dies nicht als Teil des vorgesehenen Prozesses möglich sei. Aber man habe auf dem Areal Potential um Erweiterungen vorzunehmen.

**Hugo Constantino** führt aus, dass eine hohe Bettenauslastung Tatsache sei, Potential liege auf jeden Fall in der Aufenthaltsdauer.

**Nils Rickert** beantragt die explizite Aufnahme im Protokoll, dass "die Garage Rettungsfahrzeuge auf dem heutigen Konzept basiert und nur der Ersatz der heutigen Situation vorgesehen ist und kein zusätzlicher Stützpunkt vorgesehen ist". Zudem sollen die Baupläne analog zu allen anderen Bauten beigelegt werden.

**Der Präsident** hält die explizite Wortmeldung fest und macht darauf aufmerksam, dass es sich nicht um ein Beschlussprotokoll handle, sondern ein Protokoll, der Verordnung entsprechend erstellt werde.

##### *24.4.2 Verkehrskonzept/ Erschliessung*

**Dario Sulzer** fragt, wie viele Parkplätze heute bestehen und wie viele nach der Bauphase vorgesehen sind.

**Hugo Constantino** führt aus, die 65 auf dem Westparkplatz werden nicht tangiert. Man befinde sich in den vorgegebenen Normen (Parkplatz pro Bett / ambulanter Besuch). Durch die Tiefgarage können die extern angemieteten Parkplätze (Areal Zeughaus) allenfalls aufgelöst werden.

**Dario Sulzer** führt aus, dass keine Zahlen genannt worden sind, sofern externe Parkplätze aufgelöst werden, scheine es zu passen.

**Andreas Hartmann** fordert die nötigen Zahlen zur Parkplatzsituation.

**Herbert Huser** führt aus, dass eigentlich die Personalentwicklung der letzten 10 Jahre betrachten: 240 auf 355 Personen und zusätzlich wie viele Patienten sind mehr dazugekommen. Anhand dieser Zahlen müsste eine Zahl festgelegt werden und über diese kann diskutiert werden.



**Thomas Warzinek** möchte von Urs Graf wissen, wie die Parkplatzsituation heute sei.

**Urs Graf** führt aus, dass es sich dabei um ein saisonales Problem handle. Bei kaltem und regnerischem Wetter könne es zu Engpässen kommen, im Sommer gebe es keine Probleme. Mit dem zusätzlichem Angebot, den zusätzlichen ambulanten Patienten, und dem zusätzlichen Sprechstundenangebot steige die Nachfrage.

**Markus Moser** ergänzt, dass sich die Parkplatzzahl nach der VSS Norm richtet. Es sei definiert, wie viele Parkplätze es pro Bett brauche und aufgrund dessen – auch das Personal eingerechnet – wurde diese Anzahl Parkplätze ausgerechnet, die sich wiederum durch einen Faktor reduziert je nach Erschliessung mit dem öffentlichen Verkehr.

**Walter Locher** geht davon aus, dass analog dem Kantonsspital die betrieblich nötigen Parkplätze erstellt werden können. Die VSS-Norm gelte nicht da es sich nicht um ein UVP-pflichtiges Gebäude handle  
Er stellt einen den sinngemässen Antrag (vgl. Kantonsspital) dass es künftig nicht weniger Parkplätze geben dürfe als bisher. Und diese seien dem steigenden Wachstum nach open anzupassen."

**Der Präsident** lässt über den Antrag von Walter Locher abstimmen.

Die vorberatende Kommission beschliesst mit 13:3 Stimmen bei 1 Enthaltungen, dem Antrag Locher zu folgen. Es wird festgehalten, dass die Zusammenstellung noch folge.

#### *24.4.3 Umgebung*

Keine Wortmeldung

#### *24.4.4 Normen und Standards*

Keine Wortmeldung

#### *24.5.5 Energie und Ökologie*

**Marcel Dietsche** fragt, ob der Eco-Standard Gefahren berge.

**Werner Binotto** führt aus, dass im Anbaubereich bei den Untersuchungsräumen, Labor, OP etc. die Qualitätsstandards über Zertifizierungen so hoch sind. Man versuche möglichst viele natürliche Materialien zu verwenden, damit der Rückbau möglichst kostengünstig komme.

#### *24.4.6 Heizung*

Keine Wortmeldung

#### *24.4.7 Lüftung und Klimaanlage*

Keine Wortmeldung



#### *24.4.8 Kälte*

Keine Wortmeldung

#### *24.4.9 Sanitäre Anlagen*

Keine Wortmeldung

#### *24.4.10 Medizinalgase*

#### *24.4.11 Elektroanlagen*

Keine Wortmeldung

#### *24.4.12 Gebäudeautomation*

Keine Wortmeldung

#### *24.5. Schadstoffsanierung*

Keine Wortmeldung

#### *24.6 Provisorien*

Keine Wortmeldung

#### *24.7 Etappierung*

Keine Wortmeldung

### *25 Baukosten, Flächen, Termine*

#### *25.1 Baukosten*

##### *25.1.1 Kostengliederung*

**Urs Diethelm** erläutert die Zusatz-Folie (entspricht ungefähr S. 186). Zum einen werden die Kosten der Schadstoffsanierung (88 Mio.) geklärt, weiter werden die Reserven konkret ausgewiesen und auch die Kosten beim Altbau verdeutlicht. Die Folie wurde allen anwesenden verteilt.

##### *25.1.2 Erläuterung der einzelnen Positionen*

**Marcel Dietsche** zeigt sich erstaunt über die Reserven von den Reserven. Es sei klar, warum es darin sein müsse.

**Thomas Warzinek** fragt, was zu Lasten des Totalunternehmers gehe und welches Risiko der Bauherr trage.



**Werner Binotto** führt aus;

- TU-Global-Werkpreis
- Optionen: Optionen für Fassaden etc., die jetzt nicht ausgelöst worden sind, aber ausgelöst werden könnten, wenn es nötig erscheint.
- Budgetpositionen TU-Auftrag: Budgetpositionen die das BD eingerechnet hat. Diese Position muss durch den TU offen abgerechnet werden. Bsp. Kosten einer Telefonanlagen.
- Budgetposition: Für Bewilligungsgebühren und Anschlussgebühren, die erst am Ende des Projekts eingehen. Diese Position soll nicht am TU angerechnet werden, da sie sowieso anfallen.
- Bauherrenleistungen: Prüfeningenieure können je nach Bedarf beigezogen werden, um das Projekt des TU zu prüfen.
- Steuerungsreserven: Wenn dringende Anpassungen im Rahmen des heutigen Konzepts nach Absprache mit dem GD nötig sind.
- Allgemeine Reserven: Entspricht einer allgemeinen Positionen, die bei jedem Projekt anfallen Bsp. für Baugrund.

Bauen sei immer in Risiko, mit einer optimistischen Sichtweise gehe man davon aus, dass nicht alle Positionen nicht benötigt werden.

#### *25.1.3 Wertvermehrnde Aufwendungen*

Keine Wortmeldung

#### *25.1.4 Bauteuerung*

Keine Wortmeldung

#### *25.1.5 Kreditbedarf und Finanzierung*

Keine Wortmeldung

#### *25.2. Flächen*

**Der Präsident** verweist darauf, dass die gewünschte Liste noch folge.

#### *25.3 Kennzahlen*

##### *25.3.1 Erneuerung und Erweiterung*

##### *25.3.2 Vergleich mit anderen Projekten*

Keine Wortmeldung

#### *25.4 Termine*

Keine Wortmeldung

#### *26. Betriebs- und Instanzsetzungskosten*



Keine Wortmeldung

*27. Nutzungsentschädigung*

Keine Wortmeldung

*27.1 Bisherige Nutzungsentschädigung*

Keine Wortmeldung

*27.2 Veränderung der Nutzungsentschädigung*

Keine Wortmeldung

*27.3 Tragbarkeit der Nutzungsentschädigung*

Keine Wortmeldung

*28 Finanzrechtliche Überlegungen*

Keine Wortmeldung

*28.1 Immobilien*

Keine Wortmeldung

*28.2 Mobilien*

Keine Wortmeldung

*28.3 Finanzreferendum*

Keine Wortmeldung

*Anhang Liste stationärer medizinischer Leistungsauftrag Spital Linth (S. 191)*

Keine Wortmeldung

*Pläne (S. 192-201)*

Keine Wortmeldung

*Zusatzunterlagen Register 6 vom gründen Ordner  
Zusammenfassung S. 3-26*

Keine Wortmeldung

*Pläne zu den ergänzenden Unterlagen*

Keine Wortmeldung



**Der Präsident** hält fest, dass die soweit Vorlage beraten sei und kein Rückkommensantrag vorliege.

Anträge im blauen Ordner (Register 8, S. 243)

Die vorberatende Kommission stimmt den Anträgen der Regierung (bei zwei Abwesenheiten) wie folgt zu:

1. Projektkosten Voranschlag 98 Mio, 2. Etappe mit 19:0 Stimmen
2. Deckung der Kosten 98 Mio. mit 19:0 Stimmen
3. Regierungsratsbeschluss mit 19:0 Stimmen.

Eine Abstimmung über 4. Punkt sei bekanntlich nicht mehr möglich

Die vorberatende Kommission empfiehlt dem Kantonsrat das Projekt in ihrer Gesamtheit (bei zwei Abwesenheiten) mit 19:0 Stimmen.

Als Pendenz wird

- Zusammenstellung PP
- Gegenüberstellung / Angepasste Darstellung SMECO Studie S. 176 / 186

Die nächst Sitzung findet am Freitag, 8:30 in Wattwil statt. Dem Präsident sind 2 Abwesenheiten bekannt.

Die vorprüfende Kommission ist einverstanden, dass jemand aus dem Gesundheitszentrum Brugg eingeladen wird.

Der Präsident dankt der Kommission und lädt zum Mittagessen ein.

Ende der Sitzung 12:55 Uhr.

St.Gallen, 18. Januar 2013

Die/Der Präsident(in) der vorberatenden Kommission:      Die/Der Protokollführer(in):

Michal Götte

Aline Tobler

### **Beilagen**

- Postulat Kommission Spitalversorgung im Kanton St.Gallen: "Verhältnis zwischen Baukosten und Honoraren neu regeln"
- Zusammenstellung Baukosten Spitalregion Linth (Folie 13 = Botschaft S. 186)



### **Geht an**

- Mitglieder der vorberatenden Kommission (KRVersandadresse)
- Gesundheitsdepartement, Heidi Hanselmann, Regierungsrätin
- Baudepartement, Willi Haag, Regierungsrat
- Spitalregion Linth, Dr. Urs Graf, CEO
- Spitalstandort Linth, Hugo Costantino, Leiter Stabsstelle Projekte
- Gesundheitsdepartement, Roman Wüst, Generalsekretär
- Gesundheitsdepartement, Peter Altherr, Amt für Gesundheitsversorgung
- Baudepartement, Werner Binotto, Kantonsbaumeister
- Baudepartement, Urs Diethelm, Hochbauamt, Baubereich Spitalbauten
- Baudepartement, Markus Moser, Hochbauamt, Baubereich Spitalbauten
- Staatskanzlei (2)
- Fraktionspräsidentinnen und -präsidenten (5)