

# Bericht und Antrag des Regierungsrats an den Landrat

---

7. Februar 2012

Nr. 2012-90 R-630-18 Bericht und Antrag des Regierungsrats an den Landrat zum Kreditbeschluss für die Projektierungsvorbereitungen für den Um- und Neubau des Kantonsspitals Uri

## **Zusammenfassung**

*Im Oktober 2009 hat der Landrat ein Postulat von Thomas Kempf, Seedorf, überwiesen, mit dem der Regierungsrat ersucht wird, in einem Bericht aufzuzeigen, welche kurz- und mittelfristigen Investitionen für das Kantonsspital Uri (KSU) notwendig sind.*

*Für die Beurteilung der strategisch-baulichen Gesamtplanung ist die Entwicklung des Umfelds und der Rahmenbedingungen für das Kantonsspital Uri bedeutend. Bei der Bevölkerungsentwicklung wird bis zum Jahr 2020 mit einem Zuwachs der ständigen Urner Wohnbevölkerung um 700 Personen gerechnet. Die Zahl der über 65-Jährigen wird im gleichen Zeitraum um 26 Prozent steigen. Bis 2035 erhöht sich die Zahl der über 65-Jährigen sogar um 65 Prozent. Konkret bedeutet dies, dass dannzumal knapp 30 Prozent der Urner Bevölkerung über 65 Jahre alt sein wird.*

*Am 1. Januar 2012 ist die neue KVG-Spitalfinanzierung in Kraft getreten. Durch die Einführung der freien Spitalwahl stehen die Spitäler in einem verstärkten Wettbewerb zueinander. Die Finanzierung mittels diagnosebezogener Fallpauschalen führt zu vermehrter wirtschaftlicher Transparenz. Deshalb haben die meisten Kantone begonnen, ihre Spitalinfrastruktur mit grossen Investitionen zu modernisieren und den steigenden Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten anzupassen. So wollen sie ihren Marktanteil halten oder punktuell erweitern.*

*Das strategische Ziel des Regierungsrats ist es, die erweiterte Grundversorgung und den Spitalstandort Uri langfristig in guter Qualität und zu tragbaren Kosten zu sichern. Denn die Zukunft des Kantonsspitals Uri wird geprägt durch Herausforderungen hinsichtlich Qualität,*

*Wirtschaftlichkeit und qualifiziertem Personal. Deshalb liegt das strategische Schwergewicht auf der langfristigen Sicherung der Leistungsangebote und Marktanteile sowie der betriebswirtschaftlich notwendigen Mindestgrösse. So muss das Kantonsspital Uri für seine Mitarbeitenden ein attraktiver Arbeitgeber bleiben. Andererseits müssen die Kosten weiter optimiert und die Spitalinfrastruktur erneuert werden, um das Spital wettbewerbsfähig zu halten.*

*Im Dezember 2009 hat der Regierungsrat den Auftrag für eine strategisch-bauliche Gesamtplanung für das Kantonsspital Uri erteilt. Inzwischen liegen die Ergebnisse in Form von zwei Fachberichten vor: der Bauplanungsbericht der Firma PGMM Schweiz AG und der Businessplan des Kantonsspitals Uri. Im Bauplanungsbericht werden die vier vertieft geprüften Szenarien dargestellt und bewertet. Der Fachbericht empfiehlt das Szenario "Neubau Spital am bestehenden Standort". Die Grobkostenschätzung der Firma PGMM Schweiz AG für dieses Bauszenario beläuft sich auf 100 bis 115 Mio. Franken. Der Businessplan des Kantonsspitals zeigt auch aus langfristiger-finanzieller Sicht eine Überlegenheit des Neubauszenarios.*

*In seiner Beurteilung orientiert sich der Regierungsrat an der Kantonsverfassung (KV; RB 1.1101), die dem Kanton die Aufgabe überträgt, den Betrieb des Kantonsspitals zu gewährleisten. Um dieses Ziel mit tragbaren Kosten zu erreichen, muss der Anteil des Kantonsspitals Uri an den von der Urner Bevölkerung insgesamt benötigten Spitalleistungen so hoch wie möglich gehalten werden. Nur was das Kantonsspital Uri aus medizinischen Gründen nicht selber anbieten kann, soll durch ausserkantonale Zentrumsspitäler - mit entsprechenden Kostenfolgen für den Kanton - erbracht werden. Weiter gilt es, den volkswirtschaftlichen Wert des Kantonsspitals Uri zu erhalten. Heute beschäftigt das Spital fast 550 Mitarbeitende und bildet 120 Lernende aus. Die Bruttolohnsumme der im Kanton Uri wohnhaften Mitarbeitenden beträgt rund 30 Mio. Franken, was für Kanton und Gemeinden zirka 3,7 Mio. Franken Steuerertrag ergibt. Um die Wirtschaftlichkeit und Attraktivität des Kantonsspitals zu stärken, sind grosse bauliche Investitionen notwendig. Insbesondere der Bettentrakt aus dem Jahr 1963 vermag den künftigen Anforderungen nicht mehr zu genügen. Für die Wirtschaftlichkeit des Kantonsspitals ist eine hohe Flexibilität bei der Bettenbeanspruchung notwendig. So sollen die baulichen Voraussetzungen geschaffen werden, um Auslastungsschwankungen auffangen zu können und um mit zusätzlichen räumlichen Kapazitäten eine gezielte, flexible Weiterentwicklung des ambulanten Leistungsangebots zu ermöglichen. Aufgrund des idealen heutigen Spitalstandorts vermag der Regierungsrat keinen zusätzlichen Nutzen eines Neubaus an einem neuen Standort zu erkennen. Vielmehr hat er sich für das Szenario "Ersatzneubau und Erneuerung unter Weiterverwendung von Haus D" entschieden. Kernelement dieses nun weiterzuverfolgenden Szenarios bildet ein neuer Bettentrakt. Wie die für den Kanton beträchtlichen Investitionskosten gedeckt werden sollen, muss*

*noch intensiv geprüft werden. Denkbar ist eine Kombination von Verschuldung, Sondersteuer sowie Kürzung bis Verzicht bei anderen Investitionen. Aus finanzpolitischer Gesamtbeachtung strebt der Regierungsrat ein Um- und Neubauprojekt für das Kantonsspital von weniger als 100 Mio. Franken an.*

*Für die Projektierungsvorbereitungen beantragt der Regierungsrat dem Landrat einen Verpflichtungskredit von 260'000 Franken. Gleichzeitig soll das Postulat von Landrat Thomas Kempf, Seedorf, als materiell erledigt abgeschrieben werden.*

*Sofern die weiteren Arbeiten planmässig verlaufen, wird der Landrat Ende 2012 über den Projektierungskredit entscheiden, der dann im ersten Halbjahr 2013 zur Volksabstimmung kommen wird. Über den eigentlichen Baukredit sollen der Landrat und das Volk im Jahr 2016 entscheiden.*

**INHALTSVERZEICHNIS**

<b>I. Ausgangslage</b>	<b>5</b>
<b>II. Umfeld und Rahmenbedingungen</b>	<b>7</b>
a) Demographische Entwicklung	7
b) KVG-Spitalfinanzierung	9
c) Spitalplanung und Leistungsauftrag Kantonsspital	10
d) Spitallandschaft Zentralschweiz	14
<b>III. Spitalstrategie</b>	<b>16</b>
a) Spitalstrategie des Regierungsrats	16
b) Strategie des Spitalrats	17
<b>IV. Strategisch-bauliche Gesamtplanung (Beilage 1)</b>	<b>19</b>
<b>V. Businessplan des Kantonsspitals Uri (Beilage 2)</b>	<b>24</b>
<b>VI. Beurteilung durch den Regierungsrat</b>	<b>26</b>
a) Strategisch-bauliche Gesamtplanung	27
b) Variantenentscheid	29
c) Businessplan des Kantonsspitals Uri	30
d) Grobkostenschätzung und Finanzierung	30
e) Die weiteren Vorgehensschritte	32
f) Kredit für die Projektierungsvorbereitungen	32
<b>VII. Beantwortung des Postulats Thomas Kempf, Seedorf, zur Investitionsplanung des Kantonsspitals Uri</b>	<b>33</b>
<b>VIII. Antrag</b>	<b>34</b>

## I. Ausgangslage

Am 17. Juni 2009 reichte Landrat Thomas Kempf, Seedorf, ein Postulat zur Investitionsplanung des Kantonsspitals Uri ein. Am 29. Oktober 2009 überwies der Landrat das Begehren. Mit dem Postulat wird vom Regierungsrat ein Bericht verlangt über die Kosten für die kurz- und mittelfristigen Investitionen des Kantonsspitals Uri. Zudem stellt der Postulant die folgenden konkreten Fragen:

1. Was für Entwicklungstendenzen können im Spitalbereich (Gesundheitswesen)
  - a. bei der Bevölkerung und bezüglich der demographischen Entwicklung,
  - b. bezüglich des technischen und medizinischen Fortschritts,
  - c. bei der Spezialisierung im Gesundheitswesen,
  - d. bei den diagnosebezogenen Fallpauschalen,
  - e. bezüglich der gesetzlichen Vorschriften, und
  - f. bei der freien Spitalwahlerwartet werden?
2. Welche Auswirkungen haben diese Entwicklungstendenzen auf das Kantonsspital Uri für die kurz- und mittelfristigen Investitionen?
3. Wäre ein Ersatzneubau des Hauses C, an Stelle von Sanierungsmassnahmen, mittel- und langfristig kostengünstiger?
4. Welche finanziellen Auswirkungen haben die Investitionen des Kantonsspitals Uri auf den Finanzhaushalt des Kantons Uri?
5. Wäre es nicht sinnvoll, wenn auch die Investitionen des Kantonsspitals Uri einen Bestandteil des Leistungsauftrages zwischen Kanton und Kantonsspital bilden würden?
6. Wie erfolgt bei Investitionen ganz allgemein die Zusammenarbeit zwischen der Gesundheits-, Sozial- und Umweltdirektion und der Baudirektion?

In seiner Empfehlung vom 8. September 2009, das Postulat zu überweisen, wies der Regierungsrat darauf hin, dass am 1. Januar 2009 die Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) zur Spitalfinanzierung in Kraft trat. Für die damit verbundenen neuen Finanzierungsregeln gilt eine Übergangsfrist bis zum 31. Dezember 2011. Dann fällt die direkte Subventionierung der Spitäler (Objektfinanzierung und Defizitdeckung) weg. Stattdessen werden die akutstationären Spitalbehandlungen nur mehr leis-

tungsbezogen mittels gesamtschweizerisch einheitlichen Pauschalen finanziert. Sie orientieren sich an der medizinischen Diagnose (Swiss DRG) und sind nach dem Vollkostenprinzip bemessen. Somit werden in den Pauschalen neben den Betriebskosten neu auch die Investitionskosten (inklusive Abschreibungen und Kapitalzinskosten) eingeschlossen, jedoch ohne die gemeinwirtschaftlichen Leistungen (Notfallaufnahme, universitäre Lehre und Forschung). Die Höhe der Fallpauschalen wird sich an Spitälern ausrichten, die die Leistungen in guter Qualität und zu günstigen Preisen erbringen. Die Fallpauschale wird dual-fix durch den Kanton und die Krankenkasse bezahlt. Der Kantonsanteil beträgt mindestens 55 Prozent, womit die Krankenkassen einen Anteil von 45 Prozent zu bezahlen haben. Während der Übergangsfrist von 2012 bis 2017 können Kantone mit unterdurchschnittlichen Prämien ihren Anteil kürzen und schrittweise auf 55 Prozent erhöhen. Der Regierungsrat hat im März 2011 beschlossen, den Kantonsanteil für das Jahr 2012 bei 52 Prozent festzulegen.

Im Zuge der vom Bundesgesetzgeber erlassenen Bestimmungen werden die Spitäler mit der Finanzierung über Fallpauschalen, der schweizweit freien Spitalwahl und der Gleichstellung der Privatspitäler mit den öffentlichen Spitälern einem zusätzlichen Kostendruck und neu einem verstärkten Wettbewerb untereinander ausgesetzt. Das stellt für den Spitalrat und die Spitalleitung eine grosse unternehmerische Herausforderung dar. Aber auch der Kanton ist gefordert. Einerseits muss er als Eigentümer des Spitals dem Kantonsspital eine attraktive und konkurrenzfähige Spitalinfrastruktur zur Verfügung stellen. Er muss somit für die vom Spital beantragten Neu- bzw. Ersatzinvestitionen offen sein und diese mitfinanzieren, soweit es sich um nachhaltige Investitionen in die Zukunft handelt. Entscheidend für eine Neuinvestition ist, dass sie mittel- und längerfristig die beste Lösung für das Urner Gesundheitswesen im Allgemeinen und den Spitalstandort Uri im Besonderen ist. Zudem müssen die Investitionen zu einem volks- und betriebswirtschaftlichen Nutzen führen. Gleichzeitig muss der Kanton gesetzliche Voraussetzungen schaffen, die dem Kantonsspital die Möglichkeit geben, seine Leistungen marktgerecht zu erbringen. In diesem Sinne ist eine Anpassung des Kantonsspitalgesetzes vorgesehen, damit das Spital seine Aufgabe, Kompetenz und Verantwortung unter dem neuen Regime der KVG-Spitalfinanzierung wahrnehmen kann. Vorgesehen ist, dass der Landrat und das Volk im Jahr 2013 über die Revision des Gesetzes über das Kantonsspital Uri (KSG; RB 20.3221) befinden werden.

Vor diesem Hintergrund laufen seit 2009 mehrere Projekte sowohl auf Seiten des Kantonsspitals als auch bei der Gesundheits-, Sozial- und Umweltdirektion. Der Regierungsrat hat entschieden, dass die bedeutenden Fragen der baulichen Weiterentwicklung des Kantonsspitals in einem gemeinsamen Projekt zwischen der Gesundheits-, Sozial- und Umweltdirektion, der Baudirektion und den Organen des Kantonsspitals bearbeitet werden. Die Einzelheiten zu diesem Projektauftrag werden im Kapitel 5 eingehend dargestellt.

## II. Umfeld und Rahmenbedingungen

### a) Demographische Entwicklung

#### Prognosen des Bundesamts für Statistik

Das Bundesamt für Statistik (BFS) hat im März 2011 die Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Kantone publiziert<sup>1</sup>. Es wurden drei Szenarien berechnet. Das mittlere Szenario ist das Referenzszenario und führt die im Laufe der letzten Jahrzehnte beobachteten Entwicklungen fort.

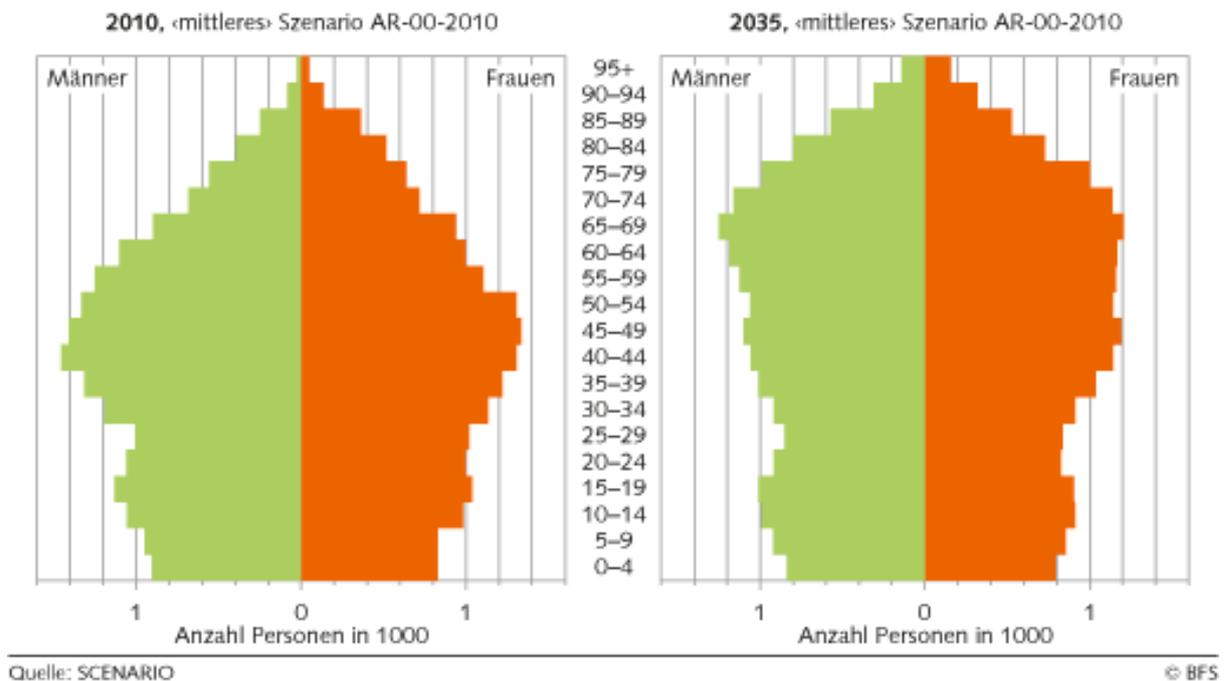
Gemäss diesem mittleren Szenario nimmt die Bevölkerung des Kantons Uri zwischen 2010 und 2035 um 2 Prozent von 35'400 auf 36'100 Personen zu. Die Zahl der Kinder und Jugendlichen (0 bis 19 Jahre) reduziert sich von 7'700 auf 7'200 (- 6 Prozent). Die Zahl der Personen im erwerbsfähigen Alter (20 bis 64 Jahre) nimmt von 21'500 auf 18'600 (- 13 Prozent) ab. Die Zahl der Personen im Pensionsalter (65-Jährige und ältere) erhöht sich um 65 Prozent von 6'200 auf 10'300 Personen. Ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung nimmt zwischen 2010 und 2035 von 18 Prozent auf 28 Prozent zu. Der Altersquotient, d. h. die Zahl der Personen ab 65 Jahren pro hundert 20- bis 64-Jährige, erhöht sich von 29 im Jahr 2010 auf 55 im Jahr 2035.

#### Ständige Wohnbevölkerung in Uri nach Altersklassen nach dem mittleren Szenario:

	<u>2010</u>	<u>2015</u>	<u>2020</u>	<u>2025</u>	<u>2030</u>	<u>2035</u>
Anzahl der unter 20-Jährigen	7'700	7'500	7'400	7'500	7'400	7'200
Anzahl der 20- bis 64-Jährigen	21'500	21'300	20'900	20'100	19'300	18'600
Anzahl der 65-Jährigen und Älteren	6'200	7'000	7'800	8'700	9'600	10'300
Total	35'400	35'800	36'100	36'300	36'300	36'100

<sup>1</sup> Bundesamt für Statistik (BFS): Szenarien der Bevölkerungsentwicklung der Kantone 2010 bis 2035; Medienmitteilung Nr. 0350-1103-10 vom 29. März 2011

## Altersaufbau der Bevölkerung Kanton Uri



Zwar steigt im Kanton Uri die Bevölkerung im Gegensatz zu anderen Kantonen in den nächsten 20 Jahren nur unmerklich an. Doch bemerkenswert ist, dass die Zahl der älteren Personen zunehmen wird, was nicht ohne Folge für die medizinische Versorgung im Kanton Uri sein wird.

### Einfluss des Tourismusresorts Andermatt

In den oben erwähnten Berechnungen und Prognosen des BFS ist jedoch die für Uri zu erwartende Bevölkerungsentwicklung aufgrund des Tourismusresorts Andermatt (TRA) nicht berücksichtigt. Im November 2010 veröffentlichte die Urner Kantonalbank (UKB) ein Update<sup>2</sup> zu der von ecoplan im Auftrag der UKB erstellten Studie "Zukunft Uri"<sup>3</sup>. Es wird erwartet, dass allein aufgrund des TRA die Wohnbevölkerung in Uri bis im Jahr 2020 um rund 3'800 Personen ansteigen wird, vorausgesetzt das Wohnungsangebot ist vorhanden und konkurrenzfähig. Gemäss der Studie kann zudem davon ausgegangen werden, dass hauptsächlich jüngere Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer des TRA und ihre Familien in den Kanton Uri ziehen werden.

<sup>2</sup> [www.urkb.ch/fileadmin/dateien/service/dokumente/Studie-Update\\_2010.pdf](http://www.urkb.ch/fileadmin/dateien/service/dokumente/Studie-Update_2010.pdf)

<sup>3</sup> ZUKUNFT URI, Studie über die wirtschaftlichen Effekte des Tourismusresorts, Urner Kantonalbank, 2008

Ständige Wohnbevölkerung in Uri unter Berücksichtigung der prognostizierten Bevölkerungsentwicklung im Zusammenhang mit dem TRA:

	<u>2010</u>	<u>2015</u>	<u>2020</u>
Mittleres Szenario inklusive TRA-Effekt	35'500	37'800	39'800

**b) KVG-Spitalfinanzierung**

Übersicht

Die Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) im Bereich der Spitalfinanzierung ist am 1. Januar 2009 in Kraft getreten. Für die Umsetzung der neuen Bestimmungen wurden Übergangsbestimmungen erlassen. Während dieser Zeit müssen die folgenden Punkte durch die Kantone vollzogen werden:

1. Bis spätestens am 31. Dezember 2011 müssen die leistungsbezogenen Pauschalen sowie die Anwendung der Finanzierungsregelung mit Einschluss der Investitionskosten eingeführt sein. Der Regierungsrat und Landrat haben mit ihren jüngsten Beschlüssen zum neuen Finanzierungsschema und zum Globalkredit für das Kantonsspital Uri diese Vorgabe erfüllt.
2. Die Umsetzung der Regelung nach Artikel 41 Absatz 1<sup>bis</sup> KVG (freie Spitalwahl) muss zum gleichen Zeitpunkt wie die Einführung der leistungsbezogenen Pauschalen erfolgen.
3. Spätestens auf 1. Januar 2012 setzen die Kantone ihren Finanzierungsanteil nach Artikel 49a Absatz 2 KVG fest. Kantone, deren Durchschnittsprämie für Erwachsene im Einführungszeitpunkt der leistungsbezogenen Fallpauschalen die schweizerische Durchschnittsprämie für Erwachsene unterschreitet, können ihren Vergütungsanteil zwischen 45 und 55 Prozent festlegen. Bis zum 1. Januar 2017 darf die jährliche Anpassung des Finanzierungsanteils ab erstmaliger Festsetzung höchstens 2 Prozentpunkte betragen. Ab 2017 beträgt der Kantonsanteil mindestens 55 Prozent. Der Regierungsrat hat im März 2011 den Kantonsanteil 2012 auf 52 Prozent festgelegt.
4. Spätestens drei Jahre nach Einführung der leistungsbezogenen Pauschalen (also bis zum 31. Dezember 2014) müssen die kantonalen Spitalplanungen den neuen Anforderungen nach Artikel 39 KVG entsprechen. Der Regierungsrat wird die revidierte Spitalplanung für den Kanton Uri voraussichtlich bis Mitte 2012 beschliessen.

### Freie Spitalwahl

Seit dem 1. Januar 2012 können alle versicherten Personen unter den zugelassenen inner- und ausserkantonalen Spitälern frei wählen. Ob es sich dabei um ein öffentliches oder privates Spital handelt, spielt keine Rolle mehr. Der Wohnkanton und die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernehmen anteilmässig die Behandlungs- und Aufenthaltskosten in der allgemeinen Abteilung eines Spitals, das auf der Spitalliste des Wohnkantons der versicherten Person aufgeführt ist. Wenn sich die versicherte Person in einem Spital ausserhalb des Wohnkantons behandeln lassen möchte, das nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt ist, gelangen vielfach höhere ausserkantonale Tarife zur Anwendung. Erfolgt diese ausserkantonale Hospitalisierung aus medizinischen Gründen (z. B. in einem Notfall oder wenn die Behandlung im Wohnkanton nicht möglich ist), sind die in Rechnung gestellten Kosten wie innerhalb des Wohnkantons durch den Kanton und die Krankenversicherung gedeckt. Liegt kein medizinischer Grund vor, werden lediglich die Kosten gemäss Tarif des Wohnkantons vergütet. Die Tariffdifferenz geht diesfalls zulasten der versicherten Person bzw. einer allfälligen Zusatzversicherung.

### Mehr Wettbewerb

Mit dem neuen Spitalfinanzierungssystem werden nicht mehr die Spitäler als Institution subventioniert, sondern deren tatsächliche Leistungen an den Patientinnen und Patienten abgegolten. Damit werden die Leistungen und vor allem die Preise der Spitalbehandlungen transparenter und unter allen Spitälern vergleichbar. Auf diese Weise soll nach dem Willen des Bundesgesetzgebers der Wettbewerb unter den Spitälern gefördert werden. Die neue KVG-Spitalfinanzierung hat auch unmittelbare Auswirkungen auf die Zusatzversicherungen. Es ist davon auszugehen, dass längerfristig nur mehr effektive Mehrleistungen gegenüber den nur grundversicherten Patientinnen und Patienten vergütet werden. Das hat zur Folge, dass die Leistungen im Bereich der freien Arztwahl, der Hotellerie und weiterer Zusatzleistungen optimiert werden müssen, um für die zusatzversicherten Personen attraktiv zu bleiben.

### **c) Spitalplanung und Leistungsauftrag Kantonsspital**

#### Kantonale Spitalplanung 2012

Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) verpflichtet die Kantone, eine Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung zu erstellen. Sie haben private Trägerschaften angemessen in die Planung einzubeziehen und diese mit anderen Kantonen zu koordinieren. Mit der KVG-Teilrevision vom 21. Dezember 2007 wurden die Kantone be-

auftragt, ihre Spitalplanungen zu überarbeiten und den Bestimmungen der neuen Spitalfinanzierung anzupassen. Spätestens bis zum 1. Januar 2015 müssen diese den neuen bundesrechtlichen Vorgaben entsprechen. Im Kanton Uri ist geplant, dass der Regierungsrat die revidierte Spitalplanung bis Mitte 2012 beschliesst. Gestützt darauf wird der Regierungsrat auch die nach Leistungsaufträgen in Kategorien gegliederte Spitalliste nach den Vorgaben des Bundesrechts erlassen.

Die Spitalplanung für den Kanton Uri hat zum Ziel, den künftigen Versorgungsbedarf für die Urner Patientinnen und Patienten zu ermitteln und aufgeteilt auf die Bereiche Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation sicherzustellen. Für die Akutsomatik erfolgt die leistungsorientierte Spitalplanung auf der Ebene von fünf Hauptbereichen, die wiederum in 27 Leistungsbereiche<sup>4</sup> gegliedert sind. Aufgrund der Daten der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser<sup>5</sup>, die das Bundesamt für Statistik jährlich erheben, kann die aktuelle Spitalversorgung der Urner Bevölkerung sehr detailliert dargestellt, analysiert und geplant werden. Die Leistungsbereiche sind die Basis für die Erteilung der KVG-konformen Leistungsaufträge an die inner- und ausserkantonalen Spitäler.

Gemäss der jüngsten verfügbaren Medizinischen Statistik (2009) werden rund drei Viertel aller akutstationären somatischen Spitalbehandlungen von Urner Patientinnen und Patienten im Kantonsspital Uri durchgeführt. Nur gerade ein Viertel der Spitalbehandlungen erfolgte aus medizinischen Gründen oder freiwillig in einem ausserkantonalen Spital. Davon übernimmt das Luzerner Kantonsspital fast die Hälfte.

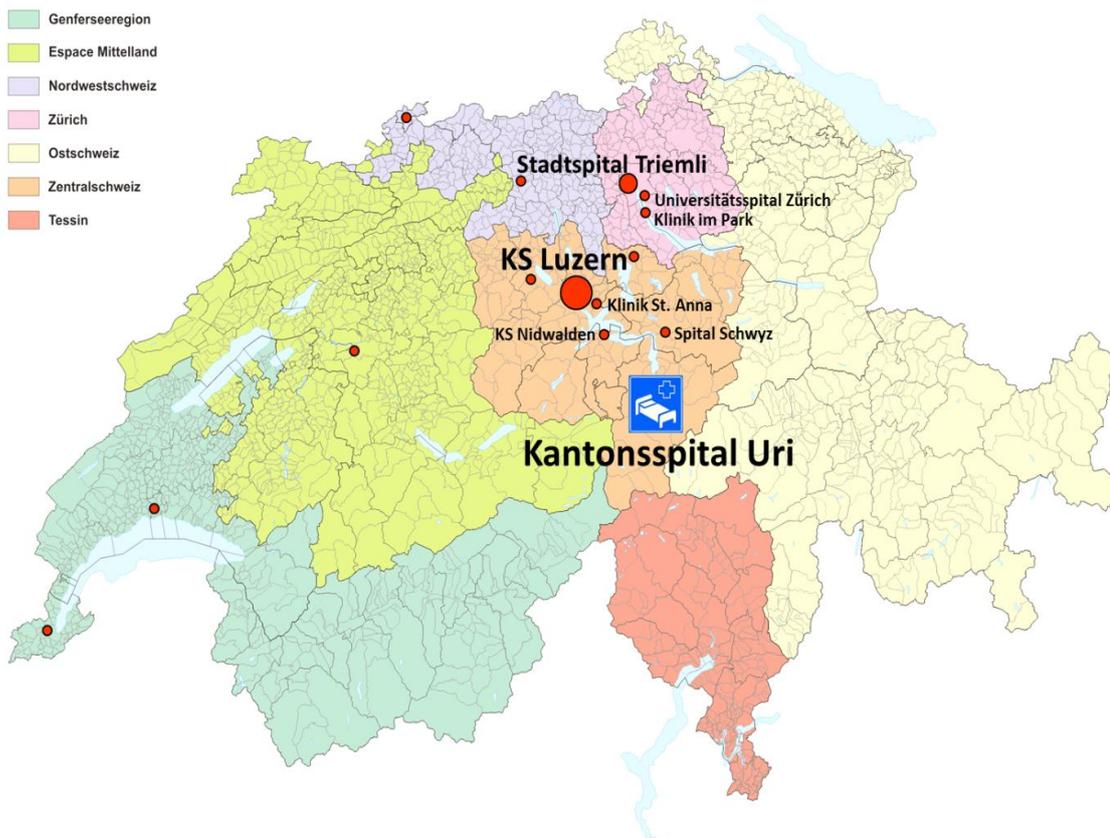
Entsprechend der Spitalstrategie des Regierungsrats (vgl. dazu Kapitel III, Seite 15 ff.) ist es das Ziel, diesen hohen Anteil des Kantonsspitals Uri von fast 75 Prozent aller stationären Spitalbehandlungen langfristig zu halten.

Die folgende Übersicht zeigt jene Spitäler, die im Jahr 2009 mehr als 1 Prozent der Urner Patientinnen und Patienten im akutstationären somatischen Bereich versorgt haben.

---

<sup>4</sup> In Anlehnung an die Zürcher Spitalplanung 2012, Strukturbericht September 2011 der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich.

<sup>5</sup> Bundesamt für Statistik: Die Medizinische Statistik der Krankenhäuser erfasst jedes Jahr die anfallenden Daten aller Hospitalisierungen in den Schweizerischen Krankenhäusern. Diese Erhebung wird von jedem Krankenhaus bzw. von jeder Klinik durchgeführt. Das BFS erhebt sowohl soziodemographische Informationen der Patientinnen und Patienten wie Alter, Geschlecht, Wohnregion als auch administrative Daten wie Versicherungsart oder Aufenthaltsort vor der Hospitalisierung und medizinische Informationen wie Diagnosen und Behandlungen.



### Akutstationäre somatische Spitalbehandlungen 2009 von Urner Patientinnen und Patienten

	Anzahl Austritte	Anteil in Prozent
Kantonsspital Uri	3'624	74,0 %
Luzerner Kantonsspital	553	11,3 %
Stadtspital Triemli Zürich	104	2,1 %
Spital Schwyz	72	1,5 %
Kantonsspital Nidwalden	70	1,4 %
Klinik St. Anna Luzern	66	1,3 %
Universitätsspital Zürich	55	1,1 %
Klinik im Park Zürich	50	1,0 %
Übrige Spitäler	<u>300</u>	<u>6,3 %</u>
Total	4'894	100 %

Die detaillierte Übersicht über alle Spitäler der Schweiz, die Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton Uri stationär behandelt haben, befindet sich im Anhang 1. Aus dieser Tabelle ist ersichtlich, wie viele Urner Patientinnen und Patienten in welchem Spital und in

welchem Leistungsbereich behandelt wurden.

Im Bereich der stationären psychiatrischen Versorgung erfolgt die Psychiatrieplanung in Zusammenarbeit gemeinsam mit den Konkordatskantonen Zug, Schwyz und Uri. Der Konkordatsrat beabsichtigt, zuhanden der Kantone eine koordinierte Spitalliste im Bereich der Psychiatrieversorgung auszuarbeiten. In der jüngeren Vergangenheit haben jedes Jahr durchschnittlich 130 Patientinnen und Patienten stationäre psychiatrische Leistungen in Anspruch nehmen müssen. Damit weist der Kanton Uri die zweitniedrigste Hospitalisationsrate aller Kantone auf. Fast drei Viertel aller psychiatrischen Hospitalisationen erfolgen in der Psychiatrischen Klinik Zugersee in Oberwil (Zug). Rund 20 Prozent der Urner Patientinnen und Patienten werden in der Klinik Littenheid (Thurgau) behandelt.

Im Bereich der Rehabilitation mussten im Jahr 2009 149 Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Uri stationär behandelt werden. Zwei Drittel davon erfolgen in der Klinik Adelheid in Unterägeri (Zug). Rund 13 Prozent der Rehabilitationsaufenthalte entfielen auf die Rehaklinik Hasliberg (Bern). Die restlichen Rehabilitationsleistungen verteilen sich auf sieben weitere Reha-Kliniken.

#### Kantonale Spitalliste

Gestützt auf die kantonale Spitalplanung (Versorgungsplanung) ist es gemäss Artikel 2 der kantonalen Verordnung zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (RB 20.2202) die Aufgabe des Regierungsrats, die nach Leistungsaufträgen in Kategorien gegliederte Spitalliste gemäss KVG zu erlassen. Für die Erteilung der Leistungsaufträge an die einzelnen Spitäler liegt die Vertragsabschlusskompetenz ebenfalls beim Regierungsrat (Art. 9 des Gesundheitsgesetzes [GG; RB 30.2111]). Eine Ausnahme - auch im Vergleich mit anderen Kantonen - bildet der Leistungsauftrag an das Kantonsspital Uri. Für dessen Erteilung ist gemäss Artikel 7 des Gesetzes über das Kantonsspital Uri (KSG; RB 20.3221) der Landrat zuständig. Letztmals hat er am 14. Dezember 2011 den Leistungsauftrag 2012 bis 2015 für das Kantonsspital Uri beschlossen.

Gemäss Artikel 41 KVG können versicherte Personen seit dem 1. Januar 2012 für ihre stationären Behandlungen unter den zugelassenen Spitälern frei wählen, die auf der Spitalliste des Wohnkantons oder des Standortkantons aufgeführt sind. Demnach müssen die Versicherer und der Kanton Uri anteilmässig die Vergütung in einem Listenspital für die stationäre Behandlung übernehmen. Allerdings höchstens nach dem Tarif, der für die betreffende Behandlung eines Listenspitals des Kantons Uri gilt. Beansprucht eine versicherte Person aus medizinischen Gründen eine stationäre Behandlung in einem Spital, das nicht auf der

Urner Spitalliste aufgeführt ist, so müssen der Kanton Uri und die Versicherer den Tarif des behandelnden Spitals übernehmen. Hierfür ist allerdings, mit Ausnahme des Notfalls, eine Kostengutsprache einzuholen.

Die neue kantonale Spitalliste muss gemäss den Übergangsbestimmungen des KVG spätestens drei Jahre nach der Einführung der leistungsbezogenen Pauschalen angepasst sein (1. Januar 2015). Geplant ist, dass der Regierungsrat die revidierte Spitalliste bis Mitte 2012 beschliesst. Die Grundlage dazu bildet, wie gesagt, die kantonale Spitalversorgungsplanung.

#### **d) Spitallandschaft Zentralschweiz**

Gegenwärtig werden schweizweit grosse Investitionen in die Spitalbauten getätigt oder geplant. Einerseits besteht vielerorts ein baulicher Investitionsstau, der umfangreiche Sanierungs- oder Neubauten notwendig macht. Andererseits rüsten sich viele Spitäler für den seit 2012 verschärften Wettbewerb, in dem sie ihre bauliche Infrastruktur den steigenden Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten anpassen. Ein grösserer Teil dieser baulichen Modernisierungen ist bereits heute abgeschlossen. Damit wollen die Spitäler ihren Marktanteil halten oder erweitern.

Die Spitallandschaft der Zentralschweiz ist von diesem Erneuerungsprozess nicht ausgeschlossen. Im Gegenteil: In allen Zentralschweizer Kantonen wird kräftig in die Spitalinfrastruktur investiert. Einige dieser Neubau- oder Sanierungsprojekte wurden in den vergangenen Jahren bereits abgeschlossen, andere stehen in den kommenden zehn Jahren noch an. Im Sinne einer unvollständigen Übersicht werden im Folgenden einige Bauvorhaben der Zentralschweiz näher beleuchtet.

##### Luzerner Kantonsspital

Im Kanton Luzern müssen in den nächsten 15 bis 20 Jahren gemäss Berechnungen des Spitalrats des Luzerner Kantonsspitals über 1 Milliarde Franken in Neubauten und Sanierungsarbeiten investiert werden. Im Vordergrund der baulichen Massnahmen steht zurzeit ein Neubau des Zentrumsspitals auf dem heutigen Areal des Luzerner Kantonsspitals.

##### Spital Wolhusen

Im Dezember 2011 hat der Regierungsrat des Kantons Luzern beschlossen, das Spital Wolhusen komplett neu zu bauen. Bis Ende 2017 soll ein Neubau mit 80 Betten entstehen, für den der Kanton Luzern rund 100 Mio. Franken investieren will. Geplant ist ein einstöckiges

Gebäude in Leichtbauweise.

### Kantonsspital Zug

Im Kanton Zug wurde Mitte 2008 der Neubau des Kantonsspitals in Betrieb genommen. Zusammen mit dem benachbarten Pflegezentrum Baar verfügt der Kanton Zug über ein modernes Kompetenzzentrum für Gesundheit und Pflege. Im akutsomatischen Bereich werden in 105 Patientenzimmern 184 Pflegebetten angeboten. Für den Spitalneubau am neuen Standort in Baar, das angegliederte Parkhaus und die geschützte Operationsstelle investierte der Kanton Zug insgesamt 195 Mio. Franken.

### Kantonsspital Obwalden

Im Herbst 2011 hat der Kantonsrat beschlossen, für das Kantonsspital Obwalden einen neuen vierstöckigen Bettentrakt zu bauen. Darin werden 64 Bettenplätze und zehn Tagesklinik-Plätze entstehen. Zudem wird der alte Bettentrakt umgenutzt und saniert. Diese Neubauten sollen Ende 2013 in Betrieb genommen werden. Der Kanton Obwalden investiert dabei 47 Mio. Franken, die er mittels Aufhebung der Ausgabenbegrenzung finanzieren will.

### Kantonsspital Nidwalden

Das Kantonsspital Nidwalden hat Ende 2010 eine neue Privatabteilung in Betrieb genommen. Diese setzt bezüglich Infrastruktur und Service neue Massstäbe, mit dem Ziel, dass sich mehr zusatzversicherte Patientinnen und Patienten in Stans behandeln lassen. Für diese Halbprivat- und Privatpatientinnen und -patienten stehen 28 Betten in 16 Zimmern zur Verfügung. Für diesen Komfortausbau hat der Kanton Nidwalden knapp 12 Mio. Franken investiert.

### Kanton Schwyz

In den Spitälern im Kanton Schwyz sind bis ins Jahr 2021 Investitionen in der Höhe von insgesamt rund 260 Mio. Franken geplant. Bis Ende 2012 erneuert und erweitert das Spital Schwyz seine bauliche Infrastruktur im Umfang von rund 44 Mio. Franken. Beim Spital Einsiedeln sind bauliche Investitionen im Betrage von 41 Mio. Franken für einen Erweiterungsbau und die Sanierung des Altbaus vorgesehen. Im Spital Lachen stehen bauliche und technische Investitionen in der Höhe von 150 Mio. Franken an. Schliesslich modernisiert auch die Aeskulap-Klinik in Brunnen ihre bauliche Infrastruktur, wofür mit Kosten von rund 25 Mio. Franken gerechnet wird.

### III. Spitalstrategie

#### a) Spitalstrategie des Regierungsrats

Im Zuge der neuen KVG-Spitalfinanzierung wurde den Kantonen eine Reihe zusätzlicher Aufgaben übertragen. So haben die Kantone neu eine umfassende Versorgungsplanung zu erstellen, die das inner- und ausserkantonale Leistungsangebot umfassen muss. Bei der Beurteilung und Auswahl der für die Versorgung notwendigen Spitäler müssen die Kantone u. a. die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung berücksichtigen. Dabei sind namentlich die Effizienz der Leistungserbringung, der Nachweis der notwendigen Qualität und die Mindestfallzahlen sowie die Nutzung von Synergien zu beachten. Weiter verlangt das Bundesrecht, dass die Kantone im Rahmen ihrer Pflicht zu Koordination der Spitalplanungen die Informationen über die Patientenströme auswerten, mit den betroffenen Kantonen austauschen und die Planungsmassnahmen mit den davon in ihrer Versorgungssituation betroffenen Kantonen koordinieren. Schliesslich hat der Kanton für jedes zur Sicherstellung der Versorgung erforderliche Spital den Leistungsauftrag und das entsprechende Leistungsspektrum auf seiner Spitalliste aufzuführen. Dies wiederum hat einen unmittelbaren Zusammenhang mit der Erteilung des Leistungsauftrags an das Kantonsspital Uri nach den Bestimmungen des Kantonsspitalgesetzes. Daraus wird klar, dass die strategische Ausrichtung des Kantonsspitals Uri in erster Linie von der Versorgungsplanung bzw. vom Leistungsauftrag des Kantons abhängt und innerhalb dieses definierten Rahmens von der strategischen Führung des Spitalrats. Diese beiden Prozesse, die in unterschiedlichen Zuständigkeiten liegen, müssen zwingend aufeinander abgestimmt werden. Denn sie sollen beide dem übergeordneten Ziel des Regierungsrats dienen, die erweiterte Grundversorgung und den Spitalstandort Uri langfristig in guter Qualität und zu tragbaren Kosten zu sichern.

Der Regierungsrat hat sich bereits in seiner Antwort vom 15. September 2009 auf die Interpellation von Landrat Dr. Franz-Xaver Brücker, Altdorf, zur "Sicherung des Kantonsspitals Uri" sehr ausführlich über die Zukunft des Kantonsspitals Uri geäussert<sup>6</sup>. Die zentralen Elemente der regierungsrätlichen Antwort werden im Folgenden nochmals zusammenfassend aufgezeigt.

#### Strategische Leitlinien für die Urner Spitalplanung

Das Kantonsspital Uri stellt die allgemeine und die erweiterte Grundversorgung sicher, während die hochspezialisierte Spitalversorgung ausserkantonale in den grösseren Spitalzentren geleistet wird. Für alle stationären Spitalbehandlungen, ob inner- oder ausserkantonale, hat

---

<sup>6</sup> vgl. [http://www.ur.ch/dateimanager/vorstoesse/file\\_antwort\\_392.pdf](http://www.ur.ch/dateimanager/vorstoesse/file_antwort_392.pdf)

der Kanton seinen Anteil an der leistungsorientierten Fallpauschale zu bezahlen.

Dieser Aufteilung auf das Kantonsspital Uri und auf ausserkantonale Spitäler liegen neben versorgungstechnischen auch volkswirtschaftliche und gesellschaftspolitische Überlegungen zu Grunde. Ein attraktiver Wohn- und Wirtschaftskanton braucht eine qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung samt Spitalangebot vor Ort. Das Kantonsspital Uri ist Teil einer gut funktionierenden Urner Volkswirtschaft, wie der Regierungsrat in der Beantwortung der Interpellation von Dr. Toni Moser, Bürglen, zur volkswirtschaftlichen Bedeutung des Kantonsspitals Uri ausgeführt hat. Es sichert Arbeitsplätze für mehr als 500 Mitarbeitende. Vom Kantonsspital profitieren auch die heimischen Zulieferbetriebe. Hohe Bedeutung haben aber auch Sicherheitsüberlegungen. Die besondere Topographie Uris mit seinen stark frequentierten und exponierten Verkehrsachsen erfordert eine auch in Krisensituationen gesicherte Grundversorgung vor Ort. Schliesslich ist es auch aus sozialpolitischen Gründen richtig, dass Kranke und Verunfallte soweit wie möglich in ihrem näheren Umfeld fach- und bedürfnisgerecht behandelt und gepflegt werden.

### Spitalstrategie

Die Zukunft des Kantonsspitals Uri wird geprägt werden durch Herausforderungen hinsichtlich Qualität, Wirtschaftlichkeit und qualifiziertem Fachpersonal. Deshalb liegt das strategische Schwergewicht einerseits in der langfristigen Sicherung der Leistungsangebote, der Mindestgrösse und der Marktanteile. Dazu gehört auch das Erhalten der hohen Attraktivität für die Mitarbeitenden und insbesondere für Kaderpersonen. Andererseits müssen die Kosten optimiert und die Spitalinfrastruktur erneuert werden, damit das Kantonsspital Uri wettbewerbsfähig bleibt.

#### **b) Strategie des Spitalrats**

Im Bewusstsein um die anstehenden grossen Veränderungen im Umfeld des Kantonsspitals Uri haben der Spitalrat und die Spitalleitung eine Strategie für die Zukunft des Kantonsspitals Uri erarbeitet. Damit wurde die Zielsetzung verfolgt, die internen und externen Faktoren möglichst umfassend zu erkennen und zu bewerten, Zukunftsszenarien für das Kantonsspital aufzuzeigen und die langfristigen Strategieziele im Verbund mit den erforderlichen baulichen Investitionen darzustellen.

Das im Herbst 2009 verabschiedete Strategiepapier nennt als Vision, dass das Kantonsspital Uri langfristig ein eigenständiges Spital mit erweiterter Grundversorgung bleibt. Diese Position soll durch gezielte Förderung und Ausbauten im ambulanten Bereich und bei der geriatri-

schen Versorgung verstärkt werden.

Für die Umsetzung der Vision will sich das Kantonsspital Uri an folgenden strategischen Zielen orientieren:

- Mindestgrösse sichern, mit allen dazu gehörenden Mitteln;
- Kooperationen ausbauen;
- Kostenoptimierung;
- Schaffung einer ausbaufähigen Infrastruktur mit Ausbau im ambulanten Bereich;
- Umsetzung von nachhaltigen neuen Finanzierungsformen;
- Weiterentwicklung, nach Möglichkeit Ausbau der Geriatrie.

In der Umsetzung der Strategie des Spitalrats und der Spitalleitung ist eine integrierte, strategisch-gestützte bauliche Gesamtplanung die zentrale Komponente. Dabei sollen alle möglichen Optionen auf der Basis der entwickelten Strategie geprüft werden, insbesondere auch deren Machbarkeit, Zweckmässigkeit und finanzielle Tragbarkeit.

Im November 2009 hat der Regierungsrat von den strategischen Überlegungen des Spitalrats und der Spitalleitung Kenntnis genommen und diesen in den wesentlichen Punkten zugestimmt.

#### **IV. Strategisch-bauliche Gesamtplanung**

Gestützt auf die strategischen Überlegungen des Regierungsrats und des Spitalrats hat der Regierungsrat am 9. Dezember 2009 den folgenden Projektauftrag für die strategisch-bauliche Gesamtplanung 2012 für das Kantonsspital Uri beschlossen.

##### Projektziel

Vor dem Hintergrund der strategischen Zielsetzung ist ein Konzept zu erstellen für die Analyse und Bewertung:

- der Infrastruktur des Akutspitals, der Geriatrie und des Personalhauses;
- der kurz- und längerfristig notwendigen Investitionen;
- der Weiterentwicklung und des möglichen Ausbaus der Geriatrie;
- den Aufbau eines medizinischen Versorgungszentrums.

Zu diesem Zweck sind verschiedene Teilfragen zu bearbeiten, namentlich:

- Ermitteln des Renovierungs- und Raumbedarfs;
- Erarbeiten von Varianten;
- Festlegen von Prioritäten;
- Analyse der Kosten;
- Berechnen der Wirtschaftlichkeit;
- Beurteilung der Investitionen.

##### Projektorganisation

Zur Projektorganisation gehörten die strategische Projektleitung, der die Vorsteher der Gesundheits-, Sozial- und Umweltdirektion, der Baudirektion und der Finanzdirektion sowie der Präsident des Spitalrats angehörten. Die operative Projektleitung bestand aus je zwei Vertretungen des Amtes für Gesundheit, des Amtes für Hochbau und der Spitalleitung. Mit der operativen Gesamtleitung und dem Projektsupport wurde die Firma PGMM Schweiz AG, Winterthur, beauftragt.

Am 21. September 2011 hat die Firma PGMM Schweiz AG den Schlussbericht über die strategisch-bauliche Gesamtplanung für das Kantonsspital Uri abgegeben. Dieser Bericht befindet sich in der Beilage 1. Aus dem Schlussbericht ergeben sich aus fachlicher Sicht die folgenden hauptsächlichen Erkenntnisse.

## Zustandsanalyse

In einem ersten Projektschritt wurde der bauliche Zustand der einzelnen Gebäude des Kantonsspitals erhoben und analysiert. Die baulichen Teile der Gebäude A (Geriatric), B (Eingang, Notfall, Röntgen) und C (Bettentrakt 1963) sind in einem verlebten Zustand. In den vergangenen Jahren wurden einzelne Anlageteile ersetzt, die an ihr bauliches Lebensende gelangt sind. Das Gebäude C erfordert eine Totalsanierung oder einen Ersatzneubau. Die Zimmergrößen und die Zimmeranordnungen entsprechen nicht mehr den heutigen Standards und schaffen ineffiziente betriebliche Voraussetzungen. Das Gebäude D wurde im Jahr 1997 in Betrieb genommen. Es befindet sich in einem guten baulichen Zustand. Hingegen besteht bei den technischen Anlagen (z. B. Infrastruktur der Operationssäle) und bei der zentralen Sterilisationsversorgungsanlage Handlungsbedarf. In verschiedenen Bereichen besteht im Gebäude D ein Potenzial für Prozessoptimierungen. Schliesslich ist auch das Personalhaus aus dem Jahr 1961 in einem verlebten Zustand.

Positiv hervorzuheben ist, dass die Gebäudetechnik in allen Häusern in einem guten Zustand ist. Im Gebäude B ist die Wäscherei im Jahr 2009 saniert worden. Im Gebäude C wurden 1999 die Innenräume im Erdgeschoss und im 1. Obergeschoss saniert sowie 2001 die Küche und die Cafeteria umfassend erneuert.

## Bedarf des Kantonsspitals

In einem weiteren Projektschritt wurde das Grob-Sollraumprogramm für das Spital aufgenommen. Dabei wurde ermittelt, in welchen Bereichen eine räumliche Erweiterung erforderlich ist und wo zusätzlicher Raumbedarf besteht. Bei rund einem Drittel der Räume ist die heute vorhandene Nutzfläche ausreichend. In etwas mehr als der Hälfte der Einheiten besteht ein Bedarf nach grösserer Fläche. Und bei einem Sechstel der Räume soll das bestehende Angebot erweitert werden, wofür sich ein zusätzlicher Raumbedarf ergibt.

## Szenarienbildung

Der Schwerpunkt der Projektarbeit bestand schliesslich aus der detaillierten Ausarbeitung der Szenarien mit Unterszenarien. Anhand der ermittelten Kriterien wurden anfänglich zehn mögliche Szenarien entwickelt. Daraus ergaben sich acht Grundvarianten, die letztlich auf die drei Grundvarianten reduziert wurden. Es sind dies:

1. Neues Bettenhaus
2. Etappierte Sanierung des gesamten Gebäudekomplexes

3. Neubau Spital (mit Erhalt und Einbezug des Gebäudes D)
  - (3a) Untervariante: Neubau Spital ohne Erhalt des Gebäudes D

In der anschliessenden Variantenvertiefung wurden zwei Hauptszenarien herausgebildet, nämlich:

	<u>interne Bezeichnung</u>
1. Sanierungsszenario "Neues Bettenhaus und Gebäude"	Szenario A1&E
2. Neubauszenarien:	
(2a) Neubau, heutiger Standort, Gebäude D bleibt bestehen	Szenario G
(2b) Neubau, heutiges Spitalareal, Umnutzung Gebäude D	Szenario G+
(2c) Neubau, neuer Standort	Szenario G++

Bei allen Szenarien sind das Personalhaus und - als Option - die Möglichkeit eines neuen Alterszentrums berücksichtigt. Letzteres ist hingegen in der Grobkostenschätzung nicht enthalten.

Im weiteren Verlauf des Projekts wurden die ausgewählten Szenarien näher umschrieben, analysiert und bewertet. Hierzu wird auf den Fachbericht der Firma PGMM Schweiz AG (Beilage 1) verwiesen. In ihrem Fachbericht haben die PGMM-Fachleute schliesslich die folgende Empfehlung abgegeben.

Die drei bestmöglichen Szenarien mit Hinblick auf die zeitlichen, betrieblichen und finanziellen Aspekte sind:

1. Sanierungsszenario - Sanierung kombiniert mit Neubau Bettenhaus (A1&E)

Beim Sanierungsszenario treten die geringeren Investitionskosten und die damit verbundene geringere Belastung des kantonalen Haushaltsbudgets in den Vordergrund. Sie lassen das Sanierungsszenario aus finanzieller und politischer Sicht attraktiv erscheinen.

- **Vorteil:** Auf kurze Sicht günstiger als die Neubauszenarien.
- **Nachteile:** Zu erwartende langfristigen Belastungen während der Sanierung, Image- und Attraktivitätsverlust, Abwanderung von vorwiegend zusatzversicherten Patientinnen und Patienten, Ertragsverluste. Abwanderung von KSU-Personal. Die Gebäude entsprechen nur teilweise den heutigen Standards. Anpassung an aktuelle medizinische Entwicklungen. Die Grundbausubstanz ist veraltet, effiziente Prozessgestaltungen im gesamten Spital kaum durchführbar. Logistische Herausforderungen während der Bauphasen im laufenden Betrieb sind schwer zu quantifizieren.

## 2. Neubau Gesamtspital am jetzigen Standort (G und G+)

Mit festgestelltem Sanierungsstau der Gebäude entsteht eine optimale Situation für die zukünftige bauliche Neuorientierung des Kantonsspitals. Das heutige Spital kann und soll bis ans Lebensende weitergeführt werden. Restwerte von Gebäude und technischen Anlagen können ohne wesentliche Wertverluste abgeschrieben werden.

- **Vorteile:** Niedrigere Betriebskosten, effiziente Prozessabläufe, Personal kann patientengerecht eingesetzt werden. Das neuwertige und an die zukünftigen technischen Standards angepasste Spitalgebäude spart in einigen Bereichen Personal ein. Der Spitalneubau läuft störungsarm. Signifikante Attraktivitätsverluste für den laufenden Betrieb bleiben aus. Für das Kantonsspital entsteht kein finanzieller Ertragsverlust. Der Dienstleistungsbetrieb wird ohne Einschränkung fortgeführt. Am Stichtag zieht der gesamte Spitalbetrieb ins neue Spital um. Die Attraktivität für Patientinnen und Patienten steigt und zieht Patienten aus den umliegenden Kantonen an. Erträge für das Kantonsspital werden generiert.
- **Nachteile:** Höhere Investitionskosten, erschwerte politische Akzeptanz, höhere kantonale Budgetbelastung, die Amortisation durch Einsparungen und zusätzliche Erträge braucht Zeit.

## 3. Neubau Gesamtspital an einem neuen Standort (G++)

Für das Szenario "Neubau an neuem Standort" spricht das günstig zu erwerbende Land nahe dem Bahnhof Altdorf (Regierungsschachen). Vorhandene Risiken (Hochspannungsleitung eventuelle Altlasten, Emissionen, 20-jährige Bausituation, Lärmbelastung) benötigen eine Machbarkeitsstudie.

## 4. Empfehlung PGMM Schweiz AG

Eine gezielte baulich-strategische Planung kann die Anforderungen an demographischer Entwicklung, Wettbewerb, Prozessoptimierung und Personalmanagement erfüllen. Das Neubauszzenario "Neubau Spital am jetzigen Standort" (G und G+) wird von PGMM Schweiz AG - unter den genannten Anforderungen - als optimale, nachhaltige Lösung für Patientinnen und Patienten (Kunden), Mitarbeitende, Einwohner des Kantons Uri und Kanton (allgemein als Träger) empfohlen.

## V. Businessplan des Kantonsspitals Uri

Um die Entscheidungsfindung der politischen Behörden bei der Auswahl eines der vorgeschlagenen Szenarien zu unterstützen, hat das Kantonsspital Uri einen Businessplan für die Jahre 2011 bis 2022 erstellt. Das Dokument befindet sich in der Beilage 2.

Mit dem Businessplan werden die folgenden Ziele verfolgt:

- Zusammenfassung der bestehenden Strategie des Kantonsspitals in einer Form, welche auch für Externe die Anforderungen an den Erhalt des Spitalstandorts Uri hervorzuheben vermag.
- Aus der Optik des Spitals soll die geplante Entwicklung aufgezeigt werden (weiterführende Ergänzung der Strategie) und damit die Schnittstellen mit zugehörigen Informationen zur Bauplanung verdeutlicht werden.
- Klare Trennung zwischen Businessplan und Baufragen.
- Grösstmögliche Vereinfachung der Kalkulationsgrundlagen, die den verschiedenen Varianten des Businessplans zu Grunde gelegt werden. Dies ist angesichts der aktuellen Unwägbarkeiten unabdingbar und macht die baulich bedingten Unterschiede beim Betrieb besser sichtbar.

In der gegenwärtigen Zeit mit grundlegenden Neuordnungen im Bereich von Spitalplanung und Spitalfinanzierung ist das Erstellen eines Businessplans wesentlich anspruchsvoller als in einer Zeit mit grösserer Kontinuität und entsprechend besseren Prognosemöglichkeiten. Vor diesem Hintergrund ist es wichtig, Zielsetzung und Abgrenzung der Möglichkeiten eines solchen Businessplans in der jetzigen Situation zu benennen.

Trotz der grossen Zahl von nicht bestimmbareren Einflussfaktoren auf die künftige Geschäftstätigkeit des Kantonsspitals wurden Berechnungen über die Entwicklung der Spitalbetriebsrechnung 2012 bis 2022 vorgenommen. Für die einzelnen baulichen Szenarien ergibt sich das folgende Bild:

### Sanierung "Neues Bettenhaus und Gebäude (Szenario A1&E)"

Während der unter gleichzeitigem Betrieb stattfindenden Bauphase (Sanierung und Umbauten) müsste infolge von Ertragsausfällen mit Zusatzkosten zu Lasten des Kantons von zirka 4,4 Mio. Franken pro Jahr gerechnet werden. Um diesen Betrag würde sich die Abgeltung des Kantons aus regionalpolitischen Gründen erhöhen.

### Neubau am jetzigen Standort mit Erhalt Gebäude D (Szenario G)

Dieses Bauszenario ergibt eine Verbesserung der Betriebsrechnung zu Gunsten des Kantons um zirka 1,7 Mio. Franken pro Jahr. Für eine Nutzungsdauer von 25 Jahren wären dies rund 42 Mio. Franken. Während der Bauphase müsste mit moderaten Ertragsausfällen gerechnet werden, die zu einer nicht quantifizierbaren Zusatzbelastung des Kantons führen könnten.

### Komplett-Neubau (heutiges Spitalareal oder neuer Standort; Szenarien G+ und G++)

Mit dem Bezug eines Neubaus könnte eine deutliche Verbesserung der Betriebsrechnung erzielt werden. Ab dem Jahr 2022 würde die finanzielle Belastung des Kantons um zirka 6,8 Mio. Franken pro Jahr sinken, was bei einer Nutzungsdauer von 25 Jahren Einsparungen in der Grössenordnung von 170 Mio. Franken ergäbe.

### Schlussfolgerungen

Zusammenfassend kommt das Kantonsspital in seinem Businessplan 2011 bis 2022 zu den folgenden Schlussfolgerungen.

Bezug zwischen strategischer Ausrichtung und den im Bericht von PGMM dargelegten Bauszenarien:

- Unter der Voraussetzung, dass eine möglichst rasche Umsetzung eines Neubaus gelingen würde und die Benachteiligungen bis zum Bezug "gemildert" werden könnten, unterstützt die Neubauvariante die Strategie des Kantonsspitals am besten.
- Von besonderer Bedeutung für die künftige Entwicklung ist dabei ein leistungsfähiger Neubau eines Ambulatoriumsbereichs mit ausreichenden Raumressourcen.

Bilanz aus den Ergebnissen des Businessplans:

- Der Bericht PGMM zeigt zwar, dass die Investitionskosten für die Neubauvarianten (ohne Szenario G++) zwischen 15 und 24 Mio. Franken höher veranschlagt werden als die Variante Renovation/Neubau Bettentrakt.
- Eine Einschätzung der im Businessplan (mit den getroffenen Annahmen und Schätzungen) kalkulierten Varianten zeigt aus langfristig-finanzieller Sicht jedoch eine klare Überlegenheit der Neubauoption.

Aus Sicht des Kantons dürfte die Entwicklung der regionalpolitischen Abgeltung für die den aus betrieblicher Sicht wichtigsten Szenarien (Renovation mit Um- und Neubauten sowie

Neubau) von besonderer Bedeutung sein. Die entsprechenden zwei Kalkulationsvarianten zeigen auch eine vollständige (inklusive Auswirkungen nach Bauabschluss, Jahre 2021/2022) Abbildung der Auswirkungen auf die Entwicklung der regionalpolitischen Abgeltung als konsolidierte Kenngrösse für die wirtschaftliche Entwicklung.

## VI. Beurteilung durch den Regierungsrat

Die Versorgung der Urner Bevölkerung mit den notwendigen Spitalleistungen ist eine wichtige Aufgabe des Kantons. Dies spiegelt sich auch in der Kantonsverfassung, die in Artikel 46 festhält, dass der Kanton den Betrieb des Kantonsspitals gewährleistet und weitere Kranken- und Pflegeheime unterstützen kann. In Artikel 3 des Gesetzes über das Kantonsspital Uri wird sodann näher ausgeführt, dass das Kantonsspital Uri ein Akutspital der erweiterten Grundversorgung ist, das für die Urner Bevölkerung:

- die stationäre erweiterte Grundversorgung sicherzustellen hat;
- ambulante und teilstationäre Patientinnen und Patienten zu betreuen sind;
- eine ständige Notfallversorgung sicherzustellen ist.

Vor dem Hintergrund dieses verfassungsmässigen und gesetzlichen Auftrags hat das Kantonsspital Uri in den vergangenen Jahren gut drei Viertel aller Urner Patientinnen und Patienten behandelt. Die übrigen notwendigen Spitalleistungen für die Urner Bevölkerung werden vorwiegend in Luzern, Zürich und Zug erbracht. Es handelt sich dabei hauptsächlich um Zentrums- und universitäre Leistungen sowie um stationäre psychiatrische Behandlungen.

Dies zeigt sich auch in den Kosten des Kantons für die Spitalbehandlungen. Von den rund 30 Mio. Franken, die der Kanton für die Spitalversorgung im Jahr 2011 geleistet hat, entfallen rund 20 Mio. Franken bzw. zwei Drittel auf das Kantonsspital Uri.

Das Kantonsspital Uri ist aber nicht nur aus gesundheitspolitischer Sicht sehr wichtig, sondern ebenso aus volkswirtschaftlichen Gründen. Denn es handelt sich beim Kantonsspital um den viertgrössten Arbeitgeber in Uri, der knapp 550 Mitarbeitende - mit einem Anteil von über 80 Prozent Frauen - beschäftigt. Allein auf die Mitarbeitenden, die im Kanton Uri wohnen und Steuern zahlen, entfällt eine Bruttolohnsumme von rund 30 Mio. Franken. Der Steuerertrag von Kanton und Gemeinden wird auf 3,7 Mio. Franken geschätzt. Zusätzlich ist das Kantonsspital Uri auch eine wichtige Ausbildungsinstitution. Von den 120 Lernenden, die im Jahr 2011 durch das Kantonsspital ausgebildet wurden, sind zirka 80 Prozent im Kanton Uri wohnhaft. Zudem erteilt das Kantonsspital Uri jedes Jahr für über 2 Mio. Franken Aufträge an Urner Firmen.

Vor diesem Hintergrund bekräftigt der Regierungsrat sein strategisches Ziel, die erweiterte Grundversorgung am Spitalstandort Uri langfristig in guter Qualität und zu tragbaren Kosten zu sichern.

## a) Strategisch-bauliche Gesamtplanung

Am 23. März 2011 hat der Regierungsrat den Planungsbericht der Firma PGMM Schweiz AG sowie die Einschätzung der strategischen Projektleitung in einer ersten Lesung zur Kenntnis genommen. Aufgrund der fundierten Analyse des baulichen Zustands der heutigen Gebäude des Kantonsspitals Uri ist der Regierungsrat zum Schluss gekommen, dass - mit Ausnahme des Hauses D - bei allen Spitalgebäuden ein baulicher Handlungsbedarf ausgewiesen ist. Um zu entscheiden, welche baulichen Massnahmen aus strategischer, betrieblicher und finanzieller Sicht zu treffen sind, hat der Regierungsrat ergänzende Abklärungen verlangt, die inzwischen in den Bauplanungsbericht eingeflossen sind. Weiter beauftragte er das Kantonsspital mit der Erstellung des Businessplans, der auf die entwickelten baulichen Szenarien abzustimmen ist.

Am 17. November 2011 hat sich der Regierungsrat erneut ausführlich mit den bereinigten Fachberichten und den Anträgen der strategischen Projektleitung befasst. Dabei kommt der Regierungsrat zu den folgenden hauptsächlichen Schlussfolgerungen:

1. Die Attraktivität eines Spitals hängt von der Infrastruktur, vom Hotellerie-Standard, vom medizinischen Leistungsangebot und von der Qualität der medizinischen Leistungen und hier in besonderem Masse vom ärztlichen Kader ab.
2. Die Mindestgrösse eines Spitals wird unterschiedlich definiert und lässt sich nur grob eingrenzen. Als Basis werden Fallmengen und die Anzahl Betten herangezogen. Massgebend für die Wirtschaftlichkeit und Qualität des Spitals dürfte heute in erster Linie die Fallmenge, das heisst, die Menge der stationären und ambulanten Leistungen insgesamt sein. Weil eine Zunahme der stationären Behandlungen kaum möglich ist, muss das durchaus vorhandene Potenzial bei den ambulanten Leistungen zielgerichtet erschlossen und genutzt werden. Bei der anstehenden baulichen Projektierung ist daher dem ambulanten Bereich ein besonderes Augenmerk zu schenken.
3. Für die Wirtschaftlichkeit des Kantonsspitals im Allgemeinen und seiner Hotellerie (Küche, Wäscherei, Hausdienst) im Besonderen spielen sowohl die gesamte verfügbare Bettenzahl als auch die Flexibilität bei der Bettenbeanspruchung eine wesentliche Rolle. Im Jahr 2011 betrieb das Kantonsspital durchschnittlich 76 Betten. In Spitzenzeiten können bei maximaler Nutzung der Räume zirka 100 Betten genutzt werden. Faktoren wie die Verschiebung von stationären zu ambulanten Eingriffen, die Entwicklung des medizinischen Leistungsspektrums und die Bevölkerungsentwicklung beeinflussen den Bedarf an durchschnittlich betriebenen Betten. Bedeutsamer ist jedoch die Möglichkeit, Auslas-

tungsschwankungen auffangen zu können, und die Verfügbarkeit einer Kapazitätsreserve, um schnell auf Veränderungen im Umfeld reagieren zu können. Im nächsten Projektierungsschritt müssen diese wichtigen Überlegungen durch vertiefte Abklärungen und Analysen sowie unter Berücksichtigung der einschlägigen Kenndaten konkretisiert werden.

4. Im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben ist es der kantonale Leistungsauftrag, der bestimmt, welche Leistungen das Kantonsspital Uri zu erbringen hat. Darin wird ebenfalls festgelegt, welche zusätzlichen Leistungen der Kanton beim Kantonsspital bestellt. Der Leistungsauftrag soll auch in Zukunft eine wichtige Richtschnur sein, insbesondere wenn es darum geht, in den nächsten Projektierungsschritten das künftige Raumprogramm zu konkretisieren, das im Anhang zum Fachbericht der PGMM Schweiz AG vorskizziert ist.
5. Beim Bauplanungsbericht der PGMM Schweiz AG vom 21. September 2011 (Beilage 1) handelt es sich um ein fachlich orientiertes Grundlagendokument. Wie bereits vorgängig erwähnt, ist im Bericht die Analyse der heutigen Bausubstanz der Spitalgebäude sehr fundiert und aussagekräftig dargestellt. Im Wissen um den in der jetzigen Projektphase noch nicht sehr tiefen Detaillierungsgrad der Planung stehen für den Regierungsrat noch einige Fragen im Raum, die es im nächsten Projektierungsschritt dringend zu klären gilt. Hierzu gehört das Raumprogramm, das, wie oben erwähnt, zu überprüfen und zu konkretisieren ist. Ebenfalls noch näher zu untersuchen ist die Grobkostenschätzung, wie sie im Anhang zum Fachbericht enthalten ist. Zu Recht wird im Bericht denn auch darauf hingewiesen, dass bei der Kostengenauigkeit in der jetzigen Planungsphase noch grosse Unschärfen bestehen. Ob und wie weit sich die Benchmark-Zahlen auf das Kantonsspital Uri übertragen lassen, bleibt zurzeit noch offen. Der Regierungsrat hegt insbesondere Zweifel daran, dass bei einem Spitalneubau an einem neuen Standort das heutige alte Spital verkauft werden kann, wofür bei der Kostenberechnung des Szenarios (G++) ein Erlös von 30 Mio. Franken eingesetzt wurde.
6. Das Kantonsspital Uri besitzt insbesondere im Vergleich mit Spitälern in anderen Kantonen über eine grosse Stärke, nämlich die grosszügig bemessene Spitalliegenschaft. Sie bietet auch auf lange Sicht ausreichend Platz für eine zweckmässige Spitalentwicklung. Zudem lässt die Spitalliegenschaft auch vielfältige Möglichkeiten zu, um das Potenzial für weitere Nutzungen auszuschöpfen, die zum wirtschaftlichen Erfolg des Spitalbetriebs beitragen können. Diesbezüglich gilt es, bei den weiteren Planungsschritten mögliche Synergien abzuklären und zusammen mit geeigneten Partnern zu nutzen.

7. Im bisherigen Projektverlauf wurde auch eine Neubauvariante an einem neuen Standort geprüft. Es zeigte sich, dass als alternativer Standort einzig der Regierungsschachen westlich des Bahnhofs Altdorf in Frage kommen würde. Die genaueren Abklärungen ergaben, dass für den Betrieb eines Spitals an diesem Standort gewisse Risiken nicht auszuschliessen sind. Diese müssten im Rahmen einer Machbarkeitsstudie geklärt werden. Es zeigte sich aber auch, dass der alternative Standort keine wesentlichen Vorteile gegenüber dem heutigen Standort des Kantonsspitals aufweisen könnte. Die dort vorhandenen Landreserven, welche auch eine langfristige Spitalentwicklung zulassen, und die bewährt guten Voraussetzungen hinsichtlich Erschliessung, Sicherheit, Immissionen sowie Verankerung in der Bevölkerung sprechen für den heutigen Spitalstandort. Aus diesem Grund will der Regierungsrat auf die Weiterverfolgung eines neuen Spitalstandorts verzichten.
8. Die von den Experten vorgenommene Grobkostenschätzung von 100 bis 125 Mio. Franken (ohne Teuerung) erachtet der Regierungsrat im Lichte der beschränkten finanziellen Möglichkeiten des Kantons und angesichts der dem Planungsstand entsprechenden Bearbeitungstiefe als zu hoch. Der Regierungsrat will deshalb im folgenden Planungsschritt zusammen mit den Beteiligten alles unternehmen, um dem Kantonsspital einerseits gute bauliche Voraussetzungen zu bieten für einen qualitativ guten und wirtschaftlichen Spitalbetrieb, andererseits aber auch zu Kosten, die für den Kanton tragbar sind.

#### **b) Variantenentscheid**

Gestützt auf die Spitalstrategie des Regierungsrats und des Spitalrats sowie aufgrund der vorstehenden Überlegungen hat der Regierungsrat die folgenden Entscheide für das weitere Vorgehen gefällt:

1. Der bauliche Handlungsbedarf beim Kantonsspital Uri ist ausgewiesen und dringlich.
2. Die Neubauvariante an einem neuen Standort (Szenario G++) ist zu verwerfen.
3. Eine Teilsanierung mit Neubau (Szenario A1&E) ist insgesamt ungünstig und entfällt daher.
4. Das Szenario "Ersatzneubau und Erneuerung unter Weiterverwendung von Haus D" (Basis Szenario G) soll weiterverfolgt werden.

Der Regierungsrat hat seinen Entscheid über die weiterzuverfolgende Bauvariante dem Spitalrat an einem Treffen vom 6. Dezember 2011 ausführlich erläutert und ihn anschliessend zur schriftlichen Stellungnahme eingeladen. Darin teilt der Spitalrat mit, dass er den Variantenentscheid des Regierungsrats als sehr positives Signal für die Zukunft des Kantonsspitals

Uri wertet. Für die Spitalverantwortlichen ist von zentraler Bedeutung, dass sich der Regierungsrat grundsätzlich für den Neubau des Bettentrakts entschieden hat. Denn eine Sanierungsvariante hätte gravierende Nachteile für die Patientinnen und Patienten, für das Personal, für die strategische Positionierung des Spitals und somit auch für die Wirtschaftlichkeit. Gleich wie der Regierungsrat sieht auch der Spitalrat keine Erkenntnisse, wonach ein Neubau an einem neuen Standort gegenüber dem heutigen Standort Vorteile bringen würde.

Der Spitalrat möchte auch im Rahmen der folgenden Projektierungsphase die betrieblichen Aspekte einbringen. Es ist ihm ein Anliegen, dass die Patienten- bzw. Behandlungsprozesse im Vordergrund stehen, was die innere Organisation des Spitals und die Nutzung von IT- und Kommunikationssystemen ebenso beeinflusst wie die räumliche Gestaltung des Spitals. Für die Zukunft bedeutend sind auch ein gutes Raumangebot hinsichtlich des Komfortwettbewerbs sowie flexible Nutzungsmöglichkeiten mit angemessenen Raumreserven. Während der Bauphase muss auch mit geeigneten Provisorien gearbeitet werden, um die Nachteile im Wettbewerb zu mildern. Deshalb sollen auch die nun folgenden Projektierungs-, Planungs- und Bauphasen zeitlich so straff wie möglich gehalten werden.

### **c) Businessplan des Kantonsspitals Uri**

In der gegenwärtigen Projektphase ist das Erstellen eines Businessplans für das Kantonsspital Uri mit erheblichen Unsicherheiten verbunden. So müssen beispielsweise schwer vorhersehbare Annahmen und Schätzungen getroffen werden betreffend die Entwicklung der Leistungsarten und -mengen sowie deren Abgeltungen. Dementsprechend sind zum jetzigen Zeitpunkt auch die Ergebnisse des Businessplans als wertvolle Entscheidungshilfen zu verwenden, jedoch nicht als verbindliche Grössen. Es wird die Aufgabe des Kantonsspitals Uri bleiben, im weiteren Verlauf der Projektierung den Businessplan laufend den neuesten Erkenntnissen anzupassen.

### **d) Grobkostenschätzung und Finanzierung**

Aus finanzpolitischer Optik sind die notwendigen infrastrukturellen Massnahmen und Investitionen für das Kantonsspital Uri mit den übrigen strategisch wichtigen Projekten und den finanziellen Ressourcen des Kantons abzustimmen. Dabei darf der Finanzhaushalt nicht aus dem Lot fallen. Die Mittel- und Langfristplanung 2012 bis 2015 bzw. 2012 bis 2026 zeigen deutlich, dass der finanzielle Handlungsspielraum für Uri in den kommenden Jahren gering ist. Grosse Investitionsprojekte verursachen über viele Jahre hohe Fixkosten (Abschreibungen und Zinsen). Deshalb ist der finanziellen Tragbarkeit einer Investition ein besonderes Augenmerk zu schenken.

Für das Szenario "Ersatzneubau und Erneuerung unter Weiterverwendung von Haus D" (Basis Szenario G) wird gemäss der vorliegenden Grobkostenschätzung (PGMM-Studie) mit Investitionskosten von total 100 Mio. bis 115 Mio. Franken (exklusive Teuerung) gerechnet. Weiter wird von jährlichen Mieteinnahmen von 2,5 Mio. Franken ausgegangen. Nach Inbetriebnahme des neuen Spitals werden zwar die Bruttomieteinnahmen höher sein. Unter Berücksichtigung jährlicher Investitionen von rund 1 Mio. Franken kann aber gleichwohl nur mit einer unveränderten Kostenbeteiligung von jährlich rund 2,5 Mio. Franken gerechnet werden.

Unter Berücksichtigung der getroffenen Annahmen wurden von der Finanzdirektion mehrere Finanzierungsvarianten (u. a. mit Abbau des Nettovermögens bzw. Aufbau einer Nettoverschuldung, Sondersteuern, Kürzung bei anderen Investitionen, usw.) berechnet. Die Ergebnisse zeigen, dass nur mittels Kombination verschiedener Instrumente bzw. Massnahmen eine tragbare Lösung möglich ist. Die Investition für das Kantonsspital Uri hat sich an den anderen Bedürfnissen des Staats zu messen. Dabei darf weder die Steuersituation übermässig verschlechtert, noch dürfen die Nettoinvestitionen übermässig gekürzt werden, noch darf eine übermässig hohe Verschuldung in Kauf genommen werden.

In der nächsten Planungsphase sollen deshalb parallel zur Projektierung die Fragen der Finanzierung weiterbearbeitet und abgeklärt werden. Dabei gilt es folgende bereits gewonnenen Erkenntnisse mitzuberücksichtigen:

1. Es ist anzustreben, dass die Investitionskosten für den Um- und Neubau des Kantonsspitals Uri insgesamt deutlich unter 100 Mio. Franken zu liegen kommen.
2. Die Finanzierung des Kantonsspitals Uri soll über eine Kombination von Verschuldung, Kürzung und/oder Verzicht bei anderen Investitionen und allenfalls einer Sondersteuer sichergestellt werden.
3. Weitere Finanzierungsoptionen (z. B. befristete Kürzungen im Bereich der individuellen Prämienverbilligungen) sind zu prüfen.
4. Für die Mittelbeschaffung auf dem Kapitalmarkt sind kleine Darlehen mit jährlicher Amortisation vorzusehen.
5. Die Finanzierung hat sich an den Eckwerten der Finanzhaushaltsverordnung (Selbstfinanzierungsgrad und Nettolast) zu orientieren.

### **e) Die weiteren Vorgehensschritte**

In der nächsten Projektphase geht es darum, das gewählte Szenario "Ersatzneubau und Erneuerung unter Weiterverwendung von Haus D" (Basis Szenario G) soweit zu konkretisieren, dass dem Landrat zuhanden der Volksabstimmung ein Projektierungskredit unterbreitet werden kann. Zu diesen verschiedenen Vorbereitungsarbeiten gehören insbesondere das Bestimmen der künftigen Projektorganisation, das detaillierte Festlegen der betrieblich notwendigen Grundlagen (langfristiges Leistungsangebot, Bettenzahl, Flächen und Kapazitäten, Betriebsabläufe, Personalhaus, Option Alterszentrum usw.), die Dokumentation der vorhandenen Pläne und Berichte und das Ergründen der allenfalls noch fehlenden Untersuchungen und Analysen. Zudem muss geklärt werden, welche Unterhalts- und Instandsetzungsarbeiten nicht bis zum Bezug des erneuerten Kantonsspitals zurückgestellt werden können. Je nach Verlauf der hierfür notwendigen Vorbereitungsarbeiten sollte es möglich sein, dem Landrat die Vorlage für den Projektierungskredit frühestens am 14. November 2012 zum Entscheid zu unterbreiten. Aufgrund der mutmasslichen Höhe des Projektierungskredits dürfte eine Volksabstimmung erforderlich sein, die sodann im ersten Halbjahr 2013 stattfinden kann.

Nach einem positiven Volkentscheid könnten der Neubau und die Umbauten projektiert werden. Hierfür ist ein Projektwettbewerb vorgesehen. Sofern die Projektierungsarbeiten planmässig verlaufen, könnte der Baukredit in der ersten Hälfte 2016 dem Landrat unterbreitet werden. In der zweiten Jahreshälfte 2016 könnte schliesslich die Volksabstimmung über den Baukredit stattfinden.

Schliesslich geht der Regierungsrat zum heutigen Zeitpunkt davon aus, dass die Bauarbeiten nach einem positiven Volksentscheid voraussichtlich Anfang 2017 beginnen könnten.

### **f) Kredit für die Projektierungsvorbereitungen**

Die Kosten für die unter Punkt d genannten Vorbereitungsarbeiten für den Projektierungskredit werden auf 260'000 Franken veranschlagt. Es handelt sich hierbei um eine neue einmalige Ausgabe im Sinne von Artikel 5 und 7 der Verordnung über den Finanzhaushalt des Kantons Uri (FHV; RB 3.2111). Gemäss Artikel 54 Absatz 2 FHV sind neue Ausgaben über 250'000 Franken mit einer besonderen Vorlage dem Landrat zu unterbreiten. Dies gilt auch für Projektierungskredite, die 250'000 Franken übersteigen.

Der Betrag von 260'000 Franken ist im Budget der Investitionsrechnung 2012 unter dem Konto 5417.5040.01 enthalten.

## **VII. Beantwortung des Postulats Thomas Kempf, Seedorf, zur Investitionsplanung des Kantonsspitals Uri**

Mit dem am 17. Juni 2009 eingereichten Postulat von Thomas Kempf, Seedorf, wird der Regierungsrat ersucht, in einem Bericht aufzuzeigen, welche Kosten für die kurz- und mittelfristigen Investitionen des Kantonsspitals Uri notwendig sind. Die einzelnen Fragen, auf die der Postulant Antworten möchte, sind unter I. Ausgangslage dieses Berichts aufgeführt. Der Landrat hat das Postulat am 21. Oktober 2009 auf Antrag des Regierungsrats überwiesen.

Die Fragen 1 bis 3 werden im vorliegenden Bericht beantwortet. Die Frage 4, mit der Auskunft über die finanziellen Auswirkungen der Investitionen des Kantonsspitals auf den Finanzhaushalt des Kantons Uri gewünscht wird, lässt sich zurzeit nicht beantworten. In den vorstehenden Ausführungen zur Grobkostenschätzung und Finanzierung (Ziffer VI, Buchstabe d, Seite 31 ff.) zeigt der Regierungsrat auf, welche Finanzierungsfragen in der nächsten Planungsphase bearbeitet und geklärt werden müssen. Die Ergebnisse dazu werden dem Landrat mit der Vorlage für den erforderlichen Projektierungskredit bzw. für den Baukredit unterbreitet. Zur Frage 5, ob es denn nicht sinnvoll wäre, wenn auch die Investitionen des Kantonsspitals Uri ein Bestandteil des Leistungsauftrags zwischen Kanton und Kantonsspital bilden würden, ist Folgendes anzumerken: Mit der neuen KVG-Spitalfinanzierung ist seit dem 1. Januar 2012 eine grundsätzliche Änderung der Zuständigkeit für die Investitionen in Kraft getreten. Demnach ist das Kantonsspital Uri - gleich wie alle anderen Spitäler in der Schweiz - zuständig, über betriebliche Investitionen zu entscheiden. Die Finanzierung dieser Investitionen ist grundsätzlich Bestandteil der leistungsorientierten Fallpauschalen, die durch den Kanton und die Krankenkassen gemeinsam finanziert werden. Anders verhält es sich bei den baulichen Investitionen, für die nach geltendem Recht der Kanton als Eigentümer des Kantonsspitals Uri aufkommen muss. Daraus folgt auch, dass der Kanton über diese baulichen Investitionen entscheidet. Mit Blick auf die Frage 6 ist anzumerken, dass die Prüfung der baulichen Investitionsanträge des Kantonsspitals Uri (baulicher Unterhalt und bauliche Investitionen) in enger Zusammenarbeit zwischen der Gesundheits-, Sozial- und Umweltdirektion (Amt für Gesundheit) und der Baudirektion (Amt für Hochbau) erfolgt. Für die Antragstellung an den Regierungsrat ist letztlich die Gesundheits-, Sozial- und Umweltdirektion zuständig.

Somit ist der Regierungsrat der Auffassung, dass die mit dem Postulat verbundenen Fragen zur Investitionsplanung des Kantonsspitals Uri mit dem vorliegenden Bericht und Antrag an den Landrat soweit wie zum jetzigen Zeitpunkt möglich beantwortet sind. Er beantragt daher, das Postulat als materiell erledigt abzuschreiben.

### **VIII. Antrag**

Gestützt auf diesen Bericht beantragt der Regierungsrat dem Landrat, folgenden Beschluss zu fassen:

1. Für die Projektierungsvorbereitungen für den Um- und Neubau des Kantonsspitals Uri wird ein Kredit von 260'000 Franken bewilligt. Der Betrag ist im Budget 2012 unter dem Konto 5417.5040.01 eingestellt.
2. Das Postulat von Thomas Kempf, Seedorf, vom 17. Juni 2009 zur Investitionsplanung des Kantonsspitals Uri wird als materiell erledigt abgeschlossen.

Anhang

- Datenübersicht Spitalplanung Kanton Uri; Akutspitäler und Spezialkliniken - Zuordnung nach Leistungsbereichen und Kliniken 2009 (Austritte)

## Beilagen:

- Bericht PGMM "Strategisch-bauliche Gesamtplanung Kantonsspital Uri" vom 21. September 2011 (Beilage 1)
- Businessplan Kantonsspital Uri 2011 bis 2022 vom 25. September 2011 (Beilage 2)

## Akutspitäler und Spezialkliniken - Zuordnung nach Leistungsbereiche und Kliniken 2009 (Austritte)

Inner- und ausserkantonale akutstationäre Leistungen der **Uerner Bevölkerung** nach Unterteilung in Leistungsbereiche und Kliniken

Hauptbereich	Leistungsbereich	Austritte 2009																										
		Kantonsspital Uri	Luzerner Kantonsspital	Stadtspital Triemli	Spital Schwyz	Kantonsspital Nidwalden	Klinik St. Anna Luzern	Universitätsspital Zürich	Klinik im Park Zürich	Klinik Hirslanden Zürich	Schulthess Klinik Zürich	Kantonsspital Zug	Swissana Clinic Meggen	Uniklinik Balgrist Zürich	Paraplegiker Zentrum (Spezialklinik) Nottwil	Inselspital Bern	AndreasKlinik Cham	Universitätsspital Basel	Spital Oberengadin	Kantonsspital Aarau	Pyramide am See Zürich	Epilepsie Stiftung (Spezialklinik) Zürich	Kantonsspital Graubünden	Kantonsspital Obwalden	Kantonsspital Glarus	Sonst. Akutspitäler Schweiz	Total	
Nervensystem & Sinnesorgane	Dermatologie	97	20	0	2	2	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	8	137	
	Hals-Nasen-Ohren	119	58	0	26	3	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	2	0	7	220	
	Neurochirurgie	6	11	0	0	0	4	3	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	28	
	Neurologie	170	23	0	5	2	0	1	0	0	0	0	0	0	12	1	0	1	1	1	0	4	0	0	0	12	233	
	Ophthalmologie	2	55	0	6	0	2	4	0	1	0	0	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	74	
Innere Organe	Endokrinologie	48	10	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	60	
	Gastroenterologie	319	13	0	2	2	2	0	0	1	0	0	0	0	2	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	4	348	
	Viszeralchirurgie	262	29	1	1	6	4	0	1	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	9	318	
	Hämatologie	41	9	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	55	
	Herz- und Gefässchirurgie	116	32	11	0	0	0	3	17	2	0	2	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	189	
	Kardiologie & Angiologie	220	15	64	1	5	0	1	26	14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	352	
	Infektiologie	84	12	0	0	2	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	102	
	Nephrologie	65	3	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	71	
	Urologie	100	47	0	1	6	3	3	2	0	0	2	0	0	0	0	2	0	0	2	0	0	0	0	0	2	170	
	Pneumologie	145	17	0	2	0	0	2	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2	173	
	Thoraxchirurgie	27	9	0	1	2	1	4	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	49	
	Bewegungsapparat	Orthopädie	573	55	27	6	14	34	5	3	7	30	13	11	15	2	0	3	1	3	0	3	0	3	0	1	24	833
		Rheumatologie	136	12	0	2	2	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	7	165
Gynäkologie & Geburtshilfe	Gynäkologie	123	18	0	1	10	5	3	0	3	0	0	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	171	
	Geburtshilfe	318	23	1	6	7	4	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	364	
	Neugeborene	300	35	0	6	5	4	3	0	1	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	358	
Übrige	(Radio-) Onkologie	38	2	0	0	0	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	46	
	Psychiatrie & Toxikologie	55	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	57	
	Schwere Verletzungen	26	8	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	38	
	Transplantationen	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
	Sonstige Behandlungen	71	34	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	108	
	Verlegungen & Todesfälle	163	3	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	4	174	
	<b>Total</b>	3'624	553	104	72	70	66	55	50	37	30	19	19	16	14	11	11	9	8	7	5	4	4	3	1	102	4'894	



Medizinalplanung  
Planung Gebäudetechnik  
Immobilienmanagement

**21. September 2011**

**Kantonsspital Uri**

**Bauplanung KSU**

**Bericht: Strategisch – bauliche Gesamtplanung Kantonsspital Uri**



PGMM Schweiz AG  
Zürcherstrasse 19  
CH-8401 Winterthur  
Telefon: 052 555 33 00  
Verfasser: Marion Eckert-  
Krause, Ueli Schwengeler, Va-  
lentin Simonett  
Winterthur, 21.09.2011  
© PGMM

# Inhaltsverzeichnis

<b>0</b>	<b>Management Summary</b> .....	<b>1</b>
<b>1</b>	<b>Ausgangslage</b> .....	<b>2</b>
1.1	Auftrag / Zielsetzungen .....	2
1.2	Grundlagen / Quellen .....	3
1.3	Vorgehen .....	4
<b>2</b>	<b>Kennzahlen Kanton Uri</b> .....	<b>5</b>
2.1	Bevölkerungsentwicklung / Demographie .....	5
2.2	Kennzahlen .....	6
2.3	Projekt Andermatt Swiss Alps .....	8
<b>3</b>	<b>Objektbeschrieb</b> .....	<b>9</b>
3.1	Allgemein / Lage .....	9
3.2	Gebäudebeschrieb .....	9
<b>4</b>	<b>IST-Aufnahme / Zustandsbeurteilung</b> .....	<b>11</b>
4.1	Zustandsanalyse .....	11
4.1.1	Allgemein .....	11
4.1.2	Gebäude A .....	12
4.1.3	Gebäude B .....	14
4.1.4	Gebäude C .....	15
4.1.5	Gebäude D .....	18
4.1.6	Personalgebäude .....	20
4.2	Stärken Zustandsanalyse .....	20
4.3	Weitere Themen .....	21
<b>5</b>	<b>Bedarf KSU</b> .....	<b>24</b>
5.1	Sanierung / Optimierung der Infrastruktur .....	24
5.2	Grobsollraumprogramm .....	24
5.3	Funktionelle Gliederung .....	26
<b>6</b>	<b>Szenarienbildung</b> .....	<b>27</b>
6.1	Grobszenarien .....	27
6.2	Variantenvertiefung .....	28
6.2.1	Lebenszykluskosten allgemein .....	28
6.2.2	Szenario Neues Bettenhaus und Gebäude .....	31
6.2.3	Szenario Neubau mit Untervarianten .....	34
6.3	Szenarien im Vergleich .....	41
6.3.1	Investitionskosten: Basis- und Ersatzinvestitionen .....	42
6.3.2	Fazit Vergleich Szenarien .....	43

6.3.3	Bewertungsmatrix .....	44
6.3.4	Abgrenzung Kostenzusammensetzung .....	45
<b>7</b>	<b>Finanzierung / Finanzierungsmodelle .....</b>	<b>48</b>
<b>8</b>	<b>Standort – Untersuchung .....</b>	<b>49</b>
<b>9</b>	<b>Fazit / Empfehlung PGMM .....</b>	<b>52</b>

# Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Bauliche Weiterentwicklung KSU .....	3
Abbildung 2: Organigramm Projektteam .....	4
Abbildung 3: Wohnbevölkerung 1970 - 2009 .....	5
Abbildung 4: Vergleich Alterspyramide Urner und Schweizer Bevölkerung, 2009 .....	6
Abbildung 5: KSU Patienten / Pfllegetage.....	7
Abbildung 6: Alters- und Pflegeheime Kanton Uri mit Bewohner nach Geschlecht.....	7
Abbildung 7: Gebäudeaufstellung auf dem Spitalareal .....	10
Abbildung 8: Fassaden der Gebäude A, B, C / Bodenbeläge (unterschiedlich) .....	12
Abbildung 9: Gebäude A .....	12
Abbildung 10: Tür / Kapelle / Fassade (beschädigt) .....	13
Abbildung 11: Gebäude B .....	14
Abbildung 12: Lift, Holzfenster, Bodenbelag (geflickt), Wäscherei (neuwertig) .....	15
Abbildung 13: Gebäude C .....	16
Abbildung 14: Dach (undicht), Möblierung, Fassade (beschädigt) .....	17
Abbildung 15: Gebäude D .....	18
Abbildung 16: Patientenzimmer (grosszügig), Zulieferungsgang OP / AWR (eng), technische Anlagen (neuwertig) .....	19
Abbildung 17: Fassade, Gemeinschaftstoilette, Lift (neuwertig), technische Anlagen .....	20
Abbildung 18: Gebäude A 1872 und 2010 .....	22
Abbildung 19: Bedarfsausstellung Bau / Infrastruktur und Betrieb .....	24
Abbildung 20: Grobsollraumprogramm .....	25
Abbildung 21: Vergleichsbeispiel Einsparung Personalkosten (Spital Zug) .....	29
Abbildung 22: Vergleich Einsparung Personalkosten .....	30
Abbildung 23: Endzustand Sanierungsszenario .....	31
Abbildung 24: Lebenszykluskosten (ohne Personal) .....	32
Abbildung 25: Szenario Neubau Spital mit Erhalt und Einbezug des Gebäudes D Endzustand Neubau Spital (Gebäude D bleibt bestehen) .....	34
Abbildung 26: Szenario Neubau Spital ohne Erhalt des Gebäudes D Endzustand Neubau Spital (Gebäude D Umnutzung) .....	35
Abbildung 27: Szenario Neubau Spital mit Erhalt und Einbezug des Gebäudes D Lebenszykluskosten (ohne Personal) .....	37

Abbildung 28: Szenario Neubau Spital ohne Erhalt des Gebäudes D Lebenszykluskosten (ohne Personal).....	38
Abbildung 29: Szenario Neubau an neuem Standort Lebenszykluskosten (ohne Personal) .....	39
Abbildung 30: Vergleich der Lebenszykluskosten (Life Cycle Cost – LCC).....	41
Abbildung 31: Vergleich Investitionskosten 2010 – 2034 (kumuliert) .....	42
Abbildung 32: Vergleich Investitionskosten.....	43
Abbildung 33: Vergleich LCC + Personalkosten statisch über 25 Jahre.....	44
Abbildung 34: Vergleich LCC statisch 25 Jahre .....	44
Abbildung 35: Bewertungsmatrix, A1 & E = Neues Bettenhaus und Gebäude; G = Neubau Spital mit Erhalt und Einbezug des Gebäudes D; G+ = Neubau Spital ohne Erhalt des Gebäudes; G++ = Neubau an neuem Standort.....	45
Abbildung 36: Mögliche Finanzierungsformen .....	48
Abbildung 37: Beispiel für ein mögliches Grundstück und dessen Zufahrtswege .....	50

# Abkürzungsverzeichnis

a	Jahr
A1	Szenario „Neues Bettenhaus“
A1 & E	Szenario „Neues Bettenhaus und Gebäude“
AWR	Aufwachraum
BABS	Bundesamt für Bevölkerungsschutz
BD	Baudirektion
BZG	Bundesgesetz über den Bevölkerungsschutz und den Zivilschutz
ca.	zirka
E	Szenario „Etappierte Sanierung des gesamten Gebäudekomplexes“
EG	Erdgeschoss
ESP UT	Entwicklungsschwerpunkt Urner Talboden / Gebiet Bahnhof Altdorf
FD	Finanzdirektion
G	Szenario „Neubau Spital mit Erhalt und Einbezug des Gebäudes D“
G+	Untervariante Szenario G „Neubau Spital ohne Erhalt des Gebäudes D“
G++	Untervariante Neubau „Neubau an neuem Standort“
GSUD	Gesundheitsdirektion
Mio.	Millionen
OG	Obergeschoss
OP	Operationssaal
PP	Parkplatz
PL	Projektleitung
KSU	Kantonsspital Uri
LCC	life cycle cost
SIA	Schweizerischer Ingenieur- und Architektenverein
z.B.	zum Beispiel

# 0 Management Summary

Im Projekt strategisch-bauliche Gesamtplanung KSU wurde das gesamte Spitalareal mit den jeweiligen Gebäuden auf den baulichen Zustand und die prozessualen Abläufe untersucht.

Als Basis dienten die KSU-Strategie und der KSU-Businessplan.

Es wurde von zwei Arbeitsgruppen begleitet, der operativen Projektleitung und der strategischen Projektleitung als Ausschuss. Die erarbeiteten Ergebnisse präsentierte PGMM den jeweiligen Gremien. Seitens Kanton und Spital waren die Gesundheitsdirektion (GSUD), die Finanzdirektion (FD), die Baudirektion (BD) und das Kantonsspital Uri (KSU) vertreten. Die Zusammenarbeit hat sowohl zwischen den Bereichen, als auch mit der PGMM sehr gut funktioniert. In den jeweiligen Gremien wurden nachfolgende Punkte bearbeitet und diskutiert:

- Umfangreiche IST-Analyse
  - Gebäude
  - Technik
  - Betriebseinrichtungen
  - Prozesse
- Sanierungsstau und hohe Sanierungskosten
- weit geöffneter Szenarienfächer
- Verdichtung und Optimierung auf drei Szenarien:
  - Sanierung kombiniert mit Neubau Bettenhaus
  - Neubau Gesamtpital am jetzigen Standort
  - Neubau Gesamtpital an einem neuem Standort
- Detaillierte Ausarbeitung der Szenarien mit Unterszenarien
  - Kosten
    - Investitionen
    - Betrieb
    - Lebenszyklus
  - Betriebliche Aspekte
  - Zeitliche Aspekte

**Fazit:** Dem Szenario „Neubau Gesamtpital“ ist der Vorrang zu geben.

# 1 Ausgangslage

## 1.1 Auftrag / Zielsetzungen

### **Auftrag**

Das Gesundheitswesen in der Schweiz steht vor grossen Veränderungen und Herausforderungen:

- neue Spitalfinanzierung / SwissDRG
- Demografischer Wandel
- Personalmangel
- erhöhter Kostendruck bei steigendem Qualitätsanspruch
- und weiteren daraus resultierenden Faktoren

Der Regierungsrat hat unter diesen Gesichtspunkten im September 2009 folgende Strategie erarbeitet: Hauptziel, bzw. Mission ist, das „KSU bleibt langfristig ein eigenständiges Spital mit erweiterter Grundversorgung und ausgezeichneter Position im Quervergleich mit gleich gelagerten Spitälern“<sup>1</sup>. Zum Aufzeigen möglicher Zukunftsszenarien wurde in einem weiteren Schritt das Projekt Bauplanung KSU: „strategisch-bauliche Gesamtplanung KSU“ gestartet. Ausgehend von der Strategie soll das Projekt die notwendigen infrastrukturellen Massnahmen und Investitionen sowie mögliche Potenziale aufzeigen. Das Projekt umfasst 4 Teilaufträge:<sup>2</sup>

Auftrag 1: Bewertung der Infrastruktur für das Akutspital, die Geriatrie sowie das Personalhaus

Auftrag 2: Bewertung der kurz- und längerfristig betrieblichen Investitionen für das Akutspital und die Geriatrie

Auftrag 3: Bewertung zum Ausbau und Weiterentwicklung der Geriatrie

Auftrag 4: Bewertung zum Aufbau eines Medizinischen Versorgungszentrums

Die Teilaufträge sind eng miteinander verknüpft und können nicht losgelöst voneinander bearbeitet werden. Eine interdisziplinäre, übergreifende, punktuell auch tiefer greifende Betrachtungsweise ist deshalb zwingend, die ganzheitliche Herangehensweise ist Voraussetzung.

### **Zielsetzung**

Der Sanierungsstau der Spitalgebäude macht - um wettbewerbsfähig zu bleiben - eine strategische Betrachtung bzw. bauliche Anpassungen sowie Umgestaltungen erforderlich.

---

<sup>1</sup> siehe „Die Zukunft des Kantonsspitals Uri - Strategie des Spitalrates und der Spitalleitung“ Management Summary September 2009, Seite 4

PGMM zeigt - basierend auf der Strategie - mögliche Zukunftsszenarien auf. Aus den Zukunftsszenarien soll eine **Entscheidungsfindung** für die strategischen-baulichen Weiterentwicklungen des KSU abgeleitet werden.

Nachfolgende Zielsetzungen sind für das KSU entscheidend:

- Standortsicherung
- Bauliche Weiterentwicklung
- Spitalfinanzierung
- Partnerschaften

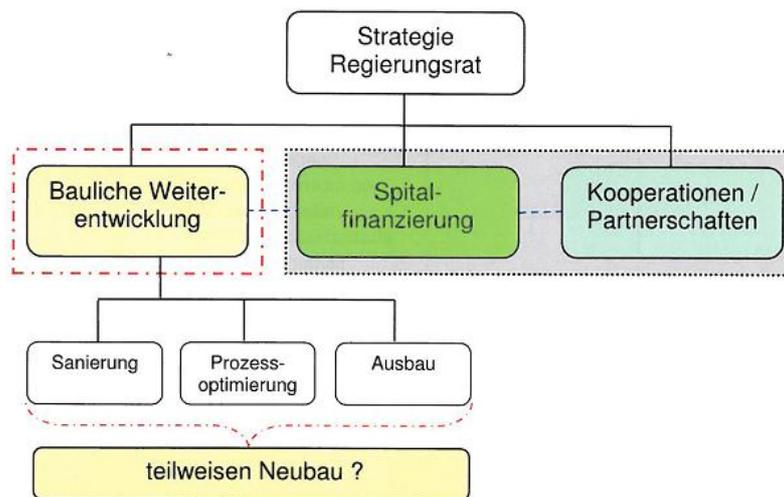


Abbildung 1: Bauliche Weiterentwicklung KSU

Quelle: GSUD

Die strategisch-bauliche Weiterentwicklung des KSU (Mindestgrösse sichern, Kosten optimieren, Angebotserweiterungen, nachhaltige Finanzierung) weist drei mögliche Zielvorstellungen auf; Sanierung, Prozessoptimierung oder Ausbau. Alle drei Szenarien beinhalten auch den teilweisen Neubau des Kantonsspitals.

## 1.2 Grundlagen / Quellen

- Objektbegehung vom 24. März 2010 und Folgebegehung, datiert 6. April 2010
- Die Zukunft des KSU– Strategie des Spitalrats und der Spitalleitung, datiert September 2009
- Projekt „Bauliche Weiterentwicklung“, datiert November 2009
- Offerte: Vorgehensplan mit Honorierungsvorschlag OM-10/01-1, datiert 7. Januar.2010
- Grundriss- und Ansichtspläne

<sup>2</sup> siehe Beschrieb Projekt "Bauliche Weiterentwicklung" vom 11. November 2009

- Brief Ärztegesellschaft Uri, datiert 20. März 2010
- Kennzahlen und Daten des Gesundheitswesens im Kanton Uri, datiert 24. Oktober 2007
- Bericht Uri in Zahlen, datiert Juni 2009
- Stand der Wohnbevölkerung, datiert 31. Dezember 2008
- Skizze Sollkonzept KSU mit Zielvorstellungen für Bauplanung (Herr Patzen), datiert 30. April 2010
- Architekturbüro Heinz Meier AG, Trakte A, B, C, Personalhaus – Fassade / Dach / Erdbeben-tauglichkeit, datiert 12. November 2008

## 1.3 Vorgehen

Das Projekt strategisch-bauliche Gesamtplanung KSU wurde von zwei Arbeitsgruppen begleitet:

- der operativen Projektleitung als Steuerungsausschuss und
- der strategischen Projektleitung (PL) als Ausschuss

Erarbeitete Ergebnisse hat die PGMM Schweiz AG der operativen PL präsentiert und mit ihnen diskutiert. Im Gegenzug wurden die Ergebnisse und Anträge der operativen PL seitens PGMM dem Ausschuss der strategischen Projektleitungssitzungen präsentiert und zur Stellungnahme vorgelegt.

Der vorliegende Bericht basiert auf den Beschlüssen des Ausschussgremiums.

Das Organigramm bzw. die Zusammenstellung der beteiligten Gremien und Personen ist aus der unteren Grafik ersichtlich.

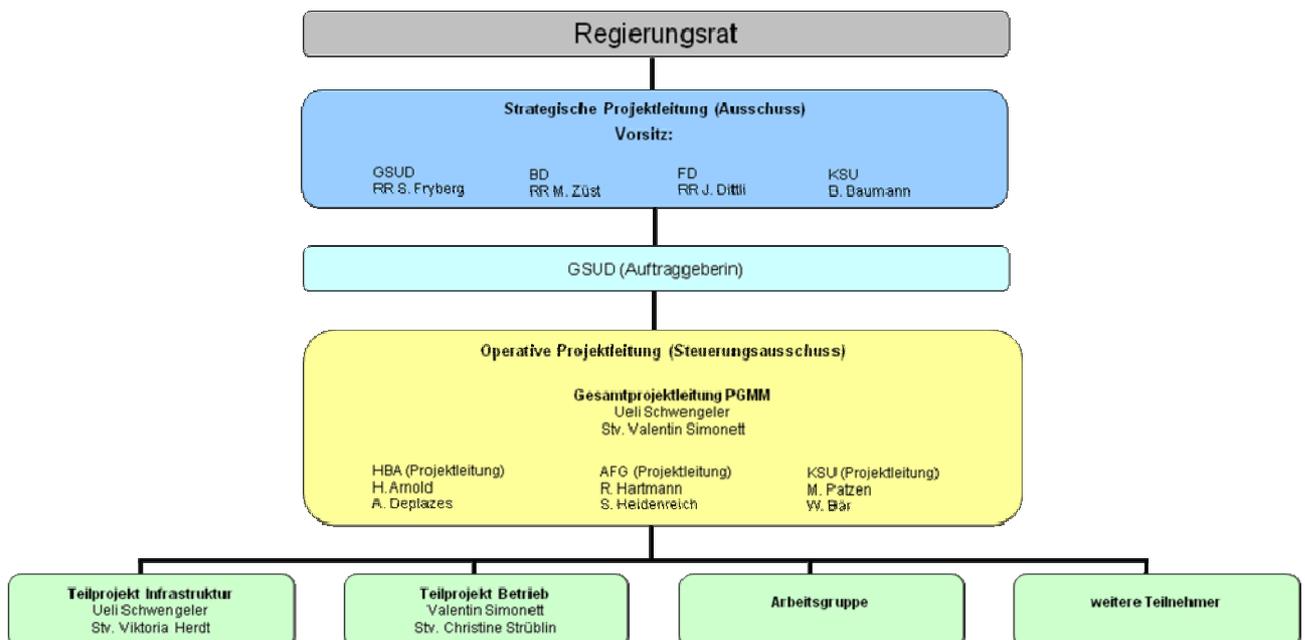


Abbildung 2: Organigramm Projektteam

Quelle: GSUD / PGMM

## 2 Kennzahlen Kanton Uri

### 2.1 Bevölkerungsentwicklung / Demographie

Die Wohnbevölkerung in Kanton Uri (Stand 2009: 35'335 Einwohner) ist in den vergangenen 40 Jahren relativ stabil geblieben. Ein leichtes Wachstum konnte in den letzten Jahren beobachtet werden. In den letzten acht Jahren hat das Bevölkerungswachstum in der Schweiz einen erheblichen Wandel erfahren. Lebten im Jahr 2001 noch 7'256'000 Personen in der Schweiz, sind es 2009 bereits 7'786'000 Personen, was einer Zunahme von 7.3% entspricht. Das Wachstum ist insbesondere auf den Zuzug ausländischer Bevölkerung zurückzuführen und auf die Tatsache, dass die Schweizer / -innen älter werden. Der Zuzug ist seit 2007 markant angestiegen, wobei im Jahr 2008 mit ca. 1.4% der Höchststand erreicht wurde. Im 2009 ging die Wachstumsrate auf 1.1% zurück, was auf die globale Wirtschaftskrise zurückzuführen ist.

Der Anteil der Schweizer Wohnbevölkerung in Uri liegt bei über 90%, der Ausländeranteil bei 3'200 Einwohnern (<10%) und somit weit unter dem Schweizer Durchschnitt von 22%. Wird die Schweizer Gesamtbevölkerung weiter wachsen, ist auch proportional mit einem leichten Anstieg im Kanton Uri zu rechnen. Aufgrund des Projektes Swiss Alps in Andermatt wird voraussichtlich der Anteil der Schweizer Wohnbevölkerung wie auch der ausländische Bevölkerungsanteil zunehmen.

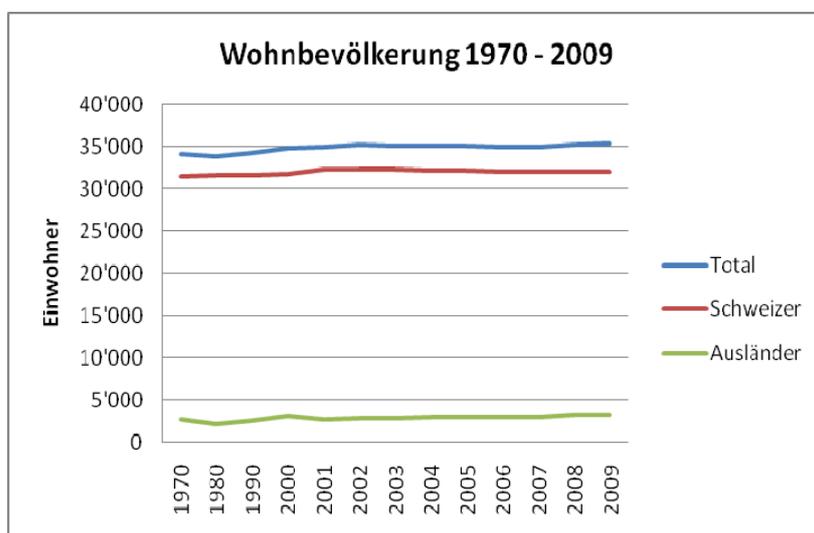


Abbildung 3: Wohnbevölkerung 1970 - 2009

Quelle: Statistik Uri, PGMM

Die demographische Entwicklung setzt sich in Richtung „Überalterung der Bevölkerung“ fort. Dieser Trend betrifft zunehmend alle Industriestaaten. Mittelfristig wirkt sich die Zuwanderung in die Schweiz positiv (verjüngend) auf die Demographie aus. Langfristig wird die Überalterung jedoch wieder zunehmen. Die Alterspyramide (siehe Abbildung 4) der Urner Bevölkerung zeigt deutlich, dass der Anteil

der älter werdenden Bevölkerung - und hier auch die speziell aus der „Babyboom-Generationen“ - kontinuierlich ansteigen wird. Im Gegensatz dazu nimmt der Anteil von Jugendlichen weiter ab, was dem Schweiz weiten Trend entspricht.

Uri

Schweiz

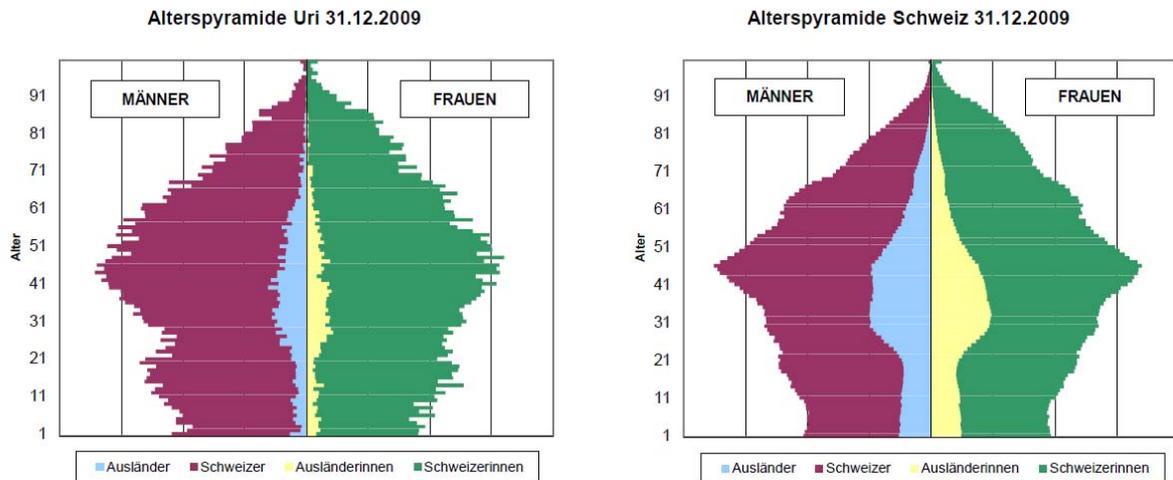


Abbildung 4: Vergleich Alterspyramide Urner und Schweizer Bevölkerung, 2009

Quelle: BfS, ESPOP

## 2.2 Kennzahlen

Die 20 selbstständigen Gemeinden des Kantons Uri werden durch das Kantonsspital in Altdorf versorgt.

Das KSU kann über die letzten drei Jahre einerseits steigende Patientenzahlen vorweisen, andererseits sind seit 2002 sinkende Pflergetage zu verzeichnen. Der Rückgang der Pflergetage hat bereits mit dem Wandel im Gesundheitswesen zu tun. Behandlungen werden zunehmend ambulant erfolgen und weniger stationär durchgeführt werden (vgl. dazu Abbildung 5).

Der Trend zu den ambulanten Behandlungen und damit die Senkung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer - v.a. in der internistischen Fachdisziplin - wird sich weiter fortsetzen.

Mit einer Ausweitung der ambulanten Spitalleistungen wird gerechnet, weil eine Verschiebung der Behandlungen vom Hausarzt in die Klinik erwartet werden kann.

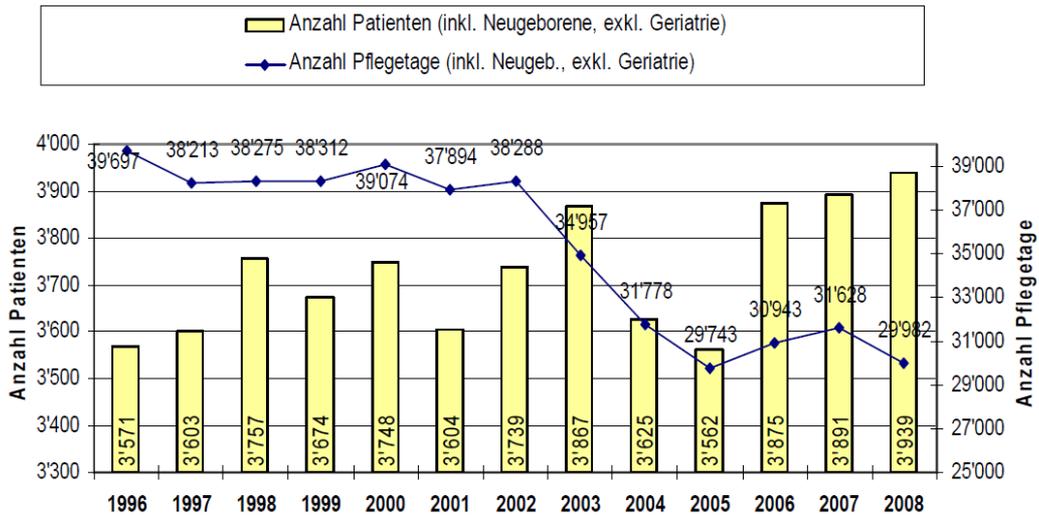


Abbildung 5: KSU Patienten / Pflegetage

Quelle: GSUD

Die älter werdende Gesellschaft wird in den kommenden Jahren die Zahlen der Alters- und Pflegeheimbewohner ansteigen lassen. Des Weiteren zeigt die nachfolgende Grafik kontinuierlich steigende Bewohnerzahlen in den Alters- und Pflegeheimen im Kanton Uri. Analog dazu werden die Bewohnerzahlen im Geriatriebereich zunehmen.

Ein Alterszentrum mit einer Geriatrie wurde in den Szenarien (siehe Kapitel 6) teilweise berücksichtigt. Keine Berücksichtigung erfolgte in den Kosten.

Bei einer gemeinsamen Entwicklung von Spital und Alterszentrum auf einem Areal bestehen diverse Synergien im logistischen und prozessualen Betrieb, so z.B. Reinigung, Cafeteria, Einkauf usw. Es werden diverse Potenziale in der gemeinsamen Nutzung und Kooperation vorhanden sein.

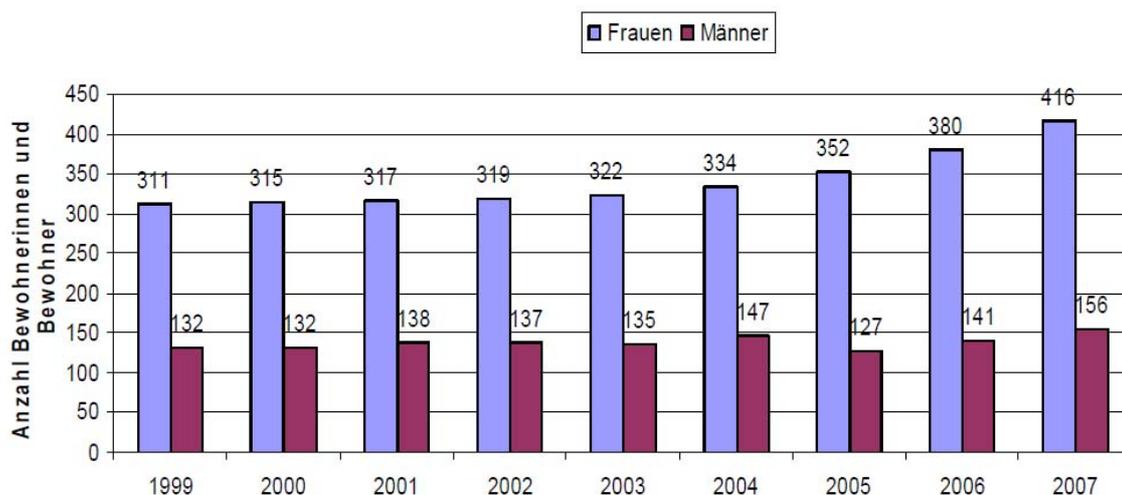


Abbildung 6: Alters- und Pflegeheime Kanton Uri mit Bewohner nach Geschlecht

Quelle: Bfs, GSUD

## 2.3 Projekt Andermatt Swiss Alps

Das Projekt „Andermatt Swiss Alps“ des ägyptischen Investors Sawiris in Andermatt wird einen bedeutenden Einfluss auf das KSU haben.

Der Umfang des Projektes beläuft sich auf ca. 3'000 Gästebetten, die auf Villen, Apartments und Hotels aufgeteilt sind. Es sollen Sommer- und Wintergäste angezogen werden.

Derzeitige Schätzungen über das Investitionsvolumen liegen bei ca. CHF 1.3 Mia.

Um attraktiv zu bleiben und die Versorgung sowohl der Urner Bevölkerung als auch der Touristen zu gewährleisten, muss das KSU rechtzeitig die dazu notwendigen Investitionen vornehmen.

### **Zusammenfassung: Kapitel 2**

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die vorgängig beschriebenen Faktoren wie das Bevölkerungswachstum, die demographische Entwicklung, der Wandel im Gesundheitswesen sowie auch das Projekt Swiss Alps einen Einfluss auf das KSU haben werden.

Das Bevölkerungswachstum im Kanton Uri wird kontinuierlich leicht ansteigen bzw. stabil bleiben.

Dabei sind voraussichtlich keine bedeutende Veränderungen zu erwarten. Dem schweizweiten Trend entsprechend, wird auch die demographische Entwicklung der Überalterung weiter fortschreiten.

Auch der Fortschritt in der Medizin (ambulant statt stationär) wird weitere Entwicklungen und Veränderungen mit sich bringen.

Das Projekt Swiss Alps wird voraussichtlich kurzfristig ein beschleunigtes Wachstum der Bevölkerung und ein damit verbundenes Umsatzwachstum bewirken. Ausserdem werden vor allem in den Wintermonaten aufgrund des Wintertourismus die Patientenzahlen im KSU leicht steigen.

# 3 Objektbeschreibung

## 3.1 Allgemein / Lage

Das Areal des KSU liegt an der Spitalstrasse 1 im westlichen Teil des Kantonshauptorts Altdorf. Auf dem Areal wurden in Etappen zwischen 1872 und 1998 vier Gebäude mit einem Nebengebäude und einem Personalhaus - je nach Bedarf - erstellt. Dadurch bestehen unterschiedliche bauliche und konstruktive Zustände.

Das Spital liegt in nächster Nähe zum Zentrum. Es ist gut mit den öffentlichen und privaten Verkehrsmitteln erschlossen. In der unmittelbaren Nähe ist kein Bahnhof vorhanden. Eine gut erreichbare Bahnhaltestelle befindet sich in Flüelen (Zürich – Mailand) oder am Bahnhof Altdorf. Beide Bahnhaltestellen sind mit dem Bus gut (ca. 15 bis 20 Min.-Takt) erschlossen. Die Bushaltestelle beim Spital ist in wenigen Gehminuten erreichbar.

Eine Kantonsstrasse führt unmittelbar an dem Gebäude A vorbei. Aufgrund des hohen Verkehrsaufkommens auf der Kantonsstrasse sind der Ambulanzverkehr, der Zugangsverkehr und die Zufahrt zum Spital erschwert.

## 3.2 Gebäudebeschreibung

Die vier zusammenhängenden Gebäude des KSU bestehen aus den nachfolgend beschriebenen Gebäuden mit der jeweiligen Nutzung.

Ein detaillierter Beschrieb zu den einzelnen Etagen erfolgt in der Zustandsanalyse.

- Gebäude A: Geriatrie
  - Nebengebäude: Arztbüros
  
- Gebäude B: Haupteingang mit Patientenaufnahme, Notfallstation, Wäscherei, Elektroanlagen, Energiezentrale, Lüftungszentrale
  - Kapelle: Bestattungsraum

- Gebäude C: Patientenzimmer, Diagnoseräume, Röntgen, Spitaldirektion, Sprechstundenzimmer, Küche, Kiosk / Cafeteria
- Gebäude D: OP, Geburtenabteilung, Patientenzimmer, Apotheke, Helikopterlandeplatz
- Personalgebäude

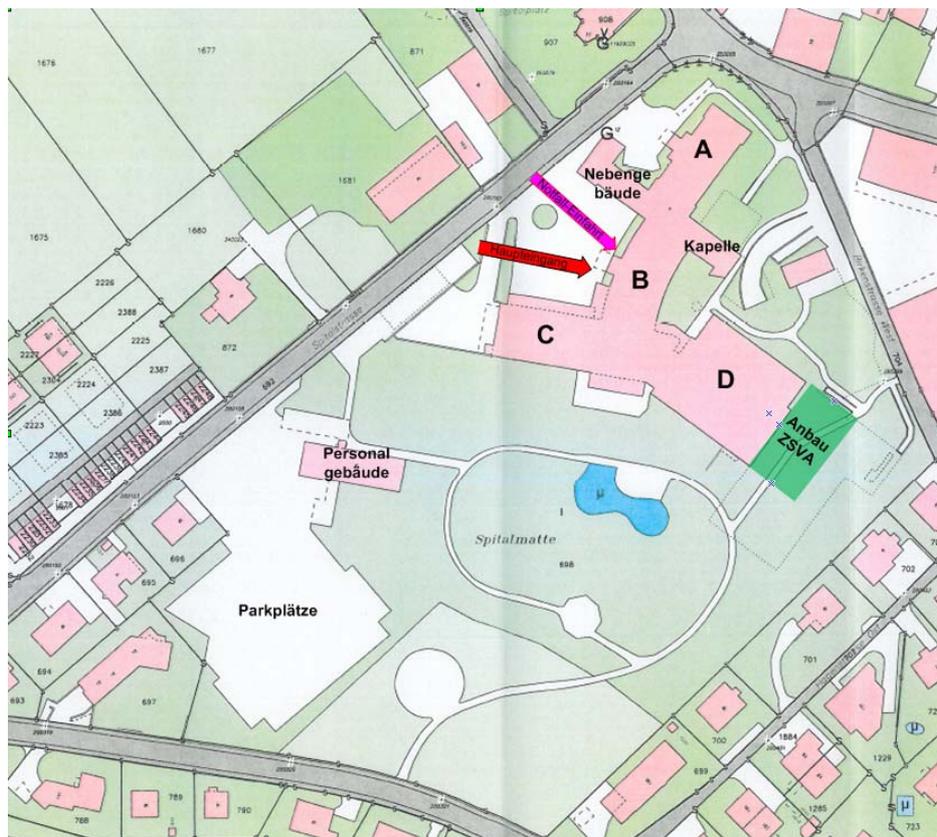


Abbildung 7: Gebäudeaufstellung auf dem Spitalareal

Quelle: Kanton Uri, Amtliche Vermessung / PGMM

Zum Areal (ca. 31'000 m<sup>2</sup>) gehört ein weitläufiger Landanteil (Spitalmatte). Er dient derzeit als Park mit Spazierwegen und einem Teich, und wird von der Bevölkerung und Patienten geschätzt.

Besuchern und Personal stehen ein Parkplatz mit derzeit 158 Parkplätzen zur Verfügung.

# 4 IST-Aufnahme / Zustandsbeurteilung

## 4.1 Zustandsanalyse

Die IST-Aufnahme und die Zustandsbeurteilung der Gebäude basieren auf den zur Verfügung gestellten Unterlagen, den Objektbegehungen, Aussagen vom technischen Dienst sowie den Lebenszyklusberechnungen mit den geschätzten Zustandsangaben.

Für eine tiefere Beurteilung der Bauteile und der gebäudetechnischen Anlagen sind fachspezifische Gutachten und Überprüfungen notwendig (z.B. bzgl. Statik, Bauphysik, Heizungsanlage).

### 4.1.1 Allgemein

Alle vier Gebäude befinden sich im Grundwassergebiet und weisen Feuchtigkeits- und Wasserschäden auf. Vor allem die Gebäude A / B / C und das Personalgebäude (siehe Abbildung 7) zeigen wegen ihres Baualters diverse Schäden auf.

Auffallend sind die vier unterschiedlich gestalteten Aussenfassaden der fünf Gebäude, was auf die etappierte Erstellung zurückzuführen ist. Die Aussenfassaden der grossflächigen Gebäude C / D und Personalhaus spiegeln das Alter der Gebäude wieder. Die Aussendämmung der Gebäude A / B / C und des Personalhauses entsprechen nicht mehr dem heutigen Standard. Die Energiewerte werden nicht eingehalten.<sup>3</sup>

Die Innenräume verbreiten keinen einladenden Eindruck. Es sind bereits Photographien mit diversen Themen zur Verbesserung der Situation angebracht worden. Eine neue Farbgestaltung kann die Attraktivität des Spitals bei den Patienten und Besuchern erhöhen.

Die Räumlichkeiten der Gebäude B / C und des Personalhauses werden mittels einer Deckenheizung aus dem Baujahr 1963 beheizt. Soweit von aussen grob beurteilbar, sind trotz des Gebäudealters die Rohrleitungen der Deckenheizung, in einem funktionalen Zustand. Ein Ersatz der Rohre wird in den kommenden Jahren notwendig, da ein Schaden an dem Rohrsystem gravierende Folgen vor allem für das Gebäude C, als Hauptfunktionsgebäude, mit sich bringen kann. Das veraltete Heizungssystem (Deckenheizung) wird voraussichtlich nur durch einen vollständigen Heizsystemersatz z.B. Bodenheiz- oder Radiatorensystem ersetzbar sein. Laut Aussage vom technischen Dienst „hat vor ein paar Jahren eine Untersuchung des Rohrsystems stattgefunden, jedoch wurde über den tatsächlichen Zustand des Systems keine definitive Aussage gemacht.“<sup>4</sup>

Die Gebäude A / B / C sind mit verschiedenen farbigen PVC-Bodenbelägen ausgelegt. An diversen Stellen sind Flickwerke sowie beschädigte und abgenutzte Stellen sichtbar.

---

<sup>3</sup> Architekturbüro Heinz Meier AG, Trakte A, B, C, Personalhaus - Fassade/Dach/Erdbebentauglichkeit, S. 6



Abbildung 8: Fassaden der Gebäude A, B, C / Bodenbeläge (unterschiedlich)

## 4.1.2 Gebäude A

Das viergeschossige Gebäude A ist im Jahre 1867 - 1872 als Spitalhauptgebäude erstellt worden, heutige Funktion: Geriatrie. Ein zusätzliches Nebengebäude ist im Jahre 1935 angebaut worden, heutige Nutzung: Ärztebüros. Seit der Erstellung hat das Gebäude starke bauliche Veränderungen erfahren. Es ist nicht im Inventar der schützenswerten Bauten verzeichnet.



Abbildung 9: Gebäude A

Aufgrund des Gebäudealters sind gewisse Gebäudebestandteile nicht mehr in einwandfreiem Zustand. Nach der Aussage vom technischen Dienst „ist das Gebäude veraltet und bereitet Sorgen.“<sup>5</sup> Die teilweise aus Holz bestehende Gebäudetragekonstruktion (Holzdecken) gewährleistet den Brandschutz nicht. Bei einem Brand können grössere Schäden entstehen.

Eine sanfte Sanierung am Gebäude wurde in den Jahren 2001 / 2002 / 2003 vorgenommen, wobei z.B. partiell die Fenster ersetzt worden sind. Trotz der zeitnahen Sanierung ist das Gebäude in

<sup>4</sup> Begehung des Kantonsspital Uri vom 06.04.2010

<sup>5</sup> Besichtigung des Kantonsspitals Uri vom 24.03.2010

schlechtem Zustand. Die ca. 26-jährige Fassade weist diverse Risse und Putzablösungen entlang der Südseite auf. Ebenfalls sind die Fensterläden an verschiedenen Stellen beschädigt. Die Dachabdeckung ist im Jahr 2002 ersetzt worden und ist somit neuwertig.

Der Lift ist im Jahr 1964 nachträglich eingebaut worden und entspricht nicht mehr dem heutigen Standard und Sicherheitsvorkehrungen; z.B. fehlen innere Abschlussüren. Teilweise sind im Jahr 2002 technische Bestandteile ersetzt worden.

In der Geriatrieabteilung sind 29 Patientenzimmer mit 40 Betten auf drei Stockwerken verteilt. Die Patientenzimmer entsprechen nicht mehr den heutigen Anforderungen. Es fehlen Nasszellen, die Türen sind sehr schmal und den Bewohnern steht pro Stockwerk nur eine Dusche / Bad zur Verfügung.

Die Betreuung der Patienten mit einer Demenzerkrankung ist mit der jetzigen Infrastruktur, ohne „geschlossene“ Station erschwert. Fehlende Aufenthalts- und Essräume verlagern die Gemeinschaftszone auf die Gänge. Diese Gegebenheiten entsprechen nicht dem heutigen Pflegestandard einer Geriatrie und bedeuten einen Attraktivitätsverlust. Aufgrund des Gebäudealters und der Konstruktion werden die Zimmer im Sommer zudem durch die Sonnenwärme aufgeheizt.

Das Haus verfügt über eine grossflächige Terrasse im zweiten Stock. Sie weist Undichtigkeitsmerkmale auf.

Die Elektroinstallationen sind im Jahr 2003 teilweise ersetzt worden. Die Elektroleitungen sind teilweise sichtbar. Ebenfalls in diesem Gebäudeteil ist die Telefonzentrale für das gesamte Spital untergebracht. Die undichte Terrasse liegt oberhalb dieses Raumes.

Bisher ist die Asbestbelastung nicht überprüft worden. Asbesthaltige Materialien in der Bausubstanz sind nicht auszuschliessen.

Im Untergeschoss sind diverse Lager, eine Entsorgung und die Lüftungsanlage untergebracht. Die Lüftungsanlage hat die Funktion, die sich im UG anstauende Feuchtigkeit abzuführen.

## Zusammenfassung

Die baulichen Gebäudeteile sind in einem verlebten oder auslaufenden Zustand. Punktuell wurden Anlageteile, welche „end of life“ (am Lebensende) waren, ersetzt.



Abbildung 10: Tür / Kapelle / Fassade (beschädigt)

### 4.1.3 Gebäude B

Das Gebäude B dient als Verbindungsbau zwischen dem Gebäude A und C. In diesem zweigeschossigen Zwischenbau mit zwei Untergeschossen aus dem Jahre 1963 sind Patientenaufnahme, Notfallstation, Aufbahrungsraum sowie die Spitalkapelle untergebracht. Im 1. UG ist die Wäscherei mit den entsprechenden Räumlichkeiten angeordnet. Die Energiezentrale, die Elektro- und Lüftungsanlage befinden sich im 2. UG.



Abbildung 11: Gebäude B

Aufgrund des ungenügenden Komforts im Winter (z.B. kalter Raumzug) wird der Patientenwartebereich bzw. der Eingangsbereich wenig genutzt. Dieser Umstand ist auf die veraltete Wärmedämmung und den nicht funktionalen Eingangsbereich zurückzuführen. Im hinteren Gebäudeteil wurde im Jahre 1995 ein Trakt mit diversen Nutzungen angebaut.

Der Lift aus dem Baujahr 1963 entspricht nicht mehr dem heutigen Standard und den heutigen Sicherheitsvorkehrungen, so fehlen z.B. innere Abschlusstüren. Teilweise sind im Jahr 1999 technische Bestandteile ersetzt worden. Der überwiegende Anteil der Holzfenster stammt aus dem Erstellungsjahr. Im Winter zieht es durch die Fenster. Dies hat einen negativen Einfluss auf das Raumklima.

Der Bestattungsraum (Aufbahrung) ist im Jahr 1998 neu gestaltet worden. An den Wänden sind teilweise erhebliche Feuchtigkeitsspuren zu erkennen.

In der Spitalkapelle sind schwarze Spuren (wahrscheinlich schwarzer Schimmel) entlang der verzierten Fenster sichtbar. Eine Pinselsanierung dieser Räumlichkeiten ist für das Jahr 2011 geplant.

Im 1. OG befindet sich die im Jahre 2000 neusanierte und klimatisierte Röntgenabteilung. Deren medizintechnische Einrichtungen sind auf dem neuesten Stand. Die fortlaufenden Sanierungen haben eine räumlich dezentrale Abteilung ergeben, deren Prozesse nicht immer effizient funktionieren. Ideal ist hingegen die unmittelbare Nähe zur Notfallstation.

Die Positionierung der Notfallstation im 1. OG ist suboptimal. Die veraltete Liftverbindung bringt die Patienten von der Einfahrt zur Station. Die Wartezone im Gang und die Kojen, welche lediglich durch einen Vorhang getrennt sind, gewähren den Kunden zu wenig Intimsphäre. Aufgrund des fehlenden Ambulatoriums wird die ambulante Sprechstunde in der Notfallstation abgehalten (Verletzung der Privatsphäre / Datenschutz).

Die Wäscherei im 1. UG ist im Jahr 2009 komplett ersetzt worden.

In der Energiezentrale im 2. UG erfolgt die Wärme über Grundwasser-Wärmepumpen. Die Elektroanlage für die Wärmepumpe ist 2002 ersetzt worden. Das Grundwasser wird über die Plattentaucher zur Kühlung verwendet. Im guten Zustand sind acht Lüftungsanlagen aus dem Jahre 1999 sowie der Elektrohauptverteiler aus dem Jahre 2004 und 2008. Die Transformerstation muss ersetzt werden.

## Zusammenfassung

Die baulichen Gebäudeteile sind in einem verlebten Zustand. Punktuell wurden Anlagenteile, welche „end of life“ (am Lebensende) waren, ersetzt.

Potenzial für Prozessoptimierungen ist im Prozess der ambulanten Sprechstunde, der Anbindung an die Notfallabteilung und im Prozess der Notfallbehandlung vorhanden.



Abbildung 12: Lift, Holzfenster, Bodenbelag (geflickt), Wäscherei (neuwertig)

### 4.1.4 Gebäude C

Das aus sechs Obergeschossen, Erdgeschoss und zwei Untergeschossen bestehende Hauptgebäude C ist sowohl im Volumen als auch in der Wichtigkeit das bedeutendste Gebäude auf dem Spitalareal.

In den oberen vier Geschossen befinden sich die Patientenzimmer, wobei die sechste Etage für Privatpatienten reserviert ist.

- Im 1. und 2. OG sind diverse Behandlungszimmer und die Intensivstation untergebracht
- Das EG verfügt über Spitaldirektions- und Ärztebüros sowie über einen Laborraum
- Die Räumlichkeiten der Küche und die Cafeteria sind im 1. UG angeordnet

- Im 2. UG befinden sich Lager- und Archivräumlichkeiten sowie ein unterirdischer Durchgang zum Personalhaus

Aufgrund des Baujahres 1963 weist das Gebäude C die grössten Mängel der gesamten Gebäudekomplexe auf. Seit der Erstellung sind im gesamten Gebäude keine umfangreichen Sanierungen erfolgt. Im EG und im 1. OG sind im Jahr 1999 lediglich die Innenräume saniert worden.

Die Fassade ist in einem verlebten Zustand und wie die Fenster noch aus dem Erstellungsjahr. An der Südseite sind Aussenstoren angebracht, die erheblichen Reparaturaufwand verursachen.

Das Flachdach (Dachterrasse) ist undicht und muss in den kommenden Jahren dringend saniert werden.

Im Treppenhaus und in den verschiedenen Räumlichkeiten sind Risse an den Wänden sichtbar, was auf eine schlechte Grundsubstanz zurückzuführen ist.

Laut dem Bericht des Architekturbüros Heinz Meier AG ist die Erdbebentauglichkeit teilweise nicht gewährleistet. Es werden Schwachstellen in der Quer- und Längsrichtung erwähnt.<sup>6</sup>



Abbildung 13: Gebäude C

Der Lift aus dem Baujahr 1963 entspricht nicht mehr dem heutigen Standard und den Bedürfnissen. Teilweise sind im Jahr 1999 technische Bestandteile ersetzt worden. Auf den Gängen sind verschiedene Bodenbeläge mit Einbuchtungen und Flickwerke vorhanden.

Die veralteten und undichten Fenster verursachen im Sommer (aufgeheizte Zimmertemperatur) als auch im Winter (kalte Zimmertemperatur) ein unangenehmes Raumklima.

Vor allem die Patientenzimmer und die Stationsbereiche vom 3. bis 6. OG zeigen erhebliche Mängel auf. Das undichte Dach verursacht erhebliche Feuchtigkeitsschäden in den Privatpatientenzimmern (6. OG). Die betroffenen Zimmer werden jährlich neu gestrichen sowie oberflächige Schäden beseitigt,

---

<sup>6</sup> Architekturbüro Heinz Meier AG, Trakte A, B, C, Personalhaus - Fassade/Dach/Erdbebentauglichkeit, S. 3 / S. 10

was jährliche Zusatzkosten verursacht. Zum Teil sind die Zimmertüren verzogen, veraltet und mit Kratzspuren versehen.

Die Infrastruktur der Patientenzimmer ist ebenfalls veraltet und zeigt entsprechende Gebrauchsspuren auf. Fehlende Nasszellen und enge Verhältnisse, vor allem in der Privatstation, schränken die Attraktivität für die Kunden ein. Die Sanitärräumlichkeiten befinden sich auf dem Gang und werden von mehreren Patienten beansprucht.

Der Platz in den Stationsbüros ist sehr eng. In den ca. 20 qm Zimmern befinden sich ca. fünf Arbeitsplätze.

Die Grundrisse der Stationen entsprechen nicht mehr den heutigen Bedürfnissen einer effizienten Stationsstruktur, d.h. zu wenig Patientenbetten pro Einheit. Die funktionalen Räumlichkeiten und Patientenzimmer sind zu klein.

Trotz der Sanierung sind im EG und 1. OG Mankos vorhanden. In der „neuen“ Intensivstation fehlt ein Isolationszimmer mit einer korrekten Lüftung und Schleuse, was im Zeitalter von Vogel-, Schweinegrippe, SARS, MRSA etc. zum Standard eines Spitals gehört.

Die Küche im 1. UG wurde im Jahre 2001 umfassend erneuert und saniert. Diese ist in einem guten Zustand, jedoch entspricht der Zugang für An- und Auslieferung (nicht abgetrennt) nicht den hygienischen Vorschriften und die Platzierung des Versorgungslifts ist ungünstig.

Beim unterirdischen Durchgang zum Personalhaus im 2. UG können asbesthaltige Materialien nicht ausgeschlossen werden. Das Gebäude ist nicht mechanisch belüftet, die Wasserleitungen sind am Ende der Lebensdauer und verursachen Probleme.

## Zusammenfassung

Die baulichen Gebäudeteile sind in einem verlebten Zustand, mit teilweiser Ausnahme des Innenausbaus der sanierten Geschosse im EG und 1. OG. Um den heutigen Anforderungen zu entsprechen, erfordert das Gebäude eine Totalsanierung oder ein Ersatzneubau ist notwendig. Die Zimmergrößen und -anordnungen entsprechen nicht den heutigen Standards (Ineffizienz).



Abbildung 14: Dach (undicht), Möblierung, Fassade (beschädigt)

## 4.1.5 Gebäude D

Das viergeschossige Gebäude D ist 1995 – 1997 erstellt worden. Das Gebäude befindet sich in einem guten Zustand.

Im 2. und 3. OG befinden sich Patientenzimmer, zusätzlich ist im zweiten Geschoss eine Geburtsabteilung mit zwei Gebärsälen vorhanden.

Die Operationssäle sind im 1. OG untergebracht, sowie die Tagesklinik / Aufwachraum und die Sprechstunde Urologie.

Die Arztbüros mit den jeweiligen Themenschwerpunkten, Sitzungszimmer, Schulungsräume und eine Apotheke befinden sich im EG.

Diverse Räumlichkeiten wie eine Werkstatt, Anlieferung, Entsorgungsraum, diverse Garderoberräumlichkeiten für das Personal sind im 1. UG angeordnet (entspricht nicht der Personensicherheit).

Im 2. UG sind die technischen Anlagen untergebracht mit Elektroanlagen, Wasseraufbereitung, Vakuumanlage, Sanitärzentrale, Lüftungszentrale etc.

Die 24 Patientenzimmer sind grosszügig und haben einen guten technischen Standard. Jedes Zimmer, ist für zwei Betten ausgelegt und verfügt über eine eigene Sanitäreinrichtung mit einem zusätzlichen Lavabo.



Abbildung 15: Gebäude D

Trotz des guten Zustandes weist das Gebäude Mängel in den Prozessabläufen auf. In der Apotheke fehlt Tageslicht und es herrscht Platzmangel für die Aufbewahrung vom Material. Der Zulieferungsgang im OP-Bereich ist sehr eng. Die Kombination von Ver- / Entsorgung für die OPs und den Patientengang für Aufwachraum, Urologie und Tagesklinik ist ungünstig. Aufgrund der niedrigen Geschosshöhe, das auf die zusätzlich eingebaute Technik im Deckenzwischenraum zurückzuführen ist, erscheint der Gang gedrückt und nicht einladend.

Die Holding Area des OPs (+ Bettenwarten), die Wartezone für die urologische Sprechstunde und der Zugang zum Einschleusen des OPs befinden sich in der öffentlichen Zone (Liftbereich).

Folglich wird die Intimsphäre der Patienten (Kunden) schlecht gewahrt. Im Rahmen des geplanten ZSVA Projektes soll dieser Punkt verbessert werden.

Die im OP integrierte ZSVA genügt den heutigen gesetzlichen Vorgaben nicht mehr. Der Handlungsbedarf ist erkannt worden, hierzu bestehen zwei Berichte Analyse Variantenstudie 28.06.2010 und Machbarkeitsstudie Umbau ZSVA 10.11.2008 (siehe Anhang).

Die Operationssäle sind nach heutigen Gesichtspunkten eher klein und die Lüftungstechnischen Anlagen entsprechen nicht den heutigen Richtlinien der SWKI 99/3.

In der Gebärdstation und der Pflegeabteilung im 2. und 3. OG fehlen zum Teil die Medizingasanschlüsse sowie das Bettenwarten vor den Gebärdsälen und Klimaanlage.

Arztbüros der Gynäkologie und der Frauenklinik befinden sich auf unterschiedlichen Stockwerken. Aus dem betrieblichen Aspekt ist dieser Umstand ineffizient. Die Physiotherapie im UG verfügt über zu wenige Einzelbehandlungskojoen.

Auch in diesem Gebäude besteht die Grundwasserproblematik. Die Schäden sind derzeit noch moderat.

Ansätze zur Prozessoptimierung zeichnen sich wie folgt bereits ab: In der Notfallstation, die sich suboptimal im 1. OG befindet und dort zwar optimal an die Röntgenabteilung angebunden ist, weist insgesamt ineffizientes Prozessgeschehen auf. Fehlendes Tageslicht, Platzmangel, enge Zulieferungen für den OP, sind weitere Ansätze im Hinblick auf die Optimierung von Abläufen und Schaffung von Effizienz.

Die Fenster, die hinterlüftete Fassade aus Keramikplatten, der Lift usw. sind in gutem Zustand.

Im heutigen GOPS (1. UG) ist das gesamte Zentrallager untergebracht und mit Dauerarbeitsplätzen ohne Tageslicht versehen, das entspricht nicht den gesetzlichen Bestimmungen.

## Zusammenfassung

Die baulichen Anlagen sind überwiegend in einem guten Zustand. Technische Anlagen (z.B. OPS-Infrastruktur) weisen Mängel auf. Es besteht dringender Handlungsbedarf in der ZSVA. Prozessoptimierungspotenzial besteht im Bereich OP-Aufwachraum-Urologie – Tagesklinik.

Gebäude D wird bei den Neubauserien ausgeschlossen.



Abbildung 16: Patientenzimmer (grosszügig), Zulieferungsgang OP / AWR (eng), technische Anlagen (neuwertig)

## 4.1.6 Personalgebäude

Zwei Jahre vor Fertigstellung des Gebäude C ist das Personalgebäude (siehe Abbildung 7) im Jahre 1961 fertiggestellt worden. Es ist ein sechsgeschossiges Gebäude mit einem UG und einem Verbindungstunnel zum Gebäude C. Gesamthaft verfügt das Gebäude über ca. 60 Zimmer, welche mit ca. 90% – 95% auf das Jahr gesehen, eine gute Auslastung aufweisen.

Im EG sind Schulungsräume, Büros und Räume für die Pflegeberatung untergebracht. Die Einzelzimmer sind möbliert und mit einem Bett, Regal, Tisch und Stuhl ausgestattet.

Pro Etage sind 12 Zimmer angeordnet, davon drei Zimmer mit einer eigenen Dusche und WC. Für die restlichen 9 Zimmer stehen zentral eine Dusche, Lavabo und zwei WC Anlagen zur Verfügung.

Auf jeder Etage ist eine volleingerichtete Küche vorhanden.

Im UG sind technische Anlagen sowie eine Waschküche untergebracht.

Eine Aussensanierung wurde 1993 vorgenommen, hierbei erfolgte zusätzlich der Fensterersatz. Trotz der zeitnahen Sanierung ist die Fassade in einem verlebten Zustand. Feuchtigkeitsschäden sind sichtbar. Die Innensanierung wie WC-Anlagen und Küchen wurden im Jahr 1994 durchgeführt. Der Lift wurde 2007 komplett ersetzt und ist neuwertig.

### Zusammenfassung

Die technischen Anlagen wie die Deckenheizung sind aus dem Baujahr und befinden sich in einem verlebten Zustand. Das Personalgebäude erfüllt nicht mehr die Anforderungen an eine zeitgemässe Personalunterkunft. Der Einbau von Wohnstudios in den bestehenden Zimmern ist unmöglich.



Abbildung 17: Fassade, Gemeinschaftstoilette, Lift (neuwertig), technische Anlagen

## 4.2 Stärken Zustandsanalyse

In der Zustandsanalyse wurde eingehend auf die Gebäude und deren IST-Situation eingegangen und es wurden die Stärken der einzelnen Gebäude in diesem Abschnitt verdeutlicht.

## **Allgemein**

Die Gebäudetechnik ist in allen Gebäuden überwiegend in einem guten Zustand und grösstenteils auf dem neuesten Stand der Technik. Auch die Lüftungszentrale ist in einem guten Zustand. Des Weiteren sind die Elektroinstallationen teilweise ersetzt worden.

## **Gebäude B**

Die Wäscherei ist im Jahr 2009 saniert und mit den neuesten Geräten ausgestattet worden.

## **Gebäude C**

Im Gebäude C sind die Stockwerke EG und 1. OG im Rohbauzustand totalsaniert worden. Die Küche und die Cafeteria sind 2001 ersetzt und saniert worden.

## **Gebäude D**

Das Gebäude D ist im Jahr 1995 – 1997 erstellt worden und befindet sich in einem guten Zustand.

## **Parkanlage**

Die Parkanlage wird von den Patienten sowie auch von der Bevölkerung geschätzt und als ein Ruhepol verstanden.

# 4.3 Weitere Themen

Während der Bearbeitung des Projektes stellten sich diverse Fragen zu weiteren Rahmenbedingungen der Bauplanung:

- Denkmalpflege / Denkmalschutz für Gebäude A
- Projekt „Spitalstrasse“ / Parkplatzsituation
- Helikopter Landeplatz (Rega)
- GOPS

## **Gebäude A: Denkmalpflege**

Das Gebäudealter A (1867 – 1872) legte die Frage nahe, ob Denkmalschutz besteht oder als schützenswert taxiert ist. Eine Abklärung beim Natur- und Heimatschutz Kanton Uri ergab, dass das Gebäude A nicht im Inventar der schützenswerten Bauten von 1974 eingetragen ist.

Es ist keine Aufnahme vorgesehen, weil seit der Erstellung starke bauliche Veränderungen am Gebäude vorgenommen worden sind. Folglich ist die Planung mit dem Erhalt und der Sanierung, aber auch mit dem Rückbau des Gebäudes A möglich.



Abbildung 18: Gebäude A 1872 und 2010

Quelle: INSA / PGMM

### **Spitalstrasse / Parkplatzsituation**

Die Planung für die Sanierung der Spitalstrasse / Seedorfstrasse in Altdorf sieht vor, dass die Spitalstrasse von einer Gemeindestrasse in eine Kantonstrasse umgewandelt wird. Im Jahr 2011 – 2012 sind Sanierungen mit Verbreiterung und Umgestaltung vorgesehen, wobei teilweise belastende Einschnitte für das KSU resultieren. Heute stehen dem KSU 158 Parkplätze (PP) zur Verfügung. Nach der Sanierung bzw. der Verbreiterung der Strasse gehen 30 PP<sup>7</sup> verloren. Die knappe PP Situation wird dadurch verschärft. Ein Parkhaus über mehrere Stockwerke oder eine Erweiterung der Parkplatzafläche könnte Entlastung bringen. Optional beinahten die Szenarien ein Parkhaus. Die Einrechnung in die Kosten erfolgte dafür nicht. Aufgrund der Umwandlung der Spitalstrasse in eine Kantonsstrasse, weitere Strassensanierungen und Verkehrsberuhigungen in der unmittelbaren Umgebung z.B. Herren- / Tellgasse; Tell-/ Schmidgasse, Gotthardstrasse, ist kurzfristig mit mehr Verkehrsaufkommen (Schwerverkehr) zu rechnen. Langfristig wird sich der Verkehr verlagern, falls die Umfahrung Schächenspange realisiert und der Kreisel Flüelen umgebaut wird. Um den Lärmemissionen entgegenzuwirken, ist der Einbau eines geräuscharmen Asphalts nötig. Durch das erhöhte Verkehrsaufkommen ist die Notfallein- und -ausfahrt für die Ambulanzfahrzeuge erschwert. Es kann zu Behinderungen bzw. Unglücksfällen kommen. Ein Trennwassersystem (Meteor-/ Schmutzwasser) kann eingebaut werden, wobei die Kosten auf ca. CHF 42'000 geschätzt wurden und vom KSU zu tragen sind.

### **Zusammenfassung**

Es ist mit mehr Lärm und Schmutz (Lastwagenverkehr) zu rechnen. Ausserdem sind die Notfalleinfahrt und der Zugang zum Küchenhof (Anlieferung) erschwert. Es fallen einige Parkplätze weg. Eine Bushaltestelle in der direkten Nähe zum Spital ist angedacht.

---

<sup>7</sup> Angabe Spital Sitzung vom 11. Februar 2011

## **Helikopter-Landeplatz**

Der Helikopter-Landeplatz im Park muss nicht zwingend bestehen bleiben. Der Landeplatz auf dem Dach des Gebäude D ist ausreichend. Abklärungen bei der Rega haben ergeben, dass die Heli-Piloten bei jeden Witterungsverhältnissen (auch bei starkem Föhn) auf dem Dach landen können.

In einem Notfall könnte auf den Sportplatz ausgewichen werden. Entsprechende Vorkehrungen, wie z.B. Schlüssel zum Sportplatz müssen in einem Notfallplan festgehalten werden.

Bei einem Umbau muss der Heli-Landeplatz an die neuen, internationalen Standards von JAR-OPS 3 und ICAO (siehe Anhang Anforderungen Spitallandeplätze) angepasst werden.

## **GOPS**

Bei einem Spitalneubau ist der Bau von geschützten Operationsstellen (GOPS) gesetzlich vorgeschrieben. Nach der gesetzlichen Regelung im Bundesgesetz über den Bevölkerungsschutz und den Zivilschutz (BZG) sollen 0.6% abgedeckt werden. Das sind ca. 212 Personen der Urner Bevölkerung (35'335 Personen, Stand 2009).

Die Kostenübernahme bei einem Neubau GOPS ist in BZG Art. 71 Finanzierung geregelt. Diese wird zu 100% vom Bundesamt für Bevölkerungsschutz (BABS) übernommen.

Bei einem bestehenden GOPS, der bereits durch das BABS finanziert wurde, wird die Kostenübernahme überprüft bzw. ist die erneute Kostenübernahme nicht möglich. Laut Auskunft des BABS belaufen sich die Kosten für einen Neubau einer GOPS mit 248 Liegestellen auf ca. CHF 7 Mio. Neben dem GOPS zählen auch die Sanitätsliegestellen als Liegestellen.

Im KSU ist die GOPS mit 140 Liegestellen im Jahr 2000 und teilweise mit dem Gebäudeneubau D erstellt worden. Zusätzlich verfügt der Kanton Uri über ca. 136 Sanitätsliegestellen, dass ergibt zusammen 276 Liegestellen, was wiederum einem Deckungsgrad von 0.79% der Urner Bevölkerung entspricht.

Der gesetzlich vorgeschriebene Deckungsgrad von 0.6% wird somit erreicht bzw. leicht überschritten. Folglich sind keine zusätzlichen Liegestellen notwendig. Bei einem möglichen Rückbau oder Verkauf des bestehenden GOPS werden die Investitionskosten für einen Neubau GOPS durch die BABS nicht übernommen.

Im Szenario Neubau an neuem Standort könnte mit einem möglichen Verkauf des Spitals eine Dienstbarkeit über die Nutzung des GOPS vereinbart werden. Eine Dienstbarkeit würde jedoch den Verkaufspreis mindern.

# 5 Bedarf KSU

## 5.1 Sanierung / Optimierung der Infrastruktur

Seitens des Spitals wurde ein umfangreiches und informatives Dokument „Skizze Sollkonzept Bauplanung“ erstellt (siehe Anhang). Im Sollkonzept wurde die derzeitige Situation beschrieben und mit Zahlen veranschaulicht, ausserdem wurde auf die Sollvorgaben eingegangen.

Die bauliche Analyse (inkl. Infrastruktur + Betriebstechnik) hat folgenden Bedarf für die einzelnen Gebäude ergeben (Details siehe Kapitel 4).

Haus	Bedarf	
	Bau / Infrastruktur	Betrieb (bez. heutiger Nutzung)
A	Teilsanierung	Nicht geeignet für Geriatrie → Nutzungsänderung
B	Gesamtsanierung	Optimierung / Raumbedarf
C	Totalsanierung / Rückbau	Optimierung / Attraktivitätssteigerung / Raumbedarf
D	-	Anpassung an gesetzliche Vorgaben ZSVA
Pers.	Teilsanierung	Attraktivitätssteigerung

Abbildung 19: Bedarfsausstellung Bau / Infrastruktur und Betrieb

## 5.2 Grobsollraumprogramm

Auf der Basis von Gesprächen mit dem KSU und dem Dokument „Skizze Sollkonzept Bauplanung“ drei Gruppen für ein Grobsollraumprogramm isoliert zu betrachten. Anhand dessen können etappierte Varianten mit den Grobkosteneinschätzungen erstellt werden. Die Flächenaufstellung der einzelnen Stationen orientiert sich an den Erwartungen und Marktgegebenheiten.

- Ohne Erweiterung, d.h. die IST-Gegebenheiten entsprechen weiterhin den Erfordernissen
- Mit Erweiterung, d.h. zur Leistungserbringung müssen erweiterte Voraussetzungen im Rahmen einer Optimierung des Raumbedarfs geschaffen werden.
- Neu, d.h. Ausweitung des bestehenden Angebots und somit zusätzlicher Raumbedarf, der eingeplant werden muss.

Zum besseren Verständnis werden die Stationen nachfolgend den entsprechenden Gruppen zugeordnet.

	<b>Gleiche Fläche</b>	<b>Grössere Fläche</b>	<b>Neu</b>
Haupteingang		x	
Pflegestation inkl. IMC		x	
Notfall		x	
Rettungsdienst		x	
Radiologie		x	
Ärztbüros inkl. Bereichssekretariate		x	
Ambulatorien (med. Diagnostik) inkl. Büros		x	
Spezialbereiche		x	
Gynäkologie, Geburtshilfe		x	
Physiotherapie	x		
Aktivierungstherapie	x		
Operationstrakt		x	
Tagesklinik mit AWR			x
Praxis (Gemeinschaftspraxis)			x
Verwaltung		x	
Seelsorge		x	
Apotheke		x	
Labor		x	
Zentrallager	x		
Technischer Dienst	x		
Garderoben		x	
Rehabilitation			x
Küche	x		
Personalrestaurant/Kiosk/Cafeteria	x		
Wäscherei	x		
Geriatric		x	
Alterszentrum			x
Personalhaus	x		
Parkplätze/Parkhaus			x
Helilandeplatz	k.A.	k.A.	k.A.
GOPS	x		

Abbildung 20: Grobsollraumprogramm

## 5.3 Funktionelle Gliederung

Auf Basis der Stationen unterscheidet die funktionelle Gliederung in:

- Bettentrakt mit Empfangshalle (Hotelhalle)
- Ambulatorium
- Notfallstation
- Behandlungstrakt
- Logistik, Verwaltung und Support
- Alterszentrum

### **Kurzbeschreibung zu den Funktionseinheiten:**

Dem Bettentrakt wird in der funktionellen Betrachtung die Empfangshalle (Hotelhalle) zugeordnet. Insgesamt umfasst er den Haupteingang, die Rezeption und die Cafeteria ebenso die Hotellerie Infrastruktur, die Doppel-Pflegestationen und die Intensiv-Pflegestation (IPS)

Das Ambulatorium mit separatem Eingang (Praxen) und der Möglichkeit des Eingangs über den Haupteingang, wird in seiner Funktionalität mit den Arztdiensten/-Praxen, der Diagnostik/Radiologie und einer direkten OPS-Anbindung gemeinsam betrachtet.

Die Notfallstation braucht einen separaten Eingang respektive eine separate Notfallzufahrt und wird funktional in die Nähe der Diagnostik/Radiologie mit direkter Anbindung zum OPS platziert.

Im Behandlungstrakt finden sich neben dem Operationsbereich, die Tagesklinik und die Geburtshilfe mit seiner direkten Nähe zum Arztdienst, Gynäkologie und Frauenklinik.

Logistik, Verwaltung und Support bilden mit Zentralsterilisation (und die direkte Anbindung an OP-Bereich), Apotheke, Labor, Werkstätten, Schulung/Konferenzräume, Administration und Personalrestaurant die entsprechende Funktionseinheit.

Unabhängig vom eigentlichen Spitalbetrieb wäre das Alterszentrum inklusive der Geriatrie als funktionelle Einheit denkbar, soweit diese Erweiterung Bestandteil des Konzeptes sein soll.

# 6 Szenarienbildung

## 6.1 Grobszenarien

Bei der Szenarienbildung sind nachfolgende Kriterien als Basis angenommen worden.

1. Bettentrakt mit einer Empfangshalle (Hotelhalle)
  - Rezeption, Cafeteria
  - Hotellerie-Infrastruktur
2. Ambulatorium mit separaten Eingang für die Praxen
  - Eingang über Rezeption (Bettentrakt) möglich (inkl. Geriatrie)
3. Notfallstation mit einem separaten Eingang
4. Alterszentrum ev. inkl. Geriatrie

In die Überlegungen wurde die Idee einer Gemeinschaftspraxis einbezogen. Diese wird durch niedergelassene Ärzte betrieben und kann die Infrastruktur des KSU nutzen. Synergien und die Aufgabenteilungen können zwischen den stationären und ambulanten Bereichen optimal genutzt und koordiniert werden. Mit der Einführung der SwissDRG und der damit verknüpften neuen Spitalfinanzierung, wird der ambulante Bereich weiter an Wichtigkeit und Intensivität gewinnen. Das Spital muss sich mit einer flexiblen Infrastruktur, den neuen Herausforderungen stellen können.

PGMM entwickelte anhand der beschriebenen Kriterien zehn mögliche Szenarien, die auf acht Grund-szenarien (siehe Anhang Punkt 11.2) verdichtet wurden und durch den Ausschuss auf die drei Grundvarianten gekürzt wurden, die nun eine detailliertere Betrachtung erfordern:

1. Neues Bettenhaus
2. Etappierte Sanierung des gesamten Gebäudekomplexes
3. Neubau Spital (mit Erhalt und Einbezug des Gebäudes D)
  - Untervariante Neubau Spital ohne Erhalt des Gebäudes D

Anmerkung: Zur besseren Lesbarkeit wird nachfolgend von Sanierungsszenario und Neubauszenarien gesprochen. Die Legende ist ergänzend zu Vorversionen des Berichts und zu den während der Besprechungen verwendeten Abkürzungen zu verwenden.

A1	Neues Bettenhaus
A1 & E	Neues Bettenhaus und Gebäude
E	Etappierte Sanierung des gesamten Gebäudekomplexes
G	Neubau Spital mit Erhalt und Einbezug des Gebäudes D
G+	Neubau Spital ohne Erhalt des Gebäudes D
G++	Neubau an neuem Standort

## 6.2 Variantenvertiefung

In der Variantenvertiefung sind die drei vorgehend beschriebenen Szenarien nach der Machbarkeit, der Terminierung und der ersten Grobkostenschätzung (Investitionskosten teuerungsbereinigt) überprüft worden. Anhand dessen haben sich zwei Hauptszenarien herausgebildet.

- **Sanierungsszenario „Neues Bettenhaus und Gebäude“**
- **Neubauszenarien: Neubau**
  - Alter Standort, Gebäude D bleibt bestehen
  - Umnutzung von Gebäude D
  - Neuer Standort

Die erarbeiteten Szenarien sind im Anhang beigefügt. Als Option wurde bei allen Szenarien die Möglichkeit eines neuen Alterszentrums mit einbezogen. Eine Entscheidung steht aus.

### 6.2.1 Lebenszykluskosten allgemein

Die Sanierungs- und Neubauszenarien wurden anhand der fortlaufenden Lebenszykluskosten analysiert. Bei den Lebenszykluskosten handelt es sich um technische Betriebskosten, Instandsetzungskosten, Investitionskosten sowie Personalkosten, welche über einen Zeitraum von 2010 bis 2034 betrachtet wurden, unter einer Berücksichtigung einer 1%igen Teuerung. Zu den technischen Betriebskosten zählen Ver- und Entsorgung, Reinigungskosten, Überwachungs- und Installationskosten, Kosten für Kontrolle- und Sicherheitsdienst sowie Abgaben und Beiträge (siehe Anhang Aufstellung Betriebskosten nach DIN 18960)<sup>8</sup>.

Die Instandsetzungskosten setzen sich grösstensteils aus Inventarbeschaffung zusammen. Gesamthaft machen die Personalkosten ca. 80% der Lebenszykluskosten aus, die restlichen 20% teilen sich auf die anderen Kostenpositionen auf. Die detaillierte Kostenaufstellung wurde seitens KSU der PGMM zur Verfügung gestellt.

Die Investitionskosten bestehen aus der Basis- und Ersatzinvestition. Zu der Basisinvestition zählen Investitionskosten, welche für die Erstellungs- bzw. Sanierungskosten der jeweiligen Gebäude in den jeweiligen Szenarien erforderlich sind. Ersatzinvestition sind Investitionen, die für den Ersatz von Gebäudeteilen bis 2034 anfallen, die sich dem Lebensende zuneigen.

Unberücksichtigt sind Kosten für die medizinische Einrichtung („Mieterausbau“). Es ist grundsätzlich keine Leistungserweiterung geplant, so dass Ersatz und Erneuerung über das normale Betriebs- und Investitionsbudget abgewickelt werden.

---

<sup>8</sup>Vgl. ETH / EPFL / pom+: FM Monitor 2008

Die Kostenbetrachtung erfolgte im ersten Schritt nach der statischen und im zweiten nach der dynamischen Investitionsrechnung. Je nach Szenario resultierten differierende Annahmen und Einsparungspotenziale, die zu unterschiedlichen Ergebnissen führten.

Bei der Einsparung der Personalkosten diente das Spital Zug als Vergleichsbeispiel.

	2008	2009	%
<b>Bettenkapazität</b>	<b>164</b>	<b>180</b>	<b>10%</b>
<b>FTE</b>	<b>662</b>	<b>681</b>	<b>3%</b>
<b>Annahme Umsatzsteigerung um 10% auf 110%</b>			
<b>Theoretisch</b>			
<b>FTE (+10%)</b>	<b>662</b>	<b>727</b>	
<b>Einsparung FTE</b>		<b>46</b>	<b>7%</b>
<b>Annahme</b>			
<b>50% Umsatz abhängig</b>			
<b>Einsparung Personalkosten 3.5%</b>			

Abbildung 21: Vergleichsbeispiel Einsparung Personalkosten (Spital Zug)

Im Jahre 2008 wurde der Neubau Kantonsspital Zug (ZGKS) fertiggestellt. Die Bettenkapazität stieg dabei von 164 auf 180 (+10%). Siehe dazu die obere Berechnung, wobei sich Vollzeitstellen bzw. die FTE (full-time equivalent) von 662 auf 681 erhöhten. Dies entspricht einer Steigerung um 3%.

Theoretisch ist eine Erhöhung auf 727 Vollzeitstellen möglich, weil die Bettenkapazität und damit der Umsatz um 10% zunehmen. Folglich hat Zug 46 FTE eingespart, das entspricht einer Kosteneinsparung von ca. 7%. Angenommen, dass 50% umsatzabhängig eine Einsparung von 3.5% bewirken. Die Einsparung im Neubau wurde höher als 3.5% angesetzt, da das Einsparpotenzial bei den Prozessabläufen beim KSU höher eingeschätzt wird als beim ZGKS. Aufgrund der kleineren Betriebsgrösse können beispielsweise die administrativen Abläufe im ambulanten Bereich einfacher zentralisiert werden.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass beim ZGKS mit dem Neubau die zur Verfügung stehenden Flächen sowie die Anzahl der Betten zugenommen haben. Die Wege sind weitläufiger geworden, trotzdem wurde Personal eingespart.

Die Annahmen für das KSU belaufen sich bei der Einsparung der Personalkosten, für die Szenarien Neubau Spital mit Erhalt und Einbezug des Gebäudes D, Neubau Spital ohne Erhalt des Gebäudes D, Neubau an neuem Standort um 4.5% - 6%, in den Berechnungen wurden 5% berücksichtigt.

Bei dem Szenario Neues Bettenhaus und Gebäude liegt der prozentuale Anteil bei 1 - 2%, den Berechnungen wurden 2% zugrunde gelegt.

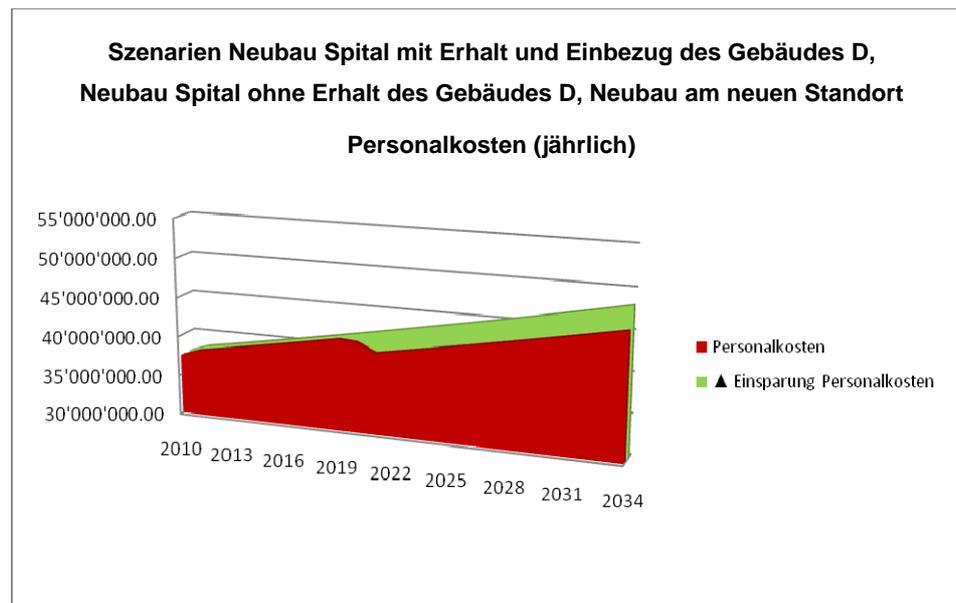
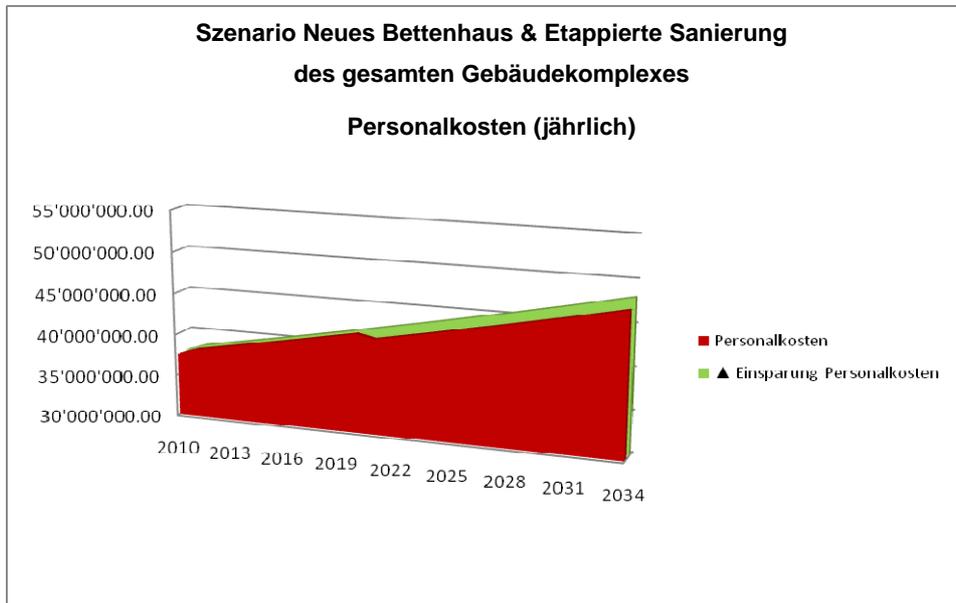


Abbildung 22: Vergleich Einsparung Personalkosten

Es wurde angenommen, dass die Instandsetzungskosten wegen der Neuwertigkeit der Gebäudeteile, Anlagen und Betriebseinrichtungen sowie den verbesserten ökologischen und ökonomischen Anlagen sinken. Eine Einsparung von ca. 30% wurde eingeschätzt.

Im Szenario „Neues Bettenhaus und Gebäude“ wird es kaum Einsparungspotenzial geben, weil sich die Fläche um ca. 10'000 qm erhöht. Es ist sogar mit einem Flächenüberschuss (nach Umbau ungenutzte Fläche) von ca. 2'500 qm zu rechnen, was ca. 8% der gesamten Fläche ausmacht. In den Neubau-Szenarien ist die Einsparung von ca. +30% bei den Instandsetzungskosten möglich.

Hierbei gilt es zu beachten, dass alle Angaben auf Annahmen bzw. Schätzungen beruhen. Es handelt sich um keine Planung im Sinne der SIA. Die angegebenen Kosten orientieren sich nach ausgeführten und abgerechneten Vergleichsprojekten sowie an Benchmark-Zahlen. Eine Kostengenauigkeit in % nach SIA kann deshalb nicht genannt werden.

## 6.2.2 Szenario „Neues Bettenhaus und Gebäude“

### Raumangebot / Lokalisation

Das Szenario „Neues Bettenhaus und Gebäude“ ist aus dem Szenario „Neues Bettenhaus und Etappierte Sanierung des gesamten Gebäudekomplexes“ konsolidiert worden. Dabei wurde der „Neubau Bettenhaus“, aus dem Szenario „Neues Bettenhaus“ mit dem Sanierungsszenario „Etappierte Sanierung des gesamten Gebäudekomplexes“ zusammengefügt.

Im Abschnitt 3.2 wurde die derzeitige Situation der Gebäude beschrieben, siehe Abbildung 7. Nach den gesamthaften baulichen Massnahmen im Jahr 2024 sieht die Gebäudesituation im Szenario „Neues Bettenhaus und Gebäude“ wie in der nachfolgenden Abbildung dargestellt aus. Hierbei ist das Alterszentrum als Option berücksichtigt worden, es erfolgte jedoch keine Berücksichtigung in den Kosten.

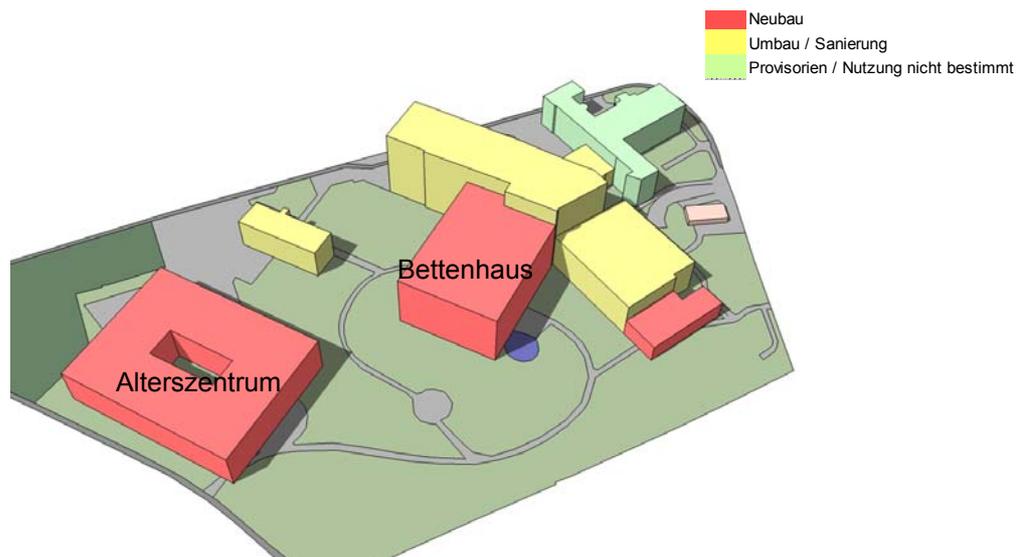


Abbildung 23: Endzustand Sanierungsszenario

Als Neubauten werden die ZSVA und das Bettenhaus erstellt. Die restlichen Gebäude B / C / D und Personalhaus werden nach und nach saniert (siehe hierzu Anhang Zeitplan). Das Gebäude A dient bei den gesamten Sanierungsmassnahmen als Provisorium bzw. als Jonglier-Masse. Zusätzlich werden je nach Sanierungen provisorische Anbindungen zwischen den Gebäuden erstellt sowie ein Provisorium für den OP Bereich, der während der Sanierung des Gebäudes D als Ersatz dient und am Ende rückgebaut wird.

## Kostenanalyse / Wirtschaftlichkeitsberechnung

Im vorhergehenden Abschnitt sind die detaillierten Investitions- und Kostenzusammensetzungen beschrieben worden. In der Abbildung 24 ist der Verlauf der Lebenszykluskosten über 25 Jahre als statische Investitionsrechnung graphisch dargestellt. Die Personalkosten sind in der Graphik nicht enthalten (siehe Anhang LCC mit Personal (statisch), LCC mit Personal (dynamisch)).

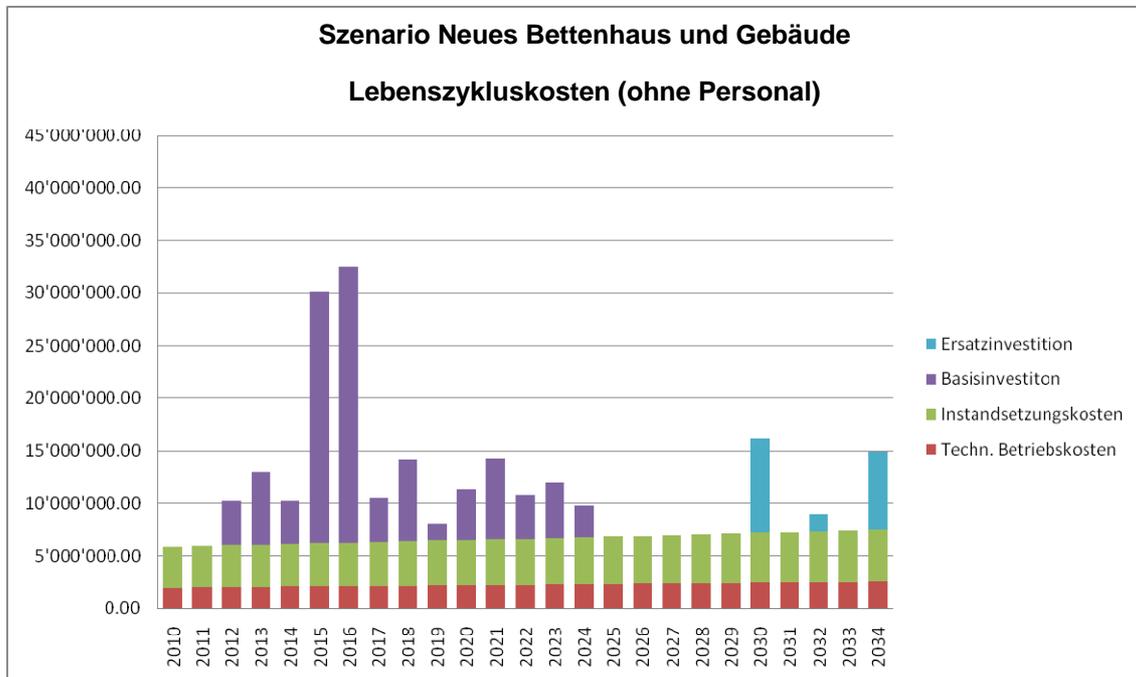


Abbildung 24: Lebenszykluskosten (ohne Personal)

Die betrieblichen Investitionskosten (Betriebs- und Instandsetzungskosten), verlaufen linear mit einer jährlichen Steigerung ohne gravierende Einsparungen durch die Teuerung, weil die Fläche, wie bereits erwähnt, um ca. 10'000 qm steigt. Ab dem Jahr 2012 fallen die ersten baulichen Investitionskosten für die Basisinvestition bis ins Jahr 2024 an.

Der grösste Kostenpunkt ist der Neubau Bettenhaus mit geschätzten ca. CHF 49 Mio., wobei im Jahr 2015 und 2016 die höchsten Investitionen aufkommen. Ebenfalls haben die Sanierungen der Gebäude C und D mit je ca. CHF 14 Mio. beträchtliche Werte (siehe dazu Anhang Grobkostenschätzung / Etappierung Varianten). Bereits im Jahr 2030, ca. 15 Jahre nach der Erstellung, fallen die ersten Ersatzinvestitionen im neuen Bettenhaus und ZSVA an, z.B. Elektro, Betriebseinrichtungen, Bodenbeläge und Ausbau, und im Jahr 2034 HLK (Heizung-Lüftung-Klima). Auch für das sanierte Gebäude C werden die ersten Ersatzinvestitionen, wie z.B. Elektro, Betriebseinrichtungen, Bodenbeläge und Ausbau im Jahr 2032 fällig. Ab 2034 ist mit kontinuierlichen Ersatzinvestitionen zu rechnen, sobald sich die Gebäudeteile und die Anlagen dem entsprechenden Lebensende zuneigen. Hierbei ist zu beachten, dass die Grundbausubstanz bei den sanierten Gebäuden B / C / D und Personalhaus nicht einem Neubau entspricht, auch wenn eine Totalsanierung vorgenommen wurde.

In der Basisinvestition ist die Kostenschätzung für die Erdbebensicherheit nicht berücksichtigt. Eine Einschätzung der Kosten wurde seitens Heinz Meier AG in dem Bericht Fassaden / Dach / Erdbeben-tauglichkeit vom 12. November 2008 vorgenommen. (Kostenschätzung Erdbebensicherheit Heinz

Meier AG Gebäude B: CHF 50'000, C: CHF 750'000, Personalhaus: CHF 250'000 / Kostenschätzung  
 Protokoll Um- und Neubau ZSVA vom 26. März 2010 Gebäude D: CHF 1 Mio.)

## SWOT–Analyse

Anhand einer SWOT–Analyse wurden die Stärken und die Chancen, sowie die Schwächen und die Risiken des Szenarios Neues Bettenhaus und Gebäude bewertet.

### Stärken:

- Verteilung der Kosten auf mehrere Phasen
- Ideale Pflegestationsgrösse (Wirtschaftlichkeit)
- Verbesserte Prozessabläufe in Bereichen
  - OP – AWR – TK – Urologie – Gebär
  - Med. Arztbüros – med. Diagnostik
  - Notfall – Radiologie
  - Einheit Gyn. / Gebär
- Weitere Nutzung bestehender GOPS
- Tiefere Bruttoinvestition
- Reserveflächen vorhanden
- Zentrumslage von Altdorf

### Chancen:

- Teilweise Anpassung an heutige Standards
- Erweiterungsmöglichkeiten durch Aufstockung Gebäude D (im Detail noch zu klären)
- Möglichkeit zur Berücksichtigung von aktuellen Entwicklungen (Medizin, Patienten, stat./amb. etc.)
- Prozessoptimierung

### Schwächen:

- Dauerhafte Belastung für Mitarbeiter/Patienten z. B. Lärm während der Bauphasen
- Imageverlust
- Attraktivitätsverlust
- Viele Etappen/Zwischenprovisorien
- Lärm, Kosten
- Sehr grosse Pflegestationen (ev. Doppelstationen)
- Gesamthaft suboptimale Prozessabläufe
- Leerstandsflächen durch erhöhte Flächenzahl
- Keine bis wenig reduzierte Optimierung der Betriebskosten

### Risiken:

- Ertragseinbusse wegen Baustelle
- Infektionsgefahr aufgrund Baustelle
- Abwanderung von Personal und Patienten
- Abwanderung der Patienten aus Andermatt
- Lange Bauphase führt zu Störungen
- Bis Fertigstellung aller baulichen Massnahmen ist Gebäude D (OP, Technik) veraltet
- „Ewige“ Baustelle
- „Ewige“ finanzielle Belastung
- Schwer einzuschätzende logistische Herausforderungen während Bauphase
- Alte Bausubstanz bleibt bestehen
- Erdbebenmassnahmen
- Umbau / Unvorhergesehenes

## Zusammenfassung

Das Sanierungsszenario „Neues Bettenhaus und Gebäude“ ist ein Kompromisszenario zwischen den sanierten Neubauten mit einem Neubau Bettenhaus und den geringeren Investitionskosten. Die Kostenverteilung erfolgt hierbei auf mehrere Phasen, was zu einer geringen und langfristigen Belastung führt. Durch die vielen Etappierungsschritte mit Zwischenprovisorien ist mit einer längerfristigen Lärmbelastung für Patienten, wie auch für Mitarbeiter zu rechnen. Die technischen und baulichen Standards können nur teilweise dem aktuellen Stand der Technik angepasst werden. Prozesse können nur teilweise optimierter gestaltet werden. Im gesamten Spital ist eine effiziente Prozessgestaltung kaum zu erreichen. Die Betriebskosten bleiben mindestens auf dem jetzigen Niveau.

### 6.2.3 Szenario Neubau mit Untervarianten

#### Raumangebot / Lokalisation

Das Neubau-Szenario wurde mit drei Untervarianten ausgearbeitet.

Nach den gesamthaften, baulichen Massnahmen sieht die Gebäudesituation im Szenario „Neubau Spital mit Erhalt und Einbezug des Gebäudes D / Neubau Spital ohne Erhalt des Gebäudes D / Neubau an neuem Standort“, wie folgt aus: Beim Gebäude A ist die Annahme eines Verkaufs getroffen worden, hierzu müsste der Grundstücksanteil vom Gebäude A abparzelliert werden. Der Verkaufserlös wurde auf ca. CHF 3 Mio. geschätzt. Als Option ist das Alterszentrum berücksichtigt worden, es erfolgte jedoch keine Berücksichtigung in den Kosten.

#### **Szenario Neubau Spital mit Erhalt und Einbezug des Gebäudes D (Gebäude D bleibt bestehen)**

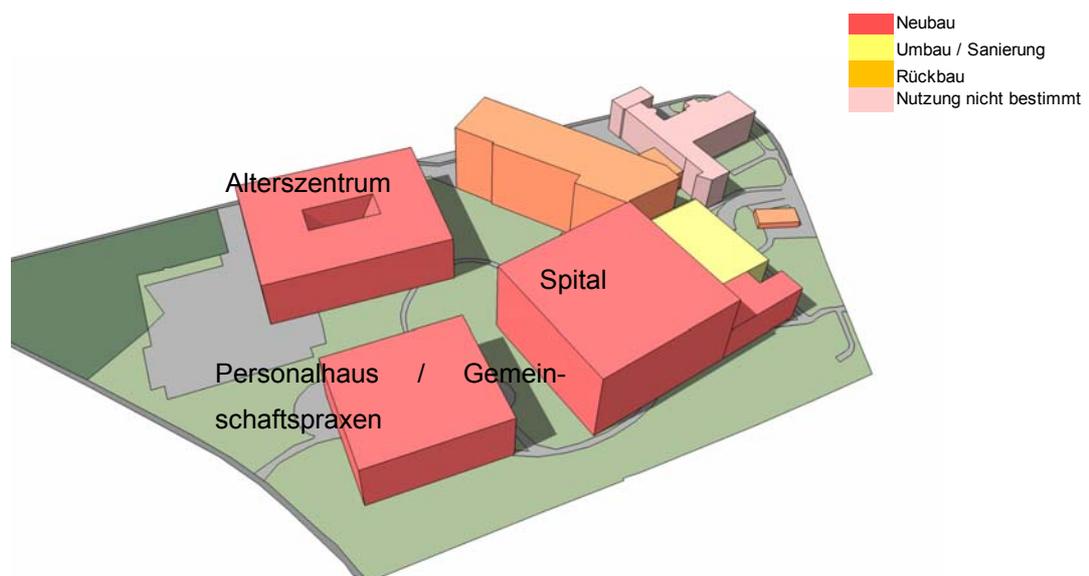


Abbildung 25: Szenario Neubau Spital mit Erhalt und Einbezug des Gebäudes D Endzustand Neubau Spital (Gebäude D bleibt bestehen)

Als Neubauten werden die ZSVA, das Spital und das Personalgebäude mit den Gemeinschaftspraxen erstellt. Das Gebäude D wird saniert und behält die heutigen Funktionen bei. Während der Sanierungsphase des Gebäude D wird ein Provisorium für den OP Bereich erstellt, welches am Ende rückgebaut wird. Die zum alten Spital gehörenden Gebäude B / C und Personalhaus werden nach der gesamten Fertigstellung rückgebaut (siehe hierzu Anhang Zeitplan).

**Szenario „Neubau Spital ohne Erhalt des Gebäudes D“ (Gebäude D Umnutzung)**

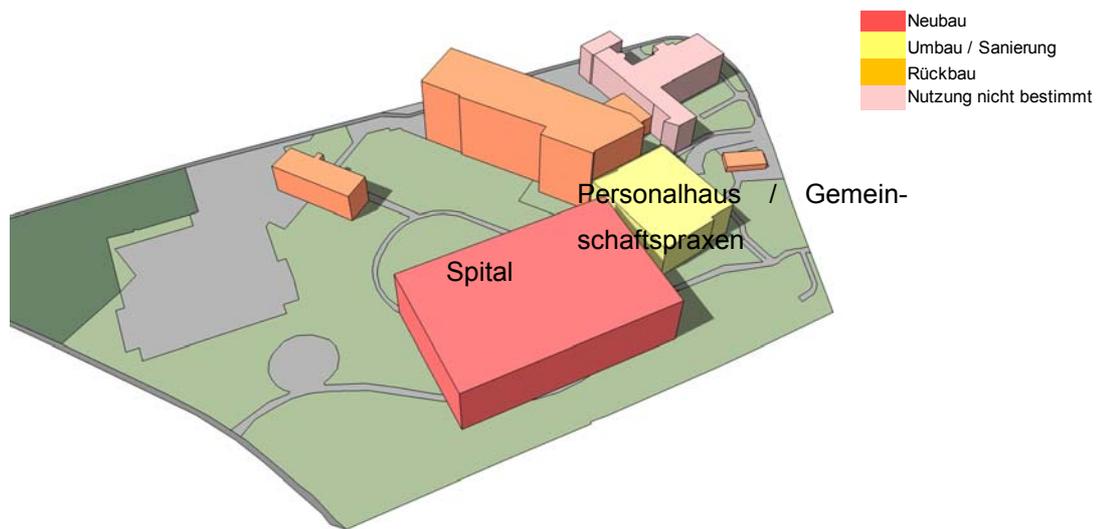


Abbildung 26: Szenario Neubau Spital ohne Erhalt des Gebäudes D  
Endzustand Neubau Spital (Gebäude D Umnutzung)

Vor der Entwicklung der Neubauten wird ein Provisorium ZSVA erstellt, welches am Ende rückgebaut wird. Anschliessend wird das Spital als Neubau realisiert. Das Gebäude D wird saniert und umgenutzt, z.B. als Personalgebäude und Gemeinschaftspraxen. Die zum alten Spital gehörenden Gebäude B / C und Personalhaus werden nach der gesamten Fertigstellung rückgebaut (siehe hierzu Anhang Zeitplan). Das Alterszentrum kann anstelle des heutigen Personalgebäudes optional realisiert werden.

**Szenario „Neubau an neuem Standort“ (Neuer Standort: Modellhaft wird eine Fläche am Bahnhofsareal einbezogen)**

Bei diesem Szenario wird das Spital an einem neuen Standort z.B. nahe des Bahnhofs Altdorf entwickelt (siehe hierzu Anhang Zeitplan).

Auf die detaillierten Anforderungen an den neuen Standort wird im Abschnitt 8 eingegangen. Es wurde angenommen, dass das alte Spital mit den Gebäuden und dem Grundstück veräussert werden kann.

In einer Grobschätzung seitens der Baudirektion wurde der Verkaufserlös für die Gebäude und das Grundstück auf ca. CHF 30 – 35 Mio.<sup>9</sup> beziffert. Für das neue Spital an einem neuen Standort muss Bauland erworben werden, hierbei beläuft sich die Schätzung für den Kauf auf ca. CHF 4 – 5 Mio. Nach Abzug der Baulandkosten vom Verkaufserlös beziffert sich der Erlös aus dem Verkauf des alten Spitals mit Bauland auf ca. CHF 25 – 30 Mio.. Die Angaben sind geschätzt.

Aufgrund der zentrumsnahen Lage, der guten Erreichbarkeit und der hervorragenden Erschliessung des Grundstückes ist ein Verkauf als realistisch einzustufen. In der unmittelbaren Umgebung liegen diverse Wohnzonen für Ein- und Mehrfamilienhäuser, folglich ist eine Umzonung in eine Wohnzone empfehlenswert.

Wegen des nahezu rechteckig zugeschnittenen Grundstücks, der ebenerdigen Topographie und der kalkulierbaren Grösse ist eine Projektentwicklung mit Mehrfamilienhäusern aber auch Doppel- oder Reiheneinfamilienhäuser sowie eine Mischung aus beidem realisierbar. Für die Bestimmung der definitiven Nutzungsmöglichkeiten bedarf es einer zusätzlichen Machbarkeitsstudie (Feasibility Study).

### **Kostenanalyse / Wirtschaftlichkeitsberechnung**

In den nachfolgenden Abbildungen sind die Lebenszykluskosten über 25 Jahre als statische Investitionsrechnung, je nach Szenario „Neubau Spital mit Erhalt und Einbezug des Gebäudes D / Neubau Spital ohne Erhalt des Gebäudes D / Neubau an neuem Standort“, dargestellt und beschrieben.

Die Personalkosten sind in den Graphiken nicht aufgeführt (siehe Anhang LCC mit Personal (statisch), LCC mit Personal (dynamisch)).

#### ***Szenario „Neubau Spital mit Erhalt und Einbezug des Gebäudes D“***

Die betrieblichen Investitionskosten bzw. Betriebs- und Instandsetzungskosten verlaufen auch hier linear mit einer jährlichen Steigerung.

Nach der Fertigstellung des neuen Spitals ist eine Einsparung von 30% angenommen worden, das sich in diesem Szenario auf die Kosten ab dem Jahr 2020 positiv auswirkt.

---

<sup>9</sup> Laut Auskunft Baudirektion und Abteilung Grundstücksschätzung Kanton Uri. Die Grobschätzung für das Grundstück und die Gebäude beläuft sich auf ca. CHF 30 – 35 Mio.. Es wurde angenommen, dass für das Grundstück ca. 31'600 m<sup>2</sup> ein Bodenpreis von 700 – 800 CHF / m<sup>2</sup> möglich ist, jedoch bedarf es eine Umzonung in eine Wohnzone. In der nächsten Nähe wurde bei einer Referenzparzelle ein ähnlicher Wert erzielt. Für die Gebäude wurde ein Gesamtwert von 5 - 10 Mio. geschätzt. Die Werte basieren auf einer reinen hypothetischen Grobschätzung.

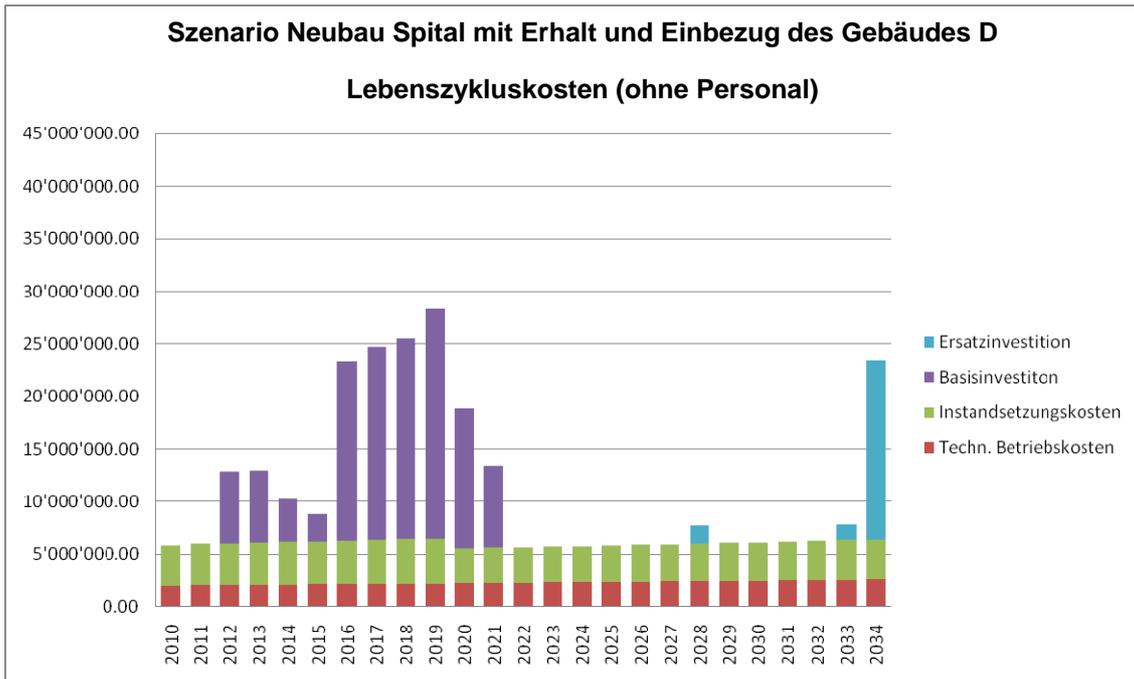


Abbildung 27: Szenario Neubau Spital mit Erhalt und Einbezug des Gebäudes D Lebenszykluskosten (ohne Personal)

Im Jahr 2012 fallen die ersten baulichen Investitionskosten für die Basisinvestition bis ins Jahr 2021 an. Der grösste Kostenpunkt ist der Neubau Spital mit geschätzten ca. CHF 75 Mio., wobei vor allem in den Jahren 2016 bis 2019 die höchsten Investitionen anfallen. Ebenfalls die Sanierung des Gebäudes D mit ca. CHF 13 Mio. wird entsprechend ins Gewicht fallen (siehe dazu Anhang Grobkostenschätzung / Etappierung Varianten).

Die erste Ersatzinvestition ist für die ZSVA z.B. Elektro, Betriebseinrichtungen, Bodenbeläge und Ausbau im Jahr 2028 und im Jahr 2033 das HKL vorgesehen. Im Jahr 2034 sind für das neue Spital die ersten Ersatzinvestitionen wie im ZSVA notwendig. Nach dem Jahr 2034 ist mit kontinuierlichen Ersatzinvestitionen zu rechnen, sobald sich die Gebäudeteile und Anlagen dem entsprechenden Lebensende zuneigen. Hierbei ist zu beachten, dass die Grundbausubstanz beim sanierten Gebäude D nicht einem Neubau entspricht, auch wenn eine Totalsanierung vorgenommen wurde.

**Szenario „Neubau Spital ohne Erhalt des Gebäudes D“ (Gebäude D Umnutzung)**

Die betrieblichen Investitionskosten bzw. Betriebs- und Instandsetzungskosten verlaufen auch hier linear mit einer jährlichen Steigerung.

Nach der Fertigstellung des neuen Spitals ist eine Einsparung von 30% angenommen worden, dass sich in diesem Szenario auf die Kosten ab dem Jahr 2020 positiv auswirkt.

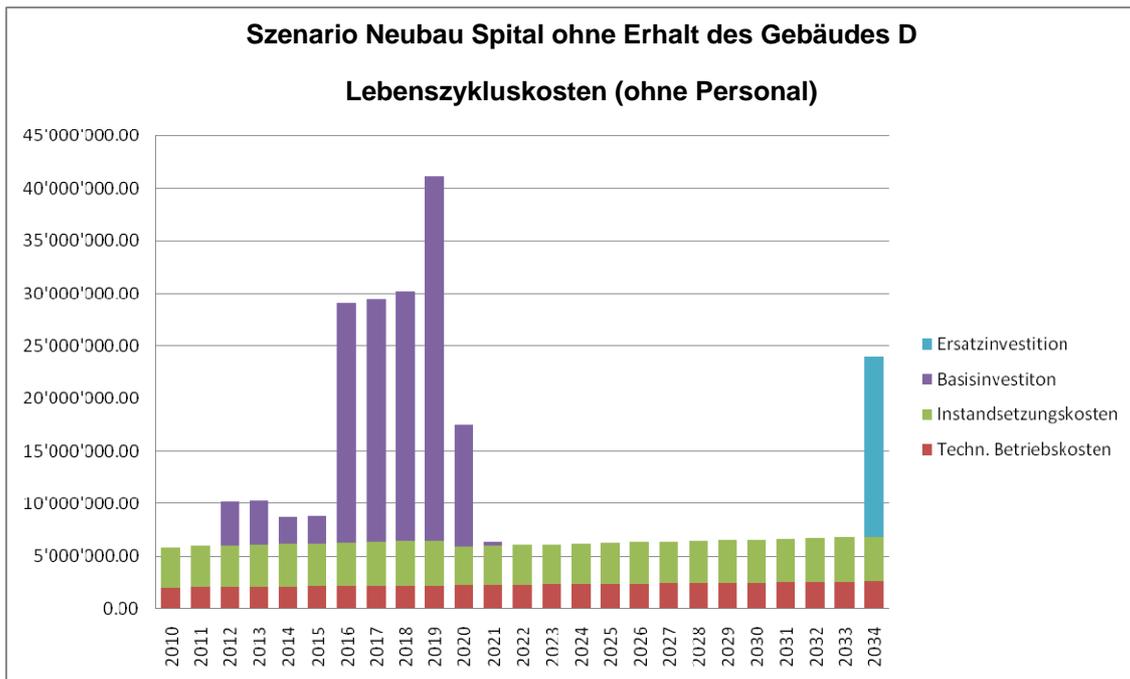


Abbildung 28: Szenario Neubau Spital ohne Erhalt des Gebäudes D Lebenszykluskosten (ohne Personal)

Im Jahr 2012 fallen die ersten baulichen Investitionskosten für die Basisinvestition bis ins Jahr 2021 an. Der grösste Kostenpunkt ist der Neubau Spital mit geschätzten ca. CHF 93 Mio., wobei vor allem in den Jahren 2016 bis 2019 die höchsten Investitionen aufkommen. Ebenfalls die Sanierung des Gebäudes D mit ca. CHF 12 Mio. wird entsprechend ins Gewicht fallen (siehe dazu Anhang Grobkostenschätzung / Etappierung Varianten).

Im Jahr 2034 sind für das Neue Spital die ersten Ersatzinvestitionen z.B. Elektro, Betriebseinrichtungen, Bodenbeläge und Ausbau notwendig. Nach dem Jahr 2034 ist mit kontinuierlichen Ersatzinvestitionen zu rechnen, sobald sich die Gebäudeteile und Anlagen dem entsprechenden Lebensende zu neigen. Hierbei ist zu beachten, dass die Grundbausubstanz beim sanierten Gebäude D etwas verlebt ist und nicht einem Neubau entspricht, auch wenn eine Totalsanierung vorgenommen wurde.

**Szenario „Neubau an neuem Standort“**

Die betrieblichen Investitionskosten bzw. Betriebs- und Instandsetzungskosten verlaufen auch hier linear mit einer jährlichen Steigerung. Nach der Fertigstellung des neuen Spitals ist eine Einsparung von 30% angenommen worden, die sich in diesem Szenario auf die Kosten ab dem Jahr 2021 positiv auswirkt.

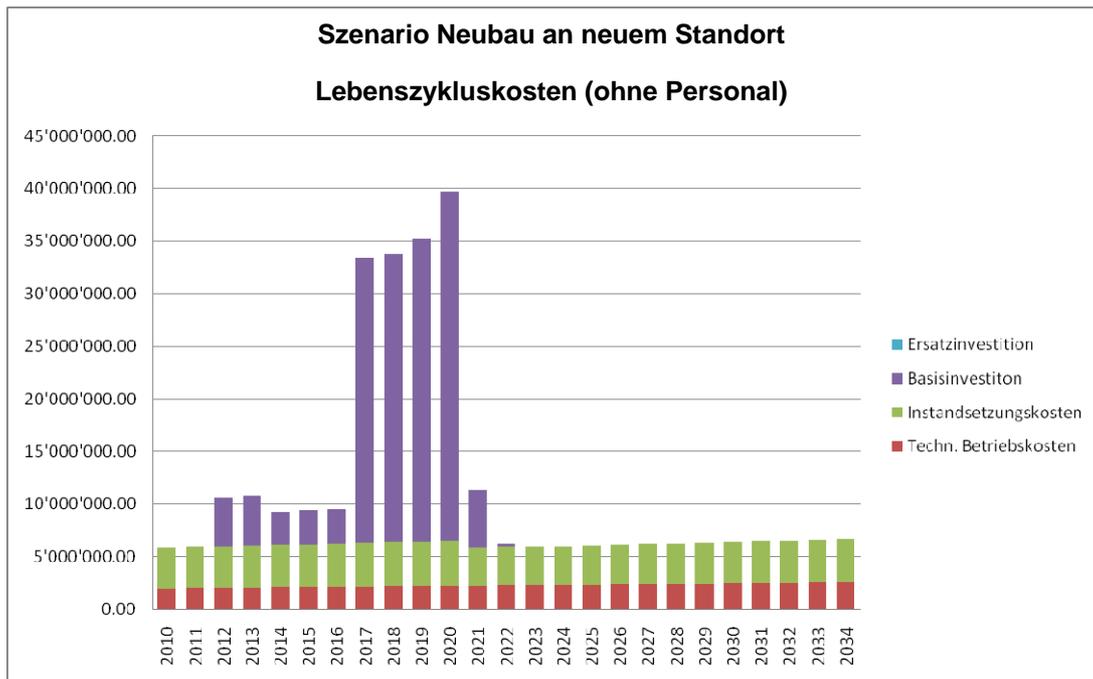


Abbildung 29: Szenario Neubau an neuem Standort Lebenszykluskosten (ohne Personal)

Im Jahr 2012 fallen die ersten baulichen Investitionskosten für die Basisinvestition bis ins Jahr 2021 an.

Der grösste Kostenpunkt ist der Neubau Spital mit geschätzten ca. CHF 112 Mio., wobei vor allem in den Jahren 2017 bis 2020 die höchsten Investitionen anfallen werden (siehe dazu Anhang Grobkostenschätzung / Etappierung Varianten).

Für das neue Spital werden die ersten Ersatzinvestitionen nach dem Jahr 2034 anfallen. Nach 2034 ist mit kontinuierlichen Ersatzinvestitionen zu rechnen, sobald sich die Gebäudeteile und Anlagen dem entsprechenden Lebensende zuneigen.

## SWOT-Analyse

Anhand einer SWOT-Analyse wurden die Stärken und die Chancen sowie die Schwächen und die Risiken der folgenden Neubauszenarien: Szenarien Neubau Spital mit Erhalt und Einbezug des Gebäudes D, Neubau Spital ohne Erhalt des Gebäudes D, Neubau an neuem Standort bewertet.

Die Bewertung ist für alle drei Szenarien angewendet, bei explizierter Bewertung sind die jeweiligen Szenarien ausgewiesen.

**Stärken:**

- Neuwertiges Gebäude auf dazumaligem technischen Standard
- Sehr hohe Attraktivität für das Spital  
→ Optimale Situation
- Stärkung Image
- Effiziente Prozessabläufe
- Tiefere Betriebskosten
- Keine Störung des Betriebs
- Neubau an neuem Standort: Keine Störung / Unterbruch des Betriebs während der Bau-phase

**Chancen:**

- Attraktivität für das Kader, die Mitarbeiter und die Patienten (TRA Andermatt) beibehalten und Anzahl steigern
- Steigerung von Fallzahlen und Rentabilität
- Neubau Spital mit Erhalt und Einbezug des Gebäudes D / Neubau Spital ohne Erhalt des Gebäudes D: OP + ZSVA im Neubau → Sanierung und Umnutzung Gebäude D
- Geringe Unterhaltskosten
- Optimale Zufahrt inkl. Notfall, Patienten
- Arealentwicklung / Verkaufserfolg bestehende Spitalgebäude mit Bauland

**Schwächen:**

- Höhere Investitionskostenbelastung
- Neubau Spital mit Erhalt und Einbezug des Gebäudes D / Neubau Spital ohne Erhalt des Gebäudes D: Gebäude D (OP / Technik) veraltet
- Neubau Spital mit Erhalt und Einbezug des Gebäudes D / Neubau Spital ohne Erhalt des Gebäudes D: Anbindung von Gebäude D (OP) an Neubau sehr schwierig (Fenster, Zugang OP)
- Neubau an neuem Standort: Verzögerung infolge vieler Grundsatzfragen (Standort, Grösse, Leistungsspektrum, langfristige Strategie usw.)

**Risiken:**

- Entscheid Volksabstimmung über Genehmigung Planungskredit und später Baukredit
- Verzögerungen wegen Kosten
- Politische Akzeptanz
- Kein Verkaufserfolg bestehende Spitalgebäude mit Bauland
- Altlasten, Emissionen, Bausituation über 20 Jahre an neuem Standort ungeklärt

**Zusammenfassung**

Die drei Unterszenarien sind ausführlich nach ihrer Machbarkeit betrachtet worden. Je nach Szenario ergeben sich Vor- aber auch Nachteile. Ein Spitalneubau würde eine optimale Situation für Patienten, Mitarbeiter und Besucher mit sich bringen, das Image stärken und die Attraktivität steigern. Höheren Investitionskosten, stehen tiefere Betriebskosten gegenüber. Langfristig ist dies ein Vorteil.

- a) Nachhaltig betrachtet ist ein Neubau Spital mit einem neuen Standort d.h. Szenario Neubau an neuem Standort die optimale Lösung. Die technischen wie auch die baulichen Standards wären auf dem neuesten Stand der Technik.

- b) Saniert und somit nur teilweise dem heutigen technischen Standards angepasst, ist das Gebäude D. Die Separierung der Zugänge für den Notfall und den Haupteingang ebenso wie die internen Prozessabläufe der Pflegestationen entsprechen einer effizienten und optimalen Situation. Doppelstationen führen zu einem wirksamen Personaleinsatz. Wegen der Neuwertigkeit des Spitalgebäudes sind die Betriebskosten tiefer.

Folgende Annahmen müssen in die Überlegungen aufgenommen werden:

- Durch einen Verkauf des alten Spitals mit den Bauten und dem Grundstück würden die Investitionskosten teilweise entlastet werden können. Dafür sprechen die sehr gute Lage, Erreichbarkeit und andere kalkulierbaren Grössen.
- Ein Verkauf kann nicht realisiert werden. In dem Fall können die Investitionskosten eine hohe Belastung für das Projekt bedeuten.

## 6.3 Szenarien im Vergleich

Nach der einzelnen Betrachtung der Szenarien werden diese nachfolgend im Vergleich zu einander betrachtet. In der unteren Abbildung werden die kumulierten Lebenszykluskosten ohne Personalkosten ja nach Szenario über einen Betrachtungszeitraum von 25 Jahren graphisch dargestellt.

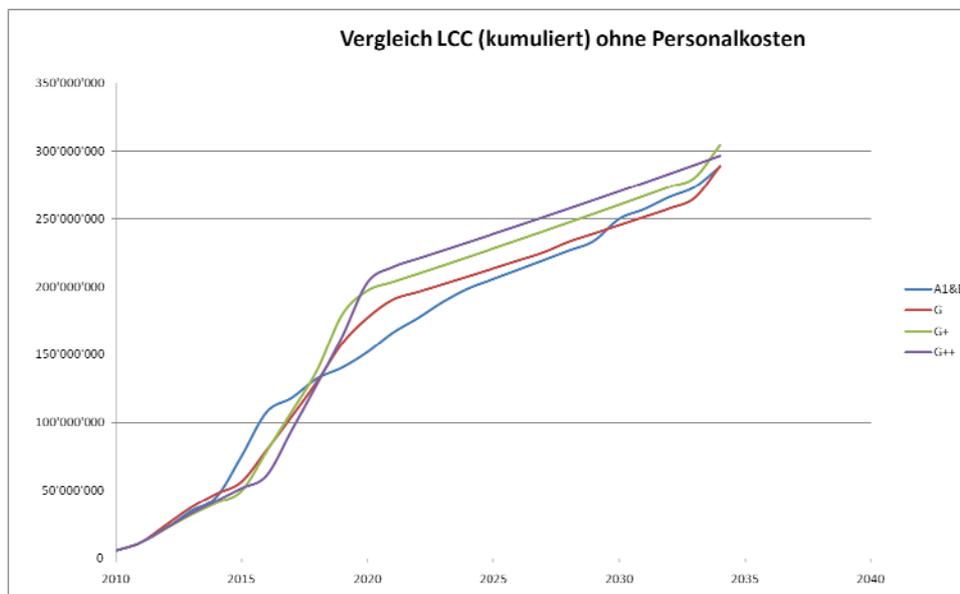


Abbildung 30: Vergleich der Lebenszykluskosten (Life Cycle Cost – LCC)

Die Lebenszykluskosten für das Sanierungsszenario Neues Bettenhaus und Gebäude steigen über die 25 Jahre relativ konstant, was auf die kontinuierliche Sanierungskosten mit geringen Ausschlägen zurückzuführen ist.

Bei den Neubauszenarien (Spital mit Erhalt und Einbezug des Gebäudes D / Neubau Spital ohne Erhalt des Gebäudes D / Neubau an neuem Standort) steigen diese vor allem zwischen den Jahren 2015 – 2020 relativ steil an. Nach 2020 ist mit einer beständigen, anteilmässigen geringen Erhöhung zu rechnen.

### 6.3.1 Investitionskosten: Basis- und Ersatzinvestitionen

Die kumulierten Investitionskosten d.h. Basis- und Ersatzinvestitionen im Vergleich der jeweiligen Szenarien im Zeitraum von 2010 – 2034 sind in der Abbildung 31 dargestellt. Hierbei wurden nur die Investitionskosten betrachtet.

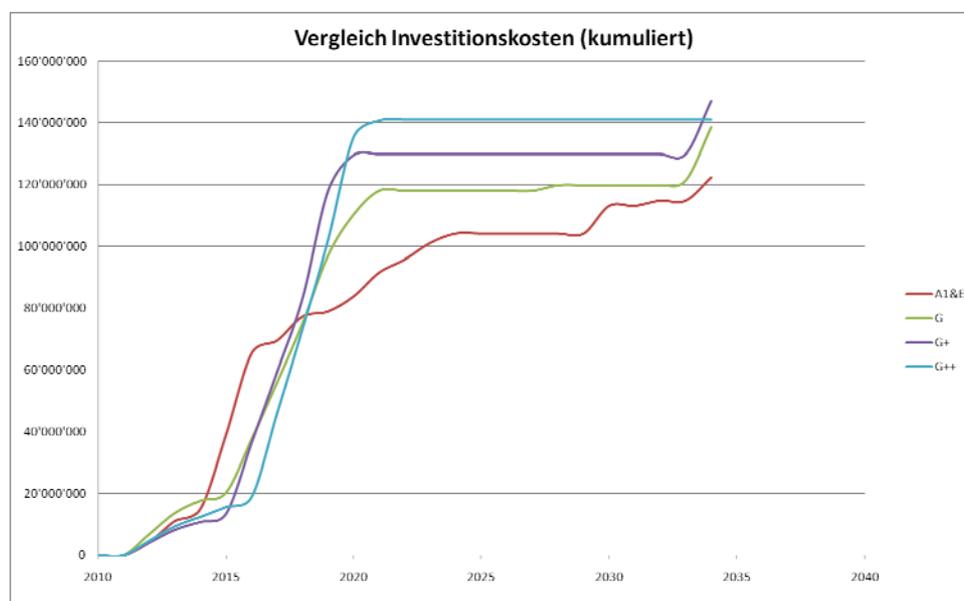


Abbildung 31: Vergleich Investitionskosten 2010 – 2034 (kumuliert)

Die Investitionskosten für das Sanierungsszenario „Neues Bettenhaus und Gebäude“ steigen über 25 Jahre relativ konstant an, rückführbar auf kontinuierliche Sanierungskosten mit geringen Ausschlägen. Von 2013 - 2015 ist wegen des Bettenhaus-Neubaus ein grösserer Sprung in den Investitionen vorhanden. Die Investitionen werden auf mehrere Phasen verteilt und fallen langfristig mit dauerhaften finanziellen Belastungen an.

Die Neubauszenarien lassen die Investitionskosten von 2015 - 2020 relativ steil ansteigen. Nach 2020 verlaufen ohne grosse Investitionen die Investitionskosten fast linear. Die ersten Ersatzinvestitionen fallen im Szenario Neubau Spital mit Erhalt und Einbezug des Gebäudes D im Jahr 2028 an.

Nachfolgend sind die geschätzten Verkaufserlöse zu den Brutto-Investitionskosten berücksichtigt worden. Die Annahmen sind als durchschnittliche Bandbreiten anzusehen. Angaben zu den einzelnen Bandbreiten siehe unten.

Für das Gebäude A wurden ca. CHF 2.5 Mio. (Bandbreite CHF 2 – 3 Mio.) und Verkauf altes Spital ca. CHF 30 Mio. (Bandbreite CHF 25 – 35 Mio.) angenommen. Des Weiteren sind für den Kauf Bauland

neues Spital CHF 6 Mio. (Bandbreite CHF 5 – 7 Mio.) und je nach Szenario der Verkaufserlös Landparzelle (heutige Parkanlage) (Bandbreite CHF 6 – 8 Mio.) eingerechnet worden. Hierbei ist zu beachten, dass die Landparzelle abparzelliert und umgezont werden muss, z.B. in eine Wohnzone. Aufgrund der Abparzellierung ist die Berücksichtigung des Alterszentrums nicht möglich.

Beim Szenario „Neubau Spital mit Erhalt und Einbezug des Gebäudes D“ ist die Landparzelle für eine Projektentwicklung nur teilweise geeignet (siehe dazu Anhang Fläche Landparzelle). Je nach Szenario ergeben sich unterschiedliche Investitionskosten über die 25 Jahre. Das Sanierungsszenario „Neues Bettenhaus und Gebäude“ weist die geringsten Kosten auf.

Bei den Neubauszenarien „Neubau Spital mit Erhalt und Einbezug des Gebäudes D / Neubau Spital ohne Erhalt des Gebäudes D / Neubau an neuem Standort“ liegen die Investitionskosten höher. Auf die entsprechenden Stärken und Chancen sowie Schwächen und Risiken ist in der SWOT-Analyse eingegangen worden.

Nachfolgend zeigt die graphische Darstellung die Investitionskosten im Vergleich. In allen Szenarien sind die entsprechenden Verkaufserlöse eingerechnet worden (vgl. roten Balken).

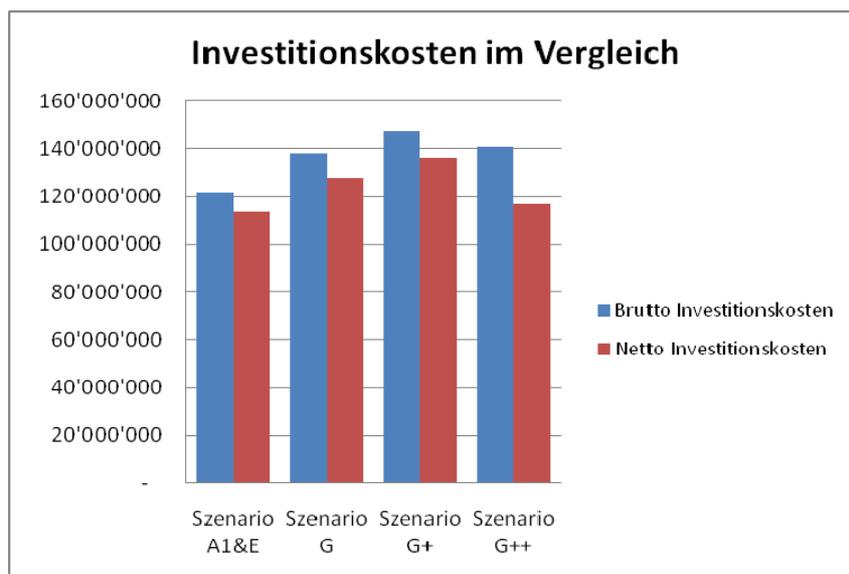


Abbildung 32: Vergleich Investitionskosten

### 6.3.2 Fazit Vergleich Szenarien

Nachfolgend sollen die jeweiligen Szenarien nach den vorhergehend beschriebenen Kostenpositionen wie Investitionen, Instandsetzungskosten, technische Betriebskosten und Personalkosten miteinander verglichen werden. Die Zahlenangaben sind statisch und belaufen sich auf 25 Jahre (2010 – 2034).

	Szenario A1&E	Szenario G	Szenario G+	Szenario G++
Total Investitionskosten	122'000'000	138'000'000	147'000'000	141'000'000
Instandsetzungskosten	109'084'651	93'647'444	100'086'202	98'621'456
Techn. Betriebskosten	57'088'294	57'088'294	57'088'294	57'088'294
LCC	288'172'945	288'735'738	304'174'496	296'709'750
Personalkosten	1'057'464'662	1'036'409'115	1'036'409'115	1'037'916'351
<b>Total LCC + Personalkosten</b>	<b>1'345'637'607</b>	<b>1'325'144'853</b>	<b>1'340'583'611</b>	<b>1'334'626'102</b>

Abbildung 33: Vergleich LCC + Personalkosten statisch über 25 Jahre

Gesamthaft betrachtet hat das Szenario „Neues Bettenhaus und Gebäude“ den höchsten Betrag in den Total LCC + Personalkosten, was auf die höheren Personalkosten zurückzuführen ist. Den niedrigsten Wert hat das Szenario „Neubau Spital mit Erhalt und Einbezug des Gebäudes D“. Im Gegensatz dazu sind die LCC-Werte jedoch im Szenario „Neues Bettenhaus und Gebäude“ am niedrigsten und im Szenario „Neubau Spital ohne Erhalt des Gebäudes D“ am höchsten. Alle Szenarien liegen in der Kostenbetrachtung jedoch eng beieinander.

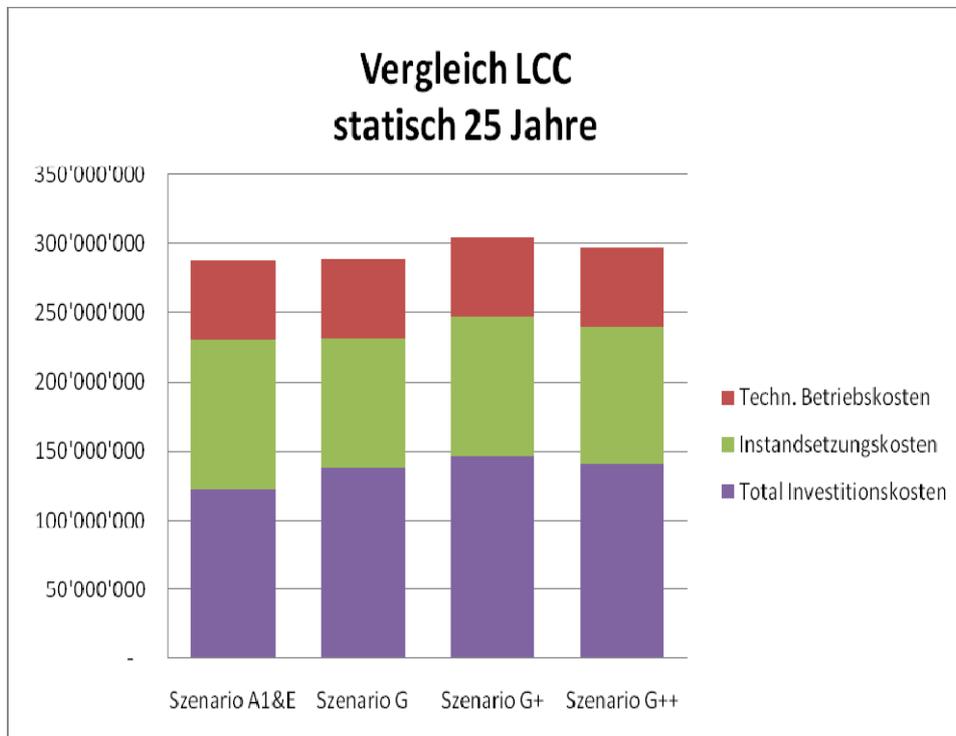


Abbildung 34: Vergleich LCC statisch 25 Jahre

### 6.3.3 Bewertungsmatrix

Abschliessend werden die Szenarien in einer Bewertungsmatrix gegenübergestellt, hierbei werden diese auf die harten und weichen Faktoren beurteilt. Die Szenarienbewertung erfolgt durch die Einfärbung der Zellen: grün (überdurchschnittlich), orange (durchschnittlich), rot (unterdurchschnittlich) und weiss (keine Wertung).

Szenario	Harte Faktoren		Weiche Faktoren						
	Investitionskosten	Betriebskosten	Politische Umsetzbarkeit	Akzeptanz Spital, Patienten	Image, Attraktivität	Effizienz, Prozesse	Umsatz, Rentabilität	Betriebliche Risiken	Finanzielle, terminliche Risiken
A1&E	überdurchschnittlich	unterdurchschnittlich	überdurchschnittlich	unterdurchschnittlich	unterdurchschnittlich	unterdurchschnittlich	unterdurchschnittlich	unterdurchschnittlich	durchschnittlich
G	durchschnittlich	durchschnittlich	durchschnittlich	durchschnittlich	durchschnittlich	durchschnittlich	durchschnittlich	durchschnittlich	durchschnittlich
G+	unterdurchschnittlich	durchschnittlich	durchschnittlich	durchschnittlich	durchschnittlich	durchschnittlich	durchschnittlich	durchschnittlich	durchschnittlich
G++	durchschnittlich	überdurchschnittlich	unterdurchschnittlich	überdurchschnittlich	überdurchschnittlich	überdurchschnittlich	überdurchschnittlich	überdurchschnittlich	durchschnittlich

überdurchschnittlich
durchschnittlich
unterdurchschnittlich
keine Wertung

Abbildung 35: Bewertungsmatrix, A1 & E = Neues Bettenhaus und Gebäude; G = Neubau Spital mit Erhalt und Einbezug des Gebäudes D; G+ = Neubau Spital ohne Erhalt des Gebäudes; G++ = Neubau an neuem Standort

Je nach Kriterium ergeben sich für die jeweiligen Szenarien unterschiedliche Wertungen. Im Szenario „Neues Bettenhaus und Gebäude“ überwiegen die Wertungen im negativen Bereich.

Die Szenarien „Neubau Spital mit Erhalt und Einbezug des Gebäudes D“ und „Neubau Spital ohne Erhalt des Gebäudes D“ liegen hauptsächlich im durchschnittlichen Bereich. Nur das Szenario „Neubau Spital ohne Erhalt des Gebäudes D“ hat in einem Kriterium eine unterdurchschnittliche Wertung.

Im Szenario „Neubau an neuem Standort“ sind die Wertungen überwiegend im positiven Bereich, eine Wertung ist im unterdurchschnittlichen Bereich. Aus der gegenübergestellten Bewertungsmatrix wird ersichtlich, dass das Szenario „Neubau an neuem Standort“ insgesamt die besten Wertungen aufweist.

### 6.3.4 Abgrenzung Kostenzusammensetzung

Abschliessend soll eine Abgrenzung über die Kostenzusammensetzung für das jeweilige Szenario gemacht werden.

#### **Sanierungsszenario „Neues Bettenhaus und Gebäude“**

- Kostenvoranschlag (KV) 19.03.2010 ZSVA
- Sanierungskosten Gebäude D / C / B / Personalhaus (SKP 1 – 5)
- Div. Provisorien / Prov. OP
- Rückbaukosten Prov. OP

Da noch kein Planungsschritt nach SIA stattgefunden hat, muss eine entsprechende Kostenunsicherheit eingeplant werden.

### ***Neubauszenarien (Szenarien Neubau Spital mit Erhalt und Einbezug des Gebäudes D / Neubau Spital ohne Erhalt des Gebäudes D / Neubau an neuem Standort)***

Alle Kosten ausserhalb des Grundstücks sind nicht enthalten (z.B. Erschliessung an das Grundstück, Hochspannungsleitung usw.). Alle Kosten auf dem Grundstück sind enthalten.

#### ***Neubau Spital mit Erhalt und Einbezug des Gebäudes D***

- Kostenvoranschlag (KV) 19.03.2010 ZSVA
- Sanierungskosten Gebäude D mit OP (SKP 1 – 5)
- Neubaukosten Spital (SKP 1 – 5)
- Neubaukosten Personalhaus
- Prov. OP
- Div. Rückbaukosten → Gebäude (A) / B / C / Personalhaus / Prov. OP

#### ***Neubau Spital ohne Erhalt des Gebäudes D***

- Prov. ZSVA
- Sanierungskosten Gebäude D ohne OP (SKP 1 – 5)
- Neubaukosten Spital (SKP 1 – 5)
- Neubaukosten Personalhaus
- Div. Rückbaukosten → Gebäude (A) / B / C / Personalhaus

#### ***Neubau an neuem Standort***

- Prov. ZSVA
- Neubaukosten Spital (SKP 1 – 5) / GOPS
- Neubaukosten Personalhaus
- Div. Rückbaukosten → Gebäude (A) / B / C / D / Personalhaus / Prov. ZSVA

## **Zusammenfassung**

**Sanierungs- und Neubauszenarien** (Neues Bettenhaus und Gebäude / Neubau Spital mit Erhalt und Einbezug des Gebäudes D / Neubau Spital ohne Erhalt des Gebäudes D / Neubau an neuem Standort): Falls das Gebäude A (alle vier Szenarien) wie auch die anderen Gebäude mit dem Land (Szena-

rio Neubau an neuem Standort) verkauft werden können, entfallen eventuell die entsprechenden Kosten für den Rückbau.

Kosten für das Parkhaus, Alterszentrum, GOPS, Heli-Landeplatz sind in den Szenarien Neues Bettenhaus und Gebäude / Neubau Spital mit Erhalt und Einbezug des Gebäudes D / Neubau Spital ohne Erhalt des Gebäudes D / Neubau an neuem Standort nicht berücksichtigt. Des Weiteren sind bei den Sanierungsszenarien die Erdbebentauglichkeit und weitere Spezialsanierungsmassnahmen (z.B. Nachhaltigkeit) nicht berücksichtigt.

Kostengenauigkeit lässt sich wie folgt beschreiben: In der jetzigen Phase wurde noch kein Planungsschritt nach SIA durchgeführt. Die angegebenen Kosten orientieren sich nach den ausgeführten und abgerechneten Projekten sowie an Benchmark Zahlen. Eine Kostengenauigkeit in % nach SIA kann deshalb nicht genannt werden.

# 7 Finanzierung / Finanzierungsmodelle

Die Finanzdirektion hat acht mögliche Finanzierungsvarianten ausgearbeitet und diese nach den Vor- und Nachteilen betrachtet. Mit der nachfolgenden Grafik werden die jeweiligen Varianten mit den entsprechenden Konditionen aufgezeigt und miteinander verglichen.

Nr.	Bezeichnung/Beschreibung			Vorteile	Nachteile
1	<b>Hypothekendarlehen</b>		(17.11.2010)		
	a) Festhypotheken	10 Jahre	(2.8%, UKB)	- keine Gebühren	- Belehnungsgrenze
		8 Jahre	(2.6%, UKB)	- intakter Markt	- bedingt Grundpfandsicherheit
		6 Jahre	(2.3%, UKB)	- gestaffelte Laufzeiten	
		4 Jahre	(1.95%, UKB)		
	b) variable Hypothek		(2.875%, UKB)		
2	<b>Investitionskredit von institutionellen Anlegern</b> (allenfalls mit Grundpfandsicherheit)			- keine Gebühren	- evtl. sind Grundpfand- oder andere
	a) Zins und Amortisation fest vereinbart	10 Jahre	(1.85%, UKB)	- Gestaltungsflexibilität	Sicherheiten nötig
	b) Zins dynamisch (Libor 12 Monate + Zuschlag) Amortisation festgelegt			- evtl. auch für PKU interessant	- Nachfrage unsicher
3	<b>Kassenobligationen</b>			- Privatplacierungen möglich	- Gebühren
	Emission über Bank (ohne Prospekt mittels Privatplacierungen)			- gestaffelte Laufzeiten	- mittelfristiges Fremdkapital
					- Nachfrage unsicher
	Laufzeit	10 Jahre	(1.9%, PF)		
		8 Jahre	(1.65%, UKB)		
	6 Jahre	(1.25%, UKB)			
	4 Jahre	(1.0%, UKB)			
4	<b>Anleiheobligation</b>			- langfristiges Fremdkapital	- Gebühren
	Emission über Bank (Zeichnung mittels Prospekt vorgegeben)			- dynamischer Zinssatz möglich	- Prospekt nötig
	a) Zinssatz fest	10 Jahre (2.25%), 15 Jahre (3.25%)			- Nachfrage unsicher
	b) Referenzzinssatz (Floating Rate-Anleihe)				
5	<b>Immobilienleasing</b>			- Laufzeit 10-30 Jahre möglich	- Abschlussgebühr
				- Möglichkeit auch Unterhaltskosten einzuschliessen	- Risikozuschlag
				- Kanton keinen steuerlichen Nutzen	
6	<b>Sondersteuer</b>			- Volk entscheidet	- Zweckbindung von Einnahmen
				- Flexibilität bezüglich Höhe und Dauer	- Steuerattraktivität leidet
				- verbreitet (u.a. GL, OW-> 0.15 Einheiten)	
7	<b>PPP-Modell</b>			- weniger Eigenmittel	- Einflussnahme begrenzt
				- Risikoveringerung	- "Neues" finanzierungs Modell
8	<b>Kombinationen der Varianten 1 - 7</b>				

Abbildung 36: Mögliche Finanzierungsformen

Quelle: FD

Nach der Überprüfung der acht möglichen Varianten sollen vorerst drei Varianten evaluiert werden. Die drei ausgewählten Varianten werden daraufhin detaillierter angeschaut, um daraus wiederum die beste Finanzierungsvariante für die Investitionskosten der Szenarien Neues Bettenhaus und Gebäude / Neubau Spital mit Erhalt und Einbezug des Gebäudes D / Neubau Spital ohne Erhalt des Gebäudes D / Neubau an neuem Standort auszuwählen. Im vorhergehenden Kapitel sind die Investitionskosten der jeweiligen Szenarien aufgezeigt worden.

Es sind fünf unterschiedliche Berechnungsformen (z.B. Annuität, Modellierung, Hypothek usw.) zugrundegelegt worden, um zu überprüfen, mit welchem jährlichen Finanzierungsaufwand (Zins + Amortisation) zu rechnen ist. Dabei sind verschiedene Parameter angenommen worden. Bei einem Investitionsvolumen von CHF 100 Mio. wurden Zeiträume zwischen 15 – 30 Jahren mit einem Zinsaufwand zwischen 2% - 4% angenommen. Bei den jeweiligen Berechnungsformen hat sich im jährlichen Durchschnitt ein Finanzierungsaufwand in der Bandbreite von ca. CHF 5 – 5.5 Mio. / pa. ergeben.

# 8 Standort – Untersuchung

Im Szenario Neubau an neuem Standort ist ein neuer Standort für das KSU untersucht worden. Ein Anforderungskatalog für einen neuen Standort wurde seitens PGMM erarbeitet, wobei dieser aus vier Hauptkriterien besteht:

1. **Politische Akzeptanz:** Die Akzeptanz in der Bevölkerung ist ein wichtiger Bestandteil bei der Standortsuche.
2. **Lage (Makro / Mikro):** Nachfolgende Punkte sind zu beachten.
  - Erschliessung: Beachtung von Strassenanbindungen (verkehrsberuhigte Quartierstrassen meiden). Keine direkte Anbindung an Kantonsstrasse, jedoch in der unmittelbaren Nähe. Autobahnanbindung in nächster Nähe
  - ÖV Anbindung: Entfernung zu den ÖV Haltestellen (Bus- und Bahnanbindungen) und die ÖV Frequenzen beurteilen. Bushaltestelle in direkter Nähe zum Spital mit einer Frequenz von ca. 10 - 15 Min.-Takt. Bahnhof in wenigen Gehminuten gut erreichbar
  - Zugänglichkeit / Anfahbarkeit: Sehr gute Zugänglichkeit des Geländes für die Rettungsfahrzeuge und den Wirtschaftsverkehr, sowie für die Patienten, Besucher und Mitarbeiter
  - Nahversorgung / Zentralität: In nächster Distanz zum Zentrum (1 – 2 Bushaltestellendistanz) mit Einkaufsmöglichkeiten und Dienstleistungsangeboten
  - Parkplatzflächen: Einplanung von Parkmöglichkeiten für die Patienten, Besucher und Mitarbeiter mit ca. 240<sup>10</sup> Parkflächen (abhängig von der Standortwahl), sowie Veloabstellplätze ca. 50 – 80
  - Beachtung: Beim Bau eines Alterszentrums sind zusätzliche Park- und Veloabstellplätze von ca. 25 – 50% notwendig
  - Gesundheit: Ruhige Lage mit wenig Lärmbelastung (Strassen- und Bahnverkehr, Gewerbe- und Industriegebiet vermeiden), ebenfalls die Strahlungsbelastung (Antennen) berücksichtigen
3. **Grundstück:**
  - Grundstückszuschnitt: Möglichst rechteckig. Betrachtung der topographischen Gegebenheiten des Bodens, Bodenbeschaffenheit (Grundwasser, Quellen). Ausreichend Platz für den Baukörper, seine Erschliessung und mögliche Erweiterungsmöglichkeiten einplanen
  - Grundstücksgrösse: Bandbreite von ca. 20'000 m<sup>2</sup> – 25'000 m<sup>2</sup>. Einplanung von Landreserven für mögliche Erweiterungs- und Nutzungsanpassungen. Grundfläche für Spital ca. 3'000 – 3'500 m<sup>2</sup>
  - Beachtung: Einplanung eines Alterszentrum, Bedarf gesamthaft ca. 25'000 – 30'000 m<sup>2</sup>

---

<sup>10</sup> Angaben Sitzung Spital 11.02.2011

- Umfeldstruktur: Betrachtung der Nachbarschaft in der unmittelbaren Umgebung, hierbei auch den Heli-Landeplatz (Stromleitungen, Antennen, Felswand) einbeziehen. Keine lärmempfindliche Nachbarschaft beim möglichen Flugverkehr. Einsprachen seitens des Umfeldes sind möglich
- Sicherheit: Objekt- und personenbezogene Sicherheitsvorkehrungen. Sicherheitsaspekte der Umgebung
- Ver- und Entsorgung: Gewährleistung der Zufahrtswege für eine gute Ver- und Entsorgung (Warenannahme, Küche, Wäscherei, Lagerhaltung, Werkhof) des Spitals

#### 4. Bauliche Situation:

- Erschliessung: Verkehrsplanung und -konzept in die Bewertung mit einbeziehen
- Bauzone: Bauzone des Grundstückes und der Umgebung (Gewerbe- und Industriegebiet meiden). Naturschutzauflagen für das Grundstück und die Umgebung anschauen
- Umzonung. Eine mögliche Umzonung ist voraussichtlich notwendig. Gewisser Zeitraum für ein Umzonungsverfahren erforderlich
- Altlasten: Überprüfung einer Belastung des Baugrundes berücksichtigen, bei einer Kontamination des Bodens sind hohe Kosten für die Reinigung und die Beseitigung zu erwarten

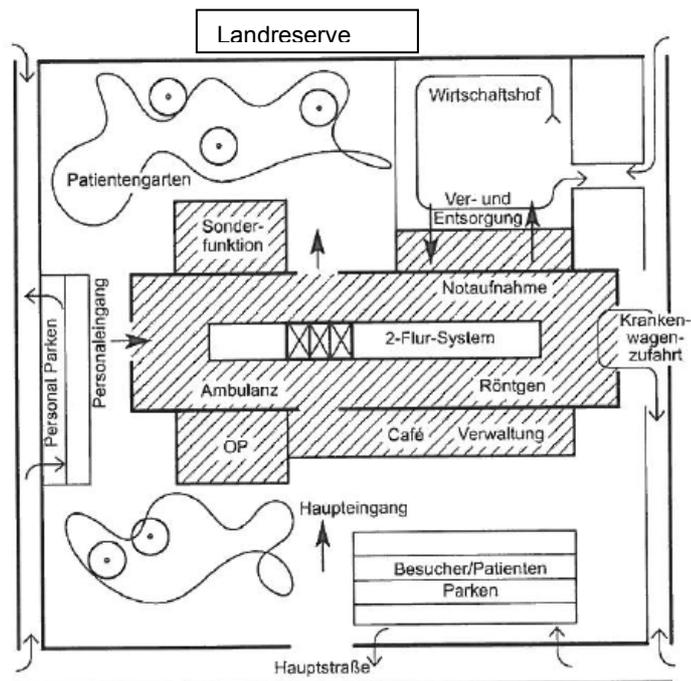


Abbildung 37: Beispiel für ein mögliches Grundstück und dessen Zufahrtswege

Quelle: Bauentwurfslehre, E. Neufert

Die Abklärungen seitens Raumplanung Kanton Uri zum "Standort Bahnhof Aldorf" haben folgendes Resultat ergeben:

„Grundsätzlich kann ich mir ein Neues Spital im ESP UT vorstellen. Gewisse Kriterien sind gut erfüllbar, gewisse Kriterien wie wenig Lärmbelastung (Strassen- und Bahnverkehr) sind erschwert einzu-

halten und brauchen sicher entsprechende bauliche Massnahmen. Insgesamt erscheint mir die Angelegenheit jedoch prüfenswert, und zwar sowohl für den möglichen Standort Neues Spital als auch für Potentialabklärungen möglicher Nutzer im ESP UT.“<sup>11</sup>

Eine weitere Abklärung von der Raumplanung hat ergeben, dass „derzeit kein konkreter Standort für ein neues Spital im Kanton Uri genannt werden kann. Es liegt aber auf der Hand, dass der bestehende Standort des Spitals und das nahe Umfeld des Bahnhofs Altdorf (bestehende Baulandreserven des Kantons) im Rahmen einer fundierten Standortklärung für einen KSU zu prüfen wären.

Kritisch zu erachten ist ein Standort auf der grünen Wiese, welcher eine Neueinzonung von Bauland zur Folge hätte.“<sup>12</sup>

**Ausblick:** Für die Weiterführung dieser Option ist eine Machbarkeitsstudie zu erstellen.

---

<sup>11</sup> Email vom Herrn Arnold an PGMM am 03. Dezember 2010

<sup>12</sup> Email vom Herrn Huwyler an Herrn Arnold am 17. Dezember 2010

# 9 Fazit / Empfehlung PGMM

Demographische Entwicklung, Wettbewerb, Prozessoptimierung und Personal sind zusammengefasst die wichtigsten Treiber in der Betrachtung der strategisch-baulichen Gesamtplanung KSU. Herausforderungen sind: „Sanierungsstau“ und die neue Spitalfinanzierung. Derzeit ist die Refinanzierung unter DRG ungeklärt.

## Fazit: allgemein

- **Demographische Entwicklung:** Wohnbevölkerung in Kanton Uri ist stabil, eher Trend zum Wachstum. Die demographische Entwicklung setzt sich in Richtung „Überalterung der Bevölkerung“ fort.
- **Wettbewerb:** Wandel im Gesundheitswesen, neue Spitalfinanzierung / SwissDRG, Kostendruck. Preisfindung, infrastrukturelles Prozessmanagement, straffes Personalmanagement, Dienstleistung und Kundenorientierung. Die Spitäler als medizinische Versorger werden Dienstleistungsbetriebe für die Patienten (Kunden).
- **Prozessoptimierung:** Die Analyse weist auf Verbesserungspotenzial in der ambulanten Sprechstunde, in der Notfallstation, der OP-Infrastruktur und im Bereich der Gynäkologie hin.
- **Personalmanagement:** Abwanderung, Imageschaden, Probleme bei Rekrutierungen. Durch Optimierung der Prozessabläufe im Neubau ist ein Einsparpotenzial bei den Personalkosten von ca. 3.5% möglich.

## Fazit: Szenarien

Die drei bestmöglichen Szenarien mit Hinblick auf die zeitlichen, betrieblichen und finanziellen Aspekte sind:

- **Sanierungsszenario - Sanierung kombiniert mit Neubau Bettenhaus:**

Beim Sanierungsszenario treten die geringeren Investitionskosten und die damit verbundene geringe Belastung des kantonalen Haushaltsbudgets in den Vordergrund. Sie lassen das Sanierungsszenario aus finanzieller und politischer Sicht attraktiv erscheinen.

- **Vorteil:** auf kurze Sicht - günstiger als die Neubauszenarien
- **Nachteile:** zu erwartende langfristigen Belastungen während der Sanierung, Image- und Attraktivitätsverlust, Abwanderung von vorwiegend zusatzversicherten Patienten, Ertragsverluste. Abwanderung von KSU-Personal. Die Gebäude entsprechen nur teilweise den heutigen Standards. Anpassung an aktuelle medizinische Entwicklungen. Die Grundbausubstanz ist veraltet, effiziente Prozessgestaltungen im gesamten Spital kaum durchführbar. Logistische Herausforderungen während der Bauphasen im laufenden Betrieb sind schwer zu quantifizieren.

- **Neubau Gesamtspital am jetzigen Standort**

Mit festgestelltem Sanierungsstau der Gebäude entsteht eine optimale Situation für die zukünftige bauliche Neuorientierung des KSU. Das heutige Spital kann und soll bis ans Lebensende weitergeführt werden. Restwerte von Gebäude und technischen Anlagen können ohne wesentliche Wertverluste abgeschrieben werden.

- **Vorteile:** niedrigere Betriebskosten, effiziente Prozessabläufe, Personal kann patientengerecht eingesetzt werden. Das neuwertige und an die zukünftigen technischen Standards angepasste Spitalgebäude, spart in einigen Bereichen Personal ein. Der Spitalneubau läuft störungsarm. Signifikante Attraktivitätsverluste für den laufenden Betrieb bleiben aus. Für das KSU entsteht kein finanzieller Ertragsverlust. Der Dienstleistungsbetrieb wird ohne Einschränkung fortgeführt. Am Stichtag zieht der gesamte Spitalbetrieb ins neue Spital um. Die Attraktivität für Patienten steigt und zieht Patienten aus den umliegenden Kantonen an. Erträge für das KSU werden generiert.
  - **Nachteile:** höhere Investitionskosten, erschwerte politische Akzeptanz, höhere kantonale Budgetbelastung, die Amortisation durch Einsparungen braucht Zeit.
- **Neubau Gesamspital an einem neuen Standort**

Für das Szenario „Neubau an neuem Standort“ spricht das günstig zu erwerbende Land nahe dem Bahnhof Altdorf. Risiken (Hochspannungsleitung eventuelle Altlasten, Emissionen, 20-jährige Bausituation, Lärmbelastung) benötigen eine Machbarkeitsstudie.

## **Empfehlung**

Eine gezielte baulich-strategische Planung kann die Anforderungen an demographischer Entwicklung, Wettbewerb, Prozessoptimierung und Personalmanagement erfüllen. Das Neubauszenario „Neubau Spital am bestehenden Standort“ wird von uns - unter den genannten Anforderungen - als optimale, nachhaltige Lösung für Patienten (Kunden), Mitarbeitende, Einwohner des Kantons Uri und Kanton (allgemein als Träger) empfohlen.

# 10 Anhang

## 10.1 Grobsollraumprogramm

Stationen	Einheiten	m2 Einheit zuz. inkl. Gänge	Bett-/Station Arbeitsplätze Kojen	Anzahl Stationen
<b>Haupteingang</b>	6	65	6	1
...:Patientenadministration	4	68	4	
...:Empfang	2		2	
...:Cafeteria		rev		
...:Kiosk		rev		
...:Reserven				
<b>Pflegestation inkl. IMC</b>	11	3470	39	4
...:IMC	6	270	6	1
...:Pflegestationen	5	3200	33	3
<b>Notfall</b>	6	225	7	1
...:Notfallkorridor	-	rev	1	
...:Notfallkategorie	6	225	6	
...:Röntgen		im Rö	-	
<b>Rettungsdienst</b>		164	2	
...:Rettungsdienst Büro		20	2	
...:Rettungsdienst Garage, Halle		144		
<b>Radiologie</b>	4	275	5	1
...:CT	1	48	1	
...:Röntgen	2	230	1	
...:Ultraschall	1	Endosk.	-	
...:Befundung		rev	1	
...:Mammographie		rev	1	
...:Reserve Platz für MRI		rev	1	

Ärzte Büros inkl Bereichs sekretariate	5	815	40	1
.Ärzte Chirurgie		260	11	
.Ärzte Medizin		285	16	
.Ärzte Anästhesie		80	4	
.Beleg-/Konsiliararzt		neu	3	
.Zentrales Sekretariat inkl. Archive	5	190	6	
<b>Ambulatorien (med. Diagnostik) inkl. Büros</b>		<b>239</b>	<b>4</b>	<b>1</b>
.Endoskopie		120	1	
.Ultraschall		17	1	
.Lungenfunktion, EKG		102	1	
.Kardiologie		neu	1	
<b>Spezial Bereiche</b>		<b>196</b>	<b>3</b>	
.Onkologie		37	2	
.Urologie		27	1	
.Dialyse	?	132	?	
<b>Gynäkologie, Geburtshilfe</b>	<b>2</b>	<b>300</b>	<b>10</b>	<b>1</b>
.Ärzte Gyn./Geburtshilfe		200	8	
.Gebärsaal	2	100	2	
<b>Physiotherapie</b>	<b>1</b>	<b>675</b>		<b>1</b>
<b>Aktivierungstherapie</b>	<b>1</b>	<b>125</b>		<b>1</b>
<b>Operations trakt</b>	<b>11</b>	<b>930</b>	<b>14</b>	<b>1</b>
.Operationssaal	4	743	3	
.Arbeitsplatz Anästhesie im OP		55		
.AWR/TK	6	85	11	
<b>ZSVA</b>	<b>1</b>	<b>47</b>		<b>1</b>
<b>Tagesklinik</b>	im AWR	im AWR		
<b>Praxis (Gemeinschaftspraxis)</b>		neu		<b>3</b>
<b>Verwaltung</b>	<b>3</b>	<b>564</b>	<b>31</b>	<b>1</b>
.Rechnungswesen, Personal, Ökonomie ie. GM, Direktion, Pflegedienst		251	18	
.Beratung (Ernährung, Diabetes, Stoma, Sozialdienst)		80	9	
.Informatik		83	4	
.Sitzungsimmer	3	150	IST 112/SOLL 180	3
.Reserven				

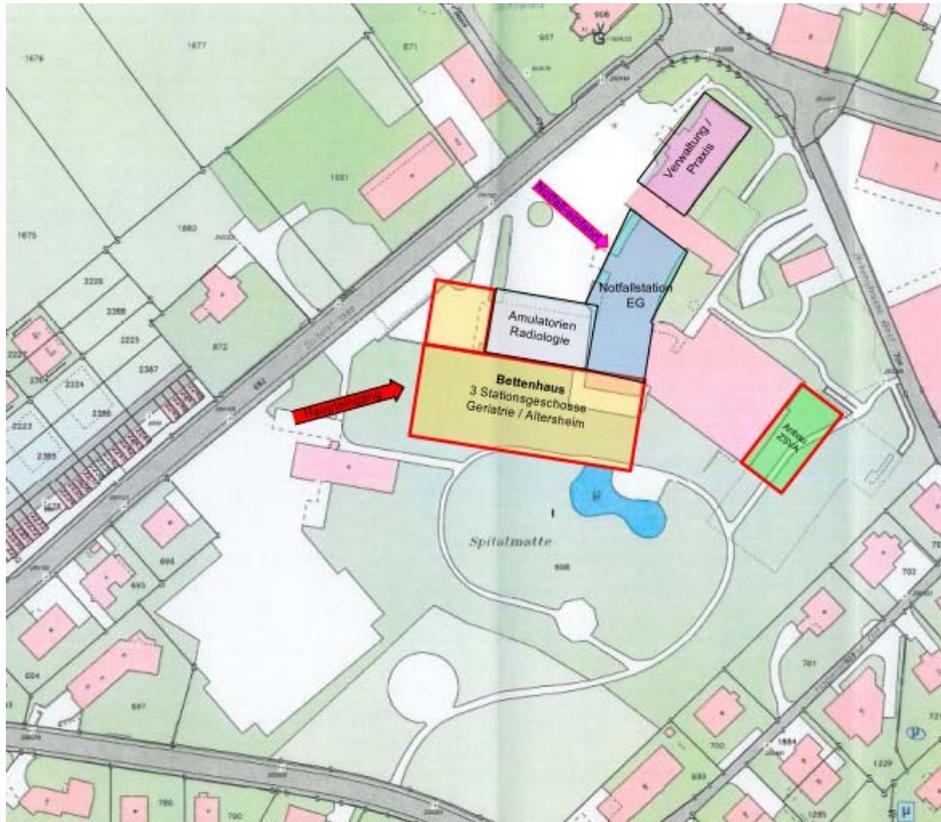
Seelsorge		450		
<i>Kirche</i>		200		
<i>Raum der Stille</i>		neu		
<i>Bestattung</i>		250		
<i>Büro</i>		14	2	
Apothek e		90	3	1
Labor		170	2	1
Zentrallager	1	570		1
Technische Dienst		1520		
Garderoben	460	65		
Rehabilitation		neu	12	
Küche	1	480		1
<i>m it Alterszentrum</i>				
Personalrestaurant/ Kiosk/ Cafeteria	150	215		1
<i>m it Alterszentrum</i>				
Wäscherei	1	350		1
<i>m it Alterszentrum</i>				
Geriatric	3	1'350	25	2
Alterszentrum (Option)		neu		7
<i>Wohnungen, Pflege</i>			50	6
<i>öffentliche Zone</i>				1
Personalhaus		1'550		
<i>m it Alterszentrum</i>				
Parkplätze / -haus		neu	erweiterbar	1
<i>m it Alterszentrum</i>				1
Helilandeplatz	1			1
GOPS	1	493		1

## 10.2 Alle Szenarien (strategische PL)

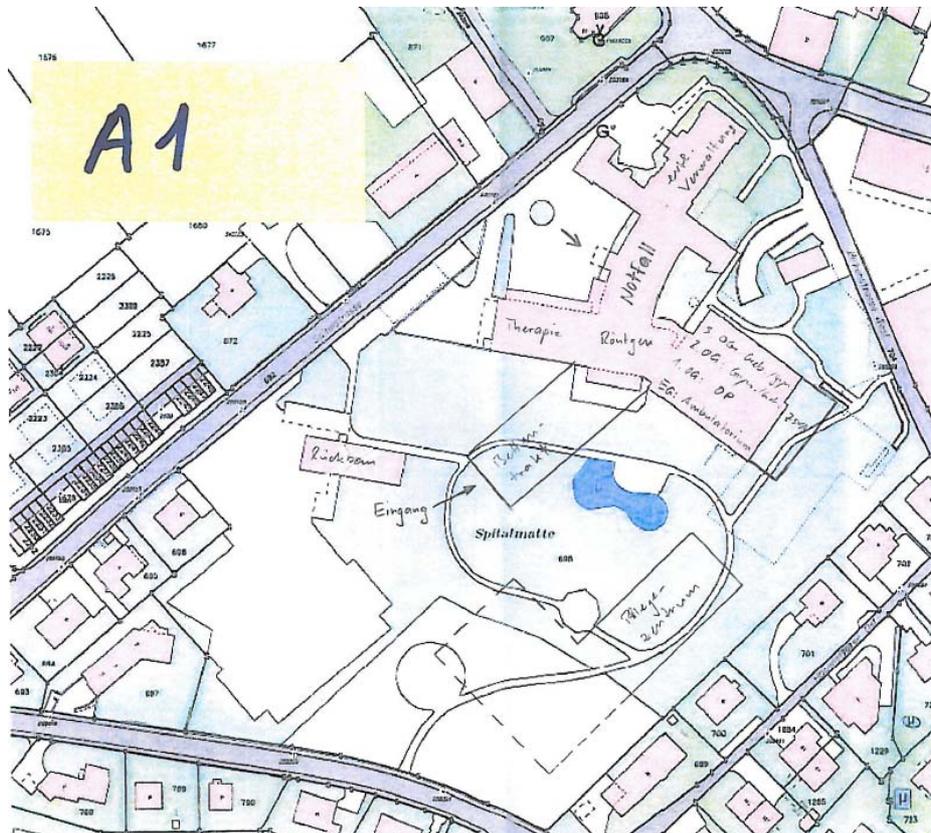
### IST-Zustand



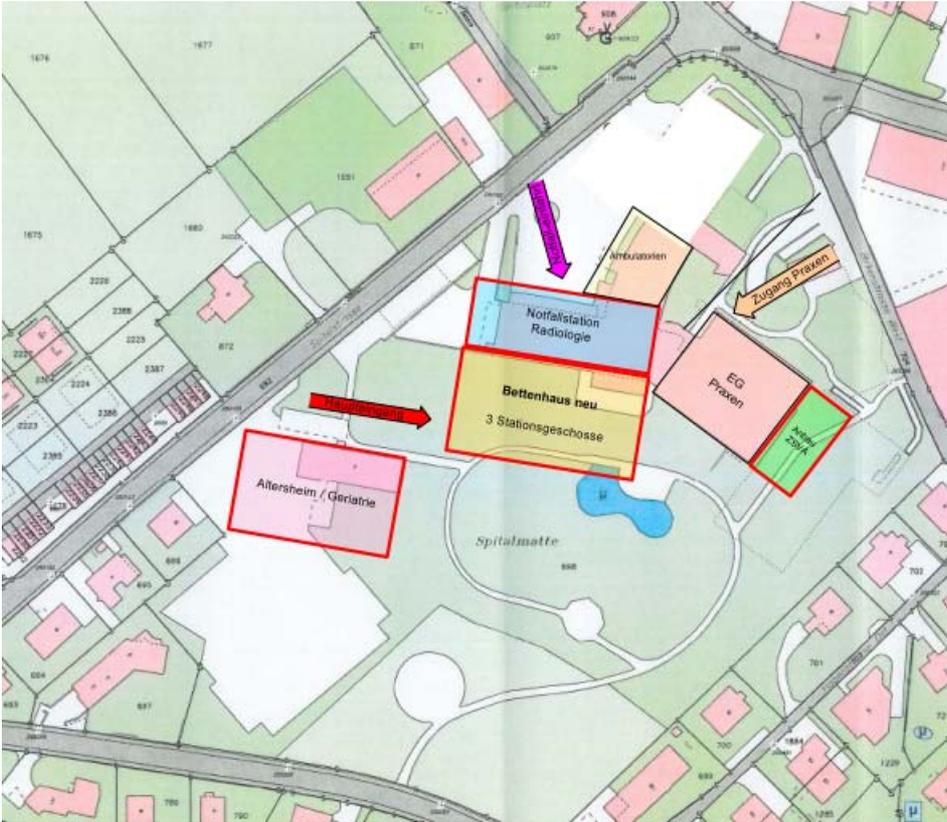
## Szenario A: Bettenhaus Turm



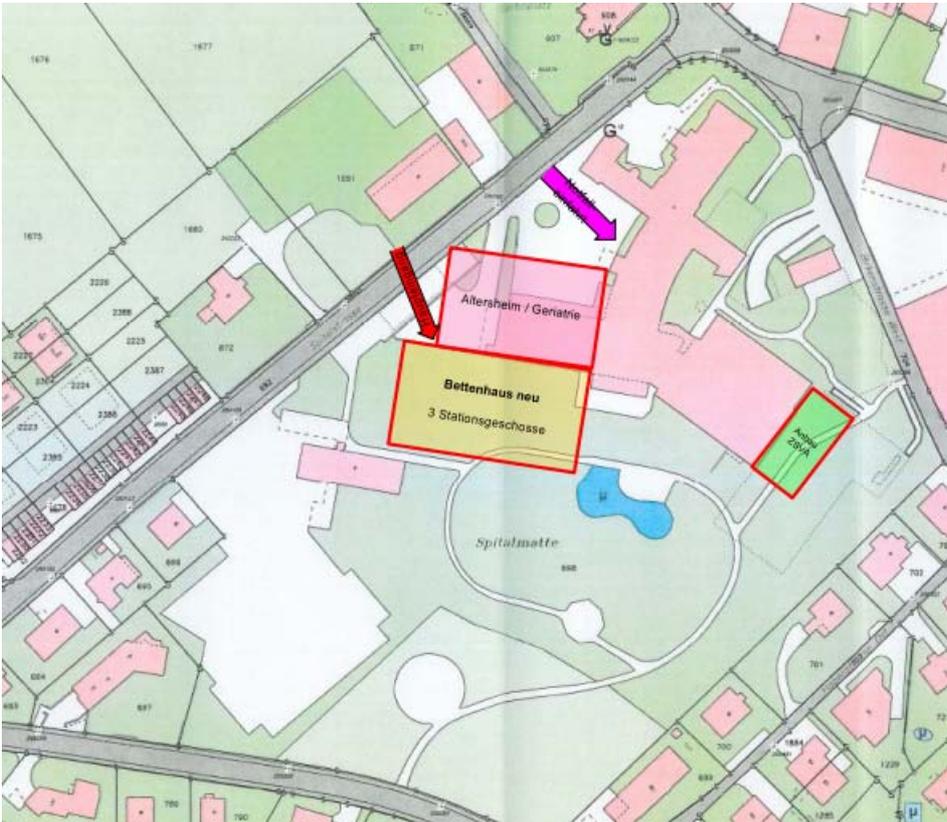
## Szenario A1: Bettenhaus ohne Turm



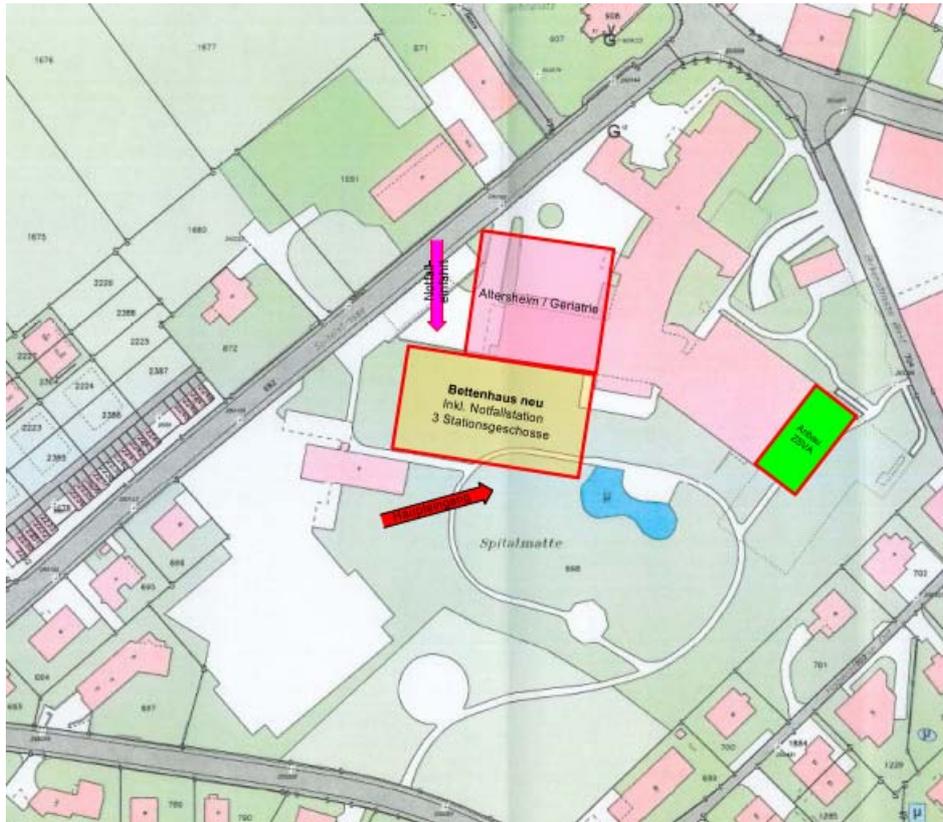
**Szenario B: Rückbau Haus A**



**Szenario C: Neubau Bettenhaus Süd**



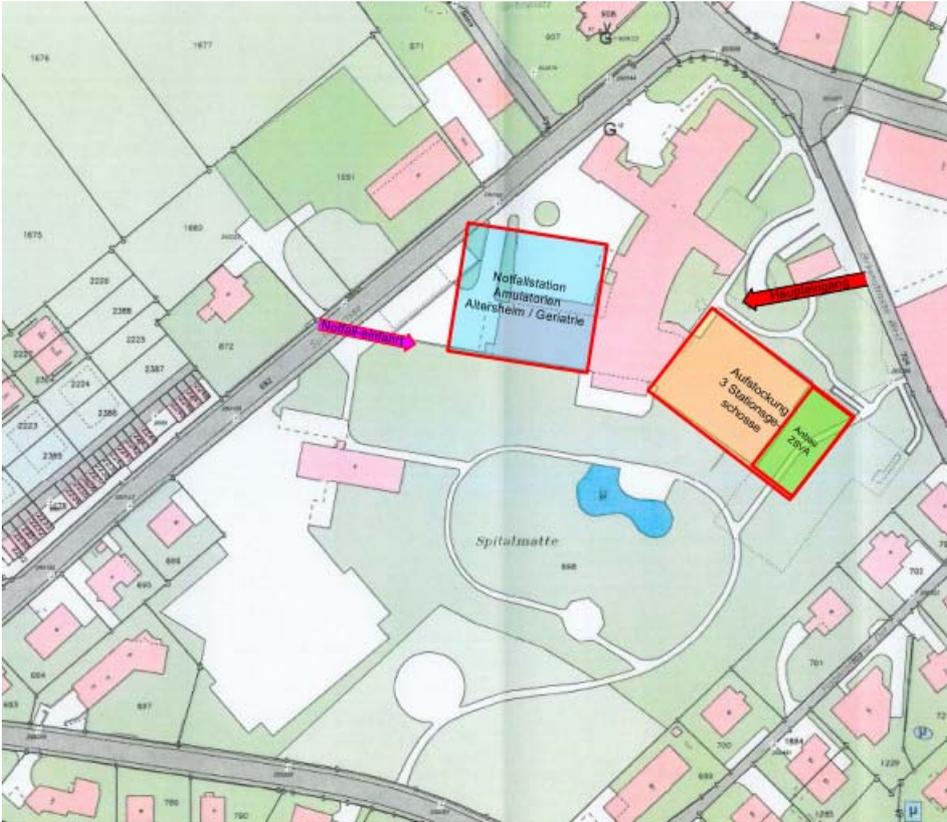
## Szenario D: Neubau Bettenhaus Süd PLUS



## Szenario E: Keine Neubauten



**Szenario F: Aufstockung Haus D**



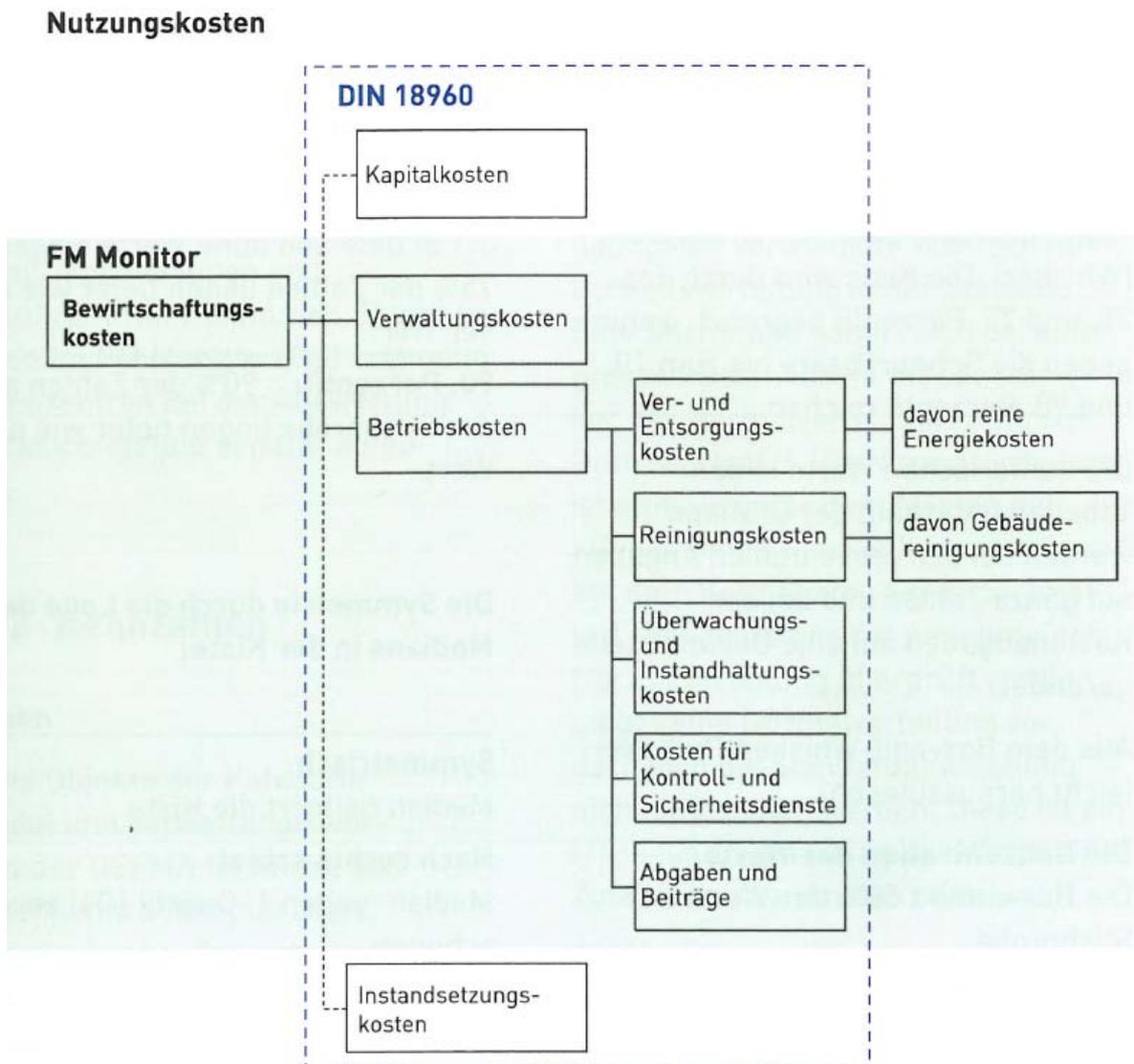
**Szenario G: Neubau gesamtes Spital**



Idee neuer Standort (Partnerschaft mit Schönheitsklinik und Hotel)



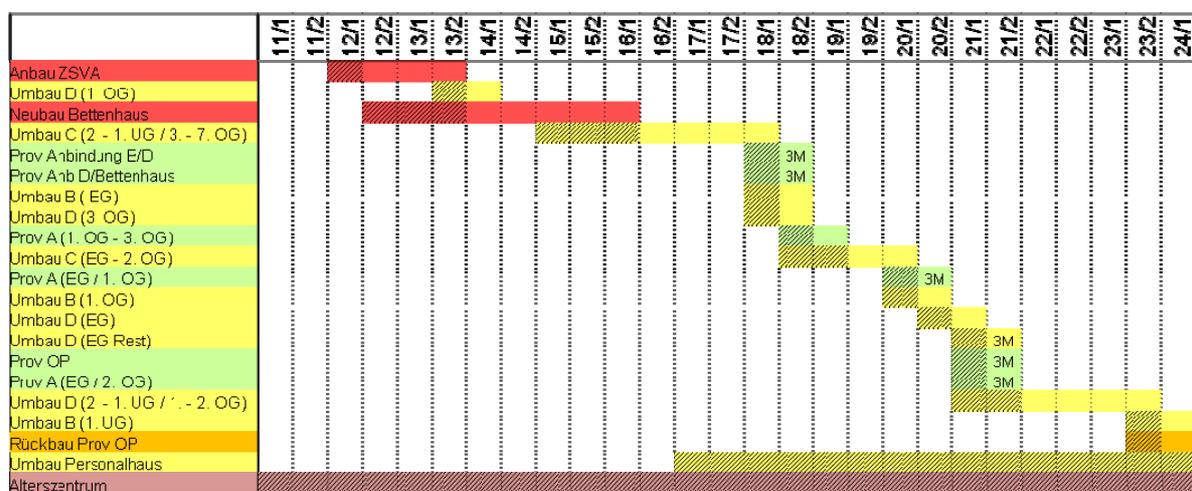
## 10.3 Betriebskosten nach DIN



# 10.4 Ausgewählte Szenarien (Zeitplan, LCC, Grobkosteneinschätzung)

## 10.4.1 Szenario A1 & E

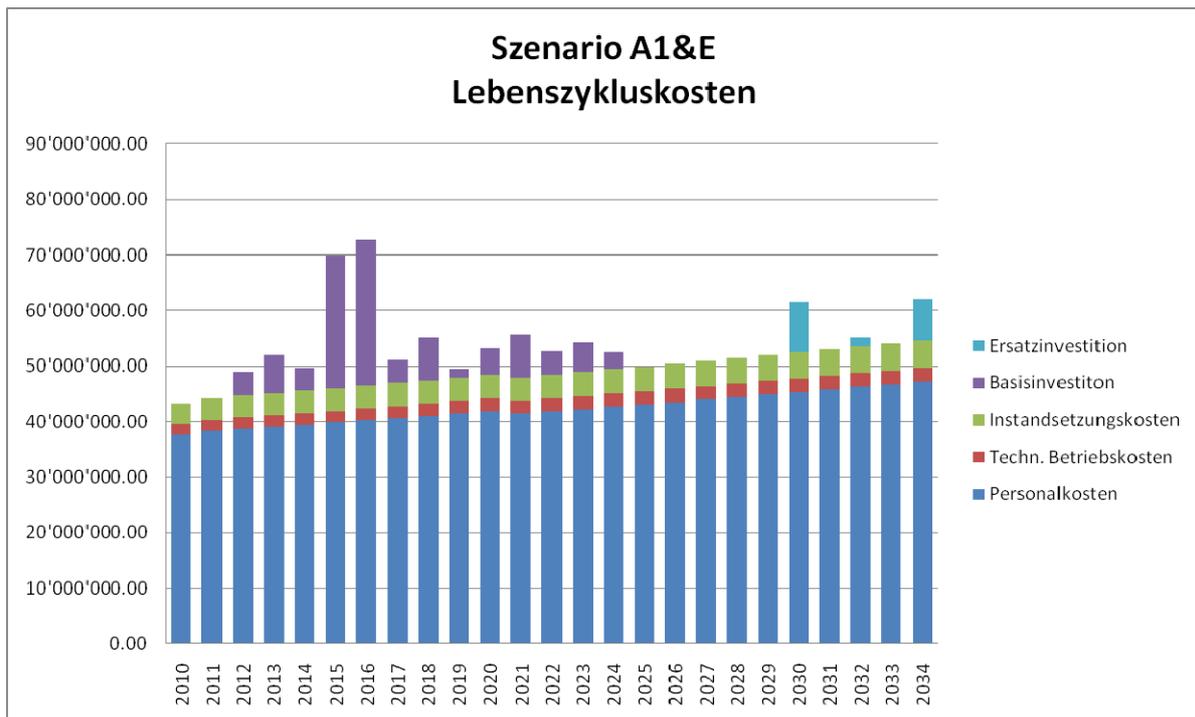
### Zeitplan



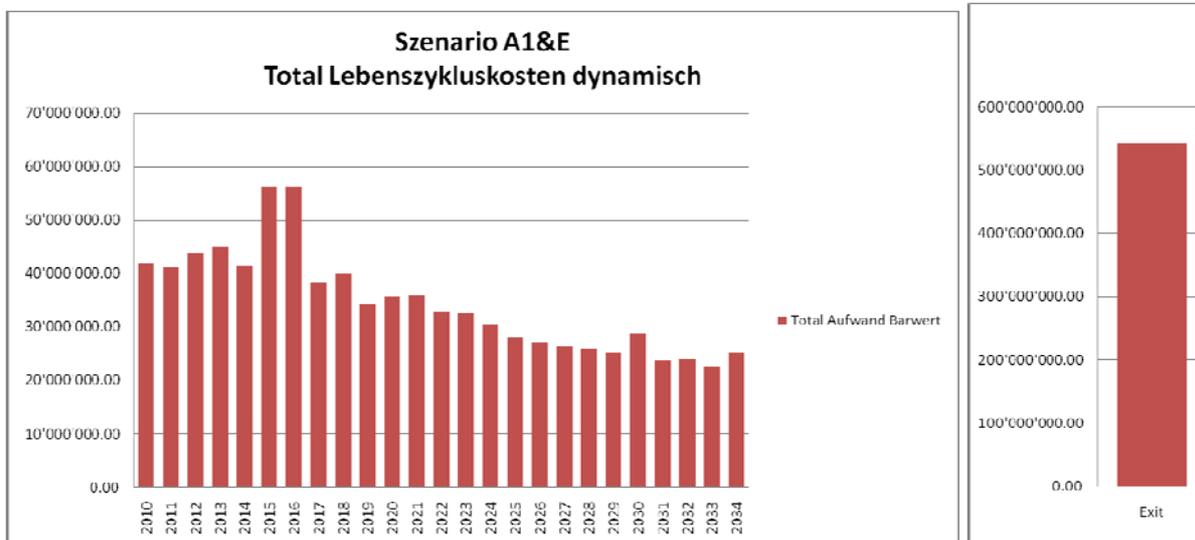
### Legende:

- A1 Neues Bettenhaus
- A1 & E Neues Bettenhaus und Gebäude
- E Etappierte Sanierung des gesamten Gebäudekomplexes
- G Neubau Spital mit Erhalt und Einbezug des Gebäudes D
- G+ Neubau Spital ohne Erhalt des Gebäudes D
- G++ Neubau an neuem Standort

## LCC mit Personal (statisch)



## LCC mit Personal (dynamisch)

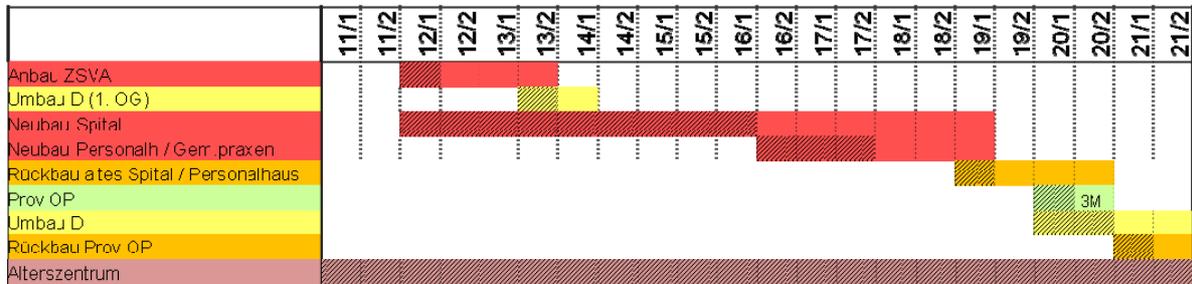


## Grobe Kostenschätzung (keine Teuerung eingerechnet)

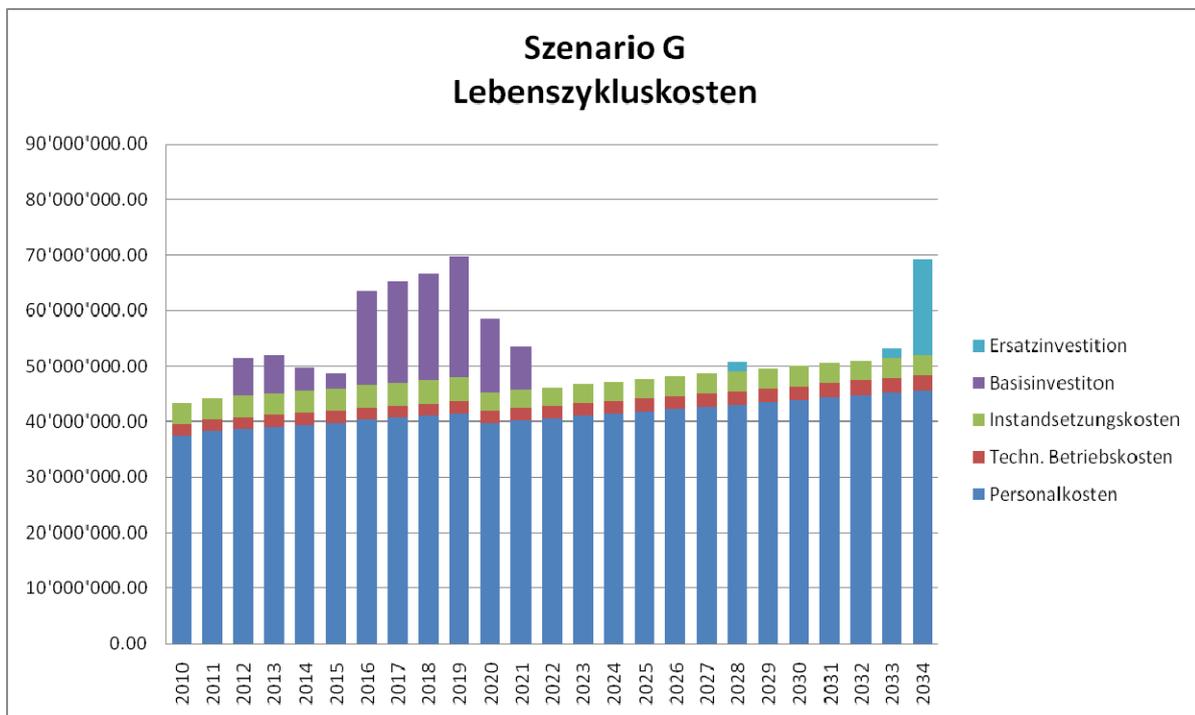
	Ausbau ZSWA	Haus D	Haus C	Neues Sellerhaus	Haus B	Haus A	Obj.Fhr. / Personalhaus
Schritt A	8'150'000						
Schritt B		1'400'000					
Schritt C				48'980'000			
Schritt D	220'000		8'460'000				
Schritt E		17'16'000			1'430'000		200'000
Schritt F						500'000	
Schritt G			4'180'000			250'000	
Schritt H					880'000		
Schritt I		2'442'000					
Schritt J		198'000					3'000'000
Schritt K		8'426'000				250'000	
Schritt L					1'430'000		1'846'000
							286'000
<b>CHF 90'000'000 - 110'000'000</b>							

## 10.4.2 Szenario G

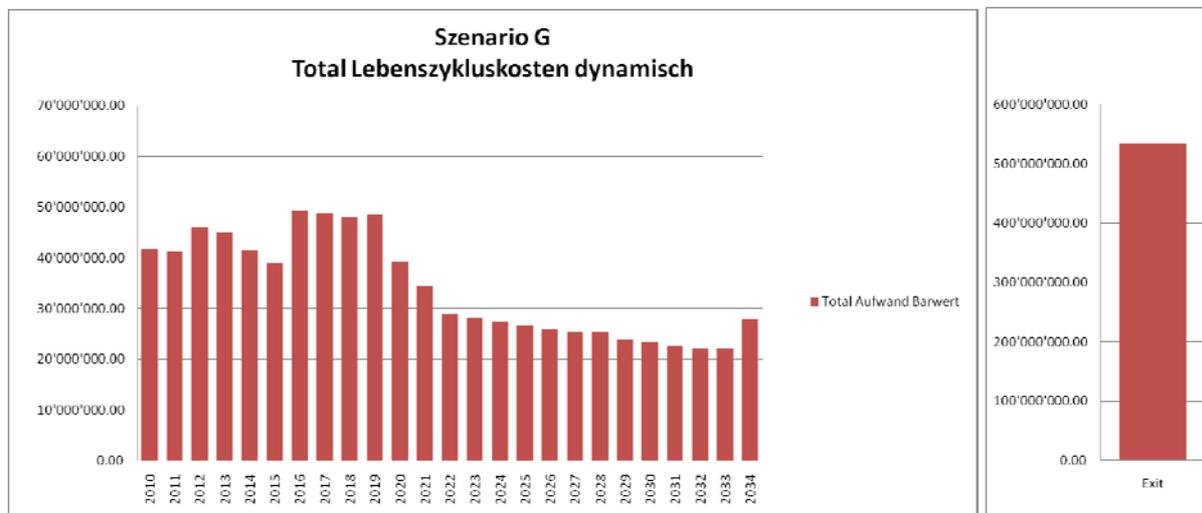
### Zeitplan



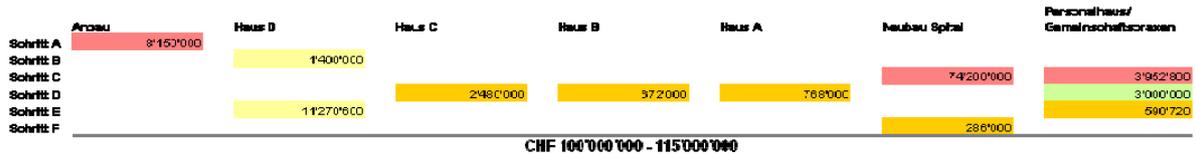
### LCC mit Personal



## LCC mit Personal (dynamisch)



## Grobe Kostenschätzung (keine Teuerung eingerechnet)

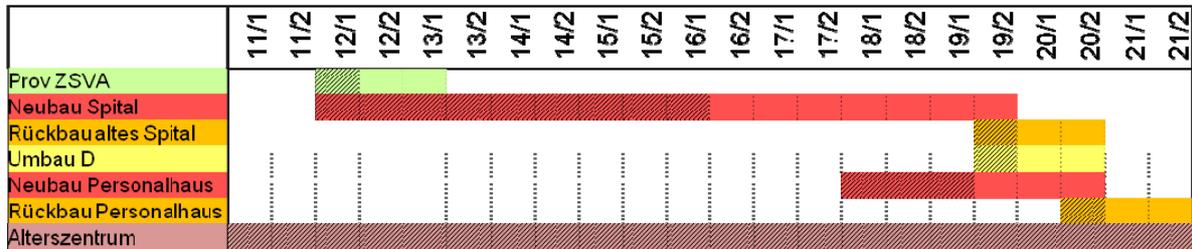


Legende:

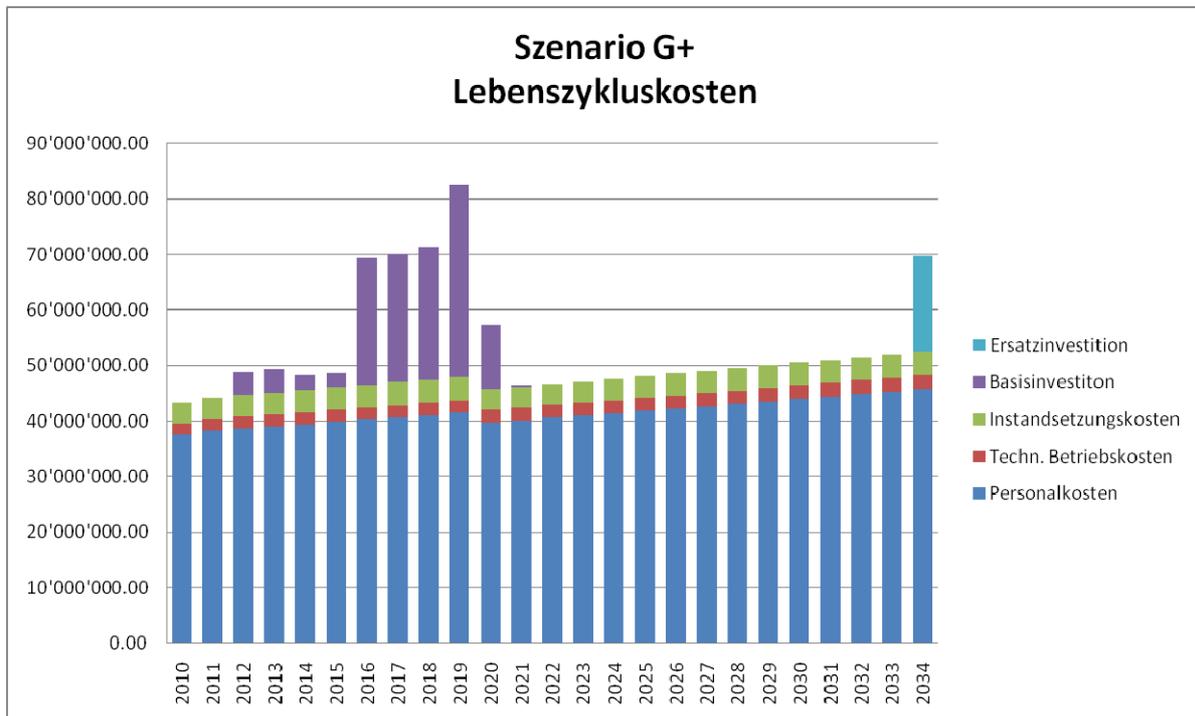
- A1 Neues Bettenhaus
- A1 & E Neues Bettenhaus und Gebäude
- E Etappierte Sanierung des gesamten Gebäudekomplexes
- G Neubau Spital mit Erhalt und Einbezug des Gebäudes D
- G+ Neubau Spital ohne Erhalt des Gebäudes D
- G++ Neubau an neuem Standort

### 10.4.3 Szenario G+

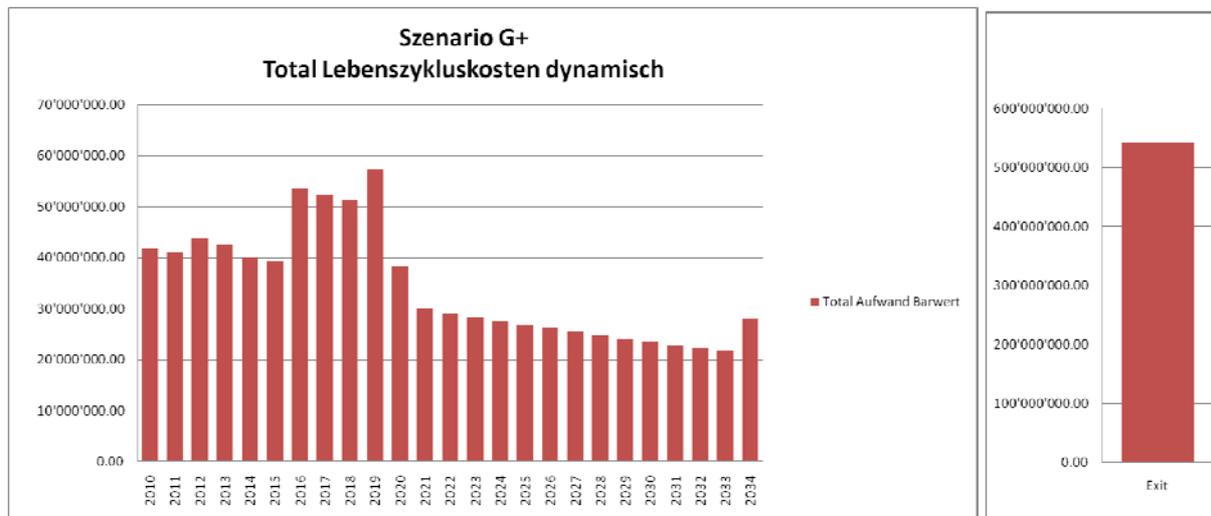
#### Zeitplan



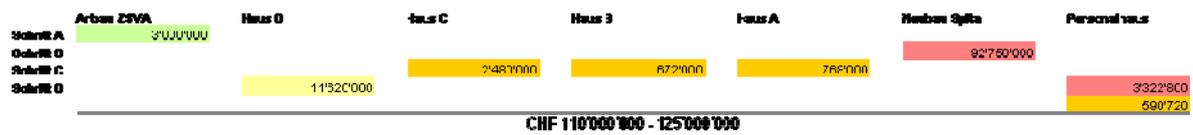
#### LCC mit Personal



## LCC mit Personal (dynamisch)



## Grobe Kostenschätzung (keine Teuerung eingerechnet)

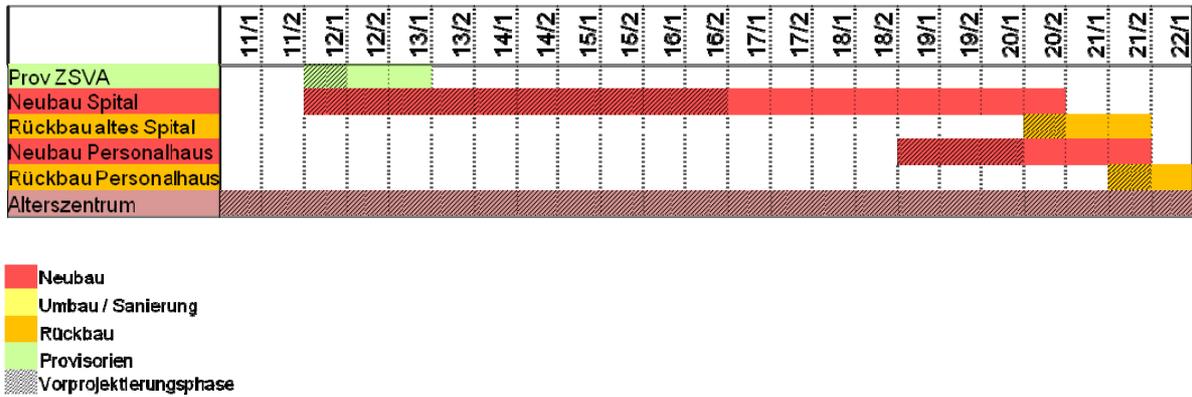


Legende:

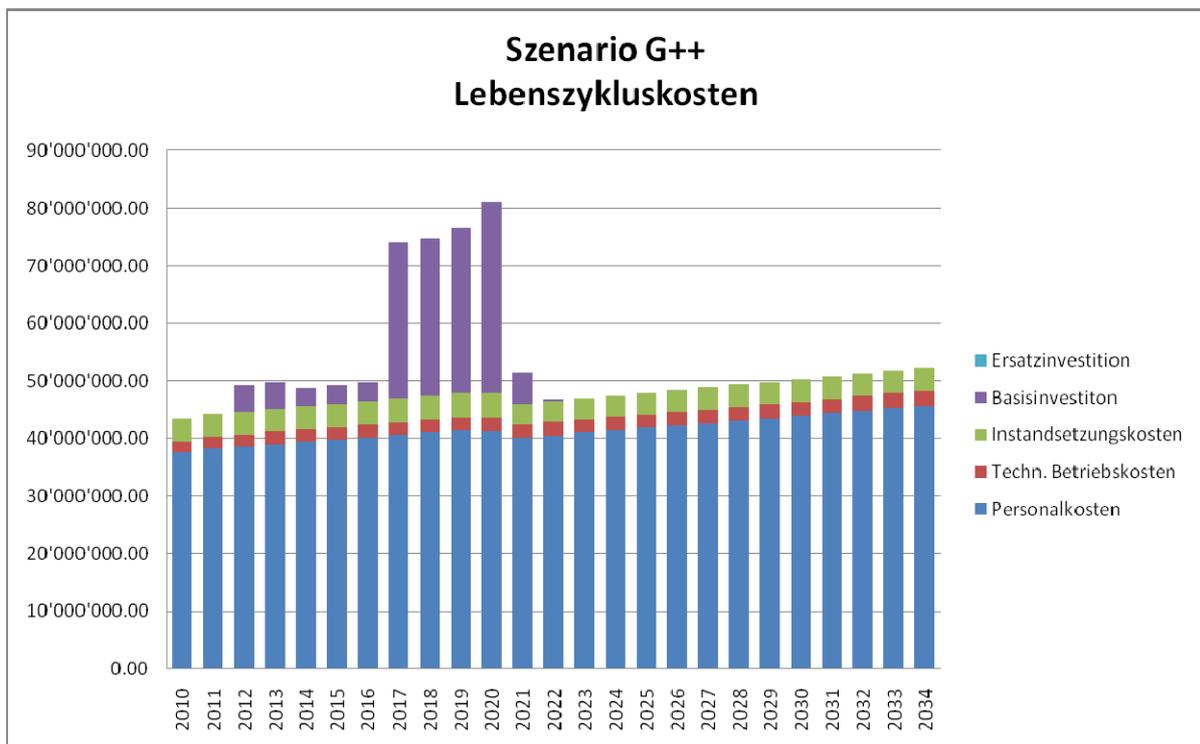
- A1 Neues Bettenhaus
- A1 & E Neues Bettenhaus und Gebäude
- E Etappierte Sanierung des gesamten Gebäudekomplexes
- G Neubau Spital mit Erhalt und Einbezug des Gebäudes D
- G+ Neubau Spital ohne Erhalt des Gebäudes D
- G++ Neubau an neuem Standort

## 10.4.4 Szenario G++

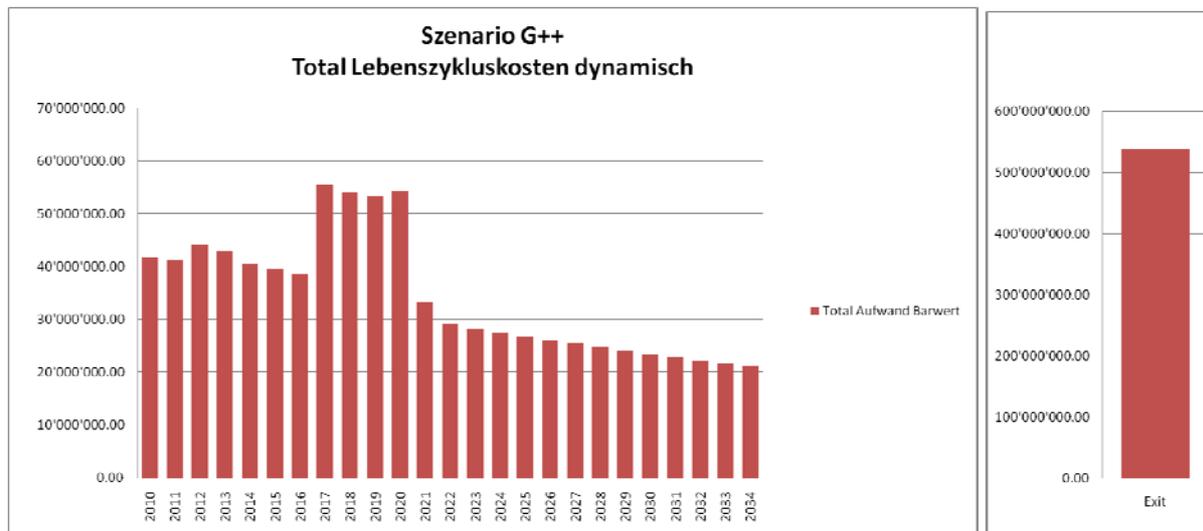
### Zeitplan



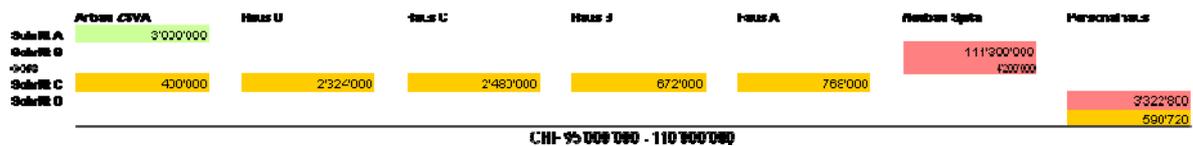
### LCC mit Personal



## LCC mit Personal (dynamisch)



## Grobe Kostenschätzung (Verkaufspreise eingerechnet, keine Teuerung eingerechnet)



Legende:

- A1 Neues Bettenhaus
- A1 & E Neues Bettenhaus und Gebäude
- E Etappierte Sanierung des gesamten Gebäudekomplexes
- G Neubau Spital mit Erhalt und Einbezug des Gebäudes D
- G+ Neubau Spital ohne Erhalt des Gebäudes D
- G++ Neubau an neuem Standort



## Businessplan Kantonsspital Uri 2011 – 2022

### Entscheidungsgrundlage zuhanden Bauplanung

<u>Inhalt</u>	<u>Seite</u>
1. Ausgangslage, Auftrag	2
2. Zielsetzung, Abgrenzung	2
3. Zusammenfassung der Strategie	3
3.1 Künftige Herausforderungen	3
3.2 Stärken/Schwächen und Chancen/Risiken	4
3.3 Unser Auftrag für die Zukunft (Vision, Mission)	5
3.4 Strategische Ziele	5
3.5 Besonderheiten Spitalstandort KSU	6
3.6 Erneuerung Infrastruktur, Bedeutung	6
4. Finanzplan, Verfahren	7
4.1 Varianten, Vergleiche	7
4.2 Möglichkeiten und Grenzen für den Businessplan (BP)	7
4.3 Rahmenbedingungen und Annahmen für die BP-Kalkulation	8
5. Finanzplanung, Resultate	9
5.1 Basiskalkulation, Übersicht	9
5.2 Darstellung der Kalkulationsvarianten	11
6. Zusammenfassende Schlussfolgerungen	14

- 
- Anhang 1: Basiskalkulation ohne Sanierung/Neubau 2012 – 2022
- Anhang 2: Umbau (Renovation + Umbau Bettentrakt) inkl. Frequenzrückgang 2017 – 2020
- Anhang 3: Neubau, Ertragszunahme und Einsparungen 2021-2022
- Anhang 4: Renovation + Neubau Bettentrakt (Frequenzrückgang 2017-2020), Ertragszunahme und Einsparungen 2021-2022
- Anhang 5: Überblick Preis- und Kostenentwicklung 2012-2022

## 1. Ausgangslage, Auftrag

Am 14. März 2011 wurde durch die strategische Projektleitung Bauplanung KSU der Planungsbericht von PGMM verabschiedet. Vorgegangen waren mehrmonatige Arbeiten unter Beteiligung der beauftragten Beratungsfirma, einer operativen und strategischen Projektleitung unter Mitwirkung der jeweils stufengerechten Entscheidungs- und Aufgabenträger (vgl. Schlussbericht PGMM). Resultat des Schlussberichtes war die Entwicklung von Szenarien für die Erneuerung der Spitalbauinfrastruktur. Der dabei mitberücksichtigte Aspekt einer Option Ergänzung zu den Neu- bzw. Umbauszenarien mit einem Neubau für ein Alterszentrum für die Region Altdorf wird im folgenden nicht berücksichtigt.

Damit bleiben für die Darlegung der Zusammenhänge zwischen Strategie, Bauplanungsvarianten und zugehörigen Businessplan-Kalkulationen, folgende 3 Szenarien

- Sanierung kombiniert mit Neubau Bettenhaus
- Neubau Gesamtspital am jetzigen Standort
- Neubau Gesamtspital an einem alternativen Standort

Konkret werden betriebliche Prognoserechnungen für die beiden Varianten Sanierung und Neubau ohne Berücksichtigung der Variante alternativer Standort erstellt, vgl. Varianten in Ziff. 4.1

Die strategische Projektleitung hat am 14. März 2011 den Planungsbericht PGMM verabschiedet, wobei gemäss Protokoll dieser Sitzung anzumerken ist, dass dabei keine gemeinsame Empfehlung der strategischen Projektleitung entstanden ist. Dagegen hat die strategische Projektleitung ihren Willen zum Ausdruck gebracht, dass der Bericht zum Postulat Kempf nicht nur den PGMM-Bericht, sondern auch die Zweitmeinung als Anhang enthält.

Diese Zweitbeurteilung lag im Mai 2011 vor und empfiehlt neben einer Reihe von Beurteilungen und Erläuterungen zum Bericht die Erstellung eines Businessplanes, der dazu dienen soll, die Entscheidungsbildung bei der Auswahl eines der Szenarien zu unterstützen. Das KSU hat den Auftrag erhalten eine entsprechende Planung zu erstellen.

## 2. Zielsetzung, Abgrenzung

Selbstverständlich ist es in der aktuellen Phase mit grundlegenden Neuordnungen im Bereich von Spitalplanung und Spitalfinanzierung wesentlich anspruchsvoller, einen Businessplan zu erstellen als in einer Zeitphase mit grösserer Kontinuität und entsprechend besseren Prognosemöglichkeiten. Vor diesem Hintergrund ist es wichtig, Zielsetzung und Abgrenzung der Möglichkeiten eines solchen Planes in der jetzigen Situation zu benennen.

Der Businessplan (BP) verfolgt folgende Ziele:

- Zusammenfassung der bestehenden Strategie des KSU in einer Form, welche auch für Externe die Anforderungen an den Erhalt des Spitalstandorts Uri hervorzuheben vermag.

- Aus der Optik des Spitals soll die geplante Entwicklung aufgezeigt werden (weiterführende Ergänzung der Strategie) und damit die Schnittstellen mit zugehörigen Informationen zur Bauplanung verdeutlicht werden.
- Klare Trennung zwischen BP und Baufragen.
- Grösstmögliche Vereinfachung der Kalkulationsgrundlagen, die den verschiedenen BP-Varianten zu Grunde gelegt werden. Dies ist angesichts der aktuellen Unwägbarkeiten unabdingbar.

Die zugehörige Gliederung/der Aufbau des BP wird aus dem Inhaltsverzeichnis auf der Titelseite ersichtlich.

Die durchgeführten Kalkulationen sind in den Anhängen enthalten (vgl. auch Kalkulationsvarianten Ziff. 4.3.3):

- Anhang 1: Basiskalkulation ohne Sanierung/Neubau 2012 – 2022 (Varianten a)
- Anhang 2 Umbau (Renovation + Umbau Bettentrakt) inkl. Frequenzrückgang 2017 – 2020 (Variante b)\*
- Anhang 3: Neubau, Ertragszunahme und Einsparungen 2021-2022 (Variante c)
- Anhang 4: Renovation + Neubau Bettentrakt (Frequenzrückgang 2017-2020), Ertragszunahme und Einsparungen 2021-2022 (Variante d)\*
- Anhang 5: Überblick Preis- und Kostenentwicklung 2012-2022 (alle Kalkulationsvarianten)

*\*) Aus Gründen der Übersichtlichkeit und besseren Vergleichbarkeit gehen alle Varianten von einem Bauabschluss im Jahr 2021 aus (geringe Abweichung zum zeitlichen Fahrplan der Renovationsvariante im Bericht PGMM), mit entsprechender Einordnung der Hauptumbauphase von 4 Jahren in die Periode 2017-2020.*

### **3. Zusammenfassung der Strategie**

Die Zusammenfassung erfolgte nach der Zielsetzung gemäss Ziffer 2 mit entsprechenden Schwerpunktbildungen und folgt im Wesentlichen dem Inhalt der KSU Strategie, Stand April 2009. Der Regierungsrat des Kantons Uri hat mit RRB Nr. 2009-742 R-630-18 vom 24. November 2009 die Strategie des Spitalrates und der Spitalleitung zur Kenntnis genommen, eine Beurteilung vorgenommen und das weitere Vorgehen dargelegt.

#### **3.1 Künftige Herausforderungen**

Hier geht es um die strategiebestimmenden Aspekte der allgemeinen Lage (Analyse des Umfeldes und der Spitalsituation).

1. Nicht kostendeckende Preise im Bereich Grundversicherung stationär sowie ambulant (Tarmed).

Es geht dabei um eine Entwicklung, die seit dem Jahr 2006 eingesetzt hat und sich auch nach 2012 mit Einführung der neuen Spitalfinanzierung mit gleichen oder ähnlichen Formen der Preisbildung fortsetzen wird.

2. Ein Teil der ungedeckten Kosten wird auch künftig über Strukturabgeltungen des Kantons kompensiert werden.

Für die Kompensation von nicht kostendeckenden Preisen bestehen folgende Möglichkeiten:

- Deckung durch kostenüberdeckende Leistungsbereiche (z.Bsp. Zusatzversicherte oder Dialyse).
- Kostensenkungen
- Strukturabgeltung (= regionalpolitischer Finanzierungsanteil) durch den Kanton

Auch bei optimal wirkenden Anstrengungen zu Kostenoptimierung wird die dritte Option vorläufig unverzichtbar bleiben.

3. Zunehmende Transparenz bei Qualitätsinformationen wird strategisch entscheidend

4. Kritische Grösse: Sie determiniert in vielen Bereichen die Möglichkeiten zur Kostenoptimierung, das heisst in der Priorisierung:

Wirtschaftlichkeitsorientierte Optimierung des Leistungsangebote kommt grundsätzlich nach Halten von höchstmöglichen Leistungsvolumen.

5. Kooperationen gewinnen an Bedeutung,

schwächen jedoch in vielen Fällen die Position von kleinen Spitälern (Abhängigkeiten).

6. Wenige aber entscheidende Wettbewerbsfaktoren werden künftig relevant:

- Hotellerie, Service und Infrastruktur
- Management von künstlichen Wettbewerbsfaktoren (zunehmende Macht der Versicherer verbunden mit Schaffung von künstlichem Wettbewerb); dies betrifft insbesondere das bestehende Verfahren zur Preisfindung, das dafür sorgt, dass ca. 70%-80% der Spitäler keine kostendeckende Preise erhalten können.
- Personalbeschaffung, Entwicklung und Erhaltung
- Schwerpunkt Attraktivität KSU für Kader- bzw. Kaderärzte

### **3.2 Stärken/Schwächen und Chancen/Risiken (auf das Umfeld bezogen)**

Die entsprechenden Analysen und Erkenntnisse sind in der Strategie des KSU dargelegt.

#### Stärken (KSU)

- Basis (Verankerung in der Bevölkerung)
- Bereiche mit guter Fitness
- Flexibilität, Anpassungs- und Veränderungsgeschwindigkeit (allerdings mit einschränkenden Faktoren)

### Schwächen (KSU)

- Kostenbeeinflussbarkeit
- Attraktivität für Kundschaft (hier spielt der Ausrüstungswettbewerb, neue Infrastruktur zusammen mit entsprechenden Anspruchshaltungen der Patienten eine zunehmend wichtige Rolle)
- Markt: Räumliche Grenzen
- PR und Marketing
- Träge Entscheidungsmechanismen

### Chancen (Umfeld)

- Kooperationen
- Chancennutzung am Markt
- Tourismusprojekt Andermatt: Erhöhung der Servicebevölkerung

### Risiken (Umfeld)

- Kritische Grösse
- Erosion Volumen
- Erosion Attraktivität für Kader / Ablösung Kaderärztinnen/-ärzte
- Unberechenbare „Partner“ (z. Bsp. Kooperationen)

## **3.3 Unser Auftrag für die Zukunft (Vision, Mission)**

- Wir bleiben langfristig ein eigenständiges Spital mit erweiterter Grundversorgung (Standortsicherung).
- Wir stärken unsere Position durch gezielte Stärkung des ambulanten Angebots sowie der geriatrischen Versorgung.
- Im Vergleich mit gleichgelagerten Spitälern zeichnen wir uns in allen wichtigen Belangen aus.

## **3.4. Strategische Ziele**

### a) Mindestgrösse sichern

- Bestehende Stärken halten und pflegen
- Marktanteile halten, womöglich ausbauen
- Kooperationen stärken, ausbauen

### b) Kosten optimieren;

unter Berücksichtigung der Akzeptanz von Politik, Bevölkerung und spitalinternen Entscheidungsträgern.

c) Angebotserweiterungen

Erweiterung des ambulanten Angebotes inklusiv Tagesklinik Ausbau und Weiterentwicklung Geriatrie

d) Nachhaltige Finanzierung

Umsetzung gemäss bestehendem Spitalfinanzierungsmodell.

Folgende strategische Ziele mit den bestehenden Umsetzungsmöglichkeiten sind zwingend gekoppelt an eine Erneuerung der Infrastruktur:

- Marktanteile halten stationär, besonderer Schwerpunkt die einträglichen Zusatzversicherten Patienten.
- Kosten optimieren: Zusammenhang zwischen Stationengrösse und Personaleinsatzoptimierung sowie prozessorientierte Gestaltung des ambulanten Bereichs mit zugehörigen (möglichst nahe gelegenen) diagnostischen Einrichtungen als zwei zentrale Beispiele.
- Ausbau ambulanter Bereich: Zusätzliche Raumressourcen zwingend.
- Spitalfinanzierung: neben fremdbestimmten Faktoren (z. Bsp. Investitionskostenzuschlag auf den Pauschalen) ist ein leistungsstarker stationärer Bereich ergänzt um Erhaltung der kostenüberdeckenden Leistungsbereiche essenziell zur (Mitfinanzierung) von Neubauten.

### **3.5 Besonderheiten Spitalstandort KSU**

Wesentliche Aspekte, welche die strategischen Ziele mitbestimmen haben, sind:

- Aufgrund der geografischen Lage ist eine akutstationäre Versorgungseinrichtung mit leistungsfähiger Notfallversorgung im Raum Altdorf unabdingbar.
- Die Verknappung von Ärzten in der Praxis trägt zur Stärkung des Spitalambulatoriums bei.
- Die volkswirtschaftlichen Wirkungen des Spitalstandortes spielen für den Kanton Uri eine wesentliche Rolle.
- Bedeutung der Verbundenheit zwischen Bevölkerung und „ihrem“ Spital.

### **3.6 Erneuerung der Infrastruktur, Bedeutung**

In Ergänzung in Ziffer 3.4 zusammenfassend folgende Punkte

- Entscheidender Faktor für Erhaltung des Volumens, Mindestgrösse
- Mitentscheidend im Hinblick auf Attraktivität für Kader
- Steigende Anspruchshaltung der Patienten (Fokus Zusatzversicherte)
- Ausbau der Rauminfrastruktur für ambulante Leistungen
- Prozessorientierung bei der Anordnung und Ausgestaltung der Räumlichkeiten

In den genannten Bereichen wird eine gewisse Benachteiligung des KSU vor dem Hintergrund der geplanten oder bereits umgesetzten „Aufrüstung“ in den umliegenden Spitälern bereits sichtbar. Besonders dringlich sind dabei für das KSU Raumressourcen für den ambulanten Bereich sowie Patientenzimmer für Zusatzversicherte.

## **4. Finanzplan, Verfahren**

### **4.1 Varianten, Vergleiche**

Die nachfolgenden Darlegungen und Kalkulationen zeigen, dass für den Zeitraum zwischen 2012 und 2022 mit den in Ziffer 4.2, 4.3 dargelegten Rahmenbedingungen eine Betriebsrechnungsplanung erstellt wird. Anschliessend werden die folgenden Varianten extrahiert und verglichen:

- a) Jahr 2012 mit neuer Spitalfinanzierung
- b) Jahr 2017 für Neubau
- c) Jahr 2017 für Sanierung mit Neubauteilen
- d) Jahr 2022 nach Fertigstellung des Baus für Neubau
- e) Jahr 2022 nach Fertigstellung des Baus für Sanierungsvariante

### **4.2 Möglichkeiten und Grenzen für den Businessplan (BP)**

Zur Zeit besteht eine grosse Zahl von nicht bestimmbareren Einflussfaktoren auf die künftige Geschäftstätigkeit des KSU. Beispiele:

- Die Auswirkungen der Reformen bei der neuen Spitalfinanzierung sind erst im Rahmen der Einschätzungen gemäss Budgetunterlagen 2012 prognostizierbar.
- Die Auswirkungen eines stärker kompetitiven Umfeldes sind schwer prognostizierbar.
- Die Möglichkeiten der Auswirkungen eines gezielten Ausbaus (Beispiel ambulant) hängen von Faktoren ab, die kaum antizipierbar sind.
- Beispiele für verlässliche Prognoseindikatoren:
  - Verfahren der Preisbildung
  - Bevölkerungsentwicklung im Kanton
  - Auswirkungen von besseren räumlichen Rahmenbedingungen auf die Wirtschaftlichkeit des Spitalbetriebs
  - Rückgang der Hausärzte, Mehrbeanspruchung ambulanter Leistungen im Spital
  - Lohnentwicklungen

## 4.3 Rahmenbedingungen und Annahmen für die BP-Kalkulation

### 4.3.1 Qualitative Faktoren

- a) Keine Berücksichtigung der Dynamik bei der Umsetzung von einzelnen strategischen Zielen (z. Bsp. die mit dem Wechsel von Kaderärzten möglichen Veränderungen von Leistungsangebotschwerpunkten mit Auswirkungen auf das CM-Volumen oder hinsichtlich Optimierung der Kosten)
- b) Keine Berücksichtigung von grösseren explizit benannten Kostensenkungsmassnahmen
- c) Selektiver Bezug zu den identifizierten Trends gemäss Strategie, d.h. relevant für die vorliegenden Businessplanberechnungen (vgl. Ziffer 3.1, 3.2) sowie Skizze Sollkonzept KSU hinsichtlich Bauplanung (vgl. in diesem Konzept Ziff. 4.1 „allgemeine prognoserelevante Faktoren“)
- d) Im Sinne einer defensiven Annahme geht die Kalkulation von gleichbleibenden Leistungsvolumen (Bezugsjahre Budget 2012) aus. Das Gleiche gilt für die Beanspruchung von Personalressourcen.
- e) Gemäss der zentralen Annahme lit. c) und d) ist auch ersichtlich, dass keine Berücksichtigung der Bevölkerungsentwicklung inklusiv potentieller Zunahme im Zusammenhang mit dem Projekt Andermatt erfolgt.

### 4.3.2 Quantitative Faktoren

- a) Kostenanteil Kanton/Versicherer: 2012/2013 = 48%/52% danach 45%/55%
- b) Berechnung mit CMI gemäss Budget 2012, in den kommenden Jahren gleichbleibend, das Gleiche gilt für die Leistungsmengen stationär.
- c) OKP Baserate: 2012 gemäss Budget, danach ein (vorsichtiger) Zuschlag von 1.5% pro Jahr. Das Gleiche gilt für die Baserate der Unfallversicherer.
- d) Zusatzversicherte Patienten: Nach dem Jahr 2012 gemäss Budget Zunahme der Brutto-Baserate um 1.5%
- e) Ambulant: Taxpunktwert Tarmed; Grundlage Budget 2012 (86 Rappen) danach alle 2 Jahre Erhöhung um 2 Rappen (rund 2%); Mengenzunahme im Zeitraum 2011-22 = 15%
- f) Personalaufwand 2012 gemäss Budget, danach Zuschlag um 1.8% pro Jahr (Teuerung plus Stufenanstieg)
- g) Sachaufwand, Zuschlag von 1% pro Jahr
- h) Investitionszuschlag: 2012 = 10%, 2013 = 11%, 2014 = 12%, 2015 = 12%, 2016 bis 2022 = 13%
- i) Abschreibungen: Ist-Bedarf gemäss Budget 2012 (17% des Anlagevermögens), Erhöhungen dieses Basisbestandes jährlich um 17% der Hälfte der pro Kalkulationsjahr anfallenden Beschaffungen.
- j) Miete gemäss aktueller Vorgabe Kanton, Ausweis der potentiell möglichen Rücklagen aus Mieteinnahmen durch den Kanton.

k) Geriatrie: Belegung stabil, kein Einfluss auf Spitalrechnung

### 4.3.3 Quantitative Vorgaben nach Kalkulationsvarianten

Variante a) = Basisvariante, ausgehend vom Budget 2012/Spitalfinanzierungsmodell Zeitverlaufskaten von 2012 - 2022

Variante b) = Berücksichtigung der Umbauphase, voraussichtlich in den Jahren 2017 bis 2020 Einbezug von Frequenzrückgängen durch Lärm, Staub und Raumnutzungsbeeinträchtigungen:

- Allgemein versicherte Patienten minus 10%,
- zusatzversicherte Patienten minus 20%,
- ambulante Leistungen minus 5%.

Variante c) = Neubau, Bezugsjahr 2022 ff; neuere Räume ermöglichen Prozessoptimierungen (Logistik und Patientenbehandlungsabläufe) sowie Optimierung Personaleinsatz, insbesondere Pflege, Verrechnung von Einsparungen um 5% (Reduktion mit Bezugsbasis gesamter Personalaufwand), kalkulatorische Auswirkungen:

- Frequenzzunahmen zusatzversicherte Patienten durch Attraktivität des Spitals: plus 5%.
- Zunahme ambulantes Volumen: plus 5%.

Variante d) = Renovation plus Neubau Bettentrakt. Kalkulatorische Auswirkungen (Bezugsjahr 2022 ff):

- Reduktion Personalkosten: minus 2%,
- Frequenzzunahmen Zusatzversicherte: plus 2%,
- Frequenzzunahmen ambulanter Bereich: plus 3%.

Die Eckwerte gemäss Varianten c) und d) sind Schätzungen nach Ermessen, entscheidend ist aus unserer Sicht weniger die absolute Höhe der wirtschaftlichkeitsverbessernden Faktoren, sondern die Differenzierung zwischen der Variante c) und d) mit klaren Vorteilen von Variante c).

## 5. Finanzplanung, Resultate

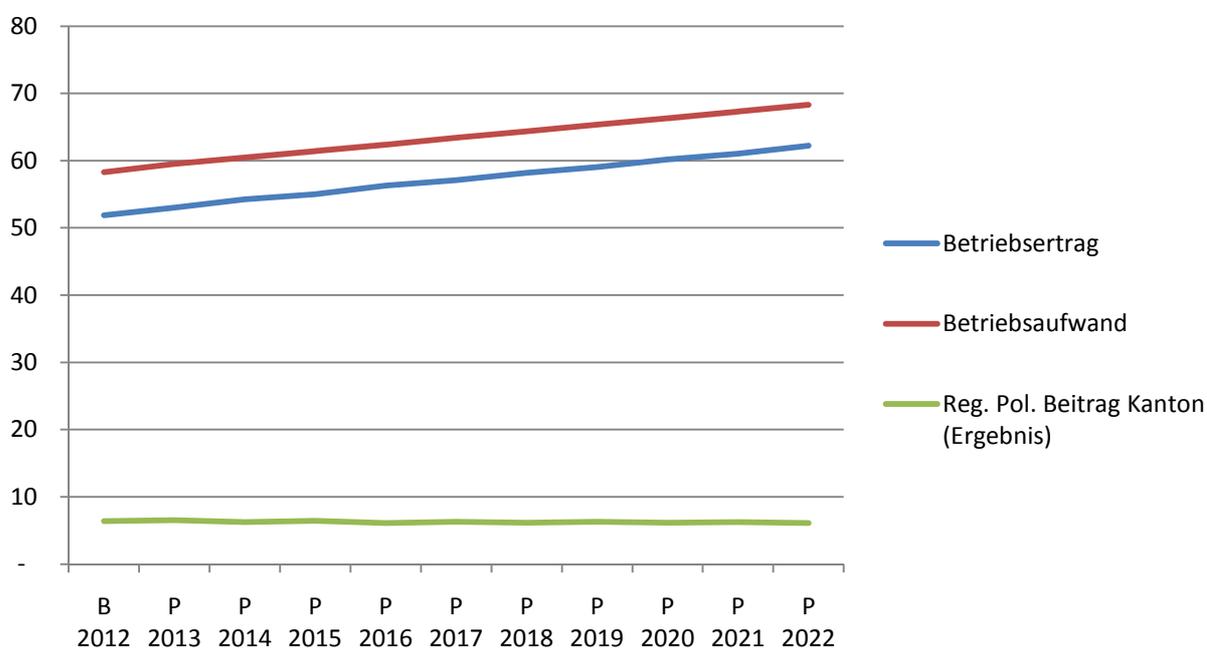
### 5.1 Basiskalkulation (Variante a), Übersicht

In der Gesamtübersicht wird die Betriebsrechnung 2012 bis 2022 im Raster des Spitalfinanzierungsmodells (KSU interne Variante) abgebildet. Das heisst, es sind diejenigen Faktoren abgebildet, die einerseits für die neue Budgetierung im 2012 Bedeutung haben und bei denen hinsichtlich der quantitativen Vorgaben (vgl. Ziff. 4.3.2) im kalkulierten Zeitraum 2012-2022 Veränderungen eintreten. Beim Überblick über die Entwicklung der Betriebsergebnisse im betrachteten Zeitraum ohne bauliche Interventionen (Anhang 1) muss berücksichtigt wer-

den, dass bei den wichtigen betrieblichen Daten wie Personalaufwand (gleich bleibender Stellenplan und jährlich gleich bleibende Anstiege von Stufenanstieg und Teuerung) oder bei der Entwicklung von Leistungsmengen (stationär gleich bleibend) von grosser Kontinuität und Stabilität ausgegangen wird (vgl. dazu auch die Auflistung der zugrunde gelegten Berechnungsparameter in Anhang 5; Beschrieb in Ziff. 4.3.2)

Entwicklung von wichtigen Parametern (2012-2022) im Überblick, Angaben in TCHF:

Betriebsertrag:	von 51'889 auf 62'218	+ 20%
Abschreibungen:	von 1'700 auf 2'421	+ 42%
Betriebsaufwand:	von 58'275 auf 68'310	+ 17%
Reg.pol. Abgeltung	von 6'386 auf 6'092	- 4,6%



**Abb. 1:** Basiskalkulation ohne Sanierung/Neubau 2012 – 2022 (Varianten a, Anhang 1)

Reaktion der Kalkulation auf Veränderungen:

10% weniger stationäre Leistungen (gleichmässig verteilt auf alle Versicherungsklassen) ergäbe einen Betriebsertrag von 55'996; die regionalpolitische Abgeltung würde entsprechend um 6'222 steigen (bei Bezugsjahr 2022 auf 12'313). Andererseits würde eine Senkung der Fallkosten um Fr. 500.- den Betriebsaufwand um rd. 1'600 auf 66'710 senken, ebenso würde die regionalpolitische Abgeltung um 1'600 sinken (bei Bezugsjahr 2022 auf 4'492)

Kumulierter Ertrag aus Miete unter Abzug des angenommenen Aufwandes für baulichen Unterhalt liegt unabhängig von der Kalkulationsvariante bei 25'171 (Kapitalisierung der Miete ohne Verzinsung), würde der bauliche Unterhalt im Durchschnitt 500 betragen, würde der Betrag bis 2022 um rd. 3'000 sinken.

## 5.2 Darstellung der Kalkulationsvarianten (vgl. Anhänge 1-4 und Ziff. 4.3.3)

Berücksichtigung der getroffenen Annahmen und Voraussetzungen für die Kalkulationsvarianten:

Es sei an dieser Stelle noch einmal daran erinnert, dass die nachfolgend kalkulierten künftigen Betriebsrechnungsdaten einerseits auf den quantitativen Vorgaben gemäss Ziff. 4.3.3 (vgl. auch Anhang 5) beruhen als auch auf den Folgewirkungen der verschiedenen Bauszenarien auf den Betrieb während des Baus und nach dessen Fertigstellung.

### 5.2.1 Variante b): Umbau (Renovation + Umbau Bettentrakt) inkl. Ertragsrückgang 2017 – 2020 ( Anhang 2)

Daten im Zeitverlauf ohne Berücksichtigung der Verbesserung der Wirtschaftlichkeit nach Bauabschluss.

Auswirkungen bei wichtigen Parametern (2017-2020, Umbauphase, 4 Jahre), Angaben in TCHF:

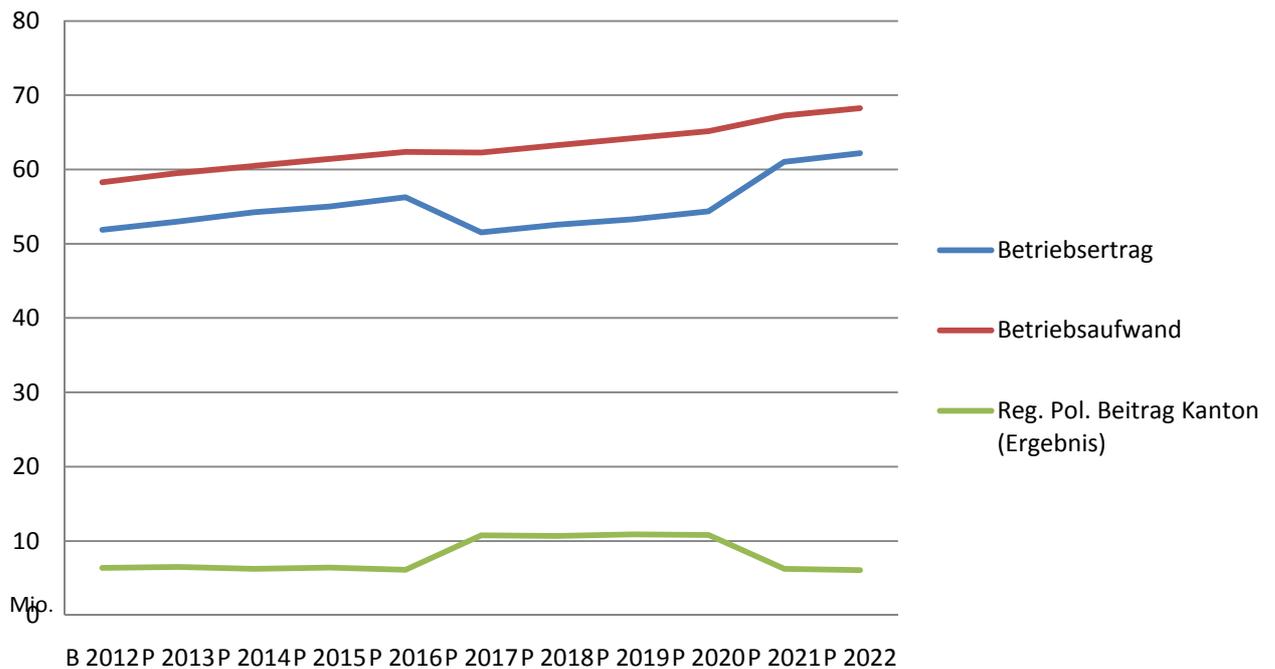
Betriebsertrag: kumulierte Ertragsreduktion während Umbau: 22'730 ca. -10%/Jahr  
Abschreibungen: kein Einfluss, wie Basisvariante  
Betriebsaufwand\*: Reduktion Akutpflege während Umbau: 630/Jahr  
zuzüglich ca. 470/Jahr weniger variable Kosten: total rd. 4,4 Mio. Fr.  
(bei Bauzeit von 4 Jahren)

Reg.pol. Abgeltung Erhöhung um Differenz zw. Ertrag(-) und Aufwand(-) rd. 4,4 Mio. Fr.

\*) Der gewichtete Durchschnitt der Frequenzrückgänge nach Versicherungsklassen beträgt über die stationäre Frequenz Gesamtpital 12,5%. Wir gehen davon aus, dass in diesem Umfang die Personalkosten (proportional) in der Akutpflege zurückgenommen werden könnten: Akutpflege pro Jahr: 4'200 x 1.2 (Faktor Sozialleistungen) = 5'040, davon 12,5% = 630 TCHF pro Jahr. Der Rückgang bei den variablen Kosten wurde im Hinblick auf die gängige Faustregel (ca. 15% der Fallkosten) so berücksichtigt, dass – basierend auf entsprechenden Erfahrungen beim Rückgang von Pflgetagen etwa die Hälfte davon als Einsparung resultiert. Kalkulation: Aufwand für stationäre Patienten (rd. 50'000), davon Frequenzrückgang 12,5% (rd. 6'250), davon 7,5% variable Kosten (rd. 470 pro Jahr).

Die mit dem Umbau verbundenen Kosten (Zusatzbelastung des Kantons) betragen approximativ bei den getroffenen Annahmen ca. 4,4 Mio. Fr. Dies müsste bei der Auswahl des Szenariums berücksichtigt werden. Nicht quantifizierte Faktoren sind:

- Genauere Schätzung des Rückgangs bei variablen Kosten
- Höhe des tatsächlich eintretenden Frequenzrückganges (hängt auch von der Bauplanung ab)
- Längerfristige, nicht quantifizierbare nachhaltige Wirkungen bei der Frequenzentwicklung, wenn über mehrere Jahre ein Teil der Patienten „umgeleitet“ würde, bzw. sich für andere Leistungserbringer entscheidet.



**Abb. 2:** Variante b); Umbau (Renovation + Umbau Bettentrakt) inkl. Ertragsrückgang 2017 – 2020 (vgl. Anhang 2)

### 5.2.2 **Variante c):** Neubau 2022, Ertragszunahme ab 2022 (Anhang 3)

Auswirkungen bei wichtigen Parameter gegenüber Basisvariante, Angaben in TCHF:

Betriebsertrag:	von 62'218 auf 63'690	+ 2,4%
Abschreibungen:	wie Basisvariante	
Betriebsaufwand:	von 68'310 auf 65'991	- 3,4%
Reg.pol. Abgeltung	von 6'092 auf 2301	- 62%

Es ergibt sich also eine Verbesserung der Betriebsrechnung bei den getroffenen Annahmen zugunsten des Kantons um 6,8 Mio. Fr. pro Jahr, für eine Nutzungsdauer von 25 Jahren (ohne Einrechnung von Verzinsung) also aproximativ 170 Mio. Fr.

Bei einer während der Phase bis Inbetriebnahme Neubau durchgeführten Fallkostensenkung um ca. Fr. 700.- pro Fall (gegenüber heutigen Fallkosten) könnte die regionalpolitische Abgeltung entfallen.

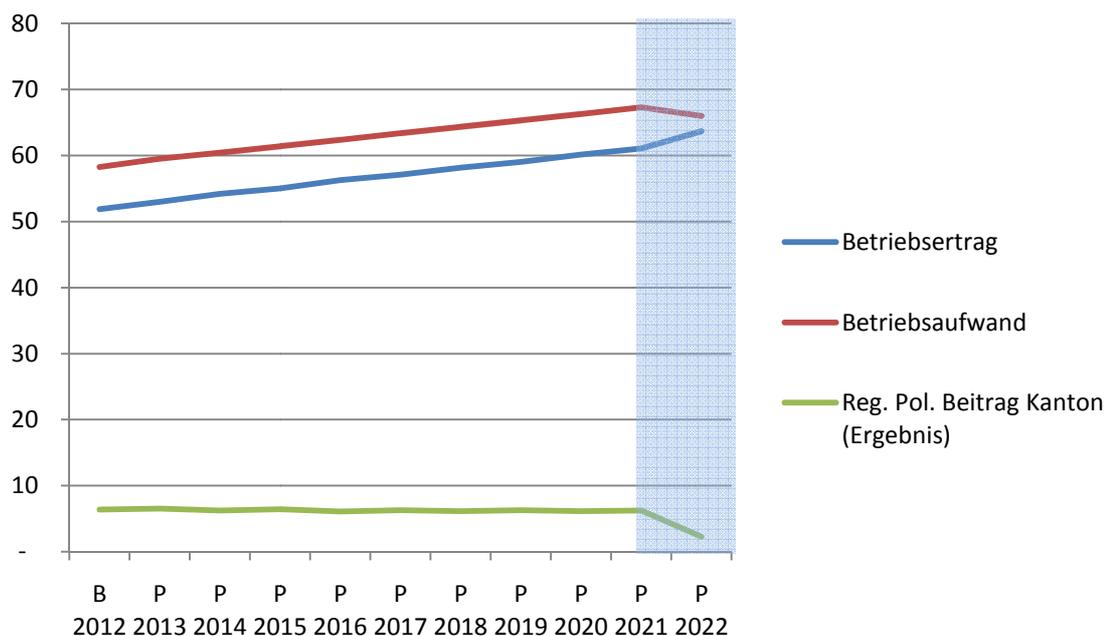


Abb. 3: Variante c); Neubau 2022, Ertragszunahme ab 2022 (vgl. Anhang 3)

5.2.3 **Variante d):** Renovation + Neubau Bettentrakt (Ertragsrückgänge 2017-2020), Ertragszunahmen und Einsparungen 2021-2022 (Anhang 4)

Daten im Zeitverlauf mit Berücksichtigung der Verbesserung der Wirtschaftlichkeit nach Bauabschluss.

Auswirkungen bei wichtigen Parameter gegenüber Basisvariante, Angaben in TCHF:

Betriebsertrag:	von 62'218 auf 62'909	+ 1,1%
Abschreibungen:	wie Basisvariante	
Betriebsaufwand:	von 68'310 auf 67'333	- 1,4%
Reg.pol. Abgeltung	von 6'092 auf 4'424	- 27,4%

Es ergibt sich also eine Verbesserung der Betriebsrechnung bei den getroffenen Annahmen zugunsten des Kantons um 1'668 TCHF pro Jahr, für eine Nutzungsdauer von 25 Jahren (ohne Einrechnung von Verzinsung) also approximatv 42 Mio. Fr. Selbst wenn die Frequenzverbesserungen und Einsparungen wie bei der Neubauvariante eingesetzt werden, wäre der kalkulierte Verlust durch die Frequenzrückgänge während der Bauphase als finanzielle Zusatzbelastung anzurechnen (vgl. Ziff. 5.2.1).

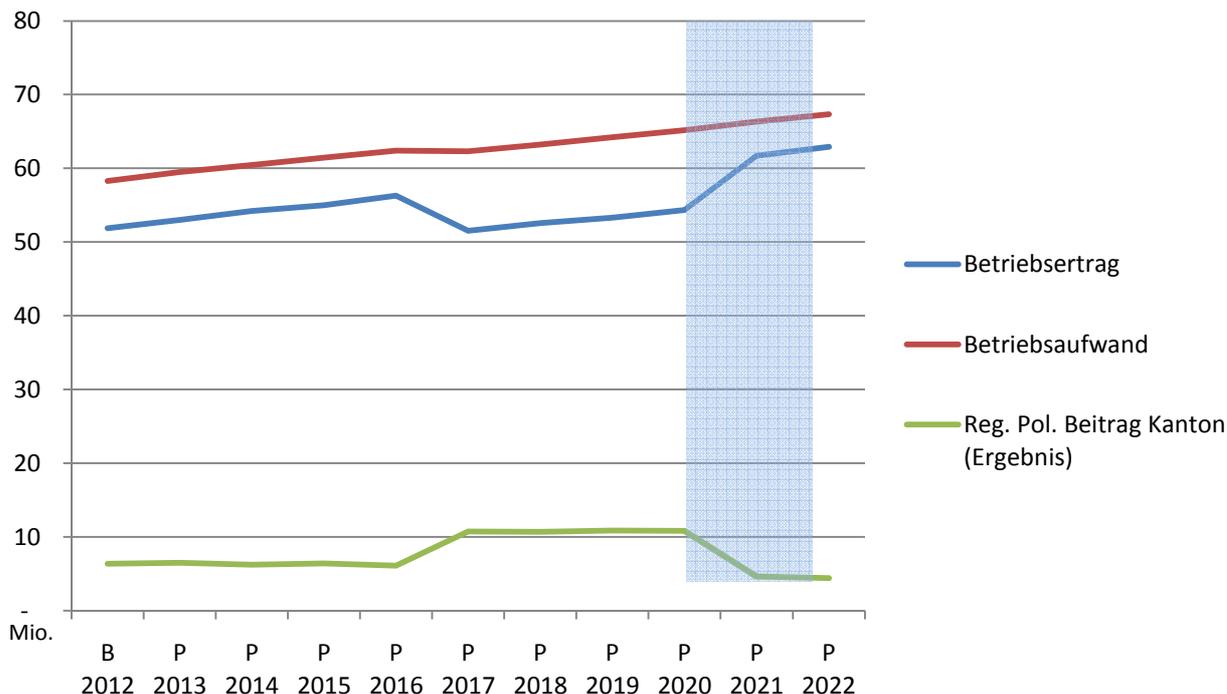


Abb. 4: Variante d); Renovation + Neubau Bettentrakt (Ertragsrückgänge 2017-2020), Ertragszunahmen und Einsparungen 2012-2022 (vgl. Anhang 4)

## 6. Zusammenfassende Schlussfolgerungen

Bezug zwischen strategischer Ausrichtung und den im Bericht von PGMM dargelegten Bau-szenarien:

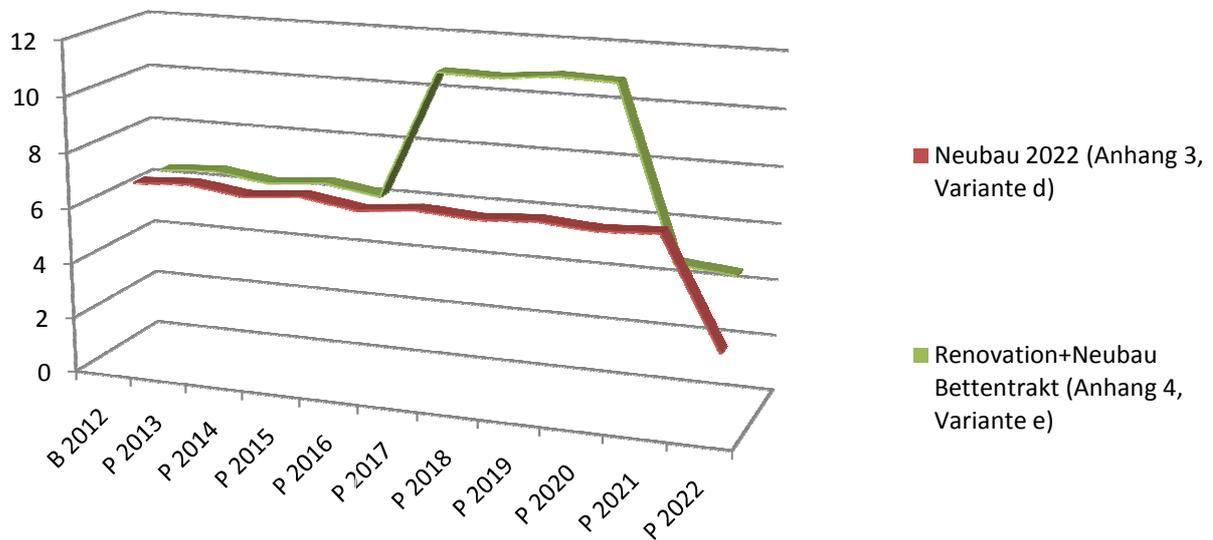
- Unter der Voraussetzung, dass eine möglichst rasche Umsetzung eines Neubaus gelingen würde und für die Benachteiligungen bis zum Bezug „gemildert“ werden können (vgl. Antrag betr. Komfortverbesserung von Privatzimmern im Stock C6 durch Zusammenlegen von Einerzimmern) unterstützt die Neubauvariante die Strategie am besten.
- Von besonderer Bedeutung für die künftige Entwicklung ist dabei ein leistungsfähiger Neubau eines Ambulatoriumsbereichs mit ausreichenden Raumressourcen.

Bilanz aus den Ergebnissen des BP:

- Der Bericht PGMM zeigt zwar, dass die Investitionskosten für die Neubauvarianten (ohne G++) zwischen 15 und 24 Mio. Fr. höher veranschlagt werden als die Variante Renovation/Neubau Bettentrakt.
- Eine Einschätzung der im BP (mit den getroffenen Annahmen und Schätzungen) kalkulierten Varianten zeigt aus langfristiger-finanzieller Sicht jedoch eine klare Überlegenheit der Neubaupoption.

Aus Sicht des Kantons dürfte die Entwicklung der regionalpolitischen Abgeltung für die beiden aus betrieblicher Sicht wichtigsten Szenarien (Renovation mit Um- und Neubauten sowie Neubau) von besonderer Bedeutung sein. Die entsprechenden zwei Kalkulationsvarianten

zeigen auch eine vollständige (inkl. Auswirkungen nach Bauabschluss, Jahre 2021/2022)  
Abbildung der Auswirkungen auf die Entwicklung der regionalpolitischen Abgeltung als konsolidierte Kenngrösse für die wirtschaftliche Entwicklung.



**Abb. 5:** Entwicklung der regionalpolitischen Abgeltung für die beiden aus betrieblicher Sicht wichtigsten zwei Bauszenarien

	Budget 2012	Plan 2013	Plan 2014	Plan 2015	Plan 2016	Plan 2017	Plan 2018	Plan 2019	Plan 2020	Plan 2021	Plan 2022
<b>ERFOLGSRECHNUNG</b>											
OKP ik	18'372	18'820	19'274	19'563	20'034	20'334	20'639	20'949	21'263	21'582	21'906
OKP ak/MTK/div. Pauschalen	2'496	2'726	2'788	2'828	2'893	2'935	2'977	3'020	3'063	3'107	3'151
VVG (HP/P)	13'490	13'692	13'898	14'106	14'318	14'532	14'750	14'972	15'196	15'424	15'655
Ertrag akutstationär	34'358	35'237	35'960	36'497	37'245	37'801	38'366	38'940	39'522	40'113	40'713
Ertrag Langzeitpflege	4'000	4'062	4'124	4'188	4'252	4'318	4'384	4'452	4'520	4'590	4'660
Ertrag ambulant	10'769	10'920	11'327	11'485	11'907	12'074	12'511	12'686	13'140	13'324	13'794
Übriger Ertrag	2'762	2'790	2'818	2'846	2'874	2'903	2'932	2'961	2'991	3'021	3'051
<b>BETRIEBSERTRAG</b>	<b>51'889</b>	<b>53'008</b>	<b>54'228</b>	<b>55'016</b>	<b>56'278</b>	<b>57'096</b>	<b>58'193</b>	<b>59'039</b>	<b>60'173</b>	<b>61'047</b>	<b>62'218</b>
Personalaufwand	38'798	39'496	40'207	40'931	41'668	42'418	43'181	43'959	44'750	45'555	46'375
Miete	2'521	2'521	2'521	2'521	2'521	2'521	2'521	2'521	2'521	2'521	2'521
Abschreibungen	1'700	2'079	2'151	2'210	2'259	2'300	2'334	2'362	2'386	2'405	2'421
Zinsaufwand	62	77	83	116	122	189	195	199	203	206	209
Sonstiger Aufwand	15'194	15'346	15'499	15'654	15'811	15'969	16'129	16'290	16'453	16'617	16'784
<b>BETRIEBSAUFWAND</b>	<b>58'275</b>	<b>59'519</b>	<b>60'461</b>	<b>61'433</b>	<b>62'381</b>	<b>63'397</b>	<b>64'360</b>	<b>65'331</b>	<b>66'313</b>	<b>67'305</b>	<b>68'310</b>
<b>BETRIEBSERGEBNIS</b>	<b>-6'386</b>	<b>-6'511</b>	<b>-6'233</b>	<b>-6'417</b>	<b>-6'103</b>	<b>-6'302</b>	<b>-6'166</b>	<b>-6'292</b>	<b>-6'140</b>	<b>-6'258</b>	<b>-6'092</b>
REG. POL. ENTSCHÄDIGUNG KANTON	6'386	6'511	6'233	6'417	6'103	6'302	6'166	6'292	6'140	6'258	6'092
<b>GESAMTERGEBNIS</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
Brutto Cash-Flow (Abschreibung)	1'700	2'079	2'151	2'210	2'259	2'300	2'334	2'362	2'386	2'405	2'421
Betriebliche Investitionen	2'680	2'500	2'500	2'500	2'500	2'500	2'500	2'500	2'500	2'500	2'500
<b>Finanzierungsfehlbetrag</b>	<b>-980</b>	<b>-421</b>	<b>-349</b>	<b>-290</b>	<b>-241</b>	<b>-200</b>	<b>-166</b>	<b>-138</b>	<b>-114</b>	<b>-95</b>	<b>-79</b>
<b>BILANZ PER 31.12</b>											
<b>Aktiven</b>											
Umlaufvermögen	9'796	9'796	9'796	9'796	9'796	9'796	9'796	9'796	9'796	9'796	9'796
Anlagevermögen	10'000	10'980	11'401	11'750	12'040	12'281	12'481	12'646	12'784	12'898	13'072
Fondsvermögen	956	956	956	956	956	956	956	956	956	956	956
Total Aktiven	20'752	21'732	22'153	22'502	22'792	23'033	23'233	23'398	23'536	23'650	23'824
<b>Passiven</b>											
Kreditoren	2'853	2'853	2'853	2'853	2'853	2'853	2'853	2'853	2'853	2'853	2'853
Darlehen	3'926	4'906	5'327	5'676	5'966	6'207	6'407	6'572	6'710	6'824	6'998
Eigenkapital	13'017	13'017	13'017	13'017	13'017	13'017	13'017	13'017	13'017	13'017	13'017
Fondskapital	956	956	956	956	956	956	956	956	956	956	956
Total Passiven	20'752	21'732	22'153	22'502	22'792	23'033	23'233	23'398	23'536	23'650	23'824
<b>KANTONSBEITRAG</b>											
unmittelbar gebunden	14'629	14'985	16'232	16'476	16'872	17'125	17'382	17'643	17'908	18'176	18'449
Regionalpolitische Entschädigung	6'385	6'511	6'233	6'417	6'103	6'302	6'166	6'292	6'140	6'258	6'092
<b>Total Kantonsbeitrag</b>	<b>21'014</b>	<b>21'496</b>	<b>22'465</b>	<b>22'893</b>	<b>22'975</b>	<b>23'427</b>	<b>23'549</b>	<b>23'935</b>	<b>24'047</b>	<b>24'434</b>	<b>24'541</b>
<b>LIEGENSCHAFTSRECHNUNG</b>											
Miete	-2'521	-2'521	-2'521	-2'521	-2'521	-2'521	-2'521	-2'521	-2'521	-2'521	-2'521
Baulicher Unterhalt	560	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200
<b>Kumulierter Ertrag</b>	<b>-1'961</b>	<b>-4'282</b>	<b>-6'603</b>	<b>-8'924</b>	<b>-11'245</b>	<b>-13'566</b>	<b>-15'887</b>	<b>-18'208</b>	<b>-20'529</b>	<b>-22'850</b>	<b>-25'171</b>

	Budget 2012	Plan 2013	Plan 2014	Plan 2015	Plan 2016	Plan 2017	Plan 2018	Plan 2019	Plan 2020	Plan 2021	Plan 2022
<b>ERFOLGSRECHNUNG</b>											
OKP ik	18'372	18'820	19'274	19'563	20'034	18'301	18'575	18'854	19'137	21'582	21'906
OKP ak/MTK/div. Pauschalen	2'496	2'726	2'788	2'828	2'893	2'935	2'977	3'020	3'063	3'107	3'151
VVG (HP/P)	13'490	13'692	13'898	14'106	14'318	11'626	11'800	11'977	12'157	15'424	15'655
Ertrag akutstationär	34'358	35'237	35'960	36'497	37'245	32'861	33'352	33'851	34'357	40'113	40'713
Ertrag Langzeitpflege	4'000	4'062	4'124	4'188	4'252	4'318	4'384	4'452	4'520	4'590	4'660
Ertrag ambulant	10'769	10'920	11'327	11'485	11'907	11'470	11'885	12'052	12'483	13'290	13'759
Übriger Ertrag	2'762	2'790	2'818	2'846	2'874	2'903	2'932	2'961	2'991	3'021	3'051
<b>BETRIEBSERTRAG</b>	<b>51'889</b>	<b>53'008</b>	<b>54'228</b>	<b>55'016</b>	<b>56'278</b>	<b>51'552</b>	<b>52'554</b>	<b>53'315</b>	<b>54'350</b>	<b>61'014</b>	<b>62'183</b>
Personalaufwand	38'798	39'496	40'207	40'931	41'668	41'788	42'540	43'306	44'085	45'520	46'339
Miete	2'521	2'521	2'521	2'521	2'521	2'521	2'521	2'521	2'521	2'521	2'521
Abschreibungen	1'700	2'079	2'151	2'210	2'259	2'300	2'334	2'362	2'386	2'405	2'421
Zinsaufwand	62	77	83	116	122	189	195	199	203	206	209
Sonstiger Aufwand	15'194	15'346	15'499	15'654	15'811	15'499	15'654	15'811	15'969	16'603	16'769
<b>BETRIEBSAUFWAND</b>	<b>58'275</b>	<b>59'519</b>	<b>60'461</b>	<b>61'433</b>	<b>62'381</b>	<b>62'297</b>	<b>63'244</b>	<b>64'199</b>	<b>65'164</b>	<b>67'256</b>	<b>68'260</b>
<b>BETRIEBSERGEBNIS</b>	<b>-6'386</b>	<b>-6'511</b>	<b>-6'233</b>	<b>-6'417</b>	<b>-6'103</b>	<b>-10'745</b>	<b>-10'690</b>	<b>-10'883</b>	<b>-10'813</b>	<b>-6'242</b>	<b>-6'076</b>
REG. POL. ENTSCHÄDIGUNG KANTON	6'386	6'511	6'233	6'417	6'103	10'745	10'690	10'883	10'813	6'242	6'076
<b>GESAMTERGEBNIS</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
Brutto Cash-Flow (Abschreibung)	1'700	2'079	2'151	2'210	2'259	2'300	2'334	2'362	2'386	2'405	2'421
Betriebliche Investitionen	2'680	2'500	2'500	2'500	2'500	2'500	2'500	2'500	2'500	2'500	2'500
<b>Finanzierungsfehlbetrag</b>	<b>-980</b>	<b>-421</b>	<b>-349</b>	<b>-290</b>	<b>-241</b>	<b>-200</b>	<b>-166</b>	<b>-138</b>	<b>-114</b>	<b>-95</b>	<b>-79</b>
<b>BILANZ PER 31.12</b>											
<b>Aktiven</b>											
Umlaufvermögen	9'796	9'796	9'796	9'796	9'796	9'796	9'796	9'796	9'796	9'796	9'796
Anlagevermögen	10'000	10'980	11'401	11'750	12'040	12'281	12'481	12'646	12'784	12'898	13'072
Fondsvermögen	956	956	956	956	956	956	956	956	956	956	956
Total Aktiven	20'752	21'732	22'153	22'502	22'792	23'033	23'233	23'398	23'536	23'650	23'824
<b>Passiven</b>											
Kreditoren	2'853	2'853	2'853	2'853	2'853	2'853	2'853	2'853	2'853	2'853	2'853
Darlehen	3'926	4'906	5'327	5'676	5'966	6'207	6'407	6'572	6'710	6'824	6'998
Eigenkapital	13'017	13'017	13'017	13'017	13'017	13'017	13'017	13'017	13'017	13'017	13'017
Fondskapital	956	956	956	956	956	956	956	956	956	956	956
Total Passiven	20'752	21'732	22'153	22'502	22'792	23'033	23'233	23'398	23'536	23'650	23'824
<b>KANTONSBEITRAG</b>											
unmittelbar gebunden	14'629	14'985	16'232	16'476	16'872	17'125	17'382	17'643	17'908	18'176	18'449
Regionalpolitische Entschädigung	6'385	6'511	6'233	6'417	6'103	10'745	10'690	10'883	10'813	6'242	6'076
<b>Total Kantonsbeitrag</b>	<b>21'014</b>	<b>21'496</b>	<b>22'465</b>	<b>22'893</b>	<b>22'975</b>	<b>27'871</b>	<b>28'072</b>	<b>28'526</b>	<b>28'721</b>	<b>24'418</b>	<b>24'525</b>
<b>LIEGENSCHAFTSRECHNUNG</b>											
Miete	-2'521	-2'521	-2'521	-2'521	-2'521	-2'521	-2'521	-2'521	-2'521	-2'521	-2'521
Baulicher Unterhalt	560	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200
<b>Kumulierter Ertrag</b>	<b>-1'961</b>	<b>-4'282</b>	<b>-6'603</b>	<b>-8'924</b>	<b>-11'245</b>	<b>-13'566</b>	<b>-15'887</b>	<b>-18'208</b>	<b>-20'529</b>	<b>-22'850</b>	<b>-25'171</b>

	Budget 2012	Plan 2013	Plan 2014	Plan 2015	Plan 2016	Plan 2017	Plan 2018	Plan 2019	Plan 2020	Plan 2021	Plan 2022
<b>ERFOLGSRECHNUNG</b>											
OKP ik	18'372	18'820	19'274	19'563	20'034	20'334	20'639	20'949	21'263	21'582	21'906
OKP ak/MTK/div. Pauschalen	2'496	2'726	2'788	2'828	2'893	2'935	2'977	3'020	3'063	3'107	3'151
VVG (HP/P)	13'490	13'692	13'898	14'106	14'318	14'532	14'750	14'972	15'196	15'424	16'438
Ertrag akutstationär	34'358	35'237	35'960	36'497	37'245	37'801	38'366	38'940	39'522	40'113	41'496
Ertrag Langzeitpflege	4'000	4'062	4'124	4'188	4'252	4'318	4'384	4'452	4'520	4'590	4'660
Ertrag ambulant	10'769	10'920	11'327	11'485	11'907	12'074	12'511	12'686	13'140	13'324	14'483
Übriger Ertrag	2'762	2'790	2'818	2'846	2'874	2'903	2'932	2'961	2'991	3'021	3'051
<b>BETRIEBSERTRAG</b>	<b>51'889</b>	<b>53'008</b>	<b>54'228</b>	<b>55'016</b>	<b>56'278</b>	<b>57'096</b>	<b>58'193</b>	<b>59'039</b>	<b>60'173</b>	<b>61'047</b>	<b>63'690</b>
Personalaufwand	38'798	39'496	40'207	40'931	41'668	42'418	43'181	43'959	44'750	45'555	44'057
Miete	2'521	2'521	2'521	2'521	2'521	2'521	2'521	2'521	2'521	2'521	2'521
Abschreibungen	1'700	2'079	2'151	2'210	2'259	2'300	2'334	2'362	2'386	2'405	2'421
Zinsaufwand	62	77	83	116	122	189	195	199	203	206	209
Sonstiger Aufwand	15'194	15'346	15'499	15'654	15'811	15'969	16'129	16'290	16'453	16'617	16'784
<b>BETRIEBSAUFWAND</b>	<b>58'275</b>	<b>59'519</b>	<b>60'461</b>	<b>61'433</b>	<b>62'381</b>	<b>63'397</b>	<b>64'360</b>	<b>65'331</b>	<b>66'313</b>	<b>67'305</b>	<b>65'991</b>
<b>BETRIEBSERGEBNIS</b>	<b>-6'386</b>	<b>-6'511</b>	<b>-6'233</b>	<b>-6'417</b>	<b>-6'103</b>	<b>-6'302</b>	<b>-6'166</b>	<b>-6'292</b>	<b>-6'140</b>	<b>-6'258</b>	<b>-2'301</b>
REG. POL. ENTSCHÄDIGUNG KANTON	6'386	6'511	6'233	6'417	6'103	6'302	6'166	6'292	6'140	6'258	2'301
<b>GESAMTERGEBNIS</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
Brutto Cash-Flow (Abschreibung)	1'700	2'079	2'151	2'210	2'259	2'300	2'334	2'362	2'386	2'405	2'421
Betriebliche Investitionen	2'680	2'500	2'500	2'500	2'500	2'500	2'500	2'500	2'500	2'500	2'500
<b>Finanzierungsfehlbetrag</b>	<b>-980</b>	<b>-421</b>	<b>-349</b>	<b>-290</b>	<b>-241</b>	<b>-200</b>	<b>-166</b>	<b>-138</b>	<b>-114</b>	<b>-95</b>	<b>-79</b>
<b>BILANZ PER 31.12</b>											
<b>Aktiven</b>											
Umlaufvermögen	9'796	9'796	9'796	9'796	9'796	9'796	9'796	9'796	9'796	9'796	9'796
Anlagevermögen	10'000	10'980	11'401	11'750	12'040	12'281	12'481	12'646	12'784	12'898	13'072
Fondsvermögen	956	956	956	956	956	956	956	956	956	956	956
Total Aktiven	20'752	21'732	22'153	22'502	22'792	23'033	23'233	23'398	23'536	23'650	23'824
<b>Passiven</b>											
Kreditoren	2'853	2'853	2'853	2'853	2'853	2'853	2'853	2'853	2'853	2'853	2'853
Darlehen	3'926	4'906	5'327	5'676	5'966	6'207	6'407	6'572	6'710	6'824	6'998
Eigenkapital	13'017	13'017	13'017	13'017	13'017	13'017	13'017	13'017	13'017	13'017	13'017
Fondskapital	956	956	956	956	956	956	956	956	956	956	956
Total Passiven	20'752	21'732	22'153	22'502	22'792	23'033	23'233	23'398	23'536	23'650	23'824
<b>KANTONSBEITRAG</b>											
unmittelbar gebunden	14'629	14'985	16'232	16'476	16'872	17'125	17'382	17'643	17'908	18'176	18'449
Regionalpolitische Entschädigung	6'385	6'511	6'233	6'417	6'103	6'302	6'166	6'292	6'140	6'258	2'301
<b>Total Kantonsbeitrag</b>	<b>21'014</b>	<b>21'496</b>	<b>22'465</b>	<b>22'893</b>	<b>22'975</b>	<b>23'427</b>	<b>23'549</b>	<b>23'935</b>	<b>24'047</b>	<b>24'434</b>	<b>20'750</b>
<b>LIEGENSCHAFTSRECHNUNG</b>											
Miete	-2'521	-2'521	-2'521	-2'521	-2'521	-2'521	-2'521	-2'521	-2'521	-2'521	-2'521
Baulicher Unterhalt	560	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200
<b>Kumulierter Ertrag</b>	<b>-1'961</b>	<b>-4'282</b>	<b>-6'603</b>	<b>-8'924</b>	<b>-11'245</b>	<b>-13'566</b>	<b>-15'887</b>	<b>-18'208</b>	<b>-20'529</b>	<b>-22'850</b>	<b>-25'171</b>

	Budget 2012	Plan 2013	Plan 2014	Plan 2015	Plan 2016	Plan 2017	Plan 2018	Plan 2019	Plan 2020	Plan 2021	Plan 2022
<b>ERFOLGSRECHNUNG</b>											
OKP ik	18'372	18'820	19'274	19'563	20'034	18'301	18'575	18'854	19'137	21'582	21'906
OKP ak/MTK/div. Pauschalen	2'496	2'726	2'788	2'828	2'893	2'935	2'977	3'020	3'063	3'107	3'151
VVG (HP/P)	13'490	13'692	13'898	14'106	14'318	11'626	11'800	11'977	12'157	15'733	15'969
Ertrag akutstationär	34'358	35'237	35'960	36'497	37'245	32'861	33'352	33'851	34'357	40'421	41'026
Ertrag Langzeitpflege	4'000	4'062	4'124	4'188	4'252	4'318	4'384	4'452	4'520	4'590	4'660
Ertrag ambulant	10'769	10'920	11'327	11'485	11'907	11'470	11'885	12'052	12'483	13'689	14'172
Übriger Ertrag	2'762	2'790	2'818	2'846	2'874	2'903	2'932	2'961	2'991	3'021	3'051
<b>BETRIEBSERTRAG</b>	<b>51'889</b>	<b>53'008</b>	<b>54'228</b>	<b>55'016</b>	<b>56'278</b>	<b>51'552</b>	<b>52'554</b>	<b>53'315</b>	<b>54'350</b>	<b>61'721</b>	<b>62'909</b>
Personalaufwand	38'798	39'496	40'207	40'931	41'668	41'788	42'540	43'306	44'085	44'610	45'413
Miete	2'521	2'521	2'521	2'521	2'521	2'521	2'521	2'521	2'521	2'521	2'521
Abschreibungen	1'700	2'079	2'151	2'210	2'259	2'300	2'334	2'362	2'386	2'405	2'421
Zinsaufwand	62	77	83	116	122	189	195	199	203	206	209
Sonstiger Aufwand	15'194	15'346	15'499	15'654	15'811	15'499	15'654	15'811	15'969	16'603	16'769
<b>BETRIEBSAUFWAND</b>	<b>58'275</b>	<b>59'519</b>	<b>60'461</b>	<b>61'433</b>	<b>62'381</b>	<b>62'297</b>	<b>63'244</b>	<b>64'199</b>	<b>65'164</b>	<b>66'345</b>	<b>67'333</b>
<b>BETRIEBSERGEBNIS</b>	<b>-6'386</b>	<b>-6'511</b>	<b>-6'233</b>	<b>-6'417</b>	<b>-6'103</b>	<b>-10'745</b>	<b>-10'690</b>	<b>-10'883</b>	<b>-10'813</b>	<b>-4'624</b>	<b>-4'424</b>
REG. POL. ENTSCHÄDIGUNG KANTON	6'386	6'511	6'233	6'417	6'103	10'745	10'690	10'883	10'813	4'624	4'424
<b>GESAMTERGEBNIS</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
Brutto Cash-Flow (Abschreibung)	1'700	2'079	2'151	2'210	2'259	2'300	2'334	2'362	2'386	2'405	2'421
Betriebliche Investitionen	2'680	2'500	2'500	2'500	2'500	2'500	2'500	2'500	2'500	2'500	2'500
<b>Finanzierungsfehlbetrag</b>	<b>-980</b>	<b>-421</b>	<b>-349</b>	<b>-290</b>	<b>-241</b>	<b>-200</b>	<b>-166</b>	<b>-138</b>	<b>-114</b>	<b>-95</b>	<b>-79</b>
<b>BILANZ PER 31.12</b>											
<b>Aktiven</b>											
Umlaufvermögen	9'796	9'796	9'796	9'796	9'796	9'796	9'796	9'796	9'796	9'796	9'796
Anlagevermögen	10'000	10'980	11'401	11'750	12'040	12'281	12'481	12'646	12'784	12'898	13'072
Fondsvermögen	956	956	956	956	956	956	956	956	956	956	956
Total Aktiven	20'752	21'732	22'153	22'502	22'792	23'033	23'233	23'398	23'536	23'650	23'824
<b>Passiven</b>											
Kreditoren	2'853	2'853	2'853	2'853	2'853	2'853	2'853	2'853	2'853	2'853	2'853
Darlehen	3'926	4'906	5'327	5'676	5'966	6'207	6'407	6'572	6'710	6'824	6'998
Eigenkapital	13'017	13'017	13'017	13'017	13'017	13'017	13'017	13'017	13'017	13'017	13'017
Fondskapital	956	956	956	956	956	956	956	956	956	956	956
Total Passiven	20'752	21'732	22'153	22'502	22'792	23'033	23'233	23'398	23'536	23'650	23'824
<b>KANTONSBEITRAG</b>											
unmittelbar gebunden	14'629	14'985	16'232	16'476	16'872	17'125	17'382	17'643	17'908	18'176	18'449
Regionalpolitische Entschädigung	6'385	6'511	6'233	6'417	6'103	10'745	10'690	10'883	10'813	4'624	4'424
<b>Total Kantonsbeitrag</b>	<b>21'014</b>	<b>21'496</b>	<b>22'465</b>	<b>22'893</b>	<b>22'975</b>	<b>27'871</b>	<b>28'072</b>	<b>28'526</b>	<b>28'721</b>	<b>22'800</b>	<b>22'873</b>
<b>LIEGENSCHAFTSRECHNUNG</b>											
Miete	-2'521	-2'521	-2'521	-2'521	-2'521	-2'521	-2'521	-2'521	-2'521	-2'521	-2'521
Baulicher Unterhalt	560	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200
<b>Kumulierter Ertrag</b>	<b>-1'961</b>	<b>-4'282</b>	<b>-6'603</b>	<b>-8'924</b>	<b>-11'245</b>	<b>-13'566</b>	<b>-15'887</b>	<b>-18'208</b>	<b>-20'529</b>	<b>-22'850</b>	<b>-25'171</b>

Erfolgsrechnung	CW	Budget 2012	Plan 2013	Plan 2014	Plan 2015	Plan 2016	Plan 2017	Plan 2018	Plan 2019	Plan 2020	Plan 2021	Plan 2022
OKP ik	1856	18'372	1.5%	1.5%	1.5%	1.5%	1.5%	1.5%	1.5%	1.5%	1.5%	1.5%
<i>Var c) Umbau und Var e)</i>							-10.0%	-10.0%	-10.0%	-10.0%		
OKP ak/MTK/div. Pauschalen	256	2'497	1.5%	1.5%	1.5%	1.5%	1.5%	1.5%	1.5%	1.5%	1.5%	1.5%
VVG P	184.4	3'012	1.5%	1.5%	1.5%	1.5%	1.5%	1.5%	1.5%	1.5%	1.5%	1.5%
VVG HP	868.1	10'478	1.5%	1.5%	1.5%	1.5%	1.5%	1.5%	1.5%	1.5%	1.5%	1.5%
<i>Var c) Umbau und Var e)</i>							-20.0%	-20.0%	-20.0%	-20.0%		
<i>Var d) Neubau</i>												5.0%
<i>Var e) Renovation plus Neubau</i>											2.0%	2.0%
Ertrag Langzeitpflege		4'000	1.5%	1.5%	1.5%	1.5%	1.5%	1.5%	1.5%	1.5%	1.5%	1.5%
Ertrag ambulant		10'769	1.4%	3.7%	1.4%	3.7%	1.4%	3.6%	1.4%	3.6%	1.4%	3.5%
<i>Var c) Umbau und Var e)</i>							-5.0%				5.0%	
<i>Var d) Neubau</i>												5.0%
<i>Var e) Renovation plus Neubau</i>											3.0%	
Übriger Ertrag		2'762	1.0%	1.0%	1.0%	1.0%	1.0%	1.0%	1.0%	1.0%	1.0%	1.0%
<b>Betriebsertrag</b>		<b>28'009</b>										
Personalaufwand		38'798	1.8%	1.8%	1.8%	1.8%	1.8%	1.8%	1.8%	1.8%	1.8%	1.8%
<i>Var c) Umbau und Var e)</i>							-630				630	
<i>Var d) Neubau</i>												-5.0%
<i>Var e) Renovation plus Neubau</i>											-2.0%	
Miete		2'521	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Abschreibungen		1'700	17.0%	17.0%	17.0%	17.0%	17.0%	17.0%	17.0%	17.0%	17.0%	17.0%
Zins		62	1.5%	1.5%	2.0%	2.0%	3.0%	3.0%	3.0%	3.0%	3.0%	3.0%
Sonstiger Aufwand		15'194	1.0%	1.0%	1.0%	1.0%	1.0%	1.0%	1.0%	1.0%	1.0%	1.0%
<i>Var c) Umbau und Var e)</i>							-470				470	
<b>Betriebsaufwand</b>		<b>58'275</b>										
Kantonsbeitrag		52%	52%	55%	55%	55%	55%	55%	55%	55%	55%	55%
VVG HP Innerkant. CW	986											
Preisentwicklung												
Baserate OKP/MTK Betrieb		9'000	9'135	9'272	9'411	9'552	9'696	9'841	9'989	10'138	10'291	10'445
Investitionskostenzuschlag		900	1'005	1'113	1'129	1'242	1'260	1'279	1'299	1'318	1'338	1'358
Baserate OKP/MTK		9'900	10'140	10'385	10'540	10'794	10'956	11'120	11'287	11'456	11'628	11'803
Investitionskostenzuschlag %		10%	11%	12%	12%	13%	13%	13%	13%	13%	13%	13%
Baserate VVG												
P		16'333	16'578	16'827	17'079	17'335	17'595	17'859	18'127	18'399	18'675	18'955
HP		12'070	12'251	12'435	12'621	12'811	13'003	13'198	13'396	13'597	13'801	14'008
Anteil IP-Zuschlag		900	1'005	1'113	1'129	1'242	1'260	1'279	1'299	1'318	1'338	1'358
Taxpunktwert TM Erhöhung	Rp	86	86	88	88	90	90	92	92	94	94	96
				2%		2%		2%		2%		2%