

4. Gesetz betreffend die Änderung des Gesetzes über die Krankenversicherung vom 25. Oktober 1995 (Spitalplanung und -finanzierung) (08/GE 21/305)

Eintreten

Präsident: Den Kommissionsbericht zu diesem Geschäft haben Sie vorgängig erhalten. Für die Tribünenbesucher liegen Kopien auf.

(Schriftliche, nicht vorgelesene Ausführungen)

Zusammensetzung der Kommission: Urs Schneider, Amlikon-Bissegg (Präsident); Elisabeth Aepli Stettler, Frauenfeld; Margrit Aerne, Lanterswil; Dr. Urs-Peter Beerli, Märstetten; Cäcilia Bosshard, Wilen (Gottshaus); Max Brunner, Weinfelden; Barbara Kern, Kreuzlingen; Bruno Lüscher, Aadorf; Urs Martin, Romanshorn; Dr. Ulrich Müller, Weinfelden; Liselotte Peter, Kefikon; Silvia Schwyter, Sommeri; Dr. Bernhard Wälti, Freidorf; Vico Zahnd, St. Margarethen; Fritz Zweifel, Scherzingen.

Vertreter des Departementes: Regierungsrat Bernhard Koch, Chef DFS; Mario Brunetti, Generalsekretär DFS; Dr. Susanna Schuppisser Fessler, Chefin Gesundheitsamt; Marco Hollenstein Leibacher, juristischer Sachbearbeiter DFS (Protokollführung).

Die Kommission zur Vorberatung des Gesetzes betreffend die Änderung des Gesetzes über die Krankenversicherung vom 25. Oktober 1995 behandelte die Vorlage in vier Sitzungen und dankt den Vertretern des Departementes für Finanzen und Soziales (DFS) für die Begleitung der Verhandlungen.

Die Kommission:

- ist mit 14:0 Stimmen auf die Vorlage eingetreten;
- hat dem Gesetz in der Schlussabstimmung mit 13:2 Stimmen zugestimmt;
- hat einige Anpassungen vorgenommen;
- hat den als Vernehmlassungsentwurf vorliegenden Strukturbericht "Kanton Thurgau Spitalplanung 2012" zur Kenntnis genommen.

Das eidgenössische Parlament strebt eine Steigerung des Wettbewerbs im Gesundheitswesen an. Auch soll eine Gleichstellung von öffentlichen und privaten Spitälern erfolgen. Im Zusammenhang mit diesen Zielsetzungen wurden bereits 2007 eine Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) und eine Neuregelung der Spitalplanung und -finanzierung beschlossen. Die Anpassungen auf nationaler Ebene haben zur Folge, dass auch auf kantonaler Ebene das Gesetz über die Krankenversicherung vom 25. Oktober 1995 angepasst werden muss. Dabei sind die Grundlagen für die Spitalplanung und -finanzierung zu legen. Nicht Bestandteil dieser Gesetzesvorlage ist die eigentliche Spitalplanung, das heisst insbesondere die Genehmigung der Spitalliste. Die Kommission liess sich jedoch über die diesbezüglichen Absichten des Regierungsrates informieren und nahm die im Strukturbericht vom 3. März 2011 festge-

haltenen Vorstellungen zur Kenntnis. Im Bericht wird der prognostizierte Bedarf strukturell abgebildet. Die für die Versorgung notwendige Anzahl Leistungsaufträge wird den inner- und ausserkantonalen Spitälern zugeordnet. Nach der Vernehmlassung, die bis 31. Mai 2011 dauert, wird der Regierungsrat im Spätsommer den definitiven Strukturbericht und die ab 1. Januar 2012 gültige Spitalliste erlassen.

Ein Kernstück der KVG-Revision ist, dass die stationäre Untersuchung und die Behandlung von Patientinnen und Patienten künftig mit leistungsbezogenen Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups; DRG) abgegolten werden. Diese müssen bis 31. Dezember 2011 eingeführt werden, und die kantonalen Spitalplanungen sind bis spätestens 1. Januar 2015 an die neuen Vorgaben anzupassen. Da zwischen den beiden Geschäften eine enge inhaltliche Verbundenheit besteht, hat sich der Regierungsrat entschieden, für die Neuerungen ein Gesamtpaket zu schnüren und dieses auf den 1. Januar 2012 in Kraft zu setzen. Aus diesem Grund ist der Thurgau einer der ersten Kantone, in dem die Behandlung des kantonalen Gesetzes im Parlament erfolgt.

Da es weitgehend gilt, den bundesrechtlichen Vorgaben gerecht zu werden, war der Handlungsspielraum bereits für den Regierungsrat und namentlich auch für die Kommission relativ gering. Es handelt sich primär um eine technische Vorlage, die in ihrer Wirkung aber sehr gewichtig ist.

Angesichts der komplexen und auch komplizierten Materie fand einleitend eine umfassende Orientierung über die Spitalfinanzierung und die Spitalplanung 2012 im Kanton Thurgau statt. Aufgezeigt wurde, dass die Einführung von SwissDRG für die Akutsomatik vorgesehen ist, jedoch (noch) nicht für die Psychiatrie und Rehabilitation. Gemäss bisheriger Regelung hatte der Kanton folgende Abgeltungen zu übernehmen: Für allgemein Versicherte in den Kantonsspitälern 54 % (Akut-Somatik/Rehabilitation) beziehungsweise 52 % (Psychiatrie). Die Investitionen teilen sich die Spital Thurgau AG (ca. 60 %) und der Kanton (ca. 40 %).

Einen Investitionsbeitrag vom Kanton erhielten die Privatspitäler Herz-Neuro-Zentrum Bodensee (HNZB) und Psychiatrische Klinik Clenia Littenheid.

Gemäss der neuen Regelung im KVG werden vom Kanton folgende Abgeltungen an die Listenspitäler geleistet: DRG-Fallpauschale (= Baserate des Spitals x CWI plus Zu- und Abschläge) sowie ein Beitrag für die universitäre Lehre und Forschung und gemeinwirtschaftliche Leistungen. In der Baserate sind die Investitionen und Anlagenutzungen enthalten.

Ein zentraler Punkt ist, dass der Kanton ab 2017 mindestens 55 % der DRG finanziert. Zuvor kann der Kantonsanteil aufgrund der unterdurchschnittlichen Prämien für Erwachsene zwischen 45 % und 55 % festgelegt werden. Für das Jahr 2012 beträgt er 48 %. Bis zum 1. Januar 2017 darf die jährliche Anpassung des Finanzierungsanteiles ab erstmaliger Festsetzung höchstens 2 % betragen.

Die finanziellen Auswirkungen für den Kanton wurden auf Basis der Rechnung 2009 ohne Kosten- und Mengensteigerung auf 25 bis 40 Millionen Franken ohne Zunahme der

gemeinwirtschaftlichen Leistungen veranschlagt. Bei einem Finanzierungsanteil des Kantons von 48 % beträgt der Mehraufwand 2012 zum Budget 2011 ca. 40 Millionen Franken, davon ca. 32 Millionen Franken für stationäre Leistungserbringung und ca. 8 Millionen Franken für gemeinwirtschaftliche Leistungen, insbesondere universitäre Lehre und Forschung sowie nicht kostendeckende Tarife in der Psychiatrie. Bis 2017, wenn der Kantonsanteil mindestens 55 % betragen muss, steigen die Kosten nochmals um rund 25 Millionen Franken.

Das Eintreten war nicht bestritten, wie das Abstimmungsergebnis zeigt. Es wurden jedoch Vorbehalte gegen die Einführung von DRG vorgebracht. Offene Fragen rund um DRG und die Meinung, dass die Einführung per 1. Januar 2012 zu früh sei, sind die Gründe, weshalb dann in der Schlussabstimmung zwei Gegenstimmen resultierten.

Präsident: Der Präsident der vorberatenden Kommission hat das Wort für seine einleitenden Bemerkungen zum Eintreten.

Kommissionspräsident **Schneider**, SVP: Die Kommission zur Vorberatung des Gesetzes betreffend die Änderung des Gesetzes über die Krankenversicherung (Spitalplanung und -finanzierung) behandelte die Vorlage in vier Sitzungen. Wir danken den Vertretern des Departementes für Finanzen und Soziales, namentlich dem zuständigen Departementchef, für die Begleitung der Verhandlungen. Der Begriff "Spitalplanung und -finanzierung" könnte falsche Hoffnungen wecken: Zum Beispiel, dass die Spitalliste zu verabschieden sei oder die Krankenkassenprämien beeinflusst werden könnten. Solche Erwartungen sind fehl am Platz. Wir haben hier ein Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung zu beraten, das uns relativ wenig Handlungsspielraum lässt. Trotzdem handelt es sich um eine sehr komplexe Materie. Da stösst wahrscheinlich ein Milizparlament bisweilen auch an seine Grenzen. Das eidgenössische Parlament strebt eine Steigerung des Wettbewerbs im Gesundheitswesen an. Auch soll eine Gleichstellung von öffentlichen und privaten Spitälern erfolgen. In diesem Zusammenhang wurden bereits 2007 eine Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) und eine Neuregelung der Spitalplanung und -finanzierung beschlossen. Diese Anpassungen haben nun Auswirkungen auf die kantonalen Gesetzgebungen und brauchen dort Neuregelungen. Ein Kernstück der KVG-Revision ist, dass die stationäre Untersuchung und die Behandlung von Patientinnen und Patienten künftig mit leistungsbezogenen Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups; DRG) abgegolten werden. Diese müssen bis 31. Dezember 2011 eingeführt werden, und die kantonalen Spitalplanungen sind bis spätestens 1. Januar 2015 an die neuen Vorgaben anzupassen. Der Thurgauer Regierungsrat hat beschlossen, die Neuerungen als Gesamtpaket auf den 1. Januar 2012 in Kraft zu setzen. Es gibt also in Bezug auf die Festlegung der Fallpauschalen keine Aufschubmöglichkeiten. Die vorberatende Kommission hat einen ganzen Nachmittag dafür verwendet, sich in die komplexe Materie durch Fachexpertinnen und Fachex-

perten aus dem Departement einführen zu lassen. Aufgezeigt wurde dabei, dass die Einführung von SwissDRG für die Akutsomatik vorgesehen ist, aber noch nicht für die Psychiatrie und die Rehabilitation. Gemäss bisheriger Regelung hat der Kanton für Versicherte in den Kantonsspitalern bei der Akutsomatik und der Rehabilitation 54 % der Kosten zu übernehmen, bei der Psychiatrie 52 %. Die Investitionen teilen sich die Spital Thurgau AG mit 60 % und der Kanton mit 40 %. Gemäss neuer Regelung im KVG werden von den Kantonen Abgeltungen (leistungsbezogene Fallpauschalen) an die Listenspitäler geleistet. Dazu kommt ein Beitrag für die universitäre Lehre, die Forschung und für gemeinwirtschaftliche Leistungen. Speziell ist, dass in der so genannten Baserate die Investitionen und Anlagenutzungen enthalten sind. Es wird inskünftig also keine separaten Kredite für die Spitäler mehr geben. Ein zentraler Punkt ist, dass der Kanton in Zukunft mindestens 55 % zu finanzieren hat. Dieser Prozentsatz muss aber erst per 1. Januar 2017 eingeführt werden. Bis zu diesem Zeitpunkt gibt es Übergangsregelungen mit einem tieferen Satz. Der Kanton Thurgau wird zum Beispiel mit 48 % starten. Dies bedeutet einen erheblichen Mehraufwand, der im Budget 2012 ca. 40 Millionen Franken ausmachen wird, ca. 32 Millionen für die stationäre Leistungserbringung und ca. 8 Millionen für gemeinwirtschaftliche Leistungen. Ab 2017 wird der Kantonsanteil mindestens 55 % betragen; bis dahin steigen die Kosten nochmals um 25 Millionen Franken. Es wird also beträchtliche Umwälzungen bei der Finanzierung geben. Eintreten war in der vorbereitenden Kommission unbestritten und wurde mit 14:0 Stimmen beschlossen. Es gab Vorbehalte gegen die Einführung der DRG, und es blieben auch Fragen offen. Abschliessend möchte ich noch einmal wiederholen, dass es um eine bundesrechtliche Vorgabe geht, wobei wir den Sinn und den Inhalt in Bezug auf DRG im vorliegenden Gesetz nicht regeln können. Wir können auch über den Zeitpunkt der Einführung nicht frei entscheiden.

Dr. Beerli, EVP/EDU: Die EVP/EDU-Fraktion ist einstimmig für Eintreten auf die vorliegenden Gesetzesänderungen, allerdings mit beschränkter Begeisterung. Es geht dabei um grundlegende Neuerungen bezüglich Spitalplanung und -finanzierung. Die Vorlage beinhaltet den kantonalen Vollzug neuer Bundesbestimmungen. Wir können auf Kantonsebene nicht wirklich viel Substantielles bestimmen, sondern lediglich Retuschen und flankierende Massnahmen anbringen, soweit dies das Bundesgesetz zulässt. Um zweckdienliche Retuschen anbringen zu können, musste man allerdings die ganzen Zusammenhänge der grundlegenden Änderungen einigermaßen verstehen. Deshalb diente ein grosser Teil der Kommissionsarbeit der Information, und es wurden viele Fragen zu Bereichen erörtert, die wir auf kantonaler Stufe nicht ändern können. Im Zentrum der Änderungen steht der auf nationaler Stufe beschlossene Wechsel der Spitalfinanzierung weg von den Tagespauschalen hin zu Fallkostenpauschalen. Etwas bisher recht Einfaches wird durch etwas sehr Komplexes abgelöst. Bisher kostete es für Allgemeinpatienten pro Tag auf einer bestimmten Spitalabteilung einen festgelegten Betrag. Künftig wer-

den Tausende von Diagnosen in einem Mischmasch zur Verfügung stehen, was dann schliesslich den Berechnungsfaktor für das ergibt, was der Patient kostet und kosten darf. Das ist für eine an sich gesunde Person, die beispielsweise lediglich eine Blinddarmentzündung hat, recht simpel. Für eine so genannte polymorbide Person (eine Person mit vielen Krankheiten gleichzeitig) wird es aber kompliziert: Ich denke zum Beispiel an einen Diabetiker, der wegen einer Unterzuckerung stürzt, den Schenkelhals bricht, wegen Durchblutungsstörungen nach der Operation eine Wundheilungsverzögerung hat und während der Bettlägrigkeit noch eine Lungenembolie erleidet. Was darf die Kombination all dieser Diagnosen kosten? Der Mensch, die Krankheiten und die Medizin sind etwas äusserst Individuelles, so dass es schwierig ist, eine Pauschale darüber zu stülpen. Entsprechend macht es schon ein wenig Bauchweh, wenn man bedenkt, dass künftig minutiös die Diagnosen, Komplikationen und weiteren Umstände aller Patienten erfasst werden müssen, was auch datenschutzmassig ein noch nicht gelöstes Problem ist. Zu all dem wird ein unproduktiver, teurer administrativer Wasserkopf entstehen, und es wird eine neue Berufsgattung des Diagnose-Codierers oder der Diagnose-Codiererin zu schaffen sein. Die Fallkostenpauschale bringt natürlich auch Vorteile, ansonsten sie in Bern nicht beschlossen worden wäre. Diese wurden hinlänglich aufgeführt; ich möchte sie an dieser Stelle nicht wiederholen. Es wird entscheidend sein, wie der ganze Prozess der Umsetzung begleitet und ausgewertet wird, und auch, ob man im Verlauf dann tatsächlich Schwachstellen wird korrigieren und das System flexibel nachbessern können. Etliche flankierende Massnahmen sind in den vorliegenden Paragraphen enthalten, zum Beispiel, dass alle Listenspitäler auch Ausbildung betreiben müssen. Es ist insgesamt ein etwas saurer Apfel, in den wir zu beissen haben, und man weiss nicht recht, ob er im Innern sogar noch wurmstichig ist. Trotzdem erachten wir es als richtig, dass die Sache jetzt angepackt wird und der Kanton das Bestmögliche daraus zu machen versucht. Im Übrigen wurde es in Bezug auf die Schulen im Thurgau und bisher in den meisten Kantonen klar abgelehnt, eine Fallkostenpauschale einzuführen, also jeden Schüler und jede Schülerin mit einem bestimmten Betrag zu versehen, mit dem er oder sie dann in irgendeine öffentliche oder private Schule gehen könnte. Genau das machen wir jetzt aber national vorgeschrieben im Gesundheitswesen und werden damit neu auch die privaten Spitäler gleichwertig wie die öffentlichen unterstützen.

Aepli Stettler, CVP/GLP: Gesundheit ist im Grossen Rat eigentlich nur dann ein Thema, wenn es um das Geld geht und darum, wie viel der Kanton ausgeben muss oder darf. Die parlamentarische Diskussion beschränkt sich jeweils auf die konkreten Finanzanliegen. Es wäre an der Zeit, in diesem Rat eine Gesundheitsdebatte zu führen und über das Thema ganzheitlich zu diskutieren. Wir bedauern, dass der Antrag unserer Fraktion im Büro nicht genügend Unterstützung gefunden hat. Wir reden immer nur über Kosten, Mehrkosten, Mehrbelastungen für den Kanton und den Prämienzahler, allenfalls über Steuerfusserhöhungen, und sprechen nicht darüber, welche Versorgung wir hinsichtlich

der Quantität und Qualität wollen, wie die Position des Kantons Thurgau gesamtschweizerisch ist, welche Einflussmöglichkeiten wir auf Bundesebene haben, wie viel Prävention und Gesundheitsförderung wir im Thurgau zu welchem Preis anstreben. Wir reden nicht über die Freiheit des Einzelnen versus staatliche Regulierungen, nicht über den Nutzen einer guten medizinischen Versorgung und auch nie über das Geschenk eines langen und über viele Jahre hinweg beschwerdefreien Alterns. Heute debattieren wir über Spitalplanung und -finanzierung, später dann noch über die regionale Einheitskasse, dazwischen über Geoinformation und Familienzulagen, und die Interpellation von Kantonsrat André Schlatter zu den kantonalen Einflussmöglichkeiten auf die Krankenkassenprämien ist nicht einmal traktandiert. Eine eigentliche Gesundheitsdebatte zu führen, wäre eine Chance gewesen. Diese Chance haben wir verpasst. Nun äussere ich mich für die CVP/GLP-Fraktion zum Eintreten auf das vorliegende Geschäft. Eintreten ist faktisch zwingend. Die Einführung der DRG mit weitgehender Gleichstellung von privaten und öffentlichen Spitälern wurde per 1. Januar 2012 auf Bundesebene beschlossen. Die Umsetzung im Kanton ist zwingend nötig. Wir sind klar der Ansicht, dass es zwecklos ist, heute über Sinn oder Unsinn der Fallpauschalen zu diskutieren. Auf Bundesebene wurden sie so beschlossen. Die Debatte wurde in den eidgenössischen Räten geführt. Daran ändert sich auch nichts, wenn wir uns darüber anders auslassen. Ich halte mich da an das Motto: "Lerne zu akzeptieren, was sich nicht mehr ändern lässt. Setze Dich dort ein, wo man etwas ändern kann, und sei gescheit genug, das Eine vom Andern zu unterscheiden." Wer ehrlich etwas für die Thurgauerinnen und Thurgauer bewirken will, muss auf das Geschäft eintreten und dem Regierungsrat für seinen echten und durchaus erfolgreichen Einsatz für die Thurgauerinnen und Thurgauer auch gegenüber den sehr mächtigen Krankenkassen den Rücken stärken. Der Thurgau ist ein kleiner Player im ganzen schweizerischen Gesundheitssystem, aber er ist ein aktiver Player, und andere Kantone realisieren dies langsam auch. Wir haben im Thurgau den Datenpool mit Leistungsstopp bei nicht bezahlten Krankenkassenprämien eingeführt und wurden zuerst belächelt. Jetzt ist dieses System in das Bundesgesetz aufgenommen worden, und gegen den Willen des Regierungsrates hat es auch der Kantonsrat St. Gallen beschlossen. Dasselbe haben die Kantone Schaffhausen und Luzern getan. Dank Thurgauer Interventionen mussten die Krankenkassen endlich einmal ihre Thurgauer Reserven aufdecken, und wir können nun auf geringere Prämien erhöhungen hoffen. Der Thurgau hat ein sehr intelligentes, familienfreundliches Prämienverbilligungssystem. In der "Sonntagszeitung" vom 8. Mai 2011 rangiert er schweizweit auf dem guten 7. Platz bezüglich der effektiven Gesundheitskosten für Familien. Der Thurgau hat auch den Bericht zur Einheitskasse forciert. Darauf werden wir heute noch zurückkommen. Vor gut zehn Jahren haben wir die Spital Thurgau AG gegründet und damit unsere Spitäler fit gemacht für den Wettbewerb. Nun stellt sich die Frage, was für einen konkreten Handlungsspielraum wir beim vorliegenden Geschäft haben. Der Handlungsspielraum ist an sich grösser als man vermuten würde. Der Kanton Zürich zum Beispiel schlug eine totale Überre-

gulation vor, die den gewünschten Wettbewerb faktisch unterlaufen hätte. Der Thurgauer Vorschlag bekennt sich zur liberalsozialen Linie, und die CVP/GLP-Fraktion steht dahinter. Handlungsspielraum bei der Umsetzung gibt es namentlich bei der Festsetzung des Kantonsanteiles. Die Fallpauschalen werden im Thurgau die Prämienzahler entlasten und nicht zu höheren Krankenkassenprämien führen. Wir gehören auch hier zu den sieben Top-Kantonen, die den Kostenteiler für Kanton und Krankenkasse so legten, dass die Prämienzahler entlastet werden, nach jetzigem Wissensstand um 0,6 %. Sollten die Prämien nachher vielleicht trotzdem ansteigen, liegt der Grund nicht bei den Fallpauschalen. Das heisst nicht, dass weniger Geld für die Pflege zur Verfügung steht, sondern mehr Steuergelder zur Entlastung der Krankenkassenprämien eingesetzt werden. Entscheidend ist dann faktisch die Spitalliste 2012. Der Entscheid, welches Spital zu welchen Bedingungen für welche Behandlungen auf die Spitalliste kommt, muss zwingend ein justiziables sein. Folglich muss die Kompetenz hierfür beim Regierungsrat liegen. Die Forderungen meiner Fraktion an den Regierungsrat bei der Bestimmung der Spitalliste sind: 1. Weiterhin optimale Versorgung der Thurgauer Bevölkerung, eine zentrale Aufgabe des Kantons. 2. Gute Versorgung durch die Spital Thurgau AG. Dieser Betrieb gehört dem Kanton. Dort haben wir direkten Einfluss. Es ist richtig, dass der Kanton einen eigenen Betrieb hat. 3. Weiterhin Information des Grossen Rates bezüglich der Spitalliste, vermutlich am besten über die Geschäftsprüfungs- und Finanzkommission. Auch wenn der Grosse Rat die Spitalliste nicht erlässt, ist vorgängige Information sinnvoll. Dort, wo allenfalls Probleme auftauchen, kann die Information über die vorgeschriebene Anhörung der Betroffenen eingebracht werden. Es muss verhindert werden, dass im Nachhinein parlamentarische Vorstösse kommen, die nichts als Frust bringen, weil man dann eben nichts mehr dazu sagen kann. 4. Im psychiatrischen Bereich hat der Kanton anscheinend überproportional viele stationäre Plätze. Hier will der Kanton Plätze abbauen. Das wird zwingend mit einem Ausbau der ambulanten Betreuung einhergehen müssen, zum Beispiel der psychiatrischen Spitex. Da besteht offenbar noch Aufholbedarf. Dem Grundsatz "ambulant vor stationär" muss anscheinend auch im psychiatrischen Bereich vermehrt nachgelebt werden. Meines Erachtens ist das im Einzelfall dann gar nicht so einfach, aber es wird die Konsequenz sein. In der Fraktion haben wir über die Mindest- und Höchstfallzahlen diskutiert. Mindestfallzahlen sind aus Gründen der Qualitätssicherung sinnvoll. Bei Höchstfallzahlen besteht die Angst vor Rationierung, auch wenn dies vom Regierungsrat nicht so verstanden wird. Die CVP/GLP-Fraktion ist mit der Streichung der Höchstfallzahlen gemäss Vorschlag der vorberatenden Kommission einverstanden, nachdem der Regierungsrat ausdrücklich erklärt hat, dass er damit leben könne. Der Regierungsrat kann im Rahmen der Leistungsvereinbarungen Höchstfallzahlen festlegen; es sollen keine Verbote auf Vorrat geschaffen werden. Abschliessend möchte ich noch folgende zwei Bemerkungen anbringen: 1. Es gibt kritische Voten, die dahin gehen, dass mit den Fallpauschalen und der Mitfinanzierung privater Spitäler durch den Kanton eine wesentliche Entlastung der Zusatzversicherten erfolgt. Zusatzversicherun-

gen sind nicht für alle zugänglich, einerseits aus finanziellen Gründen, andererseits aber auch, weil die Aufnahme in eine Zusatzversicherung verweigert oder mit einschneidenden Vorbehalten verbunden werden kann. Sollten sich nach der Einführung der Fallpauschalen mit allen Konsequenzen daraus erhebliche Änderungen in den Patientenströmen abzeichnen, müsste allenfalls Gegensteuer gegeben werden. 2. Der Regierungsrat muss der Kommunikation ein besonderes Augenmerk schenken. Mittelständische Familien werden dank der geplanten konkreten Umsetzung entlastet. Das darf man dann auch einmal laut sagen. Zusatzversicherte werden ebenfalls entlastet. Auch das muss man erklären. Wir erachten es als Pflicht des Regierungsrates, die Thurgauerinnen und Thurgauer darauf hinzuweisen, wo sie ab 2012 Prämien sparen können, welche Zusatzversicherungen gegebenenfalls nicht mehr nötig und welche sehr sinnvoll sind. Es geht um unser wichtigstes Gut, um die Gesundheit. Da hat der Regierungsrat das Recht und die Pflicht zu einer umfassenden Information. Die CVP/GLP-Fraktion ist einstimmig für Eintreten.

Dr. Wälti, SP: "Kommen Sie zu uns und arbeiten Sie bei uns. Sie bestimmen Ihren Lohn selbst." So hat kürzlich ein grosses deutsches Spital einem Schweizer Arzt eine Chefarztstelle angeboten. Darüber wurde diesen Winter am Ärztekongress in Arosa öffentlich diskutiert. Die Entschädigung des möglichen Chefarztes ist zu einem grossen Teil DRG-abhängig, was im Klartext heisst: Der Chefarzt hat nicht das Ziel, den Patienten gut zu behandeln und ihn möglichst gesund zu entlassen, sondern es werden ihm Anreize gesetzt, den Patienten rasch zu entlassen. Der Chefarzt kann seine Bezüge massiv erhöhen, wenn er die Fallpauschalen nicht ausschöpft. Sie werden sich sagen, dass dies bei uns nicht möglich ist. Aber wer garantiert das? Dieselben Personen, die seit Jahren meinen, dass sie die Kosten in den Griff bekommen würden? Die Spitalfinanzierung soll nämlich auch bei uns über DRG, so genannte diagnosebezogene Fallgruppen, geregelt werden. Ich bezweifle, ob die Folgen wirklich allen klar sind. Wir sollen also eine neue Regelung einführen, obwohl das System nicht bekannt ist. Wir sollen sie nur deshalb einführen, weil sie uns der Bund vorgibt. Wir sollen die neue Regelung im Wissen darum einführen, dass DRG andernorts von allen verflucht und als Fehler bezeichnet wird. Schauen Sie über die Grenze nach Deutschland! Wir sollen die neue Regelung einführen, die wir in der vorberatenden Kommission im Schnellzugtempo durchberaten haben, ohne die Wesenszüge in ihrer wirklichen Tiefe zu kennen. Wir sollen sie einführen, obwohl Tausende von Berufstätigen im Gesundheitswesen ein Moratorium verlangen. Das sind Praktiker, denen man grössere Fachkompetenz zugestehen kann als den Autoren des Bundesgesetzes. Wir sollen auf das nächste Jahr erneut eine Kostenumverteilung zulasten unserer Wählerinnen und Wähler einführen. Neu sollen Krankenkassen und Kanton die Spitaldefizite tragen. Wir sollen eine Regelung einführen, die lange in Kraft bleiben soll und sehr grosse Patientengruppen in eine höchst ungewisse Zukunft zwingt. Wir haben es in der Kommission deutlich gehört: Die Finanzierung grosser Patienten-

gruppen ist noch gar nicht durchdacht. Ich verweise auf die Bereiche Rehabilitation und Psychiatrie, die schon erwähnt worden sind. Aber auch der Bereich Pädiatrie ist eine Baustelle grösseren Ausmasses. Diese drei Gruppen machen bereits einen grossen Bestandteil der Patienten aus. Das Ziel der DRG, das Gesundheitswesen im Spital mit Wettbewerb und Transparenz in den Griff zu bekommen, wird so meiner Ansicht nach nicht erreicht. Einmal mehr beigen wir einfach um, ganz nach dem Grundsatz: Wenn man die gleichen Fehler mehrere Male macht, gibt es Übung. Zahlreiche Probleme sind nicht besprochen. Und wir sollen sie mit einer neuen Regelung zementieren? Dies kann man nicht gutheissen, auch wenn behauptet wird, dass verantwortlich gehandelt wird. Es ist Augenwischerei, den Thurgau bezüglich Baserate, Investitionskosten und Spitalstrukturbericht an die Spitze zu setzen, wenn Fragen der regional unterschiedlichen Kostenstrukturen, die Auswirkungen auf die vor- und nachgelagerten Spitalphasen, auf Hausärzte, Spitex und Pflegeheime ungelöst sind und ein massiver Ausbau des Verwaltungsapparates droht. Wo ist denn der Nutzen des vorliegenden Geschäftes? Niemand kann dies sagen, und wir sollen ihm im Namen der Bevölkerung zustimmen. Die Zürcher haben im Parlament einen leichten Anflug von Mut gezeigt und einen Marschhalt beschlossen. Dies sollten auch wir tun. Wir haben wochenlang diskutiert, debattiert, nachgedacht und gerungen, auch mit dem Eintreten, und sind einstimmig zum Schluss gekommen, auf die Vorlage einzutreten.

Aerne, SVP: Der als diagnosebezogene Fallgruppen oder kurz DRG bezeichnete Sammelbegriff ist das Kernstück der Änderung des Gesetzes über die Krankenversicherung. Mit der Fallpauschale soll zum Beispiel eine durchgeführte Behandlung unter Berücksichtigung der persönlichen Daten des Leistungsempfängers sowie der Aufenthaltsdauer als Abrechnungsgrundlage mit Haupt- und Nebenkassen dem Kostenträger gemeldet werden. In Zukunft werden somit die Leistungsbezüger, die Versicherer, die Kantone vergleichbar, und es wird transparent sein, welches Spital welche Operation zu welchem Preis anbietet. Wie bereits erwähnt wurde, soll damit in erster Linie das Bundesrecht umgesetzt werden. Die Wirkung der eher technischen Vorlage ist von Bedeutung. Es geht um sehr hohe Kosten. Es wird eine massgebliche Veränderung in der Spitallandschaft geben; gleiche Bedingungen für private und öffentliche Spitäler werden erfolgen. Eintreten auf die Vorlage und auf die recht komplexe Materie ist für die SVP-Fraktion unbestritten. Obwohl die Auswirkungen der neuen Finanzierung zurzeit noch schwierig zu beurteilen sind, sind wir der Meinung, dass der geplante Zeitpunkt der Einführung realistisch ist und damit das Ziel einer schweizweiten Vergleichbarkeit von Qualität und Wirtschaftlichkeit der stationären Leistungen im Gesundheitswesen erreicht werden kann.

Lüscher, FDP: Einmal mehr sind wir aufgefordert, auf eine Gesetzesänderung einzutreten, die uns die Bundesgesetzgebung überbindet und zu der wir eigentlich auch nicht sehr viel zu sagen haben. Die FDP-Fraktion dankt dem Regierungsrat in diesem Zu-

sammenhang für die offene Information bezüglich der Spitalplanung und der damit verbundenen Auswirkungen. Wir haben den Strukturbericht, soweit dies überhaupt möglich ist, zur Kenntnis genommen. Die Spitalplanung und -finanzierung ist nicht nur äusserst komplex, sondern verursacht auch erhebliche zusätzliche Kosten für das Kantonsbudget, da die Finanzierung von öffentlichen und privaten Spitälern gleichgestellt und der Kantonsanteil an diese Finanzierung von heute 45 % bis 2017 auf 55 % gesteigert werden muss. Letztlich bedeutet dies eine Zunahme des Kantonsanteiles bis 2017 um rund 65 Millionen Franken. Vor diesem Hintergrund ist es äusserst wichtig, die Chance für das Gemeinsame bei den öffentlichen und den privaten Leistungserbringern auszuschöpfen und keine Doppelspurigkeiten beziehungsweise Überkapazitäten zu schaffen. Wir stellen fest, dass im Thurgau eine gute Versorgungsqualität vorhanden ist und die Zusammenarbeit unter den verschiedenen Leistungserbringern mehrheitlich gut funktioniert. Gemäss den bundesrechtlichen Vorgaben sind per 31. Dezember dieses Jahres auch die Fallpauschalen einzuführen. Sie werden zurzeit zwar teils heftig hinterfragt, obwohl es daran eigentlich nichts zu rütteln gibt und eine Verschiebung der Einführung nichts grundlegend Neues bringen würde. Die Spitalplanung und -finanzierung hingegen wäre gemäss Bundesgesetz erst bis spätestens 1. Januar 2015 umzusetzen. Der Regierungsrat beabsichtigt aber mit der vorliegenden Gesetzesänderung und der in die Wege geleiteten Spitalplanung mit Strukturbericht und provisorischer Spitalliste, diese Übergangsfrist nicht zu beanspruchen. Laut seiner Aussage will er damit keinen Strukturverlust provozieren und sowohl für die Spital Thurgau AG als auch für die Privatspitäler Planungssicherheit schaffen. Die FDP begrüsst diese Entscheidung, da eine Übergangsfrist für alle Beteiligten meist nur Unsicherheit bedeutet. Wir begrüssen ebenso die Absicht, dass die Einführung der Fallpauschalen vorerst nur für die Akutsomatik gilt. Was wir noch vermissen, ist eine Aussage darüber, wie hoch der Investitionskostenanteil bei der Fallpauschale ist, hat dies doch einen erheblichen Einfluss auf die Fallkosten. Ebenfalls erwartet die FDP baldmöglichst Klarheit darüber, wie die künftige Finanzierungsform der anstehenden Grossinvestitionen der Spital Thurgau AG aussehen wird. Sieht hier der Regierungsrat eine Änderung gegenüber der heutigen Regelung (40 % Kanton und 60 % Spital Thurgau AG) vor? Welche Konsequenzen ergäben sich in Bezug auf die Zuständigkeiten von Grosse Rat und Stimmbürger? Die FDP-Fraktion ist einstimmig für Eintreten und Unterstützung der vorliegenden Gesetzesänderung.

Schwyter, GP: Obwohl das eidgenössische Parlament bereits 2007 die Änderungen des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung und die Neuregelung der Spitalplanung und -finanzierung beschlossen hat, kam die vorberatende Kommission einmal mehr unter ziemlichem Zeitdruck, um die nötigen Anpassungen auf kantonaler Ebene im Gesetz über die Krankenversicherung zu beraten. Der Regierungsrat hat sich entschlossen, zusammen mit den Änderungen bereits die gültige Spitalliste zu erlassen, obwohl er dafür eigentlich noch bis zum 1. Januar 2015 Zeit gehabt hätte. Auf den 31. Dezember 2011

müssen die leistungsbezogenen Fallpauschalen (DRG) eingeführt werden, die ein kleines, aber sehr wichtiges Kernstück des KVG darstellen. Diese Fallpauschalen sind es denn auch, die unserer Fraktion etwelches Unbehagen bereiten. Wie sie sich auf die Spitalbehandlungen auswirken werden, ist noch sehr ungewiss. Erfahrungen aus Deutschland und einigen Kantonen, in denen die Fallpauschalen bereits eingeführt wurden, zeigen, dass die erhofften Auswirkungen nicht eingetroffen sind. Die gewünschten Kosteneinsparungen blieben aus, dafür stieg der Druck auf Ärzte und Pflegepersonal. Der Drehtüreffekt (Patientinnen müssen, kaum entlassen, wegen Komplikationen wieder in das Spital eingeliefert werden) oder die so genannte blutige Entlassung sind unschöne Begleiterscheinungen, die auftraten und die es inskünftig zu vermeiden gilt. Die Einführung der DRG ist eine sehr komplexe Materie. Viele Fragen sind bezüglich der Auswirkungen noch offen, zum Beispiel die Behandlung von mehrfach kranken Patientinnen, die Arbeitsbedingungen der Ärztinnen und des Pflegepersonals, die nachgelagerte Pflege usw. Angesichts der vielen ungeklärten Fragen scheint uns ein Moratorium angezeigt. Ich danke deshalb Kantonsrat Dr. Bernhard Wälti und Kantonsrätin Barbara Kern für ihre diesbezügliche Motion, die sie heute einreichen werden. Wirtschaftlichkeit, Qualität, Wettbewerb, Leistungen, Fallzahlen waren Begriffe und Themen, um die sich die meisten Diskussionen während der Beratungen drehten. Das Gesundheitswesen ist ein wichtiger Wirtschaftsfaktor in unserem Kanton. Über all dem sollten wir aber nicht vergessen, dass schlussendlich das Wohlbefinden des kranken, pflegenden, behandelnden und betreuenden Menschen im Mittelpunkt stehen sollte, dessen Gesundheit und Gesunderhaltung erste Priorität haben. Rendite und ökonomische Überlegungen sollten erst in zweiter Linie zählen. Die Fraktion der Grünen ist einstimmig für Eintreten.

Dr. Ulrich Müller, CVP/GLP: Die Anpassung der kantonalen Gesetzgebung an jene des Bundes bringt uns in eine Situation, in der wir über absolut komplexe Sachverhalte zu urteilen haben und dabei nicht wissen, wohin die Fahrt geht. Das weiss man auch beim Bund in diesem Moment nicht. Wir haben uns jetzt an den Fallpauschalen festgeklammert und deren Folgen abzuschätzen versucht. Ich bin mit allen Bedenken einverstanden (ich habe auch meine Bedenken in Bezug auf die nachgelagerten Pflegeinstitutionen), muss aber sagen, dass das Gesetz auf Bundesebene 2007 beschlossen wurde. Wir hatten vier Jahre Zeit, uns darauf einzurichten. Ich kann mir deshalb nicht vorstellen, was ein Moratorium, abgesehen davon, dass es gegen Bundesrecht verstösst, noch bringen sollte. Die DRG sind ein Kernstück der vorliegenden Reform. Es gibt aber noch ein zweites Kernstück, das mir viel mehr zu denken gibt: Ich spreche vom Übergang von der Objekt- zur Subjektfinanzierung. Die Institutionen werden nicht mehr durch die Öffentlichkeit, sondern gemäss Fallpauschalen finanziert. Dies führt dazu, und das war auch eine Vorgabe der Bundesgesetzgebung, dass die Zusatzversicherten gleich behandelt werden müssen wie die Grundversicherten. Sie erhalten genauso ihren kantonalen Beitrag an die stationäre Pflege im Spital. Das gilt für die Zusatzversicherten inner-

halb des Kantons, aber auch für alle anderen bei ausserkantonalen Hospitalisationen. Der Gesundheitsdirektor hat angedeutet, dass dadurch die Prämien der Zusatzversicherungen beträchtlich sinken sollten. Natürlich hat die Umstellung auch etwas mit Gerechtigkeit zu tun: Bisher konnten die Zusatzversicherten immer damit argumentieren, dass sie ihre Steuern zahlen und nachher keine Subventionierung in den Privatspitälern erhalten. Auf der anderen Seite ist es jetzt so, dass mit unseren Steuern das System der Zusatzversicherungen unterstützt wird, das Vorbehalte macht und zum Beispiel Leute meines gesetzten Alters oder solche mit einer chronischen Krankheit gar nicht mehr akzeptiert und somit alle Nachteile bringt, die früher vor 1996 den Krankenversicherungen anhafteten. Auch hier ist also die Gerechtigkeit, die wiederhergestellt wurde, relativ. Mich beschäftigt ferner die Frage, was passiert, wenn die Prämien wirklich deutlich sinken sollten. Sollten Zusatzversicherungen nicht nur für 25 % der Bevölkerung wie gegenwärtig, sondern für einen grösseren Teil der Bevölkerung zugänglich werden und sollte es differenzierte Zusatzversicherungen geben, zum Beispiel solche, welche die Mehrkosten in den Nachbarkantonen decken, könnte dies zu Patientenströmen hin zu privaten und ausserkantonalen Institutionen führen, wie wir sie uns gegenwärtig gar nicht vorstellen können. Es gibt nicht viele Vorlagen, bei denen ich ein ungutes Gefühl habe und nicht weiss, wohin das Schiff steuert, dem wir heute den Stoss auf das weite Meer hinaus geben müssen. Kantonsrat Dr. Beerli hat ausgeführt, dass wir in den sauren Apfel beißen sollten. Ich hoffe, dass es nicht der Apfel ist, der uns zur Vertreibung aus dem Paradies bringt, auch wenn der gegenwärtige Zustand nicht das Paradies in der Gesundheitsversorgung ist.

Kern, SP: Der Bund legt uns mit der geplanten Einführung der Fallpauschalen eine Medizin vor, die nicht nur bitter schmeckt, sondern deren Wirkung für viele Beteiligte in unserem Gesundheitssystem alles andere als heilsam bezeichnet werden kann. Der Systemwechsel, der nicht nur in Deutschland enorme Kritik auslöste, weil er in der täglichen klinischen und pflegerischen Arbeit zu negativen Auswirkungen bei Patientinnen und Patienten geführt hat, wird bei uns, wenn darüber überhaupt diskutiert wird, mit der Bemerkung abgetan, dass alles besser werde. Was wird denn bei uns anders, wenn Ökonomisierungen und Wettbewerb die Entscheidungen für Diagnose und Therapie bestimmen? Spitäler lassen sich nun einmal nicht wie eine Novartis oder eine andere an der Börse kotierte Firma führen, weil kranke Menschen nicht nach den Kriterien von Benchmark und Wirtschaftlichkeit gesunden. Jeder und jede Einzelne von uns ist in der Vielfalt und Komplexität verschieden. Ich zitiere Dr. Christian Hess, Chefarzt für innere Medizin am Bezirksspital Affoltern, der den Patienten als "codiertes Objekt" wie folgt auf den Punkt bringt: "Diagnosen kommen und gehen und sind letztlich Orientierungsschubladen in der Komplexität menschlichen Leidens. Als solche machen sie zur Verständigung und zum gegenseitigen Erfahrungsaustausch durchaus Sinn. Als Grundlage der Finanzierung führen sie aber zu einer kompletten Instrumentalisierung des Patienten. Dieser wird zum

geldbewerteten Objekt, das je nach Diagnose und Eingriffsmassnahmen mehr oder weniger attraktiv für den einzelnen Betrieb sein wird. Die Ökonomisierung der Spitalwelt als einziges Regulierungswerkzeug führt konsequenterweise zur Codierung des Menschen und seines Leidens. Sie führt zur Wahrnehmung des Menschen als zu bewertende Ware." Patienten mit komplexen Krankheitsbildern und in der Prognose schlecht abschätzbaren Leiden werden zu unkalkulierbaren Risiken und daher tendenziell abgeschoben, während andere, banale Beschwerden, zu Diagnosen hochstilisiert und damit einer Überbehandlung zugeführt werden. Wo bleibt der menschliche, humanistische Ansatz bei dieser Spitalfinanzierung? Jeder von uns, der einmal krank war oder in das Spital musste, weiss, wie wichtig die so genannten weichen Faktoren wie die Atmosphäre, die Empathie des Pflegepersonals, der Ärzteschaft und der therapeutischen Fachleute sind, welche die Heilung positiv beeinflussen. Dasselbe gilt für die Einordnung des Krankseins bei der Betrachtung des Lebenskontextes eines jeden einzelnen Kranken. Diese weichen Faktoren lassen sich jedoch kaum anhand von Fallpauschalen messen. Hören Sie sich um, nicht nur bei der Ärzteschaft, sondern vor allem bei den Pflegefachpersonen, welche sie anwenden. Ich stehe hier stellvertretend für viele Pflegefachleute aus dem Kanton Thurgau, welche die Aussagen derjenigen aus dem Kanton Zürich im "Tagesanzeiger" vom Samstag, 30. April 2011, 1:1 unterschreiben würden: Qualitätsverlust, vermehrte Fehler in der Applikation und Verabreichung von Medikamenten, Infektionen etc. Die Liste kann beliebig ergänzt werden. Viele Diskussionen im Gesundheitswesen leiden leider an Oberflächlichkeit. Es werden schnelle und scheinbare Lösungen gesucht, Veränderungen ausgelöst, die ein noch so gutes Gesundheitssystem wie das Unsrige einzig mit Blick auf die Kosten durch ein fragwürdiges und nicht zu Ende gedachtes System auf den Kopf zu stellen versuchen. Wenn wir krank werden oder gar in das Spital müssen, erwarten wir eine kompetente und alles umfassende medizinische Versorgung und Pflege. Diese ist nicht zu bekommen, indem man sie den Billigsten und Meistbietenden anvertraut. Das Problem stellt sich nicht nur in den Spitälern. Durch den ökonomischen Druck werden Patientinnen und Patienten schneller entlassen. Sind wir für diese frühe posthospitalen Phase gerüstet? Ich glaube nicht. Schon heute ist der Drehtüreffekt, der schnelle Wiedereintritt nach der Entlassung in das Spital, Realität. Auch weiss man heute schon, dass mit dem System der Fallpauschalen keine Kosten gespart werden geschweige denn die medizinisch-pflegerische Qualität gehalten werden kann. Da stellt sich wirklich die Frage, ob wir bei gleich bleibenden hohen Kosten eine schlechtere Gesundheitsversorgung in Kauf nehmen wollen. Wir haben jetzt die Gelegenheit, einen Marschhalt zu verlangen. Unterschreiben Sie nicht, wie angekündigt, ein Moratorium, sondern unsere Standesinitiative. Sie ist das einzige Mittel, einen Marschhalt in Bern zu erwirken. Ich bitte Sie, unsere Motion zu unterstützen.

Wohlfender, SP: Die Spital Thurgau AG hat engagierte und weitsichtige Führungskräfte. Bereits seit einigen Jahren haben sie ihren Betrieb auf 2012, das Jahr der Einführung der Fallpauschalen, fit gemacht. Die Spital Thurgau AG ist bereit für den Markt "Gesundheitswesen". Leider erweist sich die letzte Hürde, nämlich der Berechnungsfaktor für die Kosten, die so genannte Baserate, höher als gedacht. Die Baserate muss mit den Kassen jedes Spitalverbundes ausgehandelt werden. Die Verhandlungen sind am Laufen. Dabei spielen die Krankenkassen eine miserable Rolle: Der Berechnungsfaktor wird gedrückt. Bestraft werden diejenigen Spitäler, welche ihre Hausaufgaben gemacht und sich für den Markt gerüstet haben. Davon betroffen ist auch die Spital Thurgau AG. Es steht heute noch nicht fest, welche Baserate am 1. Januar 2012 gilt beziehungsweise ob bis dahin überhaupt eine zufriedenstellende Regelung unter den Verhandlungspartnern gefunden sein wird. Ein Moratorium tut Not. Lassen wir uns Zeit, die zentrale Frage um die Finanzierung und Kostendeckung zu klären.

Theler, GP: Ich möchte vom Regierungsrat wissen, wie die Spital Thurgau AG gewährleisten will, dass es mit der Einführung der Fallpauschalen nicht zu Tendenzen kommt, die ökonomisch Sinn machen und medizinisch nicht. Beispiel: Es gibt medizinische Massnahmen, die mit DRG mehr Geld geben als früher, beispielsweise ein Luftröhrenschnitt bei Patienten auf der Intensivstation. Die Indikationen dafür sind nicht immer klar, und vieles hängt von der Erfahrung der Mediziner ab. Dies könnte man aber auch ausnützen, was sicher niemand bewusst macht, und einen Patienten einfach länger als nötig intubiert lassen, weil es rentiert. Das ist kein angenehmer Gedanke. Ich frage den Regierungsrat, welche Kontrollmechanismen vorgesehen sind, damit DRG eben nicht zu Missbrauch führt. Wie wird verhindert, dass man finanziell statt medizinisch entscheidet? Ich glaube wirklich nicht, dass Ärzte oder Spitäler bewusst aus ökonomischen Gründen Entscheide fällen werden, die für Patienten gefährlich sind. Es gibt jedoch einen grossen Graubereich. Was ist geplant, damit es nicht falsch läuft? Wer alle Bedenken gegen die Fallpauschalen in den Wind schlägt, löst bei mir kein Vertrauen aus.

Kommissionspräsident **Schneider, SVP:** Zum Zeitdruck: Der Regierungsrat hat im Dezember 2010 die Botschaft vorgelegt. Zu diesem Zeitpunkt wurde auch die Kommission bestückt und die Kommissionsarbeit mit dem Ziel aufgenommen, die Vorlage vor den Sommerferien 2011 durchberaten zu haben, damit noch genügend Zeit für deren Umsetzung bleibt. Wir haben die Vorberatungen in der Kommission effizient und zweckmässig abgewickelt; zwei weitere Sitzungen mussten noch anberaumt werden. Wir haben auch sehr viel Zeit für die Information eingesetzt; dies ist bereits erwähnt worden. Wenn der Regierungsrat das Geschäft später vorgelegt und gewartet hätte, bis alle anderen Kantone daran gegangen wären, hätte man ihm den Vorwurf gemacht, dass er als Letzter damit komme. Meines Erachtens erfolgte eine zeitgerechte und gute Vorberatung in der Kommission. Über die grundsätzlichen Vorbehalte gegen DRG kann unter § 35, in dem

die Grundlage dafür gelegt wird, nochmals diskutiert werden. Ich bin der Auffassung, dass etwas mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen nicht schlecht ist. DRG wird zumindest dafür sorgen, dass beispielsweise bei einem Blinddarm der Eine nicht mehr 20 Minuten und der Andere 2 Stunden verrechnen kann. Eine gewisse Vergleichbarkeit schadet wahrscheinlich nicht. Zum Moratorium wird sich bestimmt der Regierungsrat noch äussern. Wir haben hier ein Einführungsgesetz zu beurteilen, das seine Grundlage auf Bundesebene hat, die gilt.

Regierungsrat **Koch**: Ich danke Ihnen für die interessante Diskussion zum Eintreten, dem Kommissionspräsidenten für seinen umfassenden und informativen Bericht und der vorberatenden Kommission dafür, dass sie auch unter Zeitdruck hervorragende Arbeit geleistet hat. Wir konnten gar nicht früher an Sie gelangen. Wir mussten auf die bundesrätliche Verordnung warten, die erst im Herbst 2010 vorlag. Im Anschluss daran konnten wir mit der Gesetzgebungsarbeit beginnen. Die Umsetzung von Seiten des Regierungsrates erfolgte rasch: Im Kanton St. Gallen wurde erst diese Woche das Vernehmlassungsverfahren eröffnet; dort ist man noch lange nicht so weit. Der Thurgau ist einer der ersten Kantone, der die Neuregelung bereits im Grossen Rat zur Diskussion stellen kann, der schon den Strukturbericht veröffentlicht hat und damit auch die provisorische Spitalliste. Bei der Vorlage geht es nur um den stationären Bereich. Die Kantone haben im Hinblick auf den Zeitfaktor keine grossen Möglichkeiten. Sie müssen per 1. Januar 2012 die Spitalfinanzierung umsetzen und DRG einführen. Da besteht überhaupt kein Spielraum. Es ist doch sinnvoll, wenn unsere Privatspitäler bereits im Herbst 2011 wissen, ob sie auf der Spitalliste sind oder nicht. Auch hier geben wir eine gewisse Sicherheit, wenn wir die Spitalfinanzierung und die Spitalplanung miteinander umsetzen. Das ist gegenüber den Privatspitälern, aber auch gegenüber der Spital Thurgau AG notwendig. Es wurde viel von Gefahren gesprochen. Der Regierungsrat sieht die neue Spitalfinanzierung und -planung durchaus auch als Chance. Es wurde vom Kommissionspräsidenten gesagt, dass es mehr Wettbewerb geben wird. Jene Spitäler, die einen besseren Service anbieten, haben in Zukunft grössere Chancen, mehr Patienten zu gewinnen. Für die Patienten besteht eine gewisse Wahlfreiheit inner- und ausserkantonale in Bezug auf die Listenspitäler. Die Qualität wird messbar. Es findet keine Ökonomisierung statt. Im Gegenteil: Wir sind der Auffassung, dass auch die medizinische Qualität durch die Messbarkeit verbessert wird und wir zwischen den öffentlichen und den privaten Spitälern gleich lange Spiesse erhalten. Ebenfalls wichtig ist in Zukunft der Kostenteiler zwischen der öffentlichen Hand und den Krankenversicherungen, der klar geregelt ist. Wir begrüssen natürlich die Übergangsfrist. Ganz wichtig ist schliesslich, dass wir auch bei der Aus- und Weiterbildung ein neues Instrument erhalten, indem wir die Privatspitäler zwingen können, in diesem Bereich aktiv zu sein. Das ist eine Chance, die wir auch nutzen wollen. Es trifft zu, dass es auch neue Herausforderungen gibt. Der Kantonsanteil muss im Dreiklang Kantonsanteil, Prämienverbilligung und Krankenkassenprämien subtil

umgesetzt werden. Der Regierungsrat hat mit den 48 %, die er festgelegt hat, einen guten Kompromiss gefunden. Der Kantonsanteil wird keinen negativen Einfluss auf die Krankenkassenprämien haben. Im Bereich der Privatversicherungen wird es Prämienreduktionen geben; darauf hat Kantonsrat Dr. Ulrich Müller hingewiesen. Es muss Prämienreduktionen geben, weil wir in Zukunft auch Beiträge an die Behandlung in Privatspitälern oder im privaten Bereich leisten. Da ist mit neuen Patientenströmen zu rechnen. Aber auch hier sind wir überzeugt davon, dass es einerseits eine Chance für die Privatspitäler im Kanton Thurgau und andererseits für die Spital Thurgau AG ist, allenfalls neue Patientinnen und Patienten zu gewinnen. Kantonsrätin Barbara Kern hat darauf hingewiesen, dass im Bereich der Pflege Handlungsbedarf besteht. Wir haben im Kanton Thurgau pro Pflegefall mehr personelle Ressourcen zur Verfügung als zum Beispiel im Kanton Zürich. Wir beraten heute ein kleines Mosaiksteinchen des ganzen Bereiches der Spitalfinanzierung und -planung. Deshalb ist es auch wichtig, dass sich die vorberatende Kommission mit dem Strukturbericht auseinandergesetzt hat. Zum weiteren Vorgehen: Der Strukturbericht liegt vor. Wir gehen davon aus, dass er gut aufgenommen wird. Grundsätzlich können 94 % der Fälle in den Spitälern im Kanton Thurgau abgewickelt werden. Medizinisch bedingt müssten also nur 6 % der Fälle in anderen Kantonen stationär behandelt werden. Auch das ist ein Markenzeichen für unsere Spitäler. Bei der Festlegung der Baserate besteht ein Problem. Wir waren eigentlich der Auffassung, dass es schweizweit für Regional-, Zentrums- und Universitätsspitäler die gleiche Baserate geben müsste. Das wird nicht der Fall sein. Die Verhandlungen werden zwischen den Krankenversicherungen und den Leistungserbringern geführt. Dazu hat der Regierungsrat überhaupt nichts beizutragen. Wir können schlussendlich die Tarife nur genehmigen oder nicht genehmigen. Erschwerend kommt hinzu, dass die Leistungserbringer bis vor wenigen Jahren einen Ansprechpartner in der Santésuisse hatten. Neu werden es drei Ansprechpartner sein, weil sich einzelne Krankenkassen bei den Tarifverhandlungen von Santésuisse losgelöst haben. Das ist natürlich auch nicht förderlich: Der Regierungsrat muss immer für einen Vertrag drei Verträge genehmigen. In Bezug auf die Investitionskosten läuft auf schweizerischer Ebene beinahe ein Trauerspiel ab: Der Anteil für die Investitionskosten ist noch nicht festgelegt. Die Spitäler fordern 16 %, die Krankenkassen möchten 6 % bis 8 % geben. Die Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und Gesundheitsdirektoren (GDK) hat einen Kompromissvorschlag von 12 % vorgelegt, dem die Krankenkassen nicht zugestimmt haben. Wir befinden uns jetzt in einer weiteren Runde. Mitte Mai wird die GDK einen neuen Kompromissvorschlag unterbreiten. Sollte keine Einigung erzielt werden, muss der Regierungsrat den Investitionskostenanteil ebenfalls noch festlegen. Zum Drehtüreffekt gibt es eine ganz neue neutrale Studie des schweizerischen Gesundheitsobservatoriums, die auf jene 35 Spitäler in der Schweiz mit rund 3 Millionen Fällen abstellt, die DRG in den Jahren 2001 bis 2008 bereits eingeführt haben. Untersucht wurden die Hospitalisierungsdauer und die Rehospitalisierungsrate. Die Ergebnisse lauten: Aufenthaltsdauer vor Einführung DRG in

diesen Spitälern: 6,7 Tage, nach Einführung DRG: 6,7 Tage. Spitäler ohne DRG in dieser Zeit: 7 Tage, mit DRG: 6,5 Tage. Rehospitalisierungsrate vor Einführung DRG: 5,8 %, nach Einführung DRG: 5,8 %. Spitäler ohne DRG: 5,9 %, mit DRG: 5,6 %. Es ist mir schon bewusst, dass DRG, umgesetzt wie bisher, nicht genau vergleichbar ist mit DRG in der Zukunft. Immerhin stellen wir aber fest, dass in diesem Bereich in der Schweiz durchaus Hoffnung besteht, dass jene Prognosen, die auch heute im Rat abgegeben wurden, nicht eintreffen werden. Zum Einführungstermin: Wenn die Vorlage von Ihnen nicht verabschiedet würde, müsste sie der Regierungsrat in Form einer Notverordnung erlassen und die Fallpauschalen dennoch auf den 1. Januar 2012 einführen. Das ist keine Drohung, sondern eine Feststellung. Eine wunderbare Weisheit besagt: "Wenn der Wind des Wandels weht, bauen die Einen Schutzmauern, die Anderen bauen Windmühlen." Der Regierungsrat möchte den Wind aufnehmen und ihn in die richtige Richtung lenken. Dann sind wir durchaus bereit, die Fallpauschalen im Kanton Thurgau umzusetzen. Eine Verschiebung nützt überhaupt nichts. Im Kanton Thurgau müssen wir keinen Blindflug durchführen. Die Spital Thurgau AG verfügt schon über ein Teilsystem mit Fallpauschalen. Fallpauschalen und Tagespauschalen werden bereits kombiniert abgerechnet. Kantonsrat Dr. Ulrich Müller hat vom Paradies gesprochen. Ich behaupte, dass unsere Gesundheitsversorgung für kranke Mitmenschen durchaus paradiesische Zustände aufweist. Wir haben eine hervorragende Gesundheitsversorgung in der ganzen Schweiz. Dabei weiss ich auch, dass für die gesunden Mitmenschen jedes System zu teuer ist. Zu Kantonsrätin Theler: Die medizinische Verantwortung liegt bei den Ärzten, und ich bin überzeugt davon, dass unsere Ärztinnen und Ärzte sie auch wahrnehmen.

Diskussion - **nicht weiter benützt.**

Eintreten ist unbestritten und somit **beschlossen.**

1. Lesung (Fassung der vorberatenden Kommission siehe Anhang zum Protokoll)
(Fassung nach 1. Lesung siehe Anhang zum Protokoll)

I.

Ziffer 1: § 1 Abs. 2

Diskussion - **nicht benützt.**

Ziffer 2: Abschnittstitel und Titel vor § 28

Diskussion - **nicht benützt.**

Ziffer 3: §§ 28 bis 30 werden zu §§ 42 bis 44

Diskussion - **nicht benützt.**

Ziffer 4: §§ 28 bis 41, Titel vor § 35 sowie Abschnittstitel vor § 41

Zu § 28:

(Schriftliche Ausführungen des Kommissionspräsidenten)

Zweck der Planung ist eine bedarfsgerechte Spitalversorgung.

Es fand eine ausführliche Diskussion über die Auswirkungen von Abs. 1 statt. Der Regierungsrat hatte schon im Juli 2010 den Versorgungsbericht, der den Ist-Zustand sowie verschiedene Szenarien über den künftigen Bedarf im Jahr 2020 wiedergibt, in die Vernehmlassung gesandt. Unter Berücksichtigung der Rückmeldungen hat er anfangs März 2011 den Strukturbericht, der auch die erste provisorische Spitalliste beinhaltet, fertiggestellt und in die Vernehmlassung gesandt. Die Kommission nahm vom Bericht Kenntnis. Festzustellen ist, dass derzeit 65 % der Leistungen durch die Spital Thurgau AG (STGAG), 10 % durch private Spitäler und 25 % durch ausserkantonale Spitäler erbracht werden. Ein Teil der ausserkantonalen Leistungen ist medizinisch bedingt.

Zu diskutieren gab die Definition von "periodisch" in Abs. 2. Gemäss Regierungsrat werden die Leistungsaufträge für vier Jahre erteilt, und deren Erfüllung ist jährlich zu überprüfen. Demgegenüber ist die Spitalplanung auf einen längeren Zeitraum ausgerichtet und etwa alle zehn Jahre zu überprüfen. Bei Nichterfüllung eines Leistungsauftrages ist ein Entzug desselben jedoch jederzeit möglich. Dem § 28 wurde unverändert zugestimmt.

Kommissionspräsident **Schneider**, SVP: In diesem Paragraphen geht es darum, die Grundlage für eine bedarfsgerechte Spitalplanung zu legen. Wir haben in der Kommission bewusst so gearbeitet, dass auch der Strukturbericht zur Kenntnis genommen werden konnte, um die Katze nicht ganz im Sack kaufen zu müssen. Dem Strukturbericht ist zu entnehmen, dass derzeit 65 % der Leistungen durch die Spital Thurgau AG erbracht werden, 10 % durch private Spitäler und 25 % durch ausserkantonale Spitäler, zum Beispiel Leistungen in der Kindermedizin, die im Thurgau nicht erbracht werden können. Der Regierungsrat hat im Eintreten ausgeführt, dass diesbezüglich eine vermehrte Verlagerung in den Kanton stattfinden könnte. Wir haben an dieser Stelle aber nicht den Strukturbericht mit der Spitalliste zu beraten, der im Sommer definitiv durch den Regierungsrat verabschiedet wird. Dannzumal besteht für Spitäler, die berücksichtigt werden wollen, eine Beschwerdemöglichkeit. In der Kommission wurde nicht beanstandet, dass die Spitalplanung bereits per 1. Januar 2012 gemacht und damit Planungssicherheit geschaffen wurde. Zu diskutieren gab die Definition von "periodisch" in Abs. 2. Gemäss Regierungsrat werden die Leistungsaufträge für vier Jahre erteilt. Sollte ein Leistungsauftrag nicht erfüllt werden, besteht jedoch jederzeit die Möglichkeit für einen Entzug. Unter diesen Voraussetzungen wurde dem § 28 unverändert zugestimmt.

Diskussion - **nicht weiter benützt.**

Zu § 29:

(Schriftliche Ausführungen des Kommissionspräsidenten)

Gestützt auf Bundesrecht hat der Regierungsrat eine Spitalliste zu erlassen, weshalb auch im kantonalen Gesetz ein entsprechender Paragraph aufgenommen wird. Des Weiteren werden die Grundlage für die Überprüfung und die Erfüllung von Auflagen betreffend Qualität und Wirtschaftlichkeit geschaffen.

In der Kommission wurde die Wichtigkeit betont, dass nicht nur öffentliche Spitäler Ausbildungsplätze anbieten. Deshalb plant der Regierungsrat, in den Leistungsaufträgen gewisse Vorgaben zu machen. Zudem hat die Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und Gesundheitsdirektoren (GDK) ein Modell entwickelt, wonach bei Spitälern, die im Ausbildungsbereich nicht sehr aktiv sind, Beiträge abgeschöpft werden können. Dem § 29 wurde unverändert zugestimmt.

Dr. Wälti, SP: Der Regierungsrat stellte der vorberatenden Kommission die provisorische Spitalliste zur Einsicht zu. Das haben wir sehr geschätzt. Mir ist klar, dass diese Liste nicht Gegenstand der heutigen Debatte sein kann und der Grosse Rat auch zukünftig darüber nicht befinden wird. Trotzdem sind die Spitalplanung und die Spitalliste essentieller Bestandteil der Vorlage. Auf der Liste dürften voraussichtlich nur drei bis vier ausserkantonale Institutionen aufgeführt sein. Der Hintergrund dabei ist eigentlich allen klar: Man will die Patientenströme umkehren, so dass die Thurgauer und Thurgauerinnen ihre medizinischen Leistungen im Kanton beziehen. Heute gehen die Wege der meisten Patienten vor allem im Oberthurgau und sicher auch in Schaffhausen in andere Richtungen. Ich habe jeweils grosse Mühe, die Patienten im Oberthurgau nach Münsterlingen zu bewegen, ist damit doch immer auch eine Fahrzeit von 30 bis 40 Minuten verbunden. Alle geben St. Gallen den Vorzug. Die freie Spitalwahl wird ab dem 1. Januar 2012 auch abhängig von der Spitalliste sein. Es wird nicht mehr so einfach möglich sein, in den Kanton St. Gallen zu wechseln. Es kann sich nicht mehr jeder die Zusatzversicherung leisten. Andererseits müssen ältere Patienten vielleicht mit einem Vorbehalt rechnen. Dieser Umstand hinterlässt ein schlechtes Gefühl. Ich fordere den Regierungsrat auf, nach Vorliegen der definitiven Spitalliste alle (Bewohner, Patienten und vor allem auch Ärzte) über den Ablauf zu informieren. Da besteht ein grosser Handlungsbedarf.

Kommissionspräsident **Schneider, SVP:** Ich möchte darauf aufmerksam machen, dass in § 29 auch Auflagen bezüglich der Qualität und Wirtschaftlichkeit gemacht werden. Der Regierungsrat plant, dass die öffentlichen Spitäler Ausbildungsplätze anbieten müssen. Auch für die privaten Spitäler können Auflagen im Leistungsauftrag vorgesehen werden. Wenn dies nicht möglich ist, sollen Beiträge abgeschöpft werden können.

Regierungsrat **Koch:** Das Votum von Kantonsrat Dr. Wälti macht klar, wie wichtig die Hausärzte bei den Patientenströmen sind. Jeder Hausarzt kann dem Patienten auch ei-

ne Empfehlung abgeben. Die Patienten hören auf die Hausärzte, die das wichtigste Glied in unserer Gesundheitsversorgung sind. Aber der Wettbewerb findet natürlich schon statt. Eine Hüftoperation zum Beispiel kann man im Thurgau nicht nur in einem Spital durchführen lassen. Sie wird in verschiedenen Spitälern des Kantons angeboten. Ich bitte um Verständnis dafür, dass wir nicht alle ausserkantonalen Spitäler für alle Bereiche auf unsere Spitalliste nehmen können.

Diskussion - **nicht weiter benützt.**

Zu § 30:

(Schriftliche Ausführungen des Kommissionspräsidenten)

Dieser Paragraph schafft die Grundlage für die Erteilung von Leistungsaufträgen für die Spitäler auf der Spitalliste (Listenspitäler) für jeweils vier Jahre.

Die Erwägung, dass eine den Regierungsrat beim Erteilen der Leistungsaufträge beratende, medizinische Fachkommission eingesetzt wird, wurde fallengelassen, und zwar mit der Begründung, dass es sich um eine operative Aufgabe handle und schon zahlreiche Fachkommissionen und Organisationen wie die Ärztesgesellschaft, die Vereinigung der Spitalärzte oder Curaviva vorhanden seien, mit denen das zuständige Departement intensive Kontakte pflegt.

Beim Entzug eines Leistungsauftrages ist eine gleichzeitige Weitergabe desselben nicht zwingend. Dem § 30 wurde unverändert zugestimmt.

Diskussion - **nicht benützt.**

Zu § 31:

(Schriftliche Ausführungen des Kommissionspräsidenten)

Dieser Paragraph regelt die Prüfung der Aufnahmepflicht.

In Abs. 2 erhält der Regierungsrat die Kompetenz, für Leistungen der Listenspitäler an ausschliesslich grundversicherte Thurgauer Patientinnen und Patienten einen durchschnittlichen Mindestanteil pro Jahr festzulegen. Geäussert wurde die Befürchtung, dass diese Bestimmung zu planwirtschaftlich sei. Diesem Argument wurde damit begegnet, dass der Kanton eine bedarfsgerechte Versorgung sicherstellen müsse und die Bevölkerung Zugang zum Angebot erhalte, weshalb man nicht um eine solche Bestimmung herumkomme. Der zuständige Regierungsrat erklärte zuhanden der Materialien, dass der Kanton sich in der ganzen Spitalplanung an den bisherigen Kapazitäten orientieren wird. Es sei der erklärte Wille des Regierungsrates, den Gesetzespassus eigentlich gar nie anzuwenden und ihn schon gar nicht zu gebrauchen, um der STGAG etwas zuzuschanden. Die STGAG werde genau gleich behandelt wie die Privatspitäler. Die Gefahr, dass einseitige Strukturpolitik für die STGAG betrieben werde, bestehe nicht. Nach dieser Erklärung wurde auf Anträge verzichtet. Dem § 31 wurde unverändert zugestimmt.

Diskussion - **nicht benützt.**

Zu § 32:

(Schriftliche Ausführungen des Kommissionspräsidenten)

Die Mindestfallzahlen dienen der Qualitätssicherung sowie der Angebotskonzentration und damit der Wirtschaftlichkeit. Die Festlegung von Höchstfallzahlen ist dagegen ein Instrument der gesetzlich vorgesehenen direkten Mengensteuerung.

Der Vorschlag, wonach im Leistungsauftrag zur Verhinderung eines Kostenanstieges aufgrund einer medizinisch und demographisch nicht gerechtfertigten Mengenausweitung geeignete Massnahmen wie Mengenbeschränkungen festgelegt werden könnten, stiess auf Kritik. Es wurde vorgebracht, dass es Definitionsprobleme geben könne und der Absatz teilweise dem Willen des Bundesgesetzes widerspreche.

Ein Antrag, § 32 Abs. 2 zu streichen, wurde mit 9:4 Stimmen gutgeheissen.

Als Folge der Streichung musste auch der Randtitel angepasst werden, indem "und Höchstfallzahlen" wegfällt. Die entsprechende Anpassung des Randtitels von § 32 wurde mit 14:0 Stimmen angenommen.

Kommissionspräsident **Schneider**, SVP: Die vorberatende Kommission hat in diesem Paragraphen eine Änderung vorgenommen. Es gab Mindest- und Höchstfallzahlen. Mindestfallzahlen machen nach Auffassung der Kommission Sinn, indem eine gewisse Anzahl an Operationen durchgeführt wird. Das schafft Routine, ist effizient und dient auch der Qualitätssicherung. Die Einführung von Höchstfallzahlen wurde hingegen gestrichen, weil sie Einschränkungen bei der Wirtschaftlichkeit bedeuten und es auch Definitionsprobleme geben kann. Insbesondere stand auch die Frage im Raum, ob dies bundesgesetzwidrig sei.

Diskussion - **nicht weiter benützt.**

Zu § 33:

(Schriftliche Ausführungen des Kommissionspräsidenten)

Der Regierungsrat hat die durch die Tarifpartner (Versicherer und Spitäler) vereinbarten Tarifverträge zu genehmigen oder setzt die Tarife fest. Dem § 33 wurde unverändert zugestimmt.

Diskussion - **nicht benützt.**

Zu § 34:

(Schriftliche Ausführungen des Kommissionspräsidenten)

Dieser Paragraph bildet eine Rechtsgrundlage für die Datenlieferung der Spitäler und Versicherer an die zuständigen kantonalen Stellen. Diese brauchen die Daten für die Überprüfung von Qualität und Wirtschaftlichkeit. Dem § 34 wurde unverändert zugestimmt.

Diskussion - **nicht benützt.**

2. Spitalfinanzierung

Zu § 35:

(Schriftliche Ausführungen des Kommissionspräsidenten)

In diesem Paragraphen wird die Grundlage für die Einführung der DRG geschaffen. Dem § 35 wurde unverändert zugestimmt.

Kommissionspräsident **Schneider**, SVP: In § 35 wird die Grundlage der DRG gelegt, worüber wir im Eintreten schon ausführlich diskutiert haben. Wir müssen den Fallpauschalen jetzt eine Chance geben und schauen, wie sie sich entwickeln. Dabei hoffen wir natürlich, dass sie wirklich zu einer Verbesserung und Vergleichbarkeit sowie auch zu einer Qualitätssteigerung führen werden.

Diskussion - **nicht weiter benützt.**

Zu § 36:

(Schriftliche Ausführungen des Kommissionspräsidenten)

Durch den Einbezug der Anlagenutzungskosten in die leistungsbezogenen Fallpauschalen beteiligt sich der Kanton neu direkt an den Investitionskosten der Listenspitäler. Um eine sinnvolle und langfristige Investitionsplanung sicherzustellen, braucht es diese Grundlage. Der Kanton schafft zudem die Voraussetzungen, um an Listenspitäler Darlehen oder Garantieleistungen für Investitionen zu gewähren.

Fragen aus der Kommission betreffend die Höhe des Zuschlages auf die Fallpauschalen konnten noch nicht genau beantwortet werden. Die Versicherer wollen einen Zuschlag von 10 %, die Universitätsspitäler von 15 % und die GDK von 12 %. Die effektive Höhe muss noch ausgehandelt werden.

Für die erwähnten Darlehen müssen Sicherheiten und eine Verzinsung geleistet werden. Es ist nicht die Absicht des Kantons, einfach die schlechten Risiken zu tragen, weshalb er überhaupt nicht bestrebt ist, diesen Paragraphen anzuwenden. Er ist aber notwendig, da der Kanton auch einen Verfassungsauftrag hat, die Gesundheitsversorgung sicherzustellen. Dem § 36 wurde unverändert zugestimmt.

Kommissionspräsident **Schneider**, SVP: In diesem Paragraphen wird die Grundlage gelegt, um die Investitionskosten auch für die Listenspitäler einbeziehen zu können. Das ist eine eklatante Neuerung. Noch offen ist der Prozentsatz, der festzulegen ist. Er wird zwischen 10 % und 15 % liegen. Dies ist eine relativ grosse Spannbreite, die grosse finanzielle Auswirkungen haben wird. Da sind natürlich Verhandlungsgeschick und vor allem Härte gefordert.

Diskussion - **nicht weiter benützt.**

Zu § 37:

(Schriftliche Ausführungen des Kommissionspräsidenten)

Basierend auf einem Leistungsauftrag, können Leistungen für die universitäre Lehre und

Forschung separat abgegolten werden. Diese gelten gemäss KVG als gemeinwirtschaftliche Leistungen, die von den Kantonen zu tragen sind. Dem § 37 wurde unverändert zugestimmt.

Diskussion - **nicht benützt.**

Zu § 38:

(Schriftliche Ausführungen des Kommissionspräsidenten)

Da die Leistungen der nicht universitären Aus- und Weiterbildung keine gemeinwirtschaftlichen Leistungen darstellen, bedurfte es einer Regelung in einem separaten Paragraphen.

Die unbestimmten Rechtsbegriffe in Abs. 1 müssen auf dem Verordnungsweg konkretisiert werden. Dem § 38 wurde unverändert zugestimmt.

Kern, SP: Es hat mich sehr gefreut, zu hören, dass Regierungsrat Koch Handlungsbedarf bei den Pflegefachpersonen sieht und hier auch der Kanton gefordert ist. Dem Kommissionsbericht konnten Sie entnehmen, dass mit den DRG eine neue Berufssparte in den Spitälern entstehen wird, und zwar jene des Programmierers. Der Programmierer hat eine wichtige Funktion in den Spitälern, weil er derjenige ist, der die Abrechnungen der Pflegefachleute und der Ärzteschaft codieren muss. Solche Programmierer werden zunehmend eine bedeutende Rolle spielen. Wie ich bereits im Eintreten ausgeführt habe, wird die Spital Thurgau AG unter ökonomischen Druck kommen, weshalb die Gefahr besteht, dass am Schluss der Kanton Thurgau umliegende Kantone und Spitäler, die nicht so gut positioniert sind, noch quersubventionieren muss und nachher diese Gelder bei der Aus- und Weiterbildung fehlen. Im Hinblick auf die definitive Umsetzung der DRG auf 2012 bitte ich den Regierungsrat, den Finger darauf zu halten.

Regierungsrat **Koch:** Das ist dem Regierungsrat durchaus bewusst. Er hat gestern die Einfache Anfrage von Kantonsrätin Barbara Kern beantwortet, die in die gleiche Richtung geht, und ich bin überzeugt davon, dass sie Freude an der Antwort haben wird.

Diskussion - **nicht weiter benützt.**

Zu § 39:

(Schriftliche Ausführungen des Kommissionspräsidenten)

Der vom Regierungsrat vorgeschlagene Begriff "Besondere Beiträge" als Randtitel wurde in Frage gestellt und beantragt, den schweizweit üblichen Begriff "Gemeinwirtschaftliche Leistungen" zu verwenden. Diese umfassen Leistungen, die nicht direkt in den Fallpauschalen enthalten sind, wie zum Beispiel eine Palliative Care-Abteilung, ein Krebsregister oder nicht kostendeckende Tarife in der Psychiatrie.

Der Antrag, den Randtitel in "Weitere gemeinwirtschaftliche Leistungen" zu ändern, wurde mit 15:0 Stimmen angenommen.

Des Weiteren wurde beantragt, sowohl in Abs. 1 als auch in Abs. 2 den Begriff "Beiträge" durch "Pauschalen" zu ersetzen. Dieser Begriff wurde als geeigneter erachtet, weil eine Pauschale eine Subvention ist, die man vorweg festlegt. Ein Beitrag dient dagegen eher zur Deckung einer Differenz im Nachhinein. Die entsprechende Anpassung von § 39 Abs. 1 und 2 wurde mit 10:1 Stimmen bei 4 Enthaltungen angenommen.

Kommissionspräsident **Schneider**, SVP: Der Begriff "Besondere Beiträge" wurde in den landesüblich verwendeten Begriff "Gemeinwirtschaftliche Leistungen" umgewandelt und der Begriff "Beiträge" durch "Pauschalen" ersetzt. Dies ist insofern wichtig, als es auch Leistungen gibt, die über die Fallpauschalen nicht abgedeckt sind. Beispiele: Palliative Care-Abteilungen, ein Krebsregister oder nicht kostendeckende Tarife in der Psychiatrie.

Diskussion - **nicht weiter benützt.**

Zu § 40:

(Schriftliche Ausführungen des Kommissionspräsidenten)

Die beträchtlichen Mittel, die der Kanton an inner- und ausserkantonale Spitäler zahlen muss, bedingen auch eine entsprechende Aufsicht, die in diesem Paragraphen geregelt wird.

Es wurde die Frage aufgeworfen, ob die Formulierung "Einsicht in die Bücher" richtig ist, da es sich um einen unbestimmten Rechtsbegriff handelt. Deshalb wurde beantragt, am Schluss den Zusatz "nach Massgabe des KVG" anzufügen. Mit diesem Zusatz wird eine Verbindung zu Art. 49 Abs. 7 KVG geschaffen, was Klarheit schafft. Der Antrag zur Aufnahme des erwähnten Zusatzes wurde mit 10:2 Stimmen bei 2 Enthaltungen angenommen.

Diskussion - **nicht benützt.**

V. Übergangs- und Schlussbestimmungen

Zu § 41:

(Schriftliche Ausführungen des Kommissionspräsidenten)

Das neue Gesetz bedingt Anpassungen im Gesetz über das Gesundheitswesen sowie die Aufhebung des Gesetzes über den Verbund der kantonalen Krankenanstalten. Dem § 41 wurde unverändert zugestimmt.

Diskussion - **nicht benützt.**

II.

Diskussion - **nicht benützt.**

Präsident: Wir haben die Vorlage in 1. Lesung durchberaten. Möchte jemand auf einen Paragraphen zurückkommen? Das ist nicht der Fall.