

8. Interpellation der SP-Fraktion, vertreten durch Renate Bruggmann, vom 16. Dezember 2009 "Umsetzung der Fallpauschale (DRG) im Kanton Thurgau" (08/ IN 32/182)

Beantwortung

Präsident: Die Antwort des Regierungsrates liegt schriftlich vor. Die Interpellanten, vertreten durch Renate Bruggmann, haben das Wort für eine kurze Erklärung.

Bruggmann, SP: Die Einführung der Fallpauschalen (DRG) ist Teil der 2007 beschlossenen neuen Spitalfinanzierung. 2012 wird die Spitallandschaft in der Schweiz umgewälzt. Behandlungen werden nicht mehr nach den effektiven Kosten des Spitals, sondern nach den durchschnittlichen Aufwendungen für die jeweilige Diagnose vergütet. Bislang ging man davon aus, dass die neuen Fallpauschalen einen Spareffekt haben. Eine Studie der Universität Bern zeigt nun, dass das nicht stimmt. Fallpauschalen machen das Gesundheitswesen zwar nicht teurer, aber auch nicht besser. Im Gegenteil, die Qualität droht zu sinken. Das zeigt eine erste Studie zum neuen Abrechnungsmodell für Spitäler. Auch die Befürworter der Fallpauschale warnen davor, falsche Erwartungen in den Spareffekt zu hegen. Die Umsetzung der DRG ist eine derart schwierige Materie, dass die Bevölkerung jetzt schon informiert und sensibilisiert werden muss. Die Patientinnen und Patienten mutieren zum Blinddarm, zur Hypertonie oder zum Schienbeinbruch, also zum so genannten Fallgewicht. Der Mensch hinter einer Behandlung geht in der hochkomplexen Diskussion vergessen. Die Fallpauschalen gehen uns alle an. Wer weiss, vielleicht sind wir schon morgen selber davon betroffen und liegen in Münsterlingen oder Frauenfeld im Spital. Wir müssen uns jetzt informieren und die vielen offenen Fragen diskutieren, bevor es zu spät ist. Wir **beantragen** Diskussion.

Abstimmung: Diskussion wird mehrheitlich beschlossen.

Diskussion

Bruggmann, SP: Das neue System soll verhindern, dass Spitäler möglichst viele Spitaltage und Behandlungsschritte verrechnen. Der Bund und die Kantone erhoffen sich davon mehr Transparenz, bessere Qualität und tiefere Kosten. Das Institut für evaluative Forschung in der Medizin (IEFM) der Universität Bern zeigt, wie sich die neue Abrechnung nach den DRG im Vergleich zur bisherigen Finanzierung auswirkt. Möglich wurde der Vergleich von 2003 bis 2007, weil bereits neun Kantone die stationäre Spitalfinanzierung in einer Version der DRG abgerechnet haben. Die wichtigsten Erkenntnisse der Studie sind, dass es zwar weniger Spitaleinlieferungen gab (-2,8 %), die Länge des Spitalaufenthaltes aber anstieg (+2,5 %). Der Anteil an Rehospitalisationen innerhalb von

90 Tagen, der so genannte Drehtüreffekt, stieg in den Regionen mit den DRG je nach Jahr um 7 % bis 18 % an. Für gleich viel Geld erhält man offensichtlich weniger Qualität. In den Gebieten mit den DRG nahmen die ambulanten Behandlungen in den Spitälern stärker zu als ohne. Wollen wir das? Die ambulanten Behandlungen in den Spitälern sind wesentlich teurer als solche in den Arztpraxen. Die schleichende Verlagerung der ambulanten Behandlungen in die Spitäler kann aber nicht unser Ziel sein. Eine Stärkung der Grundversorger, also der Hausärztinnen und -ärzte, ist für das Gesundheitssystem insgesamt billiger und erst noch effizienter. Eine Hypertonie mit äusserst hohem RR (relatives Risiko), trägt den DRG Code "F67A" und die Berechnungsziffer "0,876"; multipliziert mit der Basisrate ergibt das Fr. 8'760.--. Dazu wird noch ein Ab- oder Zuschlag aufgrund der Aufenthaltsdauer der Patientin oder des Patienten im Spital verrechnet. Alles klar? Kantonsrat Dr. Wälti wird noch weitere Aspekte zur Diskussion bringen. Die Beantwortung des Regierungsrates ist mir in sprachlicher Hinsicht aufgefallen. Sie enthält viele englische Ausdrücke wie Benchmark, Monitoring, Qualitätsmanagement, Controlling, Diagnosis Related Groups (DRG) und so weiter. Es wurden auch sehr viele wirtschaftsdeutsche Ausdrücke wie Marktposition, Wirtschaftlichkeitsvergleich, Codierung, Skill- und Gradmix, Standardisierung, Koordination, Ineffizienz, Preistransparenz, Wettbewerb, Effizienz und Wirtschaftlichkeit benutzt. Blicken Sie noch oder schon durch? Wollen wir unser Gesundheitswesen wirklich in Wirtschaftsfaktoren und administrativem Superaufwand ertränken? Wenn ich schon in das Spital muss, bin ich lieber der Mensch als ein Fallgewicht. Die Einführung der Fallpauschale und ihre Folgen müssen dringend noch einmal überdacht werden.

Lüscher, FDP: Die neue Spitalfinanzierung 2012 wirft ihre Schatten bereits voraus. Themen wie die zukünftigen Player auf der Spitalliste, die Umsetzung der DRG mit der vorliegenden Interpellation oder die zuvor diskutierte Frage, wer wohl in der Lage ist, die Eckpunkte des Rahmenkontraktes für die Spital Thurgau AG zu definieren, beweisen eindrücklich, dass das Spitalwesen je nach Sichtweise äusserst emotional ist. Verbindet man zudem betriebswirtschaftliche und leistungsabhängige Finanzierungssysteme mit der Leistungsqualität und den Erwartungen der Leistungserbringer und -bezüger, wird das Versorgungssystem stark gefordert. Mit der Einführung der diagnosebezogenen Fallpauschale wird versucht, die komplexen Erwartungen von Transparenz und Vergleichbarkeit unter den Spitälern zu erfüllen, gepaart mit hohem Qualitätsstandard, effizienten Abläufen, topmotivierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern auf allen Stufen und zufriedenen Patientinnen und Patienten. Dass sich dadurch Fragen über die Erfüllbarkeit stellen, ist nachvollziehbar. Die FDP-Fraktion ist mit der Antwort des Regierungsrates einverstanden. Den Fragestellungen wurde aus unserer Sicht differenziert begegnet. Der Regierungsrat sieht in seiner Antwort denn auch, dass die Einführung der DRG in einem engen Kontext mit der Spitalfinanzierung und der neuen Pflegefinanzierung mit der Akut- und Übergangspflege stehe. Das ist gut so, denn er wird gefordert sein, das Dreieck

Leistungserbringer, Leistungsbezüger und Wirtschaftlichkeit stabil zu halten. Das beginnt mit den Tariffestsetzungen einerseits und der Beschlussfassung zur neuen Spitalliste andererseits. Die FDP erwartet, dass das Gesundheitsdreieck im Sinne einer liberalen Umsetzung der Spitalordnung mit einer qualitativ guten Versorgungssicherheit auch das notwendige Gewicht erhalten wird.

Eisenbart, CVP/GLP: In ihrer Interpellation verweist Kantonsrätin Bruggmann auf die in Deutschland gemachten Erfahrungen mit den von den eidgenössischen Räten im Winter 2007 beschlossenen Änderungen der Spitalfinanzierung. Sie meint daher, dass es bei der Einführung der diagnosebezogenen Fallpauschalen (DRG) ab 2012 im Kanton Thurgau flankierende Massnahmen brauche, und stellt dem Regierungsrat dazu verschiedene Fragen. Die CVP/GLP-Fraktion sieht die Antworten des Regierungsrates als umfassend und dem heutigen Wissensstand angepasst. Sicherlich sind noch einige Punkte offen oder harren weiterer Präzisierungen. Vieles ist vom Bund vorgegeben und muss deshalb übernommen werden. Mit den DRG steht ein einschneidender Systemwechsel bevor. Der Einführung gingen langjährige Abklärungen voraus. In zehn Kantonen sind bereits mehrjährige Erfahrungen vorhanden, die laufend zur Optimierung beigezogen wurden. Als Mitglied der Gesundheitsdirektorenkonferenz ist unser Kanton mit den sich anbahnenden Veränderungen von Anfang an konfrontiert. Auch die Spital Thurgau AG ist in ihrem Umfeld nicht untätig und versucht, sich auf die neue Situation einzustellen. Die neuen Tarifverträge werden von der übergeordneten Genehmigungsbehörde geprüft, ob sie dem Gesetz und dem Gebot der Wirtschaftlich- und der Billigkeit entsprechen. Trotzdem vermutet der Regierungsrat wohl zu Recht, dass es nicht zu einem Einheitstarif für die Schweiz kommt, auch wenn in Zukunft die freie Spitalwahl bestehen wird. Ich verweise auf den Flyer, der auf allen Tischen aufliegt, und verzichte auf weitere Erläuterungen zu den entsprechenden Begriffen der DRG-Eigenheiten. Bereits sind schweizweit Projekte des Gesundheitsobservatoriums (Obsan) angelaufen, die Auswirkungen wie Liegedauer und Rehospitalisation auf die Fallpauschale untersuchen. Es ist Bewegung erkennbar. Man versucht, sich möglichst gut auf die Veränderungen einzustellen und Mechanismen zu schaffen, die die nötigen Korrekturen innert nützlicher Frist zulassen. Das kann aber nicht von einem Kanton alleine angegangen werden. Daher bestehen kantonsübergreifend bereits verschiedene Zusammenschlüsse und Interessengemeinschaften, die sich mit der Zukunft der DRG auseinander setzen. Betroffen von den Änderungen sind die Patientinnen und Patienten, denen es eigentlich egal ist, welche neuen Begriffe für ihre Pflege angewendet werden und für welche neuen Statistiken sie allenfalls Versuchskaninchen sind. Für sie zählt nur die bestmögliche medizinische Behandlung in menschlicher und rücksichtsvoller Umgebung. Die Befürchtungen vieler Patientinnen und Patienten, dass diese Punkte wohl etwas unter der vermehrten Maxime der Wirtschaftlichkeit leiden werden, sind auch die Sorge der Interpellantin. Als negative Begleiterscheinung wird die Einführung der DRG vor allem zu Beginn zu einem höheren

Verwaltungsaufwand führen. In der Beantwortung gibt der Regierungsrat in weiten Teilen fundierte Auskunft auf einzelne Fragen und verweist auf die Aufnahmepflicht der künftig vom ihm bezeichneten Listenspitäler. Das angesprochene Austrittsmanagement bei zukünftig verkürzten Spitalaufenthalten sieht eine intensivere Zusammenarbeit mit den nachgelagerten Institutionen wie Spitex und Heimen zwingend vor. Für uns bleibt die Frage, ob sie mit den heutigen Personalressourcen wirklich in zufriedenstellendem Masse möglich ist. Dann sind wir wieder bei den Kosten, die ja eingespart werden sollten. Bei der Frage nach möglichen Benchmarkverzerrungen denken auch wir, dass die vom Regierungsrat erwähnten Arbeitsgruppen ausreichen. Man wird ein wachsames Auge darauf halten müssen, um auf allfällige und notwendige Veränderungen rasch reagieren zu können. Wir hoffen, dass der Regierungsrat mit seiner Einschätzung, die Thurgauer Spitäler seien gut gerüstet, richtig liegt. Auch hoffen wir, dass mit der Neuordnung der Pflegefinanzierung gute Voraussetzungen für die Organisation der Akut- und Übergangspflege gegeben sind, um weiterhin die bestmögliche medizinische Versorgung der Kantonsbevölkerung aufrechterhalten zu können.

Dr. Christoph Tobler, SVP: Die von den eidgenössischen Räten vor drei Jahren beschlossene Einführung der DRG auf das Jahr 2012 wirft immer stärker ihre Schatten voraus. Vor allem ist damit weit verbreitet Verunsicherung verbunden, die in verschiedenen Ängsten und Befürchtungen mündet. Die vorliegende Interpellation und die Beantwortung des Regierungsrates tragen einiges zur Klärung bei. Über Sinn und Nutzen der DRG brauchen wir an dieser Stelle nicht zu diskutieren. Es geht nun darum, dass im Kanton Thurgau die Voraussetzungen gewährleistet sind, dass der bundesrechtliche Auftrag so umgesetzt wird, dass die positiven Effekte bestmöglich genutzt und die möglichen negativen Begleiterscheinungen so gering wie möglich gehalten werden. Der Regierungsrat legt in seiner Antwort dar, dass sich die Spital Thurgau AG bereits intensiv mit der Thematik der DRG befasst hat und der Rat davon ausgehen kann, dass die Thurgauer Spitäler für die Einführung von SwissDRG gerüstet und deshalb am 1. Januar 2012 keine einschneidenden Veränderungen zu erwarten sind. Trotzdem fallen die Prognosen über das Ausmass von frühen Entlassungen und damit die Zahl von Patientinnen und Patienten mit der neuen Pflegefinanzierung auf 2011 und der neu eingeführten Akut- und Übergangspflege sehr unterschiedlich aus, was die Vorbereitung darauf sehr erschwert. Wichtig erscheint uns, dass nicht durch eine Verschiebung der zuständigen Finanzierung ein zusätzlicher Anreiz für vorzeitige Spitalentlassungen geschaffen wird. Deshalb ist es unseres Erachtens zwingend, dass im Gesetz über die Pflegefinanzierung der Kanton für die Finanzierung des öffentlichen Anteils an der Akut- und Übergangspflege zuständig bleibt. Mit der Einführung der DRG und der speziellen Pflege kommen auf die nachgelagerte Stufe, die ambulante Pflege, die vorwiegend durch die öffentliche Spitexorganisation erbracht wird, neue und anspruchsvollere Aufgaben und Abläufe zu. Mangels klarer und eindeutiger Information ist sie noch nicht so gut gerüstet wie

der stationäre Bereich. Die historisch gewachsenen und stark dezentralen Strukturen der Spitex machen solche Anpassungen nicht einfacher. Ein sehr gut besuchtes, dreiteiliges Weiterbildungsseminar zu diesem Thema für Spitexverantwortliche und Behördenvertreter im Frühjahr, organisiert durch die Spitex zusammen mit dem Verband Thurgauer Gemeinden (VTG), liess einerseits einen hohen Informationsbedarf und andererseits eine noch verbreitete Unsicherheit über die Konsequenzen der DRG für die Spitex und die sich verändernden Anforderungen erkennen. Hier besteht zweifellos noch weiterer Handlungsbedarf. Die zusätzlichen Anforderungen werden in die Spitexrichtlinien des Kantons einfließen müssen, welche die Voraussetzungen für die Betriebsbewilligungen umschreiben. Kleinere Organisationen ohne breiten Personalbestand und damit ohne die Möglichkeit zur fachlichen Spezialisierung werden diesen Anforderungen aus eigener Kraft kaum mehr gerecht werden können. Zusammenschlüsse zur Erreichung optimaler Betriebsgrössen werden unumgänglich sein. Erstaunlicherweise sind es oft die Vertreterinnen und Vertreter der politisch verantwortlichen Gemeinden, die den entsprechenden Initiativen ablehnend gegenüberstehen. Wenn die öffentliche Spitex nicht in der Lage ist, diese Aufgaben zu übernehmen, werden private Anbieter in diese finanziell interessante Lücke springen, allerdings weiterhin ohne Übernahme des Service public, der bei der öffentlichen Spitex verbleibt. Die Voraussetzung für eine problemlose Umsetzung der Fallpauschalen in den Spitälern ist noch nicht vollumfänglich gegeben, weniger im stationären als viel mehr im nachgelagerten und dezentralen ambulanten Bereich. Noch bleiben eineinhalb Jahre Zeit zur Vorbereitung. Nötig dazu ist aber die Einsicht in die steigenden Anforderungen und allenfalls die Notwendigkeit von strukturellen Anpassungen, vorab bei den Entscheidungsträgern auf lokaler Ebene.

Dr. Wälti, SP: Die DRG sind keine Schweizer Erfindung. Sie werden in anderen Ländern wie Deutschland schon länger praktiziert. In der Schweiz kennen zehn Kantone das System der Fallpauschalen. Fairerweise steht in der Antwort des Regierungsrates: "Bereits in zehn Kantonen werden Fallpauschalen ... teilweise seit mehreren Jahren erfolgreich angewendet... ." "Teilweise mit Erfolg" könnte man auch als mehrheitlich negative Erfahrungen auslegen. Stützt man sich auf die Aussagen der zuständigen Personen vom Inselspital Bern, das Spital mit den meisten Erfahrungen mit den DRG in der Schweiz, ist nicht nur Skepsis angebracht, sondern besteht eher die Gewissheit, dass die Fallpauschalen keine Vorteile bringen werden. Wir haben mit der Umsetzung der DRG die einmalige Gelegenheit, in die Zukunft zu schauen. In Deutschland haben die Fallpauschalen dazu geführt, dass sich im eigenen Land niemand mehr den allgemein versicherten Personen annehmen will. Lieber kümmert man sich um die rentableren Privatpatientinnen und -patienten. Die grosse Masse von deutschen Ärztinnen und Ärzten fristet ein unzufriedenes Dasein oder setzt sich als Wirtschaftsflüchtlinge ins nahe Ausland ab. Die Pauschalen sind in Deutschland derart tief angesetzt, dass es sich nicht mehr lohnt, dort zu praktizieren. An deutschen Spitälern herrscht durch die DRG administrativer Not-

stand. Auch andere Länder machen schlechte Erfahrungen. Da wundert es noch mehr, dass das System in der Schweiz eingeführt werden soll. Sicher lobenswert ist die Schaffung von Transparenz und Vergleichbarkeit unter den Leistungserbringern. Es ist aber ein Trugschluss zu glauben, dass wir dadurch ein kostengünstigeres Gesundheitssystem erhalten werden. Die Prämien werden weiter steigen. Das bestätigte der zuständige Arzt am Inselspital Bern, Dr. Hendrik Pfahler. Mit den DRG wird auch in der Schweiz ein administratives Monstrum entstehen, das nur wenige Anwender wie Ärztinnen und Ärzte, Verwaltungsstellen und Krankenkassen verstehen werden. Es wird nicht mehr einen Blinddarm mit Entfernung, sondern fünf verschiedene geben, die alle unterschiedlich kategorisiert werden oder kategorisiert werden müssen. Das lässt vieles offen. Zudem wird es rund 1'200 Fallpauschalen geben. Sind Transparenz und Vergleichbarkeit unter den Spitälern gewünscht, so wird sicher eine Konsequenz daraus entstehen, dass Patientinnen und Patienten unter Kostendruck früher oder zu früh entlassen werden. Die DRG werden zur Kostenverlagerung in den ambulanten Sektor, die stationäre und ambulante Akut- und Übergangspflege in Pflegeheimen oder die Spitex führen. Die Folgen werden spitalnahe Ambulatorien sein, Tendenzen sind erkennbar. Das steht diametral zu allen bekundeten Absichten, die Stellung der Hausärztinnen und Hausärzte als Grundversorger zu stärken. Wer lässt sich als Grundversorger unter diesen Bedingungen noch finden? Es läuft im Hintergrund die "hidden agenda", die Medizin stationär und ambulant zu verstaatlichen. 18 Tage Rücknahmegarantie lösen das Problem sicher nicht, denn die Behandlungen sind nicht auf Tage beschränkt. Wo die Patientinnen und Patienten in welcher DRG erfasst werden und welche Willkür dann droht, ist voraussehbar. Sie steht unter dem Druck der Wirtschaftlichkeit. Mir kommt es vor als ginge die Patientin oder der Patient in die Werkstatt. Die Reparatur kostet soviel, wie es die DRG zulassen. Wussten Sie, dass die Universitätsspitäler mit den DRG eine Sonderbehandlung erfahren und eine Sondervergütung aus einem Sondertopf erhalten werden? Begründet wird dies mit den rascher notwendigen Erneuerungen am Spital und dem medizinischen Fortschritt. Da wird auch die Spital Thurgau AG anstehen. Bei freier Spitalwahl werden Herr und Frau Schweizer wohl wissen, wo sie hingehen werden und wo sie liegen wollen. Das ist unsolidarisch und wird zur Zweiklassenmedizin führen. Dagegen werden wir uns mit allen Mitteln wehren. Ich persönlich begrüsse ein Moratorium bei den DRG. Es würde gut tun, wenn ein Marschhalt eingeführt und man sich Zeit zum Nachdenken gönnen würde, wie das für Schweizerinnen und Schweizer typisch ist. Noch sind eineinhalb Jahre Zeit.

Dr. Beerli, EVP/EDU: Die EVP/EDU-Fraktion dankt dem Regierungsrat für die Beantwortung der Interpellation. Sie kann die Antworten weitgehend nachvollziehen. Es ist immer so, dass jeder Paradigmenwechsel und jede grundlegende Änderung Ängste mit sich bringt. Bei der Übertragung von Bundeskompetenzen auf die Kantone und Gemeinden bei der NFA und beim Beitragsgesetz für die Schulen sowie beim Wechsel auf einen Pauschalbetrag bei der Besoldung war es nicht anders. Bei der Spitalfinanzierung haben

wir nun einen fundamentalen Wechsel von einer Tagespauschale zu einer diagnosebezogenen Fallpauschale. Wir haben nicht mehr darüber zu diskutieren, ob wir das wollen oder nicht. Es geht darum, dass wir die flankierenden Massnahmen treffen und die Situation so gut als möglich antizipieren und abfedern können. Auch bei dem bisherigen System der Abgeltung nach Tagespauschale gab es einige Nachteile. Ein Spital, das nicht ganz ausgelastet war und noch einige freie Betten hatte, konnte in Versuchung kommen, eine Patientin oder einen Patienten ohne viel Aufwand noch über das Wochenende zu "hüten". Das neue System ist allerdings aufwendig und ein grosses Regelwerk. Nur wenige Personen haben den Durchblick. Zudem gibt es viele offene Fragen, die zurzeit grösstenteils noch nicht beantwortet werden können. Die Ungewissheit weckt nicht ganz unberechtigt Ängste bei betroffenen Personen. Bei Diagnosen wie einer Blinddarmentzündung oder einem Leistenbruch sind Fallpauschalen noch relativ einfach nachvollziehbar. Was aber, wenn ein übergewichtiger Diabetiker wegen Herzschwäche taumelt, über die Treppe stürzt und sich einen offenen Unterschenkelbruch des schlecht durchbluteten Beines zuzieht? Währenddem er wochenlang im Bett auf Heilung wartet, kann er nicht mehr Wasser lösen und es wird ein Prostatakrebs diagnostiziert. Da wird es schwierig, von Pauschalen zu sprechen. Ich kann nur hoffen, dass das komplizierte System auch für diese Fälle Antworten hat. Auch gehe ich davon aus, dass für diese polymorbiden Patientinnen und Patienten wirklich gesorgt wird. Ansonsten müssen wir die Augen in der Zeit nach der Einführung der DRG offen halten. Es gibt auch sehr alte Personen, die wegen Verschlechterung ihres Allgemeinzustandes in das Spital eingeliefert werden. Man weiss nicht, was ihnen fehlt, kann aber davon ausgehen, dass sie in den nächsten Wochen sterben werden. Muss man bei diesen Menschen jetzt eine Diagnose erzwingen? An der Einführung der DRG kann nichts geändert werden. Wir hoffen und empfehlen, dass die zuständigen Verantwortlichen nicht bürokratisch, sondern menschlich und mit Augenmass die Kinderkrankheiten des neuen Regelwerkes sammeln und bereinigen werden. Unklar ist, wie die erheblichen Aufwendungen für die Ausbildung, die nur die öffentlichen Spitäler bewerkstelligen, im neuen System abgegolten werden. Hat der Regierungsrat darauf eine Antwort?

Dr. Wildberger, GP: Zu einem Teil des Fragenkomplexes habe ich mich bereits anlässlich der letzten Sitzung geäussert, insbesondere zur Problematik der polymorbiden, meist älteren Personen. Das neue Tarifsystem der diagnosebezogenen Fallpauschalen steht und fällt mit der Optimierung und Bereinigung vieler Unzulänglichkeiten. Das soll allen Beteiligten bei der Anwendung ständig präsent sein. Die DRG sind schweizweit beschlossen, und die Einführung ist nicht mehr aufzuhalten. Wichtig ist, neben der ökonomischen auch der menschlichen Seite hohes Gewicht beizumessen.

Heinz Herzog, SP: Als absoluter Laie und Nichtspezialist habe ich die Voten gehört und weiss nun kaum mehr, wem ich glauben soll. Ich denke, dass es noch anderen im Rat so

geht. Wir hören von der Wirtschaftlichkeit und von der Bewertung der DRG. Ich hoffe nur, dass nicht ich einmal der übergewichtige und taumelnde Diabetiker bin, bei dem erst festgestellt werden muss, was ihm fehlt. Ich habe bei der ganzen Diskussion den Eindruck, dass Geschwindigkeit und Geld und möglichst wenig Pflege bewertet wird, um die Patientin oder den Patienten rasch nach Hause schicken zu können. Das wird der Grund dafür sein, dass bei der Ausarbeitung der DRG keine Pflegefachpersonen mitgearbeitet haben.

Kern, SP: Das Gesundheitswesen und damit auch die Pflege, die eine wichtige Rolle und einen beachtlichen Anteil daran haben, sind einem steten Wandel unterworfen. Und das nicht erst, seitdem uns die Einführung der Fallpauschale auf 2012 droht. Pflegefachpersonen leiden unter der zunehmenden Ökonomisierung, weil sie darin eine Bedrohung ihrer zentralen Werte sehen, die dem Menschen und nicht dem Benchmark verpflichtet sind. So fällt es schwer, zusehen zu müssen, wohin uns die Reise unter den neuen Bedingungen führen wird. Viele Personen aus dem Gesundheitswesen sind der Meinung oder verhalten sich so als drehe sich alles nur um ökonomische Fragen. So wird versucht, jegliche Themen und Gegenstände der Pflege mess- und objektivierbar zu machen. Unsere Leistungserfassungen und der Nachweis unserer Arbeit fordern zunehmend unsere Aufmerksamkeit und absorbieren unsere Ressourcen, die anderweitig, zum Beispiel bei der Pflege von Patientinnen und Patienten, genutzt werden könnten. Die Notwendigkeit, alle Daten zu belegen, ist im Pflegealltag beherrschend. Unter dieser Datenmessungswut drohen nichtmessbare Werte wie Einfühlungsvermögen und Anteilnahme unterzugehen. Es ist meiner Ansicht nach falsch und schädlich für die Qualität der Pflege, wenn in unserer marktwirtschaftlich orientierten Welt Pflegeleistungen einseitig als Kostenfaktor gesehen werden. Diese Gefahr droht uns durch die Einführung der Fallpauschale. Wir Pflegefachpersonen sind dezidiert der Meinung, dass zu viel Marktorientierung und Ökonomie das Wohl der Patientinnen und Patienten in den Hintergrund drängen und vielen Pflegefachleuten erschweren, einen Sinn in ihrer Arbeit zu sehen. Das ist sicher auch ein Grund dafür, dass viele ihren erlernten Beruf aufgeben. Seit bald vierzig Jahren bin ich eine eigenständige und vom Beruf überzeugte Pflegefachfrau. In der Medizin und in der Pflege haben in den vierzig Jahren viele bedeutende Änderungen stattgefunden. Dennoch sind viele andere Pflegefachpersonen und ich der Meinung, dass, falls die Einführung der Fallpauschalen ohne Berücksichtigung der weichen Faktoren "Care Ökonomie" geschehen sollte, sich dies massiv auf die Qualität der Pflege auswirken wird. Denn qualifizierte Pflege ist genauso wie hochstehende medizinische Versorgung nicht zum Dumpingpreis zu haben. Pflege lässt sich nicht nur nach marktwirtschaftlichen Kriterien definieren. Der Regierungsrat und die Spital Thurgau AG sind gefordert, klare Richtlinien zu setzen, damit den erwähnten weichen Faktoren Rechnung getragen wird. Sonst wird sich in weiterer Zukunft der Mangel an Pflegefachpersonen verschärfen.

Regierungsrat **Koch**: Ich danke Ihnen für die Diskussion, die uns den einen oder anderen Hinweis gibt. Der Regierungsrat hat versucht, Ihnen die Fallpauschalen, so genannte SwissDRG näher zu bringen. Ich verweise auf den Flyer auf Ihren Tischen. Es wurde gefragt, ob die neue Spitalfinanzierung Sinn macht. Darüber müssen wir nicht diskutieren. Es ist nicht möglich, die Fallpauschalen zu überdenken, auch wenn sich das die Interpellantin wünscht. Sie kennen den kürzlich veröffentlichten Bericht zu den DRG. Gemäss diesem wird es möglich sein, die DRG auf den 1. Januar 2012 einzuführen. Der Regierungsrat wird alles daran setzen, die neue Art der Abgeltungen im Kanton Thurgau patientengerecht umzusetzen. Wir sind froh, dass die Spital Thurgau AG bereits Erfahrungen gemacht hat und wir ein Jahr mit der Akut- und Übergangspflege üben können. Der Regierungsrat wird den Grossen Rat laufend informieren. Schlussendlich entscheidet immer der Mensch über die Qualität, auch im Spital.

Diskussion - **nicht weiter benützt.**

Präsident: Das Geschäft ist erledigt.