



Protokoll

Sitzung Vorberatende Kommission des Kantonsrates
Gesetz über die Spitalplanung
und –finanzierung (22.11.06)
Termin Montag, 29. August 2011, 8.30 – 17.00 Uhr
Ort Konferenzraum 801, Moosbruggstrasse 11,
9001 St.Gallen

Franziska Yoanidis
Sekretariat
Gesundheitsdepartement
Davidstrasse 27
9001 St.Gallen
T 058 229 35 90
F 058 229 39 62
franziska.yoanidis@sg.ch
www.gesundheit.sg.ch

St.Gallen, 7. September 2011

Vorsitz

Hartmann Andreas, Präsident

Teilnehmende

Mitglieder der Vorberatenden Kommission

- Hartmann Andreas, Rorschach, Präsident
- Alder Kurt, St.Gallen
- Forrer Diego, Grabs; bis 15.50 Uhr
- Götte Michael, Tübach
- Gysi Barbara, Wil 2 bei Oberstadt
- Haag Agnes, St.Gallen
- Huser Herbert, Altstätten
- Kündig-Schlumpf Silvia, Rapperswil
- Locher Walter, St.Gallen
- Rehli Valentin, Walenstadt
- Ritter Werner, Hinterforst
- Storchenegger Martha, Jonschwil
- Thalmann Linus, Kirchberg
- Wehrli August, Buchs
- Wild-Huber Vreni, Wald-Schönengrund

Vertreter des Gesundheitsdepartements

- Hanselmann Heidi, Gesundheitsdepartement, Regierungsrätin
- Wüst Roman, Gesundheitsdepartement, Generalsekretär
- Altherr Peter, Leiter Amt für Gesundheitsversorgung
- Mojon Stefania, Betriebswirtschafterin, Amt für Gesundheitsversorgung

Protokoll

Yoanidis Franziska und Mojon Stefania

Unterlagen

- Gesetz über die Spitalplanung und Finanzierung (22.11.06), Botschaft und Entwurf der Regierung vom 24. Mai 2011 (Beratungsunterlage)
- weitere Dokumente

Inhalt



1	Begrüssung und Information	2
2	Eintretensreferat und Erläuterung zur Vorlage	2
3	Eintretensdiskussion	20
4	Spezialdiskussion	25
5	Rückkommen	47
6	Antrag an den Kantonsrat	47
7	Varia	47
7.1	Bezeichnung Kommissionssprecher/Kommissionssprecherin	47
7.2	Medienorientierung	47

1 Begrüssung und Information

Andreas Hartmann, Präsident der vorberatenden Kommission, begrüsst die Mitglieder der vorberatenden Kommission und die Vertreterinnen und Vertreter des Gesundheitsdepartements.

Seit der Kommissionsbestellung in der Junisession nahm das Präsidium des Kantonsrates folgende Ersatzwahlen in die vorberatende Kommission vor:

- August Wehrli, Buchs anstelle von Gautschi, Niederhelfenschwil;
- Michael Götte, Tübach anstelle von Bruno Stump, Engelburg;
- Barbara Gysi, Wil 2 bei Oberstadt anstelle von Martina Gadiant, Walenstadt.

Nach Art. 67 des Geschäftsreglementes des Kantonsrats (sGS 131.11; abgekürzt GschKR) ist das Kommissionsprotokoll bis nach Abschluss der Beratungen des Kantonsrates vertraulich.

Nach Art. 59 des Geschäftsreglementes des Kantonsrats dienen die Kommissionsberatungen der freien Meinungsbildung. Dem Amtsgeheimnis unterliegen Inhalte der Kommissionsberatungen und einzelne Meinungsäusserungen (sowie deren Urheber).

2 Eintretensreferat und Erläuterung zur Vorlage

Die Folien zum Eintretensreferat werden verteilt.

Regierungsrätin Heidi Hanselmann

Am 21. Dezember 2007 verabschiedete das eidgenössische Parlament die Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung zur neuen Spitalfinanzierung (einschliesslich Bestimmungen zur Spitalplanung). Die neue Spitalfinanzierung tritt nun – abgesehen von einigen Übergangsbestimmungen – auf den 1. Januar 2012 in Kraft. Als Folge davon müssen die Kantone gesetzliche Vorgaben für die Spitalplanung und -finanzierung erlassen bzw. bestehende Vorgaben in die kantonalen Vorschriften übernehmen.



Das Eidgenössische KVG setzt die Rahmenbedingungen für die Spitalplanung und -finanzierung, indem es:

- die Gleichstellung öffentlicher und privater Spitäler vorsieht;
- die Einführung von gesamtschweizerischen Pauschalen (SwissDRG) festlegt;
- die Verhandlung der Höhe der Pauschalen durch Versicherer und Spitäler (ohne Beteiligung der Kantone) vorsieht;
- den Kantonsanteil an die stationären KVG-Pflichtleistungen ab 2017 (nach der Übergangsfrist für Kantone, welche die schweizerischen Durchschnittsprämie für Erwachsene unterschreiten) auf mindestens 55% festlegt;
- die freie Spitalwahl für alle Einwohnerinnen und Einwohner des Kantons in allen Listenspitälern der Schweiz gewährleistet;
- die Umstellung der kantonalen Planung von einer Planung auf der Basis von Kapazitäten zu einer leistungsbasierten Planung vorsieht.

Die Einführung der neuen Spitalplanung und –finanzierung führt zu einer Verschiebung der Finanzströme. Dabei werden:

- die Grundversicherung (OKP) stärker belastet
- der Kanton stärker belastet
- die Zusatzversicherungen entlastet.

Der Kanton wird finanziell mehr belastet, weil er sich ab 2012 an allen stationären Behandlungen in öffentlichen und öffentlich subventionierten sowie in privaten Listenspitälern beteiligen muss, unabhängig davon, ob die Behandlung in einem kantonalen oder in einem ausserkantonalen Spital erfolgt. Für die Berechnungen der Tabelle wurde der für 2012 festgelegte kantonale Vergütungsanteil von 50 Prozent verwendet. Der kantonale Vergütungsanteil erhöht sich bis ins Jahr 2017 schrittweise auf 55 Prozent. Die jährliche Anpassung darf zwei Prozentpunkte nicht übersteigen.

Die Verschiebung der Finanzströme teilt sich wie folgt auf:

- die Kantonsbeiträge für öffentlichen Spitäler im Kanton reduzieren sich um rund 29 Mio. Franken
- die Kantonsbeiträge für private Leistungserbringer im Kanton betragen neu 20.5 Mio. Franken. Bei Privatspitälern mit allgemeiner Abteilung musste die OKP bisher den vollen Tarif übernehmen. Neu muss sich der Kanton daran beteiligen.
- die Kantonsbeiträge an ausserkantonale Hospitalisationen erhöhen sich voraussichtlich um rund 29.5 Mio. Franken. Die Kantonsbeiträge an ausserkantonale Hospitalisationen waren bisher auf medizinisch notwendige Behandlungen in öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern beschränkt. Neu muss sich der Kanton an sämtlichen ausserkantonalen Behandlungen in Listenspitälern beteiligen. Die Mehrheit dieser zusätzlich zu finanzierenden Hospitalisationen entfällt auf Spitäler und Kliniken benachbarter Kantone.

Bei den Angaben handelt es sich um Schätzwerte.

Für den Kanton St.Gallen stellte sich die Frage, ob für die kantonale Umsetzung der Spitalplanung und –finanzierung ein eigenes Gesetz geschaffen oder ein bestehendes Gesetz ergänzt/angepasst werden soll. Für ein neues Gesetz sprachen mehrere Gründe:

- Die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung ist eine Kernaufgabe des Kantons.
- Der Kanton wendet im Jahr 2012 rund 445 Mio. Franken für die Finanzierung von Spitälern und Kliniken (inner- und ausserkantonal) auf, was bei einem kantonalen Vergütungsanteil von 55 Prozent (statt 50 Prozent) rund 485 Mio. Franken entspricht. Allein dieses hohe Beitragsvolumen rechtfertigt ein eigenes Gesetz.
- Die Spitalfinanzierung ist in der Bedeutung gleichwertig zur Pflegefinanzierung, welche ebenfalls in einem eigenen Gesetz geregelt wurde.



Für die Gesundheitsversorgung der st.gallischen Bevölkerung waren bisher folgende kantonalen Gesetze massgebend:

- das Gesundheitsgesetz
- das Einführungsgesetz zur Bundesgesetzgebung über die Krankenversicherung
- das Gesetz über die Spitalverbunde und das Gesetz über die Psychiatrieverbunde.

Neu dazu kommt das kantonale Gesetz über die Spitalplanung und -finanzierung. In diesem Zusammenhang wurden einzelne Bestimmungen aus den bestehenden Gesetzen und in das neue Gesetz über die Spitalplanung und -finanzierung übernommen.

Das Gesundheitsdepartement hat für die Erarbeitung des neuen Gesetzes über die Spitalplanung und -finanzierung auch Gesetzesentwürfe anderer Kantone einbezogen – v.a. von benachbarten Kantonen. Dabei standen die Entwürfe der Kantone ZH und AR im Vordergrund.

Im KVG und den entsprechenden Ausführungsverordnungen sind verschiedene Fragen offen geblieben. Dies räumt den Kantonen bei deren Umsetzung einen gewissen Handlungsspielraum ein, erfordert aber kantonale Ausführungsbestimmungen. Mit dem neuen Gesetz über die Spitalplanung und -finanzierung werden die Rahmenbedingungen zur Umsetzung des KVG geschaffen und Fragen geregelt, die das KVG offen gelassen hat.

Das kantonale Gesetz muss die Grundsätze des KVG – Gleichbehandlung öffentlicher und privater Spitäler – beachten und einen fairen Wettbewerb ermöglichen.

Nicht Gegenstand des neuen Gesetzes sind Fragen um Zahl und Standorte der Spitäler. Wie vom Gesetzgeber beabsichtigt, soll ab 1. Januar 2012 innerhalb gewisser Rahmenbedingungen der Wettbewerb spielen. Es wird sich in diesem Zusammenhang weisen, wie die privaten Spitäler bzw. die vier Spitalverbunde als selbständige öffentlich-rechtliche Anstalten mit diesen Herausforderungen umgehen werden. Die öffentlichen und privaten Spitäler sollen die Möglichkeit haben, sich unter der neuen Spitalfinanzierung und dem damit verbundenen Wettbewerb zu bewähren. In diesem Sinn wird der Wettbewerb über die Standortfrage entscheiden. Das kantonale Gesetz über die Spitalplanung und -finanzierung hat auch nichts mit der Festlegung des kantonalen Vergütungsanteils für stationäre Behandlungen für die Jahre 2012 bis 2016 zu tun. Das Gesetz legt lediglich den Vergütungsanteil ab dem Jahr 2017 fest – d.h. nach Ablauf der im Bundesgesetz vorgesehenen 5-jährigen Übergangsphase (sofern sich die Krankenkassenprämien für Erwachsene unter dem schweizerischen Durchschnitt bewegen, was im Kanton St.Gallen der Fall ist). Das kantonale Gesetz soll auf planwirtschaftliche Vorgaben verzichten und sich auf das Notwendige beschränken. Das Gesetz soll die Gleichbehandlung von öffentlichen und privaten Anbietern gewährleisten.

Die Ziele des Gesetzes über die Spitalplanung und -finanzierung sind:

- eine langfristige und qualitativ hochstehende stationäre Gesundheitsversorgung der Bevölkerung des Kantons St.Gallen;
- die vom KVG erwünschte unternehmerische Freiheit der Spitäler;
- die Verhinderung von Wettbewerbsverzerrungen (etwa durch die Beschränkung des Angebotes auf lukrative Segmente) und die Schaffung möglichst gleich langer Spiesse für öffentliche und private Anbieter;
- die Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung;
- die Vermeidung einer unkontrollierbaren Mengen- und Kostenausweitung;
- die Festlegung der Kompetenzen von Kantonsrat, Regierung und Departement.

Das KVG lässt in verschiedenen Bereichen offen, welche kantonale Instanz für welche Aufgaben zuständig ist. Mit dem Gesetz sollen die kantonalen Zuständigkeiten und Kompetenzen im Bereich der stationären Gesundheitsversorgung geregelt werden.



Der **Kantonsrat** übt die Oberaufsicht aus. Er beschliesst über die Ausgaben, wobei ein wesentlicher Teil der Ausgaben aufgrund der neuen Spitalfinanzierung als gebundene Ausgaben zu betrachten sind. Die Finanzierung der Spitäler erfolgt nicht mehr über Globalkredite, sondern durch Kantonsbeiträge – bestehend aus einer Entschädigung für stationäre Spitalbehandlungen und für gemeinwirtschaftliche Leistungen. Sofern die Sicherstellung der Versorgung dies erfordert, kann der Kantonsrat ergänzende Beiträge beschliessen.

Die **Regierung** ist zuständig für die Spitalplanung, erlässt darauf basierend die Spitalliste und erteilt die Leistungsaufträge mit den damit verbundenen Auflagen und Bedingungen. Die Regierung hat – gemäss KVG - wie bisher umfassende Zuständigkeiten im Tarifbereich. Im Falle einer Einigung zwischen den Leistungserbringern und den Versicherern genehmigt sie die Tarifverträge, im Falle einer Nichteinigung legt sie die Tarife hoheitlich fest. Die Tarifverhandlungen werden aber von den Leistungserbringern und den Versicherern geführt – ohne Mitwirken des Kantons.

Das **Gesundheitsdepartement** erarbeitet zuhanden der Regierung die Spitalplanung und die Spitalliste, überprüft diese regelmässig und bereitet die Leistungsaufträge für jene Spitäler vor, die für die kantonale Gesundheitsversorgung notwendig sind. Es evaluiert die Leistungserbringer auf der Basis von Qualität und Wirtschaftlichkeit, der Zugänglichkeit zur Behandlung innert nützlicher Frist sowie der langfristigen Versorgungssicherheit. Es überprüft die Einhaltung von Voraussetzungen, Auflagen und Bedingungen durch die Spitäler.

Die Regierung übt die Aufsicht (und der Kantonsrat die Oberaufsicht) aus. Der Begriff Oberaufsicht ist nicht so zu verstehen, dass der Kantonsrat zuständig ist, sondern leitet sich aus Art. 65 der Kantonsverfassung ab. Dort ist festgehalten, dass der Kantonsrat die Regierung und die Staatsverwaltung beaufsichtigt. In den meisten Aufsichtsgremien – u.a. bei den Fachhochschulen, der Kantonalbank und den St.Gallisch-Appenzellischen Kraftwerken SAK – nimmt die Regierung und nicht eine Vertretung des Kantonsrates Einsitz.

Die Oberaufsicht des Kantonsrats ist somit unabhängig von einer Vertretung in den entsprechenden Gremien. An der Oberaufsicht kann nicht abgeleitet werden, dass der Kantonsrat für den Erlass der Spitalliste oder für die Tarifgenehmigung oder Tariffestsetzung verantwortlich ist.

Der Kantonsrat hat verschiedene Instrumente zur Einflussnahme. Er beschliesst, mit dem Vorschlag über die Verwendung der kantonalen Mittel für die Gesundheitsversorgung, beschliesst über ergänzende Beiträge, sofern die Sicherstellung der Versorgung dies erfordert, oder nutzt die ihm zur Verfügung stehenden parlamentarischen Instrumente (einfache Anfrage, Interpellation, Postulat, Motion). Aufsichtsfunktionen nimmt er auch über die Finanzkommission und die Staatswirtschaftliche Kommission wahr.

Die Zuständigkeit für die Planung einer bedarfsgerechten Spitalversorgung liegt nach Art. 1. Bst. a des Einführungsgesetzes zur Bundesgesetzgebung über die Krankenversicherung (sGS 331.11) bereits heute bei der Regierung. An dieser Zuständigkeitsregelung soll mit dem neuen Gesetz über die Spitalplanung und -finanzierung nichts geändert werden. In anderen Kantonen lag und liegt die Zuständigkeit für die Spitalplanung und -liste bei der Regierung (und nicht beim Kantonsrat): z.Bsp. in den Kantonen AR, ZH, TG, GR, SH, AG und LU.

Die vom KVG vorgeschriebene bedarfsgerechte Spitalversorgung erfolgt gemäss GSPF über die Kernelemente Spitalplanung, Spitalliste und Leistungsauftrag.

Ziel der Spitalplanung ist die Sicherstellung einer zeitgemässen, bedarfsgerechten, wirtschaftlichen und qualitativen Gesundheitsversorgung. Auf der Basis dieses Planungsziels, des künftigen Bedarfs sowie des bestehenden und künftigen Angebots an medizinischen Leistungen wird in der



Spitalplanung das erforderliche Leistungsangebot festgelegt. Für die Planung werden die stationären Leistungen zu medizinischen Leistungsgruppen zusammengefasst.

Im Kanton St.Gallen wird die Spitalplanung in zwei Schritten erarbeitet: Zuerst werden im Versorgungsbericht (der den Kommissionsmitgliedern zugestellt worden, aber nicht Gegenstand der Beratungen der vorberatenden Kommission ist) eine Analyse des heutigen Angebots und eine Prognose über den Bedarf an stationären Spitalleistungen im Jahr 2020 erstellt. Anschliessend wird im Strukturbericht eine Bewertung der Leistungserbringer vorgenommen und die Bedarfsdeckung definiert.

Gestützt auf die Spitalplanung – d.h. gestützt auf Versorgungs- und Strukturbericht – wird die **Spitalliste** erstellt und werden Leistungsaufträge erteilt. Medizinische Leistungen oder Leistungsgruppen werden jenen Spitälern und Geburtshäusern zugewiesen, welche die Anforderungen an Qualität und Wirtschaftlichkeit sowie die weiteren Ziele der Spitalplanung am besten erfüllen. Die Spitalliste entspricht einer zusammenfassenden Darstellung der Leistungsaufträge, indem sie alle inner- und ausserkantonale Spitäler aufführt, die einen Leistungsauftrag der Regierung enthalten.

Mit den **Leistungsaufträgen** werden den Spitälern Leistungsspektren zugeordnet und die damit verbundenen Leistungen, Auflagen und Modalitäten geregelt. In den Leistungsaufträgen werden ebenfalls die durch zusätzliche kantonale Beiträge entschädigten gemeinwirtschaftlichen Leistungen festgelegt. Die Erteilung eines Leistungsauftrages und die damit verbundene Aufnahme in die kantonale Spitalliste bilden die Voraussetzungen für die Abrechnung zulasten der obligatorischen Krankenversicherung und für den Anspruch auf Mitfinanzierung durch den Kanton.

Ein Kernanliegen der neuen Bestimmungen zur Spitalplanung und -finanzierung ist die Gleichbehandlung von Spitälern und Kliniken – ungeachtet ihrer Rechtsform. So gelten die Wettbewerbsbedingungen für alle Spitäler; es müssen aber auch alle Spitäler Auflagen erfüllen, die mit der Aufnahme auf die Spitalliste verbunden sind.

Eine Aufnahme auf die Spitalliste ist mit Rechten und Pflichten verbunden. Die Formulierung von Pflichten lässt sich nur schon in Anbetracht der hohen Beitragszahlungen der öffentlichen Hand rechtfertigen, fliessen im Jahr 2012 doch rund 445 Mio. Franken an inner- und ausserkantonale Spitäler.

Zur Sicherstellung einer zeitgemässen, bedarfsgerechten, wirtschaftlichen und qualitativen Gesundheitsversorgung im ganzen Kanton müssen die Leistungserbringer gemäss GSPF gewisse Voraussetzungen erfüllen. Neben einer bestmöglichen Erfüllung des obgenannten Planungsziels (zeitgemässe, bedarfsgerechte, wirtschaftliche und qualitative Gesundheitsversorgung) werden die Einhaltung der Aufnahmepflicht (KVG Art. 41a) und eine ausreichende Zahl von qualifizierten Mitarbeitenden und angemessene Arbeits- und Anstellungsbedingungen vorausgesetzt.

Die Aufnahmepflicht verlangt, dass Spitäler im Rahmen ihres Leistungsauftrags und ihrer Kapazitäten Patientinnen und Patienten unabhängig von ihrer Versicherungsdeckung aufnehmen. Die Aufnahmekapazitäten eines Leistungserbringers sind insgesamt und nicht als Kapazitäten je Kategorie (allgemein, halbprivat und privat) zu verstehen. Ein allgemeinversicherter Patient ist auch dann aufzunehmen, wenn nur in der Halbprivat- oder Privatabteilung Kapazitäten verfügbar sind.

Zur bestmöglichen Erreichung des Planungsziels, zur Gewährleistung eines geregelten Wettbewerbs unter den Anbietern sowie zur Schaffung möglichst gleich langer Spiesse zwischen privaten und öffentlichen Leistungserbringern kann die Regierung die Erteilung von Leistungsaufträgen mit Auflagen und Bedingungen verknüpfen. Darunter fallen beispielsweise Auflagen:



- für integral zu erbringende Leistungsgruppen: dadurch kann vermieden werden, dass sich Spitäler auf lukrative Leistungen beschränken und andere Behandlungen nicht mehr durchführen
- betreffend die Einhaltung von Mindestfallzahlen je Spital oder je Arzt. Da die Erfahrung eines Leistungserbringers in der Regel mit höherer Fallzahl zunimmt und durch Konzentration des Angebotes die Kosten tiefer sind, dienen Mindestfallzahlen der Qualitätssicherung und der Wirtschaftlichkeit
- für einen Mindestanteil allgemeinversicherter Patientinnen und Patienten: dies dient der Überprüfung der Einhaltung der Aufnahmepflicht. Es kann nicht angehen, dass allgemeinversicherte Patienten abgewiesen werden mit der Begründung, es seien nur noch Betten für halbprivat- oder privatversicherte Patienten vorhanden
- zur Aus-, Fort- und Weiterbildung des Spitalpersonals in Abhängigkeit der Betriebsgrösse und des kantonalen Bedarfs: damit soll die Weiterbildung einer genügenden Anzahl Personen in den Berufen des Gesundheitswesens gewährleistet werden.
- alle Leistungserbringer unterliegen im Anwendungsbereich der Leistungsaufträge der Gesetzgebung über das öffentliche Beschaffungswesen
- über ausreichend qualifizierte Mitarbeitende zu verfügen. Diese Bedingung muss erfüllt werden, um überhaupt – gemäss Gesundheitsgesetz – eine Bewilligung als (private) Einrichtung der Gesundheitspflege zu erhalten

Einzelne Bestimmungen wurden im Rahmen der Vernehmlassung hinterfragt bzw. kontrovers diskutiert. Auf diese Punkte wird nach dem Eintretensreferat noch vertieft eingegangen.

Der Kanton kann Kontrollen vornehmen – insbesondere dann, wenn Hinweise auf Nichteinhaltung von Auflagen/Bedingungen vorliegen. Er kann – bei Nichteinhaltung von Auflagen/Bedingungen – Bussen festlegen, einen Leistungsauftrag ganz (= Streichung von der Spitalliste) oder teilweise entziehen oder nur noch befristet erteilen.

Mit der neuen Spitalfinanzierung werden die Kantone und die obligatorische Krankenpflegeversicherung zusätzlich belastet und die Zusatzversicherungen erheblich entlastet. Die beträchtlichen Mehrkosten der Kantone ergeben sich hauptsächlich daraus, dass sie sich neu:

- an den Behandlungskosten in innerkantonalen Privatspitälern auf der Spitalliste und
- an sämtlichen ausserkantonalen Behandlungen in Listenspitälern (freie Spitalwahl) beteiligen müssen.

Bei Privatspitälern mit allgemeiner Abteilung musste die OKP bisher den vollen Tarif übernehmen. Neu muss sich der Kanton daran beteiligen. Im Kanton St.Gallen wurden unter dem bisherigen KVG sechs Institutionen als nicht subventionierte Leistungserbringer betrachtet: Hirslanden Stephanshorn (St.Gallen), Klinik St.Georg (Goldach), Klinik Valens (Valens), Rosenklinik am See (Rapperswil-Jona), Klinik Marienfried (Niederuzwil) und Geburtshaus Artemis (Steinach). Deren Mitfinanzierung hat für den Kanton jährliche Mehrkosten von 21.5 Mio. (bei 50%) bzw. 23.5 Mio. Franken (bei 55%) zur Folge.

Die Kantonsbeiträge an ausserkantonale Hospitalisationen waren bisher auf medizinisch notwendige Behandlungen in öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern beschränkt. Neu muss sich der Kanton an sämtlichen ausserkantonalen Behandlungen in Listenspitälern beteiligen. Die Mehrheit dieser zusätzlich zu finanzierenden Hospitalisationen entfällt auf Spitäler und Kliniken benachbarter Kantone. Die Beiträge für ausserkantonalen Hospitalisationen erhöhen sich deshalb von heute 19 Mio. Franken auf 47.5 Mio. (bei 50%) bzw. 52 Mio. Franken (bei 55%).

Bei einem kantonalen Vergütungsanteil von 55 Prozent belaufen sich die Kantonsbeiträge insgesamt auf rund 485 Mio. Franken. Bei einem kantonalen Vergütungsanteil von 50 Prozent reduzieren sich die Kantonsbeiträge auf rund 445 Mio. Franken – d.h. rund 40 Mio. Franken weniger. Von diesen Einsparungen soll allerdings $\frac{1}{4}$ der individuellen Prämienverbilligung zufließen, weil



die Festlegung des kantonalen Vergütungsanteils bei 50 Prozent mit einem zusätzlichen ausserordentlichen Prämienanstieg von rund 2.5 Prozent verbunden ist – abgesehen vom ordentlichen Anstieg der Krankenkassenprämien aufgrund des Anstiegs der Gesundheitskosten.

Das Gesundheitsdepartement ist derzeit im Rahmen des Budgetprozesses daran, die Kantonsbeiträge für das Jahr 2012 festzulegen. Erste Ergebnisse zeigen, dass der Gesamtbeitrag von rund 445 Mio. Franken eingehalten werden kann. Es ergeben sich jedoch Verschiebungen innerhalb der Kategorien. Die Beiträge an innerkantonale öffentliche Spitäler fallen etwas niedriger aus, während der Beitrag an ausserkantonale Hospitalisationen aufgrund höherer Fallzahlen um rund 9 Mio. Franken erhöht werden musste. Es muss mit 9'000 (und nicht wie früher angenommen: mit 7'000) zusätzlich zu finanzierenden ausserkantonalen Spitalaufenthalten gerechnet werden. Von den Kantonsbeiträgen fliesst somit jeder 8. Franken an ausserkantonale Leistungserbringer.

Die Einflussmöglichkeiten des Kantons auf die Höhe der kantonalen Beiträge für das Jahr 2012 (und auch für die weiteren Jahre) sind gering. Die kantonalen Beiträge an die Fallpauschalen gemäss KVG ergeben sich aufgrund der von st.gallischen Patientinnen und Patienten beanspruchten stationären Leistungen und deren Tarife. Die Tarife werden von Versicherer und Leistungserbringer vereinbart. Auf diese Ausgaben von rund 395 Mio. Franken im Jahr 2012 hat der Kanton deshalb keinen Einfluss.

Eine Einflussmöglichkeit besteht in der Festlegung des kantonalen Vergütungsanteils ab 2013. Für jeden Prozentpunkt, den der Kanton den kantonalen Vergütungsanteil niedriger als 55% festlegt, reduziert sich die Kostenbeteiligung des Kantons St.Gallen brutto um rund 7,9 Mio. Franken. Dies hat im Gegenzug eine zusätzliche Erhöhung der Krankenkassenprämie der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zur Folge. Für das Jahr 2012 wurde der Kantonsbeitrag bereits im Rahmen einer Dringlichkeitsverordnung festgelegt und kann somit im laufenden Budgetprozess nicht mehr verändert werden.

In beschränktem Masse kann der Kanton die Entschädigung für gemeinwirtschaftliche Leistungen (v.a. universitäre Lehre und Forschung) und die zusätzlichen Beiträge – v.a. an die Psychiatrischen Dienste und an das Ostschweizer Kinderspital – beeinflussen. GWL und zusätzliche Beiträge zur Sicherstellung der Versorgung belaufen sich insgesamt auf rund 50 Mio. Franken. Die Einflussmöglichkeiten sind insofern beschränkt, als die bestehenden Angebote (wie psychiatrische Ambulatorien oder Tageskliniken oder auch Angebote des Kinderspital) auf ergänzende Beiträge angewiesen sind. Diese Betriebe verfügen – im Unterschied zu den Akutspitälern – über keine Halbprivat- und Privatpatienten, bei denen sich substanzielle Mehrerträge erzielen lassen, die bei fehlender Kostendeckung zur Querfinanzierung herangezogen werden können.

Im Bereich der Psychiatrischen Versorgung und den Kinderspitälern besteht schweizweit die Problematik von voraussichtlich nicht kostendeckenden Tarifen. Deshalb sehen die meisten Kantone in ihrer Gesetzgebung die Möglichkeit von zusätzlichen Kantonsbeiträgen vor.

Ich bitte Sie, auf den Entwurf des Gesetzes über die Spitalplanung und –finanzierung einzutreten.

Fragen aus der Kommission:

Ritter kann nicht verstehen, weshalb für Spitäler und Spitaldienstleistungen im DRG-System nicht-kostendeckende Tarife festgesetzt werden. Er ist davon ausgegangen, dass die Tarife bei wirtschaftlicher und effizienter Leistungserbringung kostendeckend sind. Wird diesbezüglich ein Bundesgesetz nicht beachtet, wie früher bei den Pflegeleistungen? Was ist der Grund?



Hanselmann: Auch heute gibt es Tarife, welche nicht kostendeckend sind, beispielsweise im ambulanten Bereich. Im Bereich der Unfallversicherung bestehen ebenfalls keine kostendeckenden Tarife. Die Unfallversicherer zahlen heute lediglich 80 Prozent des relevanten Tarifs. Nach langen Verhandlungen und Diskussionen werden diese nun schrittweise auf 90 Prozent im Jahr 2012 und auf 100 Prozent ab dem Jahr 2013 angepasst. Sie hatte zu Beginn ihrer Tätigkeit auch kein Verständnis für diese Gegebenheiten. Sie musste feststellen, dass starke Interessenvertretungen wirken. Sie zitiert aus einem Bericht der Sonntagspresse vom 28. August 2011, betreffend Prof. Robert Leu, Universität Bern. „...Er arbeitet als Experte im Auftrag des Bundes an der Revision des Krankenversicherungsgesetzes mit, ist sowohl VR-Mitglied bei der Krankenkasse Visana als auch bei der Spitalgruppe Hirslanden. Neu sitzt er sogar im Verwaltungsrat der Südafrikanischen Medi-Klinik, dem Mutterhaus der Hirslanden“. Herr Professor Robert Leu hat am KVG mitgearbeitet. Die GDK versucht ihr Möglichstes, damit nicht Interessensvertreter zu starken Einfluss ausüben.

Locher: Es wurden einerseits Aussagen bezüglich Finanzströme, bzw. Zahlungen gemacht, welche der Kanton an seine Spitäler leistet. Gibt es eine Übersicht, was für Zahlungen wir von anderen Kantonen zu erwarten haben?

Altherr: Der Kanton St.Gallen erhält keine Zahlungen von anderen Kantonen. Es fliessen hingegen Gelder aus der Behandlung von ausserkantonalen Patientinnen und Patienten in die st.gallischen Spitäler. Die Spitäler nehmen aber aufgrund der neuen Spitalfinanzierung nicht mehr Geld ein – sofern die Zahl der Patientinnen und Patienten gleich bleibt. Die st.gallischen Spitäler haben bereits bisher ausserkantonale Patientinnen und Patienten behandelt und für diese kostendeckende Tarife in Rechnung gestellt. Mit der neuen Spitalfinanzierung müssen sich lediglich die Kantone AR, AI und TG neu viel stärker an den am KSSG und Ostschweizer Kinderspital behandelten Patientinnen und Patienten aus ihren Kantonen beteiligen. Im Gegenzug reduziert sich der Anteil der Zusatzversicherungen, welche bisher ausserkantonale Spitalbehandlungen stark mitfinanziert haben.

Locher: Diese Zahlungen müssen auch berücksichtigt werden. Diese haben wir nicht, oder?

Altherr: Da sich die Einnahmen des Spitals aus der Behandlung von ausserkantonalen Patientinnen und Patienten nicht ändern (lediglich die Zusammensetzung bei der Finanzierung dieser ausserkantonalen Spitalaufenthalte ändert), sind diese Zahlungen auch nicht relevant. Diese müssten zuerst erhoben werden.

Hanselmann: Wenn als Folge der freien Spitalwahl mehr ausserkantonale Patientinnen und Patienten in st.gallischen Spitälern behandelt werden, erhöhen sich die Einnahmen der st.gallischen Spitäler. Je weniger st.gallische Patientinnen und Patienten die Spitäler und Kliniken des Kantons St.Gallen nutzen und sich ausserkantonale behandeln lassen, desto mehr zahlt der Kanton in andere Kantone. Steuergelder fliessen ab.

Locher: Sind die Beträge in der Folie 3, Verschiebung Finanzströme Nettobetrachtungen?

Altherr erläutert, dass diese Zahlen die Änderungen aus kantonaler Sicht aufzeigen. Die Einnahmesicht des Spitals ist nicht relevant, da sich als Folge der neuen Spitalfinanzierung an den Einnahmen des Spitals auch nichts ändert.

Hanselmann zeigt auf, dass sich die Finanzierungslage des Kantons durch die Behandlung ausserkantonomer Patientinnen und Patienten nicht ändert. Der Kanton wird, unabhängig davon, massiv mehr belastet. Er beteiligt sich neu mit 55 Prozent ab 2017 an allen Behandlungen in Privatspitälern, öffentlichen und öffentlich-subventionierten Listenspitälern und Kliniken und an allen ausserkantonalen Behandlungen.

Altherr zeigt ein Einzelfallbeispiel: Wenn das Kantonsspital St.Gallen einen Patienten aus dem Kanton Appenzell Ausserrrhoden behandelte, wurden in der Vergangenheit durchschnittlich pro



Fall rund 12'000 Franken belastet. Die obligatorische Krankenpflegeversicherung des Patienten bezahlte Fr. 4'000 Franken davon und die restlichen 8'000 Franken wurden von einer Zusatzversicherung übernommen oder durch den Patienten. Neu bezahlen die obligatorische Krankenpflegeversicherung des Patienten und der Kanton Appenzell Ausserrhoden je 4'000 Franken und die verbleibenden 4'000 Franken werden über die Zusatzversicherung oder vom Patienten bezahlt. In der Summe erhält das Kantonsspital St.Gallen weiterhin 12'000 Franken.

Locher: Wir sprechen nicht vom Gleichen, ist aber derzeit nicht relevant.

Hartmann erkundigt sich, ob dieser Punkt später noch einmal behandelt werden soll.

Locher ist damit einverstanden, will aber die weitere Diskussion abwarten.

Kündig: Weshalb haben die Psychiatrischen Kliniken keine Halbprivat- und Privatpatientinnen und -patienten? Was ist unter dem integralen Ansatz zu verstehen? Bedeutet das, dass allgemeinversicherte Patienten auch in halbprivaten oder privaten Abteilungen aufgenommen werden, wenn keine Betten in der allgemeinen Abteilung mehr frei sind? Oder ist damit gemeint, dass andere Ärzte die allgemeinversicherten Patienten behandeln wie die halbprivat- und privatversicherten Patienten?

Hanselmann: Unter integralen Leistungsgruppen ist zu verstehen, dass aus medizinischer Sicht eine Leistungsgruppe als Ganzes angeboten werden muss und nicht nur einzelne Teilleistungen. Einzelne medizinische Leistungen werden zu Leistungsgruppen zusammengefasst. Damit wird sichergestellt, dass nicht lukrative Teilbereiche einer Leistungsgruppe ausgelagert werden.

Altherr: Unsere kantonalen Psychiatrischen Kliniken führen sowohl im Bereich der Erwachsenen als auch im Bereich der Kinder und Jugendlichen nur allgemeine Abteilungen. Das hat einerseits mit Tradition und andererseits mit dem Versicherungsstatus der Patientinnen und Patienten zu tun. Nicht jede Halbprivat/Privat-Versicherung schliesst auch Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken ein. Es gibt wenige psychiatrische Kliniken in der Schweiz, welche eine Privatabteilung im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie anbieten. Dies bedingt aber auch entsprechende bauliche und infrastrukturelle Voraussetzungen (Privatstation mit Einzelzimmer, Einzeltherapien usw.). Unsere Psychiatrischen Kliniken verfügen nicht über die baulichen Voraussetzungen für ein solches Angebot.

Kündig: Die Klinik Littenheid verfügt über eine halbprivate und private Abteilungen. Werden Behandlungen von Patientinnen und Patienten in der Klinik Littenheid gleichermassen unterstützt wie Behandlungen von Patientinnen und Patienten in der Klinik Pfäfers?

Altherr: Falls der Kanton Thurgau die Klinik Littenheid auf die Spitalliste aufnimmt (wovon auszugehen ist), muss der Kanton St.Gallen gemäss KVG für jeden dort behandelten st.gallischen Patienten - unabhängig von seinem Versichertenstatus - einen Beitrag zahlen.

Für **Rehli** ist unklar, welche Anforderungen und Auflagen für eine Spitalregion und welche für ein einzelnes Spital gelten. Werden beispielsweise die geltenden Fallzahlen an der Spitalregion oder am einzelnen Spital gemessen?

Hanselmann legt dar, dass diese Frage im zweiten Teil der Präsentation beantwortet wird.

Storchenegger möchte wissen, was mit Sicherstellung der Spitalversorgung innert nützlicher Frist zu verstehen sei.

Hanselmann: Es existieren nur Richtwerte des Interverbandes für Rettungswesen (IVR) für sogenannte Primäreinsätze. Der Richtwert für die Hilfsfrist beträgt 15 Minuten nach Alarmierung in 90 Prozent der Fälle. Aus notfallmedizinischen Gründen ist auf eine Hilfsfrist von 10 Minuten hinzuarbeiten.

Storchenegger: Die Spitäler müssen über genügend qualifiziertes Personal verfügen. Mit DRG besteht die Gefahr, dass Personal abgebaut wird, obwohl gleichzeitig die Fallkomplexität zu-



nimmt. Wird das GD einen Personalschlüssel (je Fachgebiet und Leistung) definieren, welcher für die Aufnahme auf die Spitalliste eingehalten werden muss?

Hanselmann legt dar, dass bereits bei der Erteilung der Betriebsbewilligung überprüft wird, ob das Spital über genügend qualifiziertes Personal verfügt. Dieses Kriterium ist deshalb auch für die Aufnahme auf die Spitalliste massgebend.

Zweiter Teil der Präsentation (Peter Altherr):

Mit einem kantonalen Vergütungsanteil von 50 Prozent für stationäre Behandlungen wird der Kanton insgesamt 445 Mio. Franken für die Spitalversorgung (innerkantonale öffentliche und öffentlich-subventionierte Spitäler, innerkantonale Privatspitäler und ausserkantonale Hospitalisationen) aufwenden. Die Angaben beruhen auf den aktuellsten, verfügbaren Informationen. Für gewisse Parameter müssen aber Annahmen getroffen werden. Im Rahmen des jetzt laufenden Budgetprozesses wurden die Angaben zur neuen Spitalfinanzierung noch einmal überprüft und hinterfragt. Die Summe von 445 Mio. Franken hat sich zwar nicht verändert. Es haben sich innerhalb der Kategorien jedoch Verschiebungen ergeben. Im Bereich ausserkantonale Hospitalisationen erhöht sich der Finanzbedarf aufgrund neuester Angaben erheblich. Wir stützen uns dabei auf die Medizinische Statistik des Bundesamtes für Gesundheit ab. Es handelt sich um eine obligatorische Statistik für alle Spitäler und Kliniken der Schweiz. In der medizinischen Statistik wird für jeden behandelten Patienten ein anonymisierter Datensatz erstellt. Der Kanton St.Gallen hat Zugang zu den Datensätzen der St.Galler Patientinnen und Patienten und kann daraus schliessen, welche Behandlungen in welchen Spitälern vorgenommen wurden.

Die Zahl der ausserkantonal zu finanzierenden Fälle ist im Vergleich zur letzten Auswertung deutlich gestiegen. Im Gegenzug nimmt der Beitrag aufgrund der Fallzahlen, dem Schweregrad, usw. von den innerkantonalen öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern etwa im selben Umfang ab. Auch der Beitrag für die innerkantonalen Privatspitäler reduziert sich leicht. Das ist u.a. auch darauf zurückzuführen, dass das Geburtshaus Artemis im Voranschlag 2012 nicht mehr berücksichtigt wird. Über die Medien wurde mitgeteilt, dass der Betrieb Ende Jahr eingestellt werde. Aufgrund der vorliegenden Daten wird der Kanton St.Gallen ab 2012 jeden achten Franken für ausserkantonale Hospitalisationen aufwenden.

Hanselmann: Die Erhöhung der Anzahl Fälle bei den ausserkantonalen Hospitalisationen ist v.a. darauf zurückzuführen, dass ausserkantonale Spitäler in der Vergangenheit st.gallische Patientinnen und Patienten fälschlicherweise als Selbstzahler erfasst haben (für welche kein Kantonsbeitrag geschuldet ist), obwohl es sich um KVG-Patienten gehandelt hat.

Altherr: Folgende Punkte wurden in der externen Vernehmlassung besonders diskutiert:

- kantonaler Vergütungsanteil
- Mindestanteil Allgemeinversicherte
- Mindestfallzahlen
- öffentliches Beschaffungswesen
- gemeinwirtschaftliche Leistungen
- zusätzliche Kantonsbeiträge
 - Art. 23
 - Art. 24

Diskussionspunkt 1: Kantonaler Vergütungsanteil

Gemäss Art. 49a KVG setzt der Kanton den geltenden kantonalen Anteil für stationäre Spitalleistungen fest. Der Kantonale Vergütungsanteil für stationäre Behandlungen wurde für das Jahr 2012 mittels Dringlichkeitsverordnung vom 23. März 2011 festgesetzt. Eine Dringlichkeitsverordnung war erforderlich, da der kantonale Kostenanteil für das Jahr 2012 bis spätestens Ende März 2011 festgelegt werden musste.



Die Vergütungsanteile für die Jahre 2013 bis 2016 werden im Rahmen der Sammelvorlage zur Bereinigung des strukturellen Defizits des Staatshaushaltes vom 31. Mai 2011 in einem separaten Gesetz (Gesetz über den Kantonsanteil an den Abgeltungen der stationären Spitalleistungen) festgehalten.

Gemäss KVG muss der kantonale Vergütungsanteil ab dem Jahr 2017 mindestens 55% betragen. Dieser Vergütungsanteil von 55% wurde auch im GSPF übernommen. Dadurch muss er nicht jährlich bis Ende März für das Folgejahr definiert werden.

Der kantonale Vergütungsanteil des Kantons St.Gallen liegt mit 50 Prozent für das Jahr 2012 im Durchschnitt der benachbarten Kantone. Kantonsanteile unter 50% sind in den Kantonen AR, AI und TG zu finden. Der Kantonsanteil des Kantons GR beträgt hingegen bereits 55%.

Der kantonale Vergütungsanteil für das Jahr 2012 wurde, wie vom KVG vorgesehen, 9 Monate vor Beginn des Kalenderjahres festgelegt und kann nicht mehr verändert werden.

Der Kantonsanteil für die Jahre 2013-2016 wird im Gesetz über den Kantonsanteil an den Abgeltungen der stationären Spitalleistungen festgehalten. Das Gesetz muss vom Kantonsrat noch genehmigt werden.

Für die Jahre ab 2017 legt das KVG eine Untergrenze des Kantonsanteils von 55% fest. Diese Untergrenze wurde im GSPF übernommen.

Als Folge der Festlegung des kantonalen Vergütungsanteils bei 50 Prozent für das Jahr 2012 steigen die Krankenkassenprämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung um 2.5 Prozent. Dazu kommt die Prämienhöhung aufgrund des allgemeinen Wachstums der Gesundheitskosten. Eine Senkung des kantonalen Vergütungsanteils um einen Prozentpunkt (z.B. von 55 auf 54 Prozent) erhöht die Krankenkassenprämien um 0.5 Prozent. Andererseits spart der Kanton brutto CHF 7.9 Mio. Franken. Weil $\frac{1}{4}$ der Einsparung (d.h. rund 2 Mio. Franken für die Individuelle Prämienverbilligung verwendet wird), beträgt die Einsparung netto CHF 5.9 Mio.

Diskussionspunkt 2: Mindestanteil Allgemeinversicherte

In der externen Vernehmlassung wurde die Auflage eines Mindestanteils ausschliesslich allgemeinversicherter Patientinnen und Patienten v.a. von den Privatspitälern kritisiert.

Spitäler sind aufgrund der im KVG verankerten Aufnahmepflicht im Rahmen des Leistungsauftrages und ihrer Kapazitäten verpflichtet, Patientinnen und Patienten aufzunehmen. So dürfen keine allgemeinversicherten Patienten abgewiesen werden mit der Begründung, dass kein Bett auf der allgemeinen Abteilung verfügbar ist – obwohl auf der HP/P-Station Betten verfügbar wären. Dies käme einer Verletzung der Aufnahmepflicht gleich. In KVG Art. 41 a Abs. 3 ist geregelt, dass die Kantone für die Einhaltung der Aufnahmepflicht sorgen müssen. Die Einhaltung der Aufnahmepflicht ist auch deshalb wichtig, weil Privatspitäler, die neu mitfinanziert werden, bis anhin keine Aufnahmepflicht kannten. Anstelle von aufwändigen und kostspieligen Abklärungen soll die Überprüfung der Einhaltung der Aufnahmepflicht über die Vorgabe eines Mindestanteils an ausschliesslich allgemeinversicherten Patientinnen und Patienten kontrolliert werden. Von sämtlichen st.gallischen Patientinnen und Patienten, die im Jahr 2009 inner- oder ausserkantonale stationär behandelt worden sind, waren 79 Prozent allgemeinversichert und 21 Prozent halbprivat- oder privatversichert. Wird beispielsweise ein Mindestanteil von 58 Prozent für allgemeinversicherte Patienten vorgegeben, könnten doppelt so viele HP/P-Patientinnen und Patienten behandelt werden wie im Durchschnitt vorhanden sind. Damit bestünde eine genügend grosse Reserve für die Behandlung von allgemeinversicherten Patienten.

"Wie glauben sie, kann ein Spital einen HP/P-Anteil von 50 Prozent erreichen?" Es ist naheliegend, dass bei freier Spitalwahl auch allgemeinversicherte Patientinnen und Patienten in Privat-



spitälern behandelt werden möchten. Aufgrund der deutlich grösseren Anzahl allgemeinversicherter Patientinnen und Patienten kann ein weit überdurchschnittlicher HP/P-Anteil realistisch nur erreicht werden, indem allgemeinversicherte Patienten abgewiesen werden – mit der Begründung, die Kapazitäten der allg. Abteilung seien erschöpft.

Die Klinik Stephanshorn verfügt beispielsweise bereits heute über eine allgemeine Abteilung. Diese Kapazitäten dieser allgemeinen Abteilung sind jedoch beschränkt. Die Klinik Stephanshorn hat deshalb in der Vergangenheit von Schwangeren einen Aufpreis verlangt, um im Gegenzug zum Zeitpunkt der Geburt einen Bettenplatz garantieren zu können (i.d.R. in einem Einbett- oder Zweibettzimmer). Diese Praxis – von den Patientinnen und Patienten einen Beitrag zu verlangen, um die Aufnahme im Bedarfsfall zu garantieren – ist ein Verstoß gegen die Aufnahmepflicht und wäre neu nicht mehr möglich.

Die Festlegung eines Mindestanteils an allgemeinversicherten Patientinnen und Patienten trägt somit auf einfache Weise zur Sicherstellung der Aufnahmepflicht bei, indem verhindert wird, dass allgemeinversicherte Patientinnen und Patienten trotz verfügbarer Kapazitäten abgewiesen und die Kapazitäten aus finanziellen Gründen für Zusatzversicherte Patienten frei gehalten werden. Öffentliche Spitäler mussten schon immer alle Patienten – unabhängig von ihrem Versicherungsstatus – aufnehmen. Das gleiche gilt nun für Privatspitäler, die ebenfalls in den "Genuss" von Kantonsbeiträgen kommen möchten. Dieser Artikel ist wichtig, wenn man gleich lange Spiesse für öffentliche und private Spitäler garantieren will.

Falls ein Privatspital die Aufnahmepflicht nicht erfüllen und sich auf Halbprivat- oder Privatpatientinnen und -patienten konzentrieren will, hält das KVG die entsprechende Antwort bereit. Diese Spitäler müssen von einer Aufnahme auf die Spitalliste absehen und sich als Vertragsspital registrieren lassen. Dann sind sie frei in der Aufnahme von Patientinnen und Patienten. Fünfer- und Weggli-Politik gibt es bei der Aufnahme auf die Spitalliste nicht.

Diskussionspunkt 3: Mindestfallzahlen

In der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) wird in Art. 58b ausgeführt, dass die Kantone bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität insbesondere Mindestfallzahlen beachten sollen. Es handelt sich folglich nicht um eine Erfindung der Kantone. Die Fachleute sind sich darin einig, dass Mindestfallzahlen sich als Instrument zur Sicherung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit eignen. Mindestfallzahlen werden voraussichtlich v.a. bei spezialisierten chirurgischen Eingriffen angewendet werden, weil hier auf internationale medizinische Erkenntnisse zurückgegriffen werden kann. Der Kanton Zürich hat beispielsweise für 33 von 125 Leistungsgruppen Mindestfallzahlen festgelegt. Die Mindestfallzahlen wurden dabei eher niedrig festgelegt, d.h. die Vorgabe konnte relativ schnell erreicht werden. Im Kanton Zürich haben bis zum heutigen Zeitpunkt die Mindestfallzahlen keine hohen Wellen geworfen. Von der Politik wurden sie ausdrücklich begrüsst.

Aus der internationalen medizinischen Fachliteratur ist beispielsweise bekannt, dass die operative Entfernung der Harnblase bessere Behandlungsergebnisse zeigt, wenn dieser Eingriff mindestens 10x im Jahr ausgeführt wird. Nur dann ist eine gewisse Routine bei diesem nicht einfachen Eingriff gewährleistet. Im Kanton Zürich haben von 13 Spitälern aber 10 Spitäler diesen internationalen Norm-Wert nicht erreicht.

Diskussionspunkt 4: Öffentliches Beschaffungswesen

In den Vernehmlassungsantworten wurde die Unterstellung unter das öffentlichen Beschaffungswesen von mehreren Seiten hinterfragt. Es wurde angemerkt, dass eine solche Unterstellung die Baukosten erhöhe, die Realisierungszeiten verlängere, die Abläufe für kleinere Kliniken unnötig kompliziere, die Flexibilität und Entscheidungskompetenzen einschränke und Ressourcen erfordere. Von den öffentlichen Spitälern wurde dies hingegen ausdrücklich begrüsst, weil damit gleich lange Spiesse für öffentliche Spitäler und Privatspitäler geschaffen werden.



Gemäss Einführungsgesetz zur Gesetzgebung über das öffentliche Beschaffungswesen unterliegen Listenspitäler mit öffentlich-rechtlicher Rechtsform den Regeln des öffentlichen Beschaffungsrechtes. Die Bestimmungen über das öffentliche Beschaffungswesen sind auch dann anzuwenden, wenn der Kanton Beiträge ausrichtet, die zusammen mehr als die Hälfte der anrechenbaren Kosten betragen. Privatrechtlich organisierte Listenspitäler erfüllen im Rahmen des zugewiesenen Leistungsauftrages eine öffentliche Aufgabe, die im Jahr 2012 zu mindestens 50 Prozent durch den Kanton finanziert wird, zuzüglich einer 100-prozentigen Finanzierung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen. Bis ins Jahr 2017 steigt der Anteil auf 55 Prozent an. Demzufolge richtet der Kanton für Leistungen im Rahmen des Leistungsauftrages mehr als die Hälfte der anrechenbaren Kosten aus. Mit Art. 13 des vorliegenden Gesetzes wird aus Gründen der Klarheit und Transparenz dargelegt, dass auch private Listenspitäler im Anwendungsbereich der Leistungsaufträge der Gesetzgebung über das öffentliche Beschaffungswesen unterliegen. Nur Anschaffungen, die ausschliesslich der Erbringung von Zusatzleistungen, Nichtpflichtleistungen oder nicht-stationären Leistungen dienen (d.h. ausserhalb des erteilten Leistungsauftrages liegen), sind vom Geltungsbereich des öffentlichen Beschaffungswesens ausgenommen.

Zur Zeit wird gesamtschweizerisch diskutiert, inwiefern alle oder keines der Spitäler dem öffentlichen Beschaffungswesen unterstellt werden sollten. Wichtig ist aber, dass öffentliche und private Leistungserbringer gleich behandelt werden.

Diskussionspunkt 5: Gemeinwirtschaftliche Leistungen

Gemeinwirtschaftliche Leistungen sind Leistungen, die im öffentlichen Interesse erbracht werden und auch von der öffentlichen Hand finanziert werden müssen. In den leistungsbezogenen Pauschalen – welche von den Versicherern und vom Kanton anteilmässig finanziert werden - dürfen keine Kostenanteile von gemeinwirtschaftlichen Leistungen enthalten sein. Die Kantonsbeiträge für gemeinwirtschaftliche Leistungen werden durch die Regierung im Rahmen des Leistungsauftrags festgelegt und durch den Kantonsrat im Rahmen des Voranschlages beschlossen.

Das KVG definiert in Art. 49 Abs. 3 die Forschung, die universitäre Lehre und die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen als gemeinwirtschaftliche Leistungen. Weitere Leistungen und deren Entschädigung können durch die Regierung festgelegt werden. Dabei kommen nur Leistungen in Frage, bei denen eine kostendeckende Vergütung nicht möglich ist, ein öffentliches Interesse besteht und ein Bedarf ausgewiesen ist.

Als mögliche weitere gemeinwirtschaftliche Leistungen kommen in Frage:

- Vorbereitung und Prävention im Falle von ausserordentlichen Lagen im Gesundheitsbereich
- Betrieb geschützter Operationsstellen
- Massnahmen zur Verhinderung eines Personalmangels
- Dolmetschereinsätze oder
- Bereitstellung von Arbeitsplätzen zur Eingliederung von behinderten Menschen.

Die vorgesehenen gemeinwirtschaftlichen Leistungen des Kantons St.Gallen sind im Vergleich zu anderen Kantonen restriktiv. Zu den gemeinwirtschaftlichen Leistungen, die in anderen Kantonen vorgesehen sind, zählen die folgenden:

Bereitschaftsdienst / Notfalldienst	(z.B. Kanton AR)
Rettungswesen	(z.B. Kanton AR)
Seelsorge /spirituelle Begleitung	(z.B. Kanton FR)
Patientenschule im Kinderspital	(z.B. Kanton AR)
Opferhilfe	(z.B. Kanton AR)
Blutspendedienst	(z.B. Kanton AR)
Kinderkrippen	(z.B. Kanton FR)
Liaisonleistungen Psychiatrie in Akutspitälern	(z.B. Kanton FR)
Integrationsprojekte für verhaltensauffällige Jugendliche	(z.B. Kanton TG)



Gemeinwirtschaftliche Leistungen werden zu 100% vom Kanton finanziert. Gemäss Voranschlag nehmen sie von 42.9 Mio. im Jahr 2011 auf 22.9 Mio. im Jahr 2012 ab. Die Senkung der Kantonsbeiträge beruht darauf, dass Leistungen, die bis anhin als gemeinwirtschaftliche Leistungen betrachtet wurden (u.a. die Ausbildungen von nichtuniversitären Berufen wie z.B. die Pflege) neu in die DRG-Pauschale integriert werden. Kantonsbeiträge in der Höhe von 22.9 Mio. sind für jene gemeinwirtschaftliche Leistungen vorgesehen, die vom KVG definiert werden: universitäre Lehre (18.3 Mio.) und Forschung (3.9 Mio.). Für die übrigen gemeinwirtschaftlichen Leistungen sind lediglich Kantonsbeiträge in der Höhe von 0.7 Mio. vorgesehen.

Die Kantonsbeiträge für die universitäre Lehre werden auf der Basis von 100%-Stellen von Assistenzärztinnen und Assistenzärzten sowie von Unterassistentärztinnen und Unterassistentärzten zugeteilt. Da Privatspitäler zurzeit keine Assistenz- und Unterassistentärztinnen und -ärzte ausbilden, erhalten sie auch keine Beiträge.

Forschungsbeiträge sind wie bisher nur für Zentrumsspitäler vorgesehen, für das KSSG 3.6 Mio. und für das Kinderspital 0.3 Mio.

Die übrigen Beiträge in der Höhe von 0.7 Mio. sind noch nicht auf die Spitäler zugeteilt worden.

Diskussionspunkt 6: Zusätzliche Kantonsbeiträge

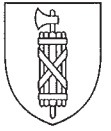
Die Einführung der neuen Spitalfinanzierung ist mit verschiedenen Unwägbarkeiten und Unsicherheiten verbunden. In Deutschland wurde G-DRG mit einer mehrjährigen Anpassungsphase (Konvergenzphase) eingeführt. In der Schweiz erfolgt hingegen ein Kaltstart. Aus heutiger Sicht kann niemand gewährleisten, dass die Leitplanken für eine angemessene Finanzierung richtig gesetzt sind. Es ist offen, ob gewisse Parameter – wie in der Vergangenheit – "politisch" festgelegt werden, im Wissen, dass der Kanton letztlich für die Sicherstellung der Versorgung (und deren Finanzierung) sorgen muss. Das kantonale Gesetz über die Spitalplanung und -finanzierung soll die Rechtsgrundlage für ergänzende Kantonsbeiträge legen, sofern diese notwendig werden. Wichtig ist dabei, dass kein Rechtsanspruch auf kantonale Beiträge besteht. Diese werden von der Regierung festgelegt und müssen vom Kantonsrat beschlossen werden.

Bei den zusätzlichen Kantonsbeiträgen ist klar zu unterscheiden, ob diese für stationäre KVG-Leistungen oder für andere Leistungen gesprochen werden. Handelt es sich um Beiträge an stationäre KVG-Leistungen, tangiert dies die neue Spitalfinanzierung. Dies wird in Art. 23 des Gesetzes abgehandelt. Hier sollen die Hürden für ergänzende Beiträge höher sein als bei Art. 24.

Ergänzende Kantonsbeiträge gemäss Art. 23 sind an klare Bedingungen geknüpft: der Tarif muss beispielsweise trotz nachweislich wirtschaftlicher Leistungserbringung nicht kostendeckend sein. Für Kinderspitäler gehen Fachleute heute von nicht kostendeckenden DRG-Pauschalen aus. Würde die öffentliche Hand – falls dies eintritt – nicht unterstützend eingreifen, könnte die Sicherstellung der Versorgung im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin nicht mehr gewährleistet werden.

Art. 24 sieht Beiträge an Leistungen vor, die mit der neuen Spitalfinanzierung nichts zu tun haben, für die Sicherstellung der Versorgung aber dennoch bedeutsam sind. Es handelt sich v.a. um ambulante und tagesklinische Leistungen oder stationäre Leistungen ausserhalb der obligatorischen Krankenversicherung. Das Argument, das KVG und die neue Spitalfinanzierung sehen grundsätzlich keine ergänzenden Beiträge vor, kann somit auf diese Beiträge nicht angewendet werden. Andere Kantone bezeichnen Unterstützungsbeiträge – wie wir sie in Art. 24 des Gesetzes vorsehen – z.T. als gemeinwirtschaftliche Leistung.

Leistungen gemäss Art. 24 sind an klare Bedingungen geknüpft. Es handelt sich dabei auch nicht um neue Finanzierungsbelange. Der Kanton unterstützt bereits heute die psychiatrischen Ambu-



latorien und Tageskliniken sowie Ambulatorium und Tagesklinik des Kinderspitals mit namhaften Beiträgen. Dies ist notwendig, weil die von den Versicherern vergüteten Tarife nicht kostendeckend sind. Diese Betriebe verfügen im Unterschied zu Akutspitälern nicht über HP/P-Abteilungen, wo Zusatzerträge von HP/P-Patientinnen und -patienten zur Finanzierung herangezogen werden könnten.

a) Art. 23

Ein zusätzlicher kantonaler Beitrag von bis zu CHF 5 Mio. könnte für das Ostschweizer Kinderspital notwendig werden, falls zu niedrig angesetzte DRG-Tarife zu einer systematischen Unterfinanzierung von stationären Leistungen der Kinderspitäler führen. Dies ist nicht ein spezifisch st.gallisches, sondern ein schweizweites Problem. Die Frage der Unterfinanzierung ist abhängig von der Einführungsversion der Tarifstruktur SwissDRG 1.0, von der Höhe des Basispreises und der Höhe des Investitionskostenzuschlages. Im Unterschied zu Erwachsenen Spitälern können Kinderspitäler nicht auf Zusatzerträge von zusatzversicherten Patientinnen und Patienten zurückgreifen, da die Patientinnen und Patienten von Kinderspitälern fast ausschliesslich allgemein versichert sind. Das Ostschweizer Kinderspital versucht im Verbund mit dem Universitätskinderspital Zürich und dem Universitätskinderspital beider Basel eine systematische Unterfinanzierung zu vermeiden. Falls mit den Versicherern – entgegen den heutigen Erwartungen – ein kostendeckender Tarif vereinbart werden kann, entfällt ein zusätzlicher Kantonsbeitrag.

Für die Psychiatrischen Dienste können ebenfalls ergänzende Beiträge notwendig werden, sofern ein schweizweit einheitlicher Investitionskostenzuschlag von 10 Prozent festgelegt wird. Verschiedene Kantone (u.a. auch der Kanton St.Gallen) kommen zum Schluss, dass der Investitionskostenzuschlag in der Psychiatrie deutlich höher sein müsste. In den st.gallischen Psychiatrischen Diensten reicht der Zuschlag von 10 Prozent nicht einmal aus, um die vom Kanton ab 2012 für die Immobilien in Rechnung gestellte Miete finanzieren zu können. Die Miete wurde nach den gleichen Kriterien errechnet wie für die Spitalverbunde.

Kantonale Beiträge können auch aufgrund eines Investitionsnachholbedarfs resultieren. Davon betroffen sind die Bauten des Ostschweizer Kinderspitals (Neubauvorhaben auf dem KSSG-Areal CHF 150 Mio.) und der Geriatriischen Klinik St.Gallen (CHF 20 Mio.). Diese Investitionen hätten gemäss der bisherigen Gesetzgebung vom Kanton finanziert werden müssen. Da die öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler aufgrund der bisherigen KVG-Bestimmungen – im Unterschied zu den Privatspitälern – keine Entschädigungen für Investitionen erhielten und auch keine Rücklagen für anstehende Bauvorhaben bilden konnten bzw. durften, soll der Kanton auf der Basis von Art. 23 einen Beitrag an den zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der neuen Spitalfinanzierung bestehenden Investitionsnachholbedarf des Ostschweizer Kinderspitals und der Geriatriischen Klinik ausrichten. Dies erfordert aber Baubotschaften der Regierung an den Kantonsrat, die vom Kantonsrat beraten und genehmigt werden müssen.

Was passiert, wenn Art. 23 aus dem Gesetz gestrichen würde?

Das Kinderspital und die Psychiatrischen Dienste werden unweigerlich ein Defizit aufweisen, was die Aufrechterhaltung des Betriebs in Frage stellt. Ohne ergänzende Investitionsbeiträge wird v.a. das Kinderspital nicht in der Lage sein, die notwendige bauliche Erneuerung finanzieren zu können.

Wichtig erscheint in diesem Zusammenhang der Hinweis, dass

- a) in der Vernehmlassung zusätzliche finanzielle Mittel für das Kinderspital und die Psychiatrie und zusätzliche Baubeiträge an das Kinderspital und die Geriatriische Klinik nicht in Frage gestellt worden sind;
- b) zusätzliche Beiträge für Kinderspital und geriatriische Klinik eine separate Beschlussfassung durch den Kantonsrat erfordern;
- c) andere Kantone eine vergleichbare gesetzliche Grundlage geschaffen haben.



b) Art. 24

Bei der Finanzierung von Spitalaufenthalten durch die UV, MV oder IV übernehmen die Versicherer bis anhin lediglich 80% der ausgehandelten Tarife. Im Jahr 2012 werden die Versicherer 90% und erst ab dem Jahr 2013 100% der ausgehandelten Tarife übernehmen. Diese Regelung wird in einer Vereinbarung zwischen der GDK und den betroffenen Versicherern festgelegt. Im Jahr 2012 bestehen somit von den Versicherern nicht ungedeckte Kosten von 10% - selbst wenn das Spital diese Leistungen wirtschaftlich erbringt. Es handelt sich jedoch um einmalige Beiträge. Ab dem Jahr 2013 entfallen diese Beiträge. Zur Deckung der 10%-Deckungslücke bei stationären Leistungen der UV-IV-MV ist ein Kantonsbeitrag von CHF 4 Mio. vorgesehen.

Die Kantonsbeiträge für ambulante Leistungen und Tageskliniken werden voraussichtlich für die KPD SN CHF 7.3 Mio., für die KPD S CHF 6.7 Mio. und für das Kinderspital CHF 1.8 Mio. betragen. Diese sind notwendig, weil die von den Versicherern vergüteten Tarife nicht kostendeckend sind.

Der Kanton richtet bereits heute Beiträge an Leistungen von Ambulatorien und Tageskliniken und an Leistungen der übrigen Sozialversicherer (UV/MV/IV) aus. Es handelt sich somit nicht um neue Kantonsbeiträge. Andere Kantone sehen für diese Leistungen ebenfalls zusätzliche Kantonsbeiträge vor.

Ohne Beiträge gemäss Art. 24 wären die psychiatrischen Ambulatorien und Tageskliniken sowie Ambulatorium und Tagesklinik des Kinderspitals nicht kostendeckend. Kinderspital und psychiatrische Dienste haben auch nicht die Möglichkeit, diese Lücken durch Zusatzerträge von HP/P-versicherten Patientinnen und Patienten zu schliessen, da sie keine zusatzversicherten Patientinnen und Patienten aufweisen (am Ostschweizer Kinderspital werden vereinzelt zusatzversicherte Kinder und Jugendliche behandelt). Ohne zusätzliche Beiträge wären diese versorgungspolitisch sinnvollen Leistungen gefährdet.

Die zusätzlichen Beiträge des Kantons St.Gallen sind vergleichbar mit jenen anderer Kantone. Der Kanton Zürich sieht dieselben Kantonsbeiträge vor, wie der Kanton St.Gallen. Der Kanton Appenzell Ausserrhoden unterscheidet sich vom Kanton St.Gallen darin, dass er keine Beiträge für neue Behandlungs- und Untersuchungsmethoden vorsieht, da neue Methoden hauptsächlich in Universitäts- und Zentrumsspitäler implementiert werden.

Fragen aus der Kommission:

Götte hat zwei Fragen und eine Anmerkung. In Folie 24 wurde aufgezeigt, wie der Vergütungsanteil 2012 in anderen Kantonen aussehen wird. Kann auch etwas zur Entwicklung bis ins Jahr 2017 gesagt werden?

Auf Folie 34 sieht man die Diskrepanz von rund 20 Mio. Franken im Vergleich von Voranschlag 2011 und 2012. Diese Diskrepanz wurde damit begründet, dass die Pflegeausbildung nicht mehr vom Kanton finanziert wird. Wie wird die Pflegeausbildung neu finanziert?

Was den Aufpreis in der Klinik Stephanshorn für die Behandlung allgemeinversicherter Patientinnen und Patienten betrifft, fügt er ein anderes Beispiel eines öffentlichen Spitals an. Eine Kollegin ist notfallmässig in der 29. Schwangerschaftswoche ins Spital eingetreten. Es wurde festgestellt, dass sie die restliche Zeit der Schwangerschaft liegen muss. Dabei wurde sie gefragt, ob sie den Aufenthalt in Chur oder in Zürich bevorzuge, da kein Bett mehr verfügbar war.

Altherr erklärt, dass die Anzahl Spezialbetten (v.a. mit Blick auf Risikogeburten) beschränkt ist. Es würde wirtschaftlich keinen Sinn machen, wenn jeder Kanton so viele Betten vorhalten würde, um in jedem Fall eine Aufnahme garantieren zu können. Kinderspitäler und Spitäler mit Intensivpflegestationen haben sich zusammengeschlossen, um im Bedarfsfall Patientinnen und Patienten verlegen zu können. Es handelt sich somit um eine Verlegung wegen beschränkten Kapazitäten und nicht um eine selektive Aufnahme gegen Entgelt. Wenn jede Nachfragespitze im Kanton



selber abgedeckt werden soll, müssten die Anzahl Betten und das Personal massiv erhöht werden.

Zur Entwicklung des kantonalen Vergütungsanteils in den anderen Kantonen für die Jahre 2012 bis 2016 kann heute noch keine Angabe gemacht werden. Das liegt daran, dass von Gesetzes wegen keine Notwendigkeit besteht, den kantonalen Vergütungsanteil für die Jahre 2013 bis 2016 bereits heute zu fixieren. Der kantonale Vergütungsanteil für das betreffende Jahr muss jeweils 9 Monate im Voraus festgelegt werden. Im Kanton St.Gallen stellte sich die Frage, ob die Regierung oder der Kantonsrat für die Festlegung des Vergütungsanteils zuständig ist und ob allenfalls sogar eine Volksabstimmung zu einem solchen Entscheid möglich sein muss. Deshalb soll der Kantonsrat den kantonalen Vergütungsanteil für die Jahre 2013 bis 2016 in einem separaten Gesetz festlegen.

Was die Finanzierung der Pflegeausbildung betrifft: der Kanton leistet heute einen Beitrag an die Kosten der Pflegeausbildung. Mit der neuen Spitalfinanzierung ab 2012 sind die Kosten der Pflegeausbildung Bestandteil der anrechenbaren Kosten und im Basispreis der SwissDRG integriert. Der Kanton beteiligt sich ab 2012 über den kantonalen Vergütungsanteil an den Kosten der Pflegeausbildung. Die Versicherer haben erklärt, dass sie das Engagement im Bereich der Pflegeausbildung bei der Festlegung des DRG Basispreises eines Spitals berücksichtigen werden.

Hanselmann: Bei einem Vergleich der kantonalen Vergütungsanteile ist zu beachten, dass die Kantone – was die Wirkung betrifft – eine völlig andere Ausgangslage haben. Der Kanton Thurgau hat beispielsweise bis anhin weniger als 48 Prozent an die stationären Behandlungskosten bezahlt. Wird nun ein kantonaler Vergütungsanteil von 48 Prozent festgelegt, sinken die OKP-Prämien. Der Kanton St.Gallen hat hingegen bislang einen höheren Anteil an die stationäre Behandlung gezahlt und senkt diesen nun im Jahr 2012 auf 50 Prozent. Aufgrund dieser Senkung steigen die Krankenkassenprämien.

Götte fragt, ob die 20 Mio. Franken somit weiterhin durch die öffentliche Hand finanziert werden.

Hanselmann: Der Kanton finanziert diese teilweise über den Basispreis mit: ab 2017 zu 55 Prozent. Die Versicherer finanzieren ihrerseits 45 Prozent. Eine separate Entschädigung (als gemeinwirtschaftliche Leistung) entfällt jedoch.

Gysi: Bei den Ausführungen zum Investitionsnachholbedarf gemäss Art. 23 werden nur das Ostschweizer Kinderspital und die Geriatriische Klinik erwähnt, obwohl auch die öffentlichen Spitäler einen Investitionsnachholbedarf haben. Müssen diese nicht auch erwähnt werden? Der Kanton wird hier ebenfalls zusätzliche Investitionskosten leisten müssen.

Altherr schildert, dass das Ostschweizer Kinderspital und die Geriatriische Klinik (im Unterschied zu den Spitalverbunden und Psychiatrieverbunden) Eigentümer ihrer Immobilien sind. Deshalb sieht der Kanton vor, den Investitionsnachholbedarf gemäss Art. 23 durch zusätzliche Kantonsbeiträge zu finanzieren. Es ist zwar korrekt, dass auch die Spitalverbunde und Psychiatrieverbunde einen hohen Investitionsnachholbedarf ausweisen. Diese sind jedoch Mieter der Spitalimmobilien. Da der Kanton als Eigentümer der Immobilien ohnehin für die erforderlichen Investitionen aufkommen muss, fallen diese Investitionsbeiträge nicht unter Art. 23.

Kündig möchte wissen:

- a) ob bei der Festlegung von Mindestfallzahlen nicht die Gefahr besteht, dass die Spitäler zur Erreichung dieser Mindestfallzahlen Operationen vornehmen, welche nicht notwendig sind
- b) ob die Abgrenzung zwischen universitärer und nicht universitärer Lehre ungerecht ist
- c) ob die Grundversicherungsprämie bei allen Krankenversicherern im gleichen Ausmass steigen wird.

Altherr antwortet, dass der Kanton eine Festlegung von Mindestfallzahlen v.a. für spezielle chirurgische Eingriffe vorsehen wird. Die Gefahr, dass unnötige chirurgische Behandlungen vorgenommen werden ist bei spezialisierten Eingriffen eher gering. Erstens verbietet das Berufsethos eines Arztes die Durchführung unnötiger Eingriffe zur Erreichung von Mindestfallzahlen und zwei-



tens wird gerade bei spezialisierten, chirurgischen Eingriffen häufig eine Zweitmeinung eingeholt. Die Gefahr von unnötigen Eingriffen ist somit als gering einzustufen.

Das KVG schreibt vor, dass die universitäre Lehre zu 100 Prozent von der öffentlichen Hand finanziert werden muss und nicht durch die Fallpauschalen finanziert wird. Die nicht universitären Ausbildungen (Pflegeausbildung und gewerbliche Berufe) werden hingegen im Rahmen der Fallpauschalen finanziert. Die öffentliche Hand beteiligt sich an der Finanzierung durch den Kantonsanteil (50 bis 55 Prozent).

Die Festlegung des kantonalen Vergütungsanteils auf 50 Prozent löst ein ausserordentliches Prämienwachstum von 2,5 Prozent aus. Jeder Versicherer kalkuliert aufgrund der Zusammensetzung seines Versichertenbestandes und Risikostruktur, wie stark die Prämie 2012 erhöht wird. Der Prämienanstieg von 2,5 Prozent ist nur ein kantonaler Durchschnittswert und nur eine Folge der Festlegung des kantonalen Vergütungsanteils. Darin ist der Anstieg der Gesundheitskosten noch nicht berücksichtigt. Im Kanton St.Gallen wird für das Jahr 2012 eine durchschnittliche Prämiensteigerung von 4,5 bis 5 Prozent erwartet.

Haag: Es wurde ausgeführt, dass die Liste der gemeinwirtschaftlichen Leistungen im Kanton St.Gallen restriktiv gehandhabt werde. Die Liste anderer Kantone umfasst weitere gemeinwirtschaftliche Leistungen. Wie werden diese (nicht unwichtigen) Leistungen, die in anderen Kantonen separat finanziert werden, im Kanton St.Gallen finanziert?

Altherr: Die Leistungen, die nicht zu den gemeinwirtschaftlichen Leistungen gezählt werden, sind Bestandteil der anrechenbaren Kosten. Unsere Spitäler haben den Auftrag, sämtliche anrechenbaren Kosten (d.h. auch Kosten für Leistungen, die andere Kantone als gemeinwirtschaftliche Leistungen betrachten, gemäss KVG aber keine gemeinwirtschaftlichen Leistungen sind), in die Tarifverhandlungen mit den Krankenversicherern einfließen zu lassen. Falls es den Spitälern nicht gelingen sollte, diese Kosten über die Baserate zu decken, müssen sie die Unterdeckung aus anderen Erträgen finanzieren. Der Kanton hat dafür keine Beiträge vorgesehen.

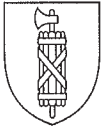
Hanselmann: Obwohl es an einer Veranstaltung hiess, dass der Kanton St.Gallen im Bereich der gemeinwirtschaftlichen Leistungen grosszügig sei, ist vielmehr richtig, dass der Kanton St.Gallen im Vergleich zu den anderen Kantonen sehr restriktiv ist.

Thalmann verweist betreffend Folie 26 auf Aussagen, die von Regierungsrätin Hanselmann in der Sitzung der Finanzkommission gemacht worden sind. Dort wurde ausgeführt, dass bei einer Verschiebung des kantonalen Vergütungsanteils um einen Prozent der Kanton netto 5.9 Mio. Franken einspare (auf der Folie wird die Nettoeinsparung hingegen mit 7.9 Mio. Franken ausgewiesen).

Altherr stellt fest, dass auf der Folie die Brutto- und Nettoentlastung nicht korrekt ausgewiesen wird und bittet die Mitglieder, die Zahlen zu korrigieren: 1/5 von 39.5 Mio. Franken ist 7.9 Mio. Franken (und nicht 9.9 Mio. Franken) und 1/5 von 29.6 Mio. Franken ist 5.9 Mio. Franken (und nicht 7.9 Mio. Franken).

Haag: In der Botschaft wird ausgeführt, dass die Stadt St.Gallen das Ostschweizer Kinderspital in Zukunft nicht mehr finanziell unterstützt. Trifft das auch auf den Kanton Thurgau und das Fürstentum Liechtenstein zu, welche bisher einen Anteil an die Stiftung des Ostschweizerischen Kinderspitals bezahlt haben? Entfallen diese Zahlungen ebenfalls?

Altherr schildert, dass die Stiftung Ostschweizer Kinderspital eine interkantonale bzw. internationale Trägerschaft hat. Es gibt vier Trägerkantone (St.Gallen, Thurgau, Appenzell Innerrhoden und Aargau) und das Fürstentum Liechtenstein. Der Stiftungsvertrag regelt die Höhe der Zahlungen an die Stiftung. In diesem Vertrag ist nur der Kanton St.Gallen erwähnt. Gestützt auf eine separate Vereinbarung zwischen Kanton und Stadt St.Gallen hat die Stadt St.Gallen als Standortgemeinde den Kanton bei seinem Beitrag entlastet. Es entfällt somit nur die Entlastung der Stadt St.Gallen (im Innenverhältnis Kanton – Stadt St.Gallen). Die Beiträge der anderen Kantone und des Fürstentums Liechtenstein bleiben bestehen. Auf Initiative des Stiftungsrates wurde dafür gesorgt, dass sämtliche Kantone ebenfalls eine gesetzliche Grundlage geschaffen haben,



um im Falle von nicht kostendeckenden Tarifen im Oostschweizer Kinderspital zusätzliche Beiträge sprechen zu können.

Rehli: Seines Erachtens werden auch im Oostschweizerischen Kinderspital zusatzversicherte Patienten behandelt. Rund 10 bis 15 Prozent der Kinder sind zusatzversichert. Werden diese Beiträge nicht geltend gemacht oder besteht ein Abkommen mit den Krankenversicherern?

Altherr: Am Oostschweizer Kinderspital sind rund 3 Prozent der rund 4'000 stationären Patientinnen und Patienten für die halbprivate Abteilung versichert. Dies ist deutlich weniger als bei Erwachsenen Spitälern.

Storchenegger: Es wurde erwähnt, dass bei den psychiatrischen Kliniken die Miete, die der Kanton in Rechnung stellt, höher ist als die Einnahmen aus dem Investitionskostenzuschlag. Weshalb ist das so?

Altherr erklärt, dass dieses Problem im Kanton St.Gallen nur die psychiatrischen Kliniken betrifft. Die Spitalverbunde können die in Rechnung gestellte Miete aus den Einnahmen aus dem Investitionskostenzuschlag finanzieren. Das Baudepartement berechnet die Mieten für die Psychiatrieverbunde und die Spitalverbunde nach denselben Kriterien. Die psychiatrischen Kliniken sind aber viel flächenintensiver. Die Patientinnen und Patienten in den psychiatrischen Kliniken beanspruchen während ihres Aufenthaltes beispielsweise nicht nur ein Bettzimmer, sondern auch Therapieräume, Aufenthaltsräume, Wohnbereiche (gemeinsame Küche) usw. Die Miete für die Immobilien kann somit nicht vollumfänglich aus dem Investitionskostenzuschlag von 10 Prozent gedeckt werden. Auch in den Kantonen Graubünden, Zürich und Thurgau reichen die 10 Prozent für die Miete nicht aus.

Hanselmann: Der Investitionskostenzuschlag wird derzeit breit und intensiv diskutiert. Die Mitglieder von HPlus sind einer Vereinbarung zwischen ihrem Verband und den Krankenversicherern, welche eine gestaffelte Erhöhung des Investitionskostenzuschlages von 10 auf 11 und 12 Prozent vorsah, nicht beigetreten. Ein Grund für die Ablehnung ist in der Regelung betreffend Weitergabe von medizinischen Daten zu finden. Die GDK hat sich mit dem Kompromiss eines Investitionskostenzuschlages von 10 Prozent (2012), 11 Prozent (2013) und 12 Prozent (2014) einverstanden erklärt, obwohl Investitionskostenzuschläge von 10 und 11 Prozent nicht ausreichen werden. Es zeichnet sich nun eine schweizweit einheitliche Lösung ab, indem Bundesrat Burkhalter die Investitionskostenzuschläge in einer Verordnung des Bundesrates regeln wird.

Hartmann bedankt sich für die informativen Ausführungen.

3 Eintretensdiskussion

Ritter spricht im Namen der CVP-Mitglieder der vorberatenden Kommission. Aus ihrer Sicht ist das Gesetz über die Spitalplanung und -finanzierung aufgrund der neuen bundesrechtlichen Vorgaben notwendig. Der Regelungsbedarf sei ausgewiesen.

Im Gesetz werde, so wie es präsentiert und von Regierungsrätin Hanselmann und Altherr erläutert wurde, sehr viel von Wettbewerb gesprochen. Gleichzeitig sind aber auch Auflagen und Bedingungen vorgesehen, v.a. für private Anbieter. Es werde derart viel über öffentliche Planung und Finanzierung geregelt, dass der eigentliche Wettbewerb nur noch in einem begrenzten Umfang spielen könne. Im Gesundheitswesen habe man es in erster Linie mit Planwirtschaft und erst in zweiter Linie mit Marktwirtschaft zu tun. Deshalb komme der staatlichen Planung und Finanzierung eine sehr grosse Bedeutung zu, nicht nur für die öffentlichen, sondern auch für die privaten Anbieter. Es ist aus Sicht der CVP wichtig, dass die gesetzlichen Bestimmungen, die heute erlassen werden müssen, für alle Beteiligten gleiche, faire Voraussetzungen schaffen und diese Voraussetzungen auch praxistauglich sind. Die konkreten Lösungen sollen sachgerecht sein und nicht zu Mengen- und Kostenausweitungen führen.



Stellt man die Erwartungen an SwissDRG den Ergebnissen gegenüber, hat der Berg zum Teil eine Maus geboren. Anfangs wurde davon ausgegangen, dass in der ganzen Schweiz für jede Operation und jeden Eingriff der gleiche Tarif gelte. Nun sollen offensichtlich für Regional- und Zentrumsspitalern (differenziert nach Kantonen) unterschiedliche Preise gelten. Das kann bzw. muss man zur Kenntnis nehmen. Einfluss nehmen kann man darauf nicht.

Bei der neuen Spitalplanung und -finanzierung ist aus Sicht der CVP die interkantonale Zusammenarbeit wesentlich. Die Spitaldichte ist – je nach Region und Einbezug anderer Kantone oder des nahen Auslands – sehr hoch. In gewissen Ortschaften des Kantons St.Gallen kann man sich als Hypochonder wohl fühlen, weil sich in allen vier Himmelsrichtungen in unmittelbarer Nähe ein Spital befindet.

Die Rolle der Privatspitäler wird Anlass zu Diskussionen geben. Für die CVP ist wesentlich, dass für die privaten Spitäler gleiche Anforderungen gelten wie für die öffentlichen Spitäler (v.a. bezüglich Qualität). Es kann nicht sein, dass die Messlatte für private Spitäler aus irgendwelchen Gründen tiefer gesetzt wird. Das gilt insbesondere auch für den Bereich des öffentlichen Beschaffungswesens, wo es nach Auffassung der CVP zwingend ist, dass sämtliche Leistungserbringer den Bestimmungen des öffentlichen Beschaffungswesens unterliegen. Dies ist eine Folge der Bundes- und der kantonalen Gesetzgebung. Werden Privatspitäler vom öffentlichen Beschaffungswesen ausgenommen, müssten konsequenterweise die Spitalverbunde in privatrechtliche Aktiengesellschaften umgewandelt werden, damit auch diese nicht den Bestimmungen des öffentlichen Beschaffungswesens unterstehen. Es ist Aufgabe des Gesundheitsdepartementes für die Gleichbehandlung der Spitäler und für ausgewogene Leistungsaufträge zu sorgen (nicht dass den einen Leistungserbringer lukrativere Leistungen zugeteilt werden als den anderen).

Was die Spitalimmobilien betrifft, ist es nach Auffassung der CVP zweckmässig und sachgerecht, dass diese – wie in der Botschaft vorgeschlagen - vorderhand beim Kanton bleiben.

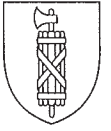
Die Vertreterinnen und Vertreter der CVP sind der Auffassung, dass bezüglich Abgeltung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen dem Vorschlag der Regierung und der Botschaft gefolgt werden soll.

Im Grundsatz sind die Vertreterinnen und Vertreter der CVP mit der präsentierten Vorlage zufrieden. Zu einzelnen Fragestellungen werden sie sich im Rahmen der Spezialdiskussionen äussern.

Gysi spricht im Namen der SP-Delegation. Die SP wird auf diese Vorlage eintreten, weil aufgrund der geänderten Bundesvorgaben der Kanton St.Gallen im Rahmen eines eigenen Gesetzes die offenen Aspekte klären und den Gestaltungsspielraum des KVG nutzen muss.

Die Vorlage ist gut strukturiert und nachvollziehbar. Die Ausgangslage ist für den Kanton St.Gallen – verglichen mit anderen Kantonen - insofern speziell, als im Kanton St.Gallen die Spitalversorgung fast nur von öffentlichen Spitälern wahrgenommen wird. Die Mitfinanzierung von Privatspitälern – wie im KVG vorgegeben – erachtet die SP nicht als Vorteil. Aus der Mitfinanzierung privater Spitäler darf auf keinen Fall eine Verschlechterung für öffentliche Spitäler resultieren. Gleich lange Spiesse sind ebenfalls wichtig: sei es im Bereich des Beschaffungswesens, der Investitionen oder der Aufnahmepflicht. Es ist entscheidend, dass im Gesundheitswesen weiterhin gute und bezahlbare Leistungen erbracht werden und die Erreichbarkeit von Spitalleistungen innert angemessener Frist für alle Bewohnerinnen und Bewohner aus dem Kanton gewährleistet bleibt.

Mit der neuen KVG-Revision sollen die Wirtschaftlichkeit erhöht und der Wettbewerb gefördert werden. Hierzu soll auch SwissDRG beitragen. Obwohl dies nicht Gegenstand der Vorlage und die Einführung von SwissDRG bereits beschlossen sei, darf die Einführung von Fallpauschalen nicht zu Lasten der Betreuung von Patientinnen und Patienten gehen. SwissDRG wird auch



Auswirkungen auf die nachgelagerten Bereiche (Spitex, frei praktizierende Ärztinnen und Ärzte) haben. Betreffend Spitex-Dienste werden die Gemeinden gefordert sein.

Für die SP ist wichtig, dass gemeinwirtschaftliche Leistungen durch den Kanton separat abgegolten werden. Wesentlich ist auch die Einhaltung von Auflagen und Bedingungen durch die Leistungserbringer, z.B. Aufnahmepflicht und Einhaltung eines Mindestanteils allgemeinversicherter Patientinnen und Patienten. Es ist zu vermeiden, dass allgemeinversicherte Patientinnen und Patienten nicht aufgenommen werden, um Betten für halbprivate oder private Patientinnen und Patienten freizuhalten. Ebenfalls wichtig ist Transparenz: diese muss auch seitens der Privatspitäler vollumfänglich gewährleistet werden.

Die SP würde es begrüßen, wenn bei der Ausarbeitung von Tarifverträgen auch Patientinnen- und Patientenorganisationen sowie das Personal einbezogen würden.

Nicht Gegenstand dieser Vorlage - aber dennoch wichtig – ist die Tatsache, dass die Finanzkommission als vorberatende Kommission des Kantonsrates beantragt, den kantonalen Vergütungsanteil schneller zu erhöhen. Damit kann sichergestellt werden, dass die Prämienzahlenden nicht übermässig belastet werden.

Die SP begrüsst auch, dass die Spitalimmobilien beim Kanton belassen werden (v.a. aufgrund der in diesem Bereich bestehenden Unsicherheiten).

Die SP wird in der Diskussionsrunde einen Antrag auf Gewinnbeschränkung bzw. Gewinnabschöpfung stellen, weil der Kanton mit mehr als 50 Prozent die Kosten der öffentlichen und privaten Spitäler finanziert. Es ist zu vermeiden, dass kantonale Beiträge als Gewinne oder Dividende ins Ausland abfliessen (z.B. Hirslandengruppe).

Die SP ist für Eintreten und dankt für die gute Vorlage.

Locher nimmt im Namen der FDP-Delegation zum Gesetzesentwurf und zur Vorlage an den Kantonsrat Stellung: Ab 2012 gilt die neue Spitalfinanzierung; dieser Umstand ist seit einigen Jahren bekannt. Der Kanton St.Gallen ist einmal mehr – wie bei der Pflegefinanzierung - mit seiner Gesetzesanpassung in letzter Minute tätig. Wir haben heute praktisch keine andere Möglichkeit, als auf die Vorlage einzutreten. Wir betrachten die sehr späte Präsentation dieser Vorlage als Missachtung des Auftrags des Parlaments. Während der Kanton Zürich beispielsweise bereits eine breit abgestützte Vernehmlassung zu seiner Spitalliste durchgeführt hat, ist man im Kanton St. Gallen auch hier noch nicht weiter.

Die FDP-Delegation begrüsst grundsätzlich die vom Bund vorgegebene Neuregelung mit leistungsbezogenen Fallpauschalen – anstelle der heute üblichen Globalkredite ohne direkten Leistungsbezug. Zielsetzung des Systemwechsels von Globalkrediten zur Fallpauschale soll sein, die steigenden Spitalkosten zu dämpfen und durch Wettbewerb zwischen den verschiedenen Leistungserbringern die Qualität zu steigern. Dieser Wettbewerb muss aber gewährleistet sein. Für die FDP ist wesentlich, dass private Spitäler und staatliche Spitäler, welche auf der Spitalliste figurieren, gleich lange Spiesse haben.

Wesentlich ist auch, dass in diesem Gesetz nur versorgungspolitische, aber keine regionalpolitischen Aspekte eine Rolle spielen dürfen. Zu der Vorlage wird auf Seite 9 erwähnt, dass der finanzpolitische Handlungsspielraum nur noch bei der Festlegung und Entschädigung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen vorhanden sei. Dabei wird explizit die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen erwähnt. Die FDP lehnt die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen klar ab. Eine solche Forderung mag wahltaktisch begründet sein, sachpolitisch ist sie es nicht. Massgebend für das Leistungsangebot soll ein klar definierter Leistungsauftrag sein und eine Steuerung des Leistungsangebotes soll in ers-



ter Linie auch durch Fallzahlen begründet werden. Der Patient erwartet eine optimale Betreuung; eine genügende Anzahl von Fällen in einem Spital sind dafür die beste Voraussetzung.

Der Kantonsrat muss bei der Ausgestaltung der stationären Gesundheitsversorgung einbezogen werden. Wir sind klar der Auffassung - und werden entsprechend in der Detailberatung die notwendigen Anträge stellen – dass der Kantonsrat sowohl die Spitalplanung und die Spitalliste genehmigen muss wie auch die Leistungsaufträge, deren Änderungen und deren Entzug. Andernfalls würde sich die Legislative aus der Gesundheitspolitik verabschieden.

Eine letzte Bemerkung gilt den notwendigen Baukrediten, die gesprochen werden müssen. Auf Seite 13 der Botschaft heisst es, dass bei den Spitalverbunden und Psychiatrieverbunden ein erheblicher Investitionsnachholbedarf bestehe. Dieser werde auf mehrere 100 Millionen Franken veranschlagt. Bei früheren Gelegenheiten hat die Regierung klar darauf hingewiesen, dass ein Investitionsbedarf von rund 1,3 Milliarden besteht. Wir müssen uns also bewusst sein, dass aus heutiger Sicht – ausgehend von einem Kostenanteil von 55 % - die Aufrechterhaltung der Spitalinfrastruktur einen Kreditrahmen von 600 – 700 Millionen Franken erfordert. Mit der Zustimmung zu diesem Gesetz haben wir diesen Investitionen noch nicht zugestimmt. Hier müssen dem Parlament separate Bauvorlagen unterbreitet werden.

Im Sinne dieser Ausführungen sind wir für Eintreten auf die Vorlage.

Huser spricht im Namen der SVP-Delegation. Die SVP-Delegation ist ebenfalls für Eintreten.

Die SVP stellt fest, dass in der Präsentation zwei Mal "regionalpolitische Gründe" im Zusammenhang mit der Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten erwähnt wurden. In den Gesetzesbestimmungen ist dieser Begriff hingegen nicht zu finden.

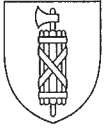
Die SVP hat im Vorfeld der Kommissionsberatung einen Fragekatalog unterbreitet und bedankt sich für die vorgängig zugestellte ausführliche Beantwortung. Aus den Antworten kann geschlossen werden, dass das vorliegende Gesetz nicht Grundlage bildet für die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen.

Die SVP hat mit Befriedigung festgestellt, dass der Wettbewerb auch für öffentliche Spitäler intensiviert wird. Gleichzeitig werden für private und öffentliche Spitäler gleich lange Spiesse geschaffen oder es wird in diese Richtung gearbeitet. Das hat zur Folge, dass Privatspitäler auch Nachteile in Kauf nehmen müssen. Ein Nachteil liegt im Bereich des öffentlichen Beschaffungswesens. Die SVP ist von der Notwendigkeit der Unterstellung der Privatspitäler unter das öffentliche Beschaffungswesen nicht überzeugt. Es wurde ausgeführt, dass eine gesetzliche Vorgabe (Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über das Beschaffungswesen) bestehe. Im Bereich des Beschaffungswesens könne bzw. müsse allenfalls eine Änderung des Bundesgesetzes vorgenommen werden. Die SVP wird zum Beschaffungswesen einen Antrag stellen. Ebenfalls Anträge hauptsächlich formeller Natur sollen in anderen Bereichen gestellt werden. Ausführungen dazu folgen in der Spezialdiskussion.

Die SVP tritt auf die Vorlage ein und dankt für die Vorarbeit.

Kündig spricht im Namen der Fraktionen Grüne, EVP und GLP. Sie sind für das Eintreten auf die Vorlage. Die Botschaft ist gut und verständlich formuliert. Die Referate und Erläuterungen von Regierungsrätin Hanselmann und Altherr waren sehr informativ, ausführlich und aufschlussreich.

Die Vorredner haben bereits wesentliche Punkte erwähnt. Der Bund verpflichtet mit der KVG-Neuregelung die Kantone, ein bedarfsgerechtes Spitalangebot zu planen. Dies wird ausdrücklich begrüsst. Ein weiterer positiver Punkt sei die angestrebte Zusammenarbeit mit anderen Kantonen.



Der Wechsel vom bisherigen kostendeckenden System hin zu einer leistungsbezogenen Spitalfinanzierung stimme sie aber auch nachdenklich. Die leistungsorientierte Spitalfinanzierung berge das Risiko, dass Patientinnen und Patienten abgefertigt werden, indem sie im Spital nur noch kurz behandelt und möglichst rasch in die nachbetreuenden Systeme übergeben werden. Dadurch werden die Kosten auf nachgelagerte Institutionen überwältzt.

Der Grundsatz, dass Patientinnen und Patienten in erster Linie von Hausärztinnen und -ärzten und nicht im Spitalambulatorium behandelt werden, soll auch künftig gelten. Zudem soll die Gesundheitsversorgung für alle Patientinnen und Patienten - unabhängig von ihrem Versicherungsstatus - gewährleistet bleiben. Befürwortet wird auch, dass Kinderspitäler und psychiatrische Kliniken zusätzlich finanzielle Beiträge erhalten und unterstützt werden, sowie dass Geburtshäuser in die Spitalliste aufgenommen werden.

Sie zitiert einen Artikel mit Aussagen des Professors Matthias Binswanger im neuen Surprise 257/11. Der Titel heisst „Die Wirtschaft - Das Märchen vom Wettbewerb“. Dieses Märchen vom Wettbewerb wurde auf Bundesebene ins Gesetz aufgenommen und betrifft auf Kantonsebene auch unsere Spitäler. Früher hat ein Spital umso mehr verdient, je länger ein Spitalaufenthalt dauerte. Ab nächstem Jahr wird die Finanzierung der Spitäler durch Fallpauschalen bewirken, dass Patientinnen und Patienten möglichst kurz im Spital bleiben werden. Die Kosten werden damit auf den ambulanten Bereich, die Rehabilitation und auf weitere Institutionen verlagert, welche die Patientinnen und Patienten nach ihrem Spitalaufenthalt übernehmen. Früher war eines der Hauptziele, Kranke zu heilen und die Kosten nicht aus dem Ruder laufen zu lassen. Inzwischen ist das finanzielle Ergebnis sehr wichtig geworden. Es besteht die Gefahr, dass der Patient oder die Patientin zu einem zu optimierenden Portfolio wird. Die Erläuterungen von Peter Altherr haben mich zuversichtlicher gestimmt. Ich vertraue darauf, dass Allgemeinversicherte gleichwertig mit Zusatzversicherten aufgenommen werden und dass Ärztinnen und Ärzte und das Pflegepersonal - ihrem Berufsethos entsprechend - den Bedürfnissen der Patient/innen nachkommen werden.

Hartmann bedankt sich bei den Sprechern der fünf Fraktionen für die Eintretensvoten.

Storchenegger äussert sich noch als Präsidentin des Schweizer Berufsverbandes der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK, Sektion SG TG AR AI, zur Vorlage. Der SBK hat sich an der Vernehmlassung beteiligt. In Bezug auf die Spitalplanung und -finanzierung möchte sie die Voten der Vorredner nicht wiederholen. Sie möchte aber darauf hinweisen, dass die Pflege bei der Erarbeitung von SwissDRG keine grosse Berücksichtigung in den Berechnungsgrundlagen gefunden habe. Der SBK - Sektion SG TG AR AI und der SBK Schweiz werden die konkrete Umsetzung aufmerksam verfolgen. In Deutschland wurde bei der Einführung von G-DRG Pflegefachpersonal entlassen, um Einsparungen zu erzielen. Dieser Personalabbau war voreilig und muss jetzt wieder rückgängig gemacht werden. Sie hoffe, dass die Pflege und Betreuung in den Spitälern weiterhin auf hohem Niveau gewährleistet bleibe und weiterhin eine gute Pflegeausbildung garantiert werde. Die Pflege müsse angemessen entschädigt und eine kompetente Betreuung weiterhin aufrecht erhalten bleiben.

Hanselmann bedankt sich für die wohlwollende Beurteilung dieser komplexen Vorlage. Im Zusammenhang mit dem Vorwurf, dass das Gesundheitsdepartement die Arbeiten zu wenig schnell vorangetrieben habe, möchte sie darauf hinweisen, dass dies auch auf beschränkte Personalressourcen zurückzuführen ist. Mit rund 450 Stellenprozenten im Amt für Gesundheitsversorgung hat der Kanton St.Gallen einen vergleichbar geringen Personalbestand. Der Kanton Zürich hat allein 1200 Stellenprocente nur für die Erarbeitung der Spitalplanung und -finanzierung eingesetzt. Der Stand der Arbeiten im Kanton St.Gallen betreffend Spitalplanung und Spitalliste lässt sich mit einer Vielzahl anderer Kantone vergleichen.



Der Kanton St.Gallen hatte bereits eine Spitalliste, gegen die Beschwerde eingereicht und die deshalb nicht rechtskräftig wurde. Eine wissenschaftliche Untersuchung habe aber gezeigt, dass zwischen dem Kostenniveau und der Frage, ob eine rechtsgültige Spitalliste vorliege, kein Zusammenhang bestehe. Wir versuchen im Gesundheitsdepartement unser Bestes zu geben, was auch mit Überstunden verbunden ist.

Die Spitalliste muss anhand von Versorgungsbericht, Prognosemodell und Leistungsaufträgen erarbeitet werden, was viel Vorbereitungszeit erfordert. Eine solche Aufgabe ist komplex und zeitintensiv. Ich bitte sie um Verständnis.

Das GSPF soll die gesetzliche Grundlage für die Spitalplanung und -finanzierung bilden, die auch in zehn oder in zwanzig Jahren noch Gültigkeit haben wird. Dannzumal werden wir uns wohl eher über zusätzliche Betten zur Sicherstellung der Versorgung unterhalten. Im Kanton St.Gallen besteht kein Überangebot an Spitalbetten. Leistungen, die ausserkantonale erbracht werden, werden vom Kanton St.Gallen zu 55 Prozent finanziert. Jeder Kanton wird versuchen, die Patientinnen und Patienten möglichst im eigenen Kanton behandeln zu können, damit keine Steuergelder in andere Kantone abfliessen. Regionalspitäler haben auch eine wichtige Trichterfunktion, indem nur jene Patientinnen und Patienten an das Kantonsspital überwiesen werden, die in den Regionalspitälern nicht behandelt werden können. Wird ein Regionalspital geschlossen, wird die Anzahl der Patientinnen und Patienten am KSSG zunehmen. Da das KSSG eine höhere Baserate in Rechnung stellt als die Regionalspitäler, wäre dieser Prozess für den Kanton mit Mehrkosten verbunden. Durch unsere Regionalspitäler können wir somit die Kosten tiefer halten.

Der Grundsatz, dass es sich bei der Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen um eine gemeinwirtschaftliche Leistung handelt, die von den Kantonen zu finanzieren sei, ist im KVG verankert. Der Kanton St.Gallen sieht derzeit keine derartigen Beiträge vor.

Die Sorge der Pflege versteht Hanselmann gut. In der Schweiz sollen die Fehler, die in Deutschland gemacht werden, nicht wiederholt werden. Es handelt sich um ein lernendes System.

Hanselmann bedankt sich nochmals für die Wortmeldungen.

Hartmann stellt aufgrund der Wortmeldungen einstimmiges Eintreten auf die Vorlage fest.

4 Spezialdiskussion

Die Vorlage der Regierung wird abschnittsweise beraten

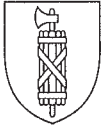
Abschnitt 1.6: Übersicht über die Änderungen zur Spitalplanung und -finanzierung

Kündig: Neu werden die Geburtshäuser den Spitälern gleichgestellt. Ist bereits bekannt, um welche Geburtshäuser es sich handelt?

Hartmann: Das einzige Geburtshaus im Kanton St.Gallen befindet sich in Steinach, wird aber auf Ende Jahr seinen Betrieb einstellen.

Hanselmann bestätigt dies. Unglücklicherweise hiess es in der Zeitung, dass das Geburtshaus schliessen werde, weil es nicht auf die Spitalliste aufgenommen werde – was unzutreffend sei. Das Geburtshaus stellt seinen Betrieb ein, weil es nicht mehr über genügend diplomierte Hebammen verfügt. Ob allenfalls ein ausserkantonales Geburtshaus auf der Spitalliste des Kantons St.Gallen berücksichtigt wird, ist offen und im Rahmen des Versorgungsberichts zu prüfen.

Abschnitt 2: Regelungsbedarf auf kantonaler Ebene



Huser zu letztem Absatz: Für die Vorlage der Spitalliste ist eine Frist von drei Jahren, d.h. bis spätestens 1. Januar 2015, vorgesehen. Wird der Kanton St.Gallen diese Frist ausnutzen oder wird die Spitalliste früher fertiggestellt?

Hanselmann: Falls nicht Unvorhergesehenes eintritt, steht die Spitalliste im Jahr 2013/ 2014. Viele andere Kantone werden ebenfalls die Übergangsfrist voll oder teilweise beanspruchen müssen.

Altherr: Die Spitalliste wird in drei Bereiche unterteilt: Akutsomatik, Psychiatrie, Rehabilitation. Der Versorgungsbericht Akutsomatik wurde bereits publiziert. Der Versorgungsbericht Erwachsenenpsychiatrie ist in der Schlussredaktion. Im Bereich Rehabilitation wird das Gesundheitsdepartement die volle Übergangsfrist beanspruchen müssen.

Huser möchte wissen, welcher Ablauf für die Spitalliste vorgesehen ist.

Altherr: Der Kanton Zürich hat ein Bewerbungs- bzw. Antragsverfahren durchgeführt. Es ist noch offen, ob im Kanton St.Gallen ebenfalls ein solches Verfahren zur Anwendung gelangen wird. Grundsätzlich wäre das Gesundheitsdepartement in der Lage, gestützt auf die uns vorliegenden Informationen eine Spitalliste ohne vorgängiges Bewerbungs-/Antragsverfahren zu erstellen. Eine Vernehmlassung zur Spitalliste werde aber in jedem Fall durchgeführt (wie im Kanton Zürich).

Für **Huser** ist wichtig, dass eine Vernehmlassung durchgeführt wird. Damit können Widerstand oder ein allfälliges Rechtsverfahren vermieden werden.

Rehli ergänzt, es sei wichtig, dass die GDK Ost die Spitalliste koordiniere. Der Kanton Graubünden plant, seine Spitalliste im Jahr 2014 zu erlassen.

Abschnitt 3: Grundzüge des Gesetzes über die Spitalplanung und -finanzierung

Abschnitt 3.1: Verantwortung von Kantonsrat, Regierung und zuständigem Departement

Locher: Es dürfen – wie bereits im Eintretensvotum im Namen der FDP-Delegation dargelegt – nur versorgungspolitische Aspekte (aber keine regionalpolitischen Aspekte) eine Rolle spielen. Die FDP ist klar und dezidiert der Meinung, dass finanzpolitische und gesundheitspolitische Überlegungen gegen regionalpolitische Aspekte sprechen.

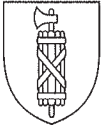
Ritter entgegnet Locher, dass nicht jede Dezentralisierung des Spitalwesens unwirtschaftlich und rein regionalpolitisch motiviert sei. Eine dezentrale Versorgung könne durchaus wirtschaftlich, sinnvoll und zweckmässig sein, wie der Kanton St.Gallen mit Erfolg beweise.

Locher entgegnet, dass die FDP nicht grundsätzlich gegen eine regionale Verteilung der Spitalstandorte sei. Die FDP lehne lediglich finanzielle Beiträge zur Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen ab.

Altherr ergänzt, dass weder im Voranschlag 2012 noch im Aufgaben- und Finanzplan 2013-2015 Beiträge für die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen vorgesehen sind. Das KVG regelt jedoch, dass allfällige Beiträge zur „Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen“ vollumfänglich von der öffentlichen Hand getragen werden müssen. Die Krankenversicherer müssen sich gemäss KVG an diesen Kosten nicht beteiligen.

Huser ist der Auffassung, dass der Kernsatz der ganzen Botschaft auf Seite 9 oben steht. „Die neue Spitalplanung und -finanzierung soll dort lenkend eingreifen, um eine langfristige und qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung der Bevölkerung des Kantons St.Gallen zu gewährleisten, eine unkontrollierbare Mengen- und Kostenausweitung zu vermeiden und Wettbewerbsverzerrungen zu verhindern“. Dieses Ziel dürfe man nicht aus den Augen verlieren. Und wenn man sich über das Ziel einig sei, sei auch der Weg vorgegeben.

Absatz 3.2: Spitalplanung, Spitalliste und Leistungsauftrag



Storchenegger zu zweitem Absatz: Es heisst „Die Kantone müssen ihre Planung koordinieren“. Bestehen im Spitalbereich interkantonale Vereinbarungen?

Hanselmann: Die Ostschweizer Kantone (und auch andere Kantone) wenden das Leistungsgruppenkonzept des Kantons Zürich an. Zudem regelt die Ostschweizer Krankenhausvereinbarung die Mitfinanzierung von universitärer Lehre und Forschung und legt einheitliche Kriterien zur Aufnahme von ausserkantonalen Spitälern und Kliniken auf die Spitalliste fest. Im Bereich der hochspezialisierten Medizin werden die Leistungen ebenfalls koordiniert bzw. zentralisiert.

Wüst ergänzt, dass die Ostschweizer Kantone betreffend Spitalplanung und -liste in engem und intensivem Kontakt stehen und gegenseitig Unterlagen austauschen. Der Sitzungsrhythmus und die Traktandenliste der GDK-Ost zeigt, dass sehr viel gemeinsam geplant, koordiniert und abgesprochen wird. Von diesem Austausch profitieren alle Kantone.

Absatz 3.3: Finanzierung der stationären Spitalversorgung

Haag: Im untersten Abschnitt auf Seite 12 wird von einer dreijährigen Übergangsfrist der Investitionskosten gesprochen. Basiert die Festlegung dieser dreijährigen Übergangsfrist auf einer eidgenössischen Vorlage? Wird im vierten Jahr entschieden?

Altherr erklärt, dass die Investitionskosten derzeit noch nicht im Tarif SwissDRG enthalten sind. Deshalb werden die Investitionskosten in Form eines Zuschlages berücksichtigt. Ein Grund für dieses Vorgehen liegt darin, dass die Spitäler z.T. noch gar nicht in der Lage sind, die Investitionskosten einheitlich nach den Vorgaben der Verordnung über die Leistungserfassung und Kostenrechnung in Spitälern und Pflegeheimen (VKL) zu erfassen. Der Bundesrat hat die SwissDRG AG beauftragt, die Investitionskosten innerhalb von drei Jahren in den Tarif zu integrieren (im Gegenzug entfällt dann ein Investitionskostenzuschlag). Diese Aufgabe ist anspruchsvoll, weil in keinem ausländischen DRG-System die Investitionskosten in die Tarifstruktur integriert worden sind. Ob der Zeitrahmen eingehalten werden kann, wird sich weisen.

Gesetz über die Spitalplanung und -finanzierung

Der Gesetzesentwurf der Regierung wird artikelweise beraten.

Art. 2: Begriffe

Ritter stellt Antrag zu Art. 2, Buchstabe a, in welchem der Begriff Spital definiert werde. Aus Sicht der CVP fehlen im Begriff Einrichtung die Beschäftigten. Ein Spital bestehe nicht nur aus Gebäuden und Apparaten, sondern auch aus Menschen. Deshalb schlägt die CVP folgende Formulierung vor: "Gesamtheit der Einrichtungen, einschliesslich Geburtshäuser, oder deren Abteilungen sowie der Beschäftigten..." Es soll klar hervorgehen, dass ein Spital nicht nur aus Gebäude und Material besteht. Es gibt keine Heilung ohne Ärzte und Pflegepersonal.

Altherr: Im KVG Art. 39, Abs. 1 wird der Begriff Spital definiert. Die Definition lautet „Anstalten oder deren Abteilungen, die der stationären Behandlung akuter Krankheiten oder der stationären Durchführung von Massnahmen der medizinischen Rehabilitation dienen“. Das Geburtshaus ist damit jedoch nicht gemeint. Um in unserem Gesetz nicht immer „Spitäler und Geburtshäuser“ schreiben zu müssen, haben wir die Spitaldefinition gemäss KVG dadurch ergänzt, dass im GSPF auch Geburtshäuser unter den Begriff Spital fallen.

Locher zu Altherr: Handelt es sich bei dieser Definition um ein Listenspital? Der Begriff Spital wird in diesem Gesetz unterschiedlich definiert: Spitäler, Spitäler mit Standort im Kanton St.Gallen, Listenspitäler, Vertragsspitäler.

Altherr: In Art. 2 Buchstabe a wird der allgemeine Begriff „Spital“ definiert. Die Unterscheidung in Listenspital, Vertragsspital oder Ausstandsspital ist v.a. für die Anerkennung bzw. Abrechnung zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung von Bedeutung.

Locher verweist diesbezüglich auf Art. 20 (Kosten der Bundesstatistiken), weil für ihn nicht klar hervorgehe, ob dieser Artikel sowohl für Listen- und für Vertragsspitäler gelte. Wenn zu Beginn



ein Begriff definiert werde, muss geprüft werden, ob dieser auch später noch zutrifft. Andernfalls müssen zusätzliche Kategorisierungen und Begriffsklärungen vorgenommen werden.

Altherr: Betreffend Bundesstatistiken ist der Begriff "Spital" korrekt, da sowohl Listen- wie Vertragsspitaler aufgrund der eidgenössischen Gesetzgebung die obligatorische Bundesstatistiken erstellen müssen. Wir regeln im GSPF nicht die Statistikpflicht (in Sachen obligatorische Bundesstatistiken), sondern nur die Übernahme der damit verbundenen Kosten.

Locher zitiert aus Art. 19. Er möchte wissen, welche Spitäler in diesem Fall betroffen oder gemeint sind.

Altherr erklärt, dass in diesem Fall die Rede von Spitälern sei, die auf die Spitalliste aufgenommen werden möchten. Sie haben die erforderlichen Daten zu liefern, damit die Erfüllung von Auflagen und Bedingungen überprüft werden kann. Zu einem Listenspital werden diese Spitäler erst, wenn sie auf der Spitalliste aufgeführt werden.

Locher meint, dies müsse präzisiert werden, andernfalls könne die Verwaltung ein Vertrags- oder Ausstandspital mit Bürokratie eindecken.

Hartmann erwähnt, dass zwei separate Diskussionen geführt werden müssen. Die erste betrifft den Antrag von Werner Ritter, ob das Personal im Artikel 2 Buchstabe a explizit erwähnt werden soll. Die zweite betrifft die Definition der Spitäler. Zuerst soll der Antrag Ritter behandelt werden.

Ritter: Im KVG werde der Begriff Anstalt verwendet. Dieser Begriff sei umfassender als der im GSPF verwendete Begriff Einrichtungen. Der Begriff Einrichtungen berücksichtigt nach seinem Verständnis die menschliche Komponente nicht. Der Begriff Einrichtungen könnte durch Institutionen ersetzt werden.

Hartmann lässt über den Antrag, das Wort Einrichtungen durch den Begriff Institutionen zu ersetzen, abstimmen.

Abstimmung	Ja	Nein	Enthaltungen	Abwesend
Abänderung Art. 2a	15	0	0	0

Hartmann: Damit ist der Antrag Ritter einstimmig angenommen.

Mit Zustimmung von Locher schlägt **Hartmann** vor, den Begriff Spital jeweils beim betreffenden Artikel zu beraten.

Art. 3: Der Kantonsrat

Locher hat im Eintretensvotum darauf hingewiesen, dass Art. 3 mit lit. d und lit. e ergänzt werden solle. Der Kantonsrat soll nicht nur die Oberaufsicht über die stationäre Gesundheitsversorgung ausüben, sondern auch die Spitalliste und die Leistungsaufträge genehmigen. Die Leistungsaufträge sollen einmalig genehmigt werden, in der Folge sollen dem Parlament nur noch relevante Änderungen unterbreitet werden. Der Kantonsrat muss sich bei diesen zentralen Themen äussern können.

Er stellt folgenden Antrag auf eine Ergänzung von Art. 3 mit lit. d und e:

d) genehmigt die Spitalplanung und die Spitalliste;

e) genehmigt die Leistungsaufträge und in Folge deren Änderungen.

Diese Ergänzung hat auch Folgen auf Art. 4, wo die Zuständigkeit der Regierung geregelt wird. Art. 4c heisst neu „entscheidet über die Leistungsaufträge“.

Hartmann schlägt vor, die beiden Punkte lit. d und lit. e einzeln zu behandeln. Zuerst steht der Antrag Locher betreffend Art. 3 lit. d (neu) zur Diskussion.

Diskussion zur Ergänzung von Art. 3 durch lit. d) „genehmigt die Spitalplanung und die Spitalliste“



Gysi beurteilt die Genehmigung von Spitalplanung und Spitalliste durch den Kantonsrat kritisch und möchte wissen, aufgrund welcher Kriterien der Kantonsrat die Beurteilung vornehmen soll. Für sie handelt es sich bei Spitalplanung und Spitalliste klar um eine Aufgabe der Exekutive und nicht der Legislative. Dem Kantonsrat fehlt zudem das notwendige Fachwissen.

Ritter: Mit der Vorlage QUADRIGA 2 wurden die Leistungsaufträge der Spitalverbunde der Genehmigungspflicht des Kantonsrates unterstellt. Dies in der Absicht, der Kantonsrat betrachte die Leistungsaufträge sehr kritisch und diskutiere darüber, insbesondere bei Ausweitungen des Leistungsangebotes. Nach seinem Kenntnisstand wurde im Kantonsrat noch kein Wort über die Leistungsaufträge ausgetauscht. Wie soll die Genehmigung der Leistungsaufträge durch den Kantonsrat erfolgen? Kann man partiell oder integral nicht genehmigen und werden die Leistungsaufträge durch eine vorberatende Kommission geprüft? Wenn keine Vorberatung stattfindet, beraten dann 120 Kantonsräte die Spitalliste? Wie läuft das ganz genau? Diesbezüglich muss Klarheit herrschen.

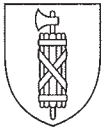
Nach **Locher** haben die Leistungsaufträge bisher zu keinen grossen Diskussionen Anlass gegeben. Der Kantonsrat solle jedoch die Möglichkeit haben sich einzubringen. Die Spitalliste sei ein hochpolitisches Thema. Bis ein Spital die Kriterien erfüllt, um auf die Liste aufgenommen zu werden, braucht es Einiges und jedes Spital kann auch von der Liste wieder gestrichen werden. Er erachte es als sinnvoll, dass der Kantonsrat eingreifen oder Einfluss ausüben kann – auch wenn in der Praxis nur wenig davon Gebrauch gemacht wird. Aus staatspolitischen Gründen muss eine solche Möglichkeit der Einflussnahme gewährleistet werden. Die Genehmigung der Spitalliste könnte beispielsweise die Finanzkommission vorberaten, da die Kantonsbeiträge ebenfalls in der Finanzkommission diskutiert werden.

Hanselmann: Die Spitalliste muss sich am Bedarf und nicht an politischen Überlegungen orientieren. Deshalb haben die anderen Kantone die Zuständigkeit für die Spitalplanung und -liste der Regierung übertragen.

Locher: Damit ein Spital auf die Spitalliste aufgenommen wird, müssen verschiedene Bedingungen eingehalten werden. Es handelt sich dabei offensichtlich nicht nur um bedarfsbezogene Kriterien. Gestützt auf einen Antrag wird das Gesundheitsdepartement das Geschäft vorbereiten und der Regierung zum Beschluss unterbreiten. Der Kantonsrat hat aber mit dem Genehmigungsrecht eine Mitsprachemöglichkeit.

Altherr: Ritter hat zu Recht darauf hingewiesen, dass eine Übertragung der Zuständigkeit für Spitalplanung und Spitalliste an den Kantonsrat nicht praktikabel ist. Das zeigt sich schon daran, dass in allen Kantonen die Kompetenz der Regierung zugewiesen wurde. Es handelt sich um ein komplexes Geschäft mit sehr hoher Datenfülle. Die Komplexität ist schon nur dadurch ersichtlich, dass die Leistungsaufträge im Bereich der Akutsomatik auf 125 medizinischen Leistungsgruppen basieren werden. Wie stellt sich der Kantonsrat den Ablauf vor? Heute gibt es eine ordentliche Berichterstattung von der Regierung an den Kantonsrat im Rahmen des Voranschlags (Budgetbotschaft). In diese Botschaft werden die Leistungsaufträge der Spitalverbunde integriert. Liegt die Zuständigkeit für die Spitalplanung und Spitalliste beim Kantonsrat, könnten die Leistungsaufträge nur einmal jährlich im Rahmen der Budgetbotschaft dem Kantonsrat unterbreitet werden. Andernfalls müsste eine separate Vorlage unterbreitet werden, welche – in Anbetracht der einzuhaltenden zeitlichen Abläufe – 8 bis 12 Monate erfordert. In beiden Fällen wären kurzfristige Anpassungen der Leistungsaufträge nicht möglich, obwohl v.a. bei der Inkraftsetzung der neuen Spitalfinanzierung kurzfristige Leistungsaufträge erteilt werden müssen (wenn beispielsweise Spitäler noch nicht sämtliche Auflagen und Bedingungen erfüllen und ihnen Zeit eingeräumt werden soll, um den Nachweis der vollumfänglichen Einhaltung der Auflagen und Bedingungen zu erbringen).

Ritter: Die Spitalplanung und die Spitalliste unterliegen einem Rechtsmittelverfahren und können beim Bundesverwaltungsgericht angefochten werden. Was wäre Gegenstand der Anfechtung? Wäre das der Beschluss der Regierung oder der Genehmigungsbeschluss des Kantonsrates? Wenn es der Genehmigungsbeschluss des Kantonsrates ist, welche Anforderungen würden an die Begründung der entsprechenden Beschlüsse gestellt? Wer würde das gegenüber dem Bundesverwaltungsgericht vertreten? Würde das Präsidium im Rahmen des Rechtsmittelverfahrens



Stellung nehmen? Wenn man den Entscheid an eine weitere Instanz weiterzieht, müsste der gesamte Kantonsrat entscheiden oder wären allenfalls wieder die Regierung oder das Gesundheitsdepartement Entscheidungsinstanz? Bei Zustimmung zum Antrag Locher müssten entsprechende Verfahrensbestimmungen ins Gesetz aufgenommen werden.

Für **Wüst** ist massgebend, dass die Kriterien, an welchen sich die Regierung beim Erlass der Spitalliste halten muss, definiert sind. Falls ein Spital mit dem Entscheid der Regierung nicht einverstanden ist, ist der Rechtsweg an das Bundesverwaltungsgericht offen. Das Parlament übernimmt auch in solchen Situationen die Oberaufsicht. Die Übernahme weiterer Zuständigkeiten durch das Parlament ist nicht praktikabel.

Locher: Selbstverständlich lässt sich die Spitalliste anfechten. Gegenstand der Anfechtung ist dann der Kantonsratsbeschluss.

Gysi: Für die Erstellung und Beurteilung der Spitalliste wird viel Spezialwissen vorausgesetzt, über das die Kantonsrätinnen und Kantonsräte gar nicht verfügen. Diese Aufgabe übersteigt die Möglichkeiten des Parlaments. Wir können allenfalls eine Liste "abnicken" oder einen Antrag auf Ergänzung der Spitalliste um weitere Spitäler stellen. Aber die fachliche Beurteilung, ob ein Spital aus medizinischen oder versorgungspolitischen Gründen auf die Spitalliste aufgenommen werden muss, ist für den Kantonsrat nicht möglich. Im Bereich der Pflegeheimliste – welche deutlich weniger komplex ist als die Spitalliste – liegt die Kompetenz ebenfalls bei der Regierung. Sie bewilligt mehrmals jährlich Pflegeheimplätze, nimmt Pflegeheime in die Spitalliste auf oder streicht sie.

Ritter kann dem Antrag Locher – abgesehen davon, dass es sich bei der Spitalplanung und –liste um eine spannende Thematik handelt – nicht viel Positives abgewinnen.

Hanselmann stellt mit Blick auf die Erfahrungen im Bereich der hochspezialisierten Medizin die Frage, wer die Beschwerdeantwort schreiben würde, wenn die Spitalliste angefochten würde. Dies wäre wohl Sache des Gesundheitsdepartementes.

Alder: Was beinhaltet der Begriff Oberaufsicht, wenn sich der Kantonsrat nicht einbringen kann?

Hanselmann: Es ist dasselbe wie im Bildungsdepartement, im Erziehungsrat oder bei der Fachhochschule. Der Kantonsrat hat auch dort die Oberaufsicht und nimmt diese wahr. Unter Oberaufsicht ist nicht zu verstehen, dass der Kantonsrat für die Spitalplanung und –liste verantwortlich ist. Diese Aufgabe ist bei der Exekutive anzusiedeln. Ansonsten müsste man diesen Ansatz auch beim Erziehungsrat, bei der Fachhochschule, beim Universitätsrat usw. umsetzen. Der Regierung ist es ein grosses Anliegen, für Spitalplanung und –liste klare Leitplanken zu setzen und innerhalb dieser Leitplanken konsequent handeln zu können.

Forrer: Bei allen anderen Kantonen liegt die Verantwortung für die Spitalplanung und –finanzierung bei der Regierung. Wird die Zuständigkeit für die Spitalplanung bei der Regierung belassen, würden die gleichen Voraussetzungen wie in unseren Nachbarkantonen gelten.

Haag: Das Gesundheitswesen ist ein sehr emotionaler Bereich. Wenn alle Kantonsräte bei der Spitalplanung und –liste mitreden wollen, besteht die Gefahr, dass die Kapazitäten ausgeweitet werden.

Locher: Diese Diskussionen zeigen, dass Spitalplanung/Spitalliste ein hochpolitisches Thema sind. Er plädiert dafür, dass sich der Kantonsrat aus dieser Diskussion nicht verabschiedet. Deshalb ist er der Meinung, dass die Kompetenz dem Kantonsrat übertragen werden sollte. Es ist nicht entscheidend, wenn andere Kantone eine andere Regelung treffen.

Wüst: Instrumente des Kantonsrates für die Oberaufsicht sind in erster Linie die ständigen parlamentarischen Kommissionen (Sub- und Gesamtkommissionen). Dort können neben der Prüfungstätigkeit sämtliche Fragen gestellt werden. Im Vorfeld der Kommissionssitzungen werden die zu besprechenden Themenfelder festgelegt. Das ist das Instrument der Oberaufsicht. Es besteht auch die Möglichkeit des Parlaments, zu konkreten Geschäften Fragen zu stellen. Ebenso



gibt es das Instrumentarium des parlamentarischen Vorstosses. Zur Wahrnehmung der Oberaufsicht braucht es nicht mehr Zuständigkeiten und Kompetenzen. Das bestehende Instrumentarium des Parlamentes ist wirksam. Oberaufsicht kann nicht bedeuten, dass Zuständigkeiten verschoben werden.

Wo sind die Vorteile, wenn das Parlament diese Zuständigkeiten für die Spitalplanung und -liste übernimmt? Die Kriterien für die Spitalplanung und für die Spitalliste sind im Gesetz aufgeführt. Ihre Einhaltung ist überprüfbar und gegeben. Die Abläufe werden schwerfälliger, wenn das Parlament die Zuständigkeit der Spitalplanung und -liste übernimmt. Es ist kaum mehr möglich, Entscheidungen in kurzer Zeit zu treffen und es ist fraglich, ob genügend Flexibilität besteht, um Änderungen und Anpassungen unterjährig vorzunehmen. Offen ist auch, wer das Rechtsmittelverfahren gegen einen Entscheid des Parlamentes führt. Es sind wohl letztlich wieder die Verwaltungsinstanzen.

Hartmann lässt über den Antrag, Art. 3 lit. d) neu "Der Kantonsrat genehmigt die Spitalplanung und Spitalliste" abstimmen.

Abstimmung zu	Ja	Nein	Enthaltungen	Abwesend
Art. 3 lit. d neu	8	7	0	0

Hartmann: Damit ist der Antrag Locher angenommen.

Diskussion zu lit. e) genehmigt die Leistungsaufträge und in Folge deren Änderungen

Locher: Die Leistungsaufträge sollen einmal genehmigt werden. Später sollen nur noch relevante Änderungen genehmigt werden.

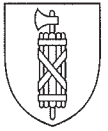
Altherr: Der Leistungsauftrag besteht nicht nur aus den medizinischen Leistungen. Der Leistungsauftrag enthält auch Regelungen zu anderen Bereichen, so beispielsweise die Entschädigung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen oder die Festlegung von zusätzlichen Kantonsbeiträgen gemäss Art. 23 und Art. 24 GSPF. Diese müssen jährlich festgelegt werden. Mit einer Genehmigung der Leistungsaufträge durch den Kantonsrat müssen sämtliche Leistungsaufträge auf einen bestimmten Zeitpunkt (Budgetbotschaft der Regierung an den Kantonsrat) hin unterbreitet werden.

Locher: Es handelt sich dabei nicht um ein neues Instrument. Der Leistungsauftrag der Spitalverbunde wird auch heute vom Kantonsrat im Rahmen des Budgets genehmigt. Das Problem der unterjährigen Anpassung besteht bereits heute.

Hanselmann: Neu müsste der Kantonsrat aber sämtliche Leistungsaufträge genehmigen; jene der inner- sowie der ausserkantonalen Spitäler, die auf der Spitalliste des Kantons St.Gallen figurieren. Die Flexibilität ist bei der Zuständigkeit der Regierung viel grösser als bei einem Geschäft, das auf die Session des Kantonsrates abgestimmt sein muss. Die Regierung tagt wöchentlich.

Altherr: Zu Beginn wurde kritisiert, dass der Kanton St.Gallen mit dem Gesetz über die Spitalplanung und -liste sowie mit der Spitalliste im Verzug sei. Die vorgeschlagene Zuständigkeitsregelung wird dazu beitragen, dass noch mehr Zeit verloren geht, weil die parlamentarischen Abläufe viel Zeit benötigen. Die Regierung hat beispielsweise das Gesetz über die Spitalplanung und -finanzierung im Mai 2011 verabschiedet. Ende August findet die Vorberatung durch die Kommission des Kantonsrates statt. Anschliessend folgt in der Septembersession die 1. und in der Novembersession die 2. Lesung. Bis zum Inkrafttreten muss noch eine Referendumsfrist abgewartet werden: alles in allem 8 Monate. Die Regierung kann in jeder Regierungssitzung einen Leistungsauftrag genehmigen und muss nicht einen zeitlichen Vorlauf von 8 Monaten berücksichtigen. Das vorgeschlagene Vorgehen ist nicht praktikabel, insbesondere dann nicht, wenn aufgrund von Unsicherheiten und Unwägbarkeiten, welche bei der neuen Spitalfinanzierung bestehen, sehr kurzfristig reagiert werden muss.

Locher: Ein Leistungsauftrag soll einmal vom Kantonsrat genehmigt werden. Anschliessend sind nur noch Änderungen zu genehmigen.



Gysi: Mit lit. d wurde ein Zeichen gesetzt und dem Kantonsrat mehr Gewicht gegeben. Das zentrale und politische Element ist sicher die Spitalliste. Der Leistungsauftrag ist politisch weniger von Bedeutung und geht auch viel mehr ins Detail. Deshalb votiere ich dafür, auf eine Genehmigung der Leistungsaufträge durch den Kantonsrat zu verzichten.

Götte: Die einzuhaltenden Fristen (Vorlaufzeit) machen das Ganze sicher nicht einfacher, es ist aber auch nicht unlösbar. Falls die Zeit ein Problem werden sollte, kann das Parlament über entsprechende Massnahmen relativ zügig handeln. Dem Parlament steht beispielsweise das Instrument der ständigen Kommissionen sowie des Zirkulationsbeschlusses zur Zuweisung des Geschäftes an eine Kommission zur Verfügung.

Hanselmann bezweifelt, dass der Vorschlag zeitlich und inhaltlich machbar ist. Dies ist sicher ein Grund, weshalb die anderen Kantone die Zuständigkeit der Regierung übertragen haben. Im Kanton Luzern wurde die Zuständigkeit wegen der praktischen Handhabung bewusst vom Parlament an die Regierung übertragen.

Hartmann weist darauf hin, dass die Leistungsaufträge bisher auch im Parlament genehmigt worden sind. Es ist somit nur eine Fortschreibung des Status Quo.

Hanselmann: Neu wird allen Spitälern und Kliniken, welche auf die Spitalliste aufgenommen werden, ein Leistungsauftrag erteilt (nicht nur den Spitalverbunden).

Mojon macht auf den Unterschied zwischen Inhalt des Leistungsauftrages und Spitalliste aufmerksam. Art. 10 GSPF beschreibt den Inhalt eines Leistungsauftrages. Die Kompetenz für die Genehmigung der meisten Aspekte des Leistungsauftrages wurde bereits dem Kantonsrat zugewiesen, indem dieser über Voranschlag, Spitalplanung und Spitalliste beschliesst. Es verbleiben noch die Zahlungsmodalitäten und die Sanktionen. Letztere werden durch das Gesetz weitgehend geregelt. Demzufolge ist lediglich die Kompetenz für die Festlegung der Zahlungsmodalitäten noch nicht geregelt.

Hartmann lässt über den Antrag von Art. 3 lit. e neu) "Der Kantonsrat genehmigt die Leistungsaufträge und in Folge deren Änderungen", abstimmen.

Abstimmung zu Art. 3 lit. e neu	Ja	Nein	Enthaltungen	Abwesend
	8	7	0	0

Hartmann: Damit ist der Antrag Locher angenommen.

Art. 4: Die Regierung

Locher: Als Folge der gefassten Beschlüsse ist eine Anpassung in Art. 4 lit. b und c erforderlich. Zu lit. c müsste es neu heissen „die Regierung entscheidet über Leistungsaufträge und legt damit verbundene Auflagen und Bestimmungen fest“. Vorgeschlagen wird das Wort „erteilt“ durch „entscheidet über“ zu ersetzen.

Wüst schlägt vor, lit. b und c so stehen zu lassen und am Ende durch „und unterbreitet diese dem Kantonsrat zur Genehmigung“ zu ergänzen.

Gysi zu lit. e (Tariffestsetzung durch die Regierung, wenn keine Einigung zustande kommt): Nach welchen Kriterien wird der Tarif festgesetzt? Auf was stützt sich die Regierung ab?

Hanselmann: Die Tariffestsetzung basiert u.a. auf einem Benchmarking. Zudem muss die Preisüberwachung einbezogen werden. Gegen die Tariffestsetzung durch die Regierung kann Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht geführt werden.

Art. 5: Zuständiges Departement



Huser zu lit. c (Überprüfung von Qualität, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der vereinbarten Leistungen): Wie wird die Wirtschaftlichkeit der vereinbarten Leistungen überprüft? Inwieweit kann diese überhaupt überprüft werden?

Altherr: Es ist nicht eine Überprüfung der Einzelleistung, sondern eine Überprüfung der Wirtschaftlichkeit über das ganze Spital, indem die Baserate (Basispreis nach SwissDRG) mit anderen Spitälern verglichen wird. Weicht der Tarif zu stark von den Tarifen anderer vergleichbarer Spitäler ab (d.h. höherer Tarif), ist die Schlussfolgerung naheliegend, dass der Tarif nicht wirtschaftlich ist.

Huser: Psychiatrische Kliniken und das Kinderspital haben heute keine kostendeckenden Tarife. Bietet das kantonale Gesetz eine Möglichkeit, den Versicherern und Leistungserbringern Auflagen betreffend kostendeckende Tarife zu machen?

Altherr: Nein. Erstens ist der Kanton nicht Tarifpartner und zweitens ist ein zu tiefer Tarif definitionsgemäss nicht unwirtschaftlich gemäss KVG. Lediglich ein zu hoher Tarif ist unwirtschaftlich. Ein Spital ist grundsätzlich nicht verpflichtet, im Rahmen der Tarifverhandlungen nicht-kostendeckende Tarife zu akzeptieren und kann die Verhandlungen scheitern lassen. Anschliessend können beide Parteien der Regierung einen Antrag auf hoheitliche Tariffestsetzung unterbreiten. Die Regierung hat dann die Möglichkeit, einen kostendeckenden Tarif festzusetzen, sofern dies nicht durch die Empfehlungspraxis, durch Richtlinien oder durch eine Verordnung des Bundes wieder übersteuert wird. Wir gehen davon aus, dass es bei der Einführung der neuen Spitalfinanzierung in vielen Fällen zu keinem Tarifaabschluss kommen wird und die Regierung die Tarife hoheitlich festsetzen muss.

Huser stellt zu Art. 5 einen Antrag für einen Abs. 3 (neu): „Das zuständige Departement beachtet bei seiner Prüftätigkeit seinerseits den Grundsatz der Kosteneffizienz und der Verhältnismässigkeit“.

Es geht nicht nur um die Wirtschaftlichkeit, sondern v.a. auch um die Verhältnismässigkeit. Was dem einen als wirtschaftlich sinnvoll erscheint, kann im einen oder anderen Fall unverhältnismässig sein.

Rehli versteht das Anliegen und unterbreitet einen abweichenden Vorschlag. In Art. 5 lit. c wird die Qualität, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit umschrieben. Sein Vorschlag wäre, hier die im KVG verankerten Begriffe "Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit" aufzunehmen. Die WZW Kriterien sind im Gesundheitswesen allgemein bekannt.

Huser: Die Überprüfung von Wirtschaftlichkeit und Zweckmässigkeit bedeutet nicht zwingend, dass aufgrund dieser Kriterien beurteilt wird. Ihm geht es bei der Überprüfung um Leitplanken und Richtlinien.

Altherr: In Art. 49 KVG steht: „die Spitaltarife orientieren sich an der Entschädigung jener Spitäler, welche die Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen“. An diesem Artikel müssen sich die Tarifparteien und die Regierung im Rahmen einer Tariffestsetzung orientieren. Die Qualität und Wirtschaftlichkeit wären damit abgedeckt. Die von Rehli angesprochenen WZW-Kriterien, beziehen sich eher auf medizinische Einzelleistung und müssen erfüllt sein, um die Leistung überhaupt zulasten der OKP abrechnen zu können. In Art. 5 lit. c müsste – wenn überhaupt – der Begriff "Wirksamkeit" gestrichen werden.

Locher: Das Departement soll sich bei seiner Prüfungstätigkeit selbst an Grundsätze halten. Eine Überprüfung kann mit mehr oder weniger Aufwand erfolgen. Man kann einen Stab bilden oder externe Berater anstellen. Die Prüfungstätigkeit soll nicht zu einem übermässigen bürokratischen Aufwand führen.

Huser: So lautet auch der Antrag.

Ritter: Der Grundsatz der Verhältnismässigkeit und der Wirtschaftlichkeit steht bereits in der Kantonsverfassung. Es wäre merkwürdig, wenn dieser allgemein geltende Grundsatz in einem



kantonalen Gesetz – bezogen auf eine einzelne Bestimmung – wiederholt wird. Verhältnismässigkeit und Wirtschaftlichkeit sind Grundsätze, die das ganze Staatswesen durchdringen sollten. Wenn dieser Grundsatz im vorliegenden Gesetz explizit aufgeführt wird, ist dies gleichbedeutend damit, dass in allen anderen Fällen, in denen der Grundsatz nicht explizit aufgeführt wird, dieser nicht gilt. Das kann kaum die Absicht sein.

Huser: Diese Absicht besteht nicht. Es geht lediglich um eine Ergänzung in Art. 5.

Locher: Grundsätzlich stimme ich zu, dass die Verwaltung ganz allgemein kosteneffizient handeln soll. Die im vorliegenden Gesetz formulierte Prüfungstätigkeit ist neu. Deshalb ist es sachgerecht, dass wir als Gesetzgeber vorgeben, welchen Grundsätzen bei der Erfüllung der Aufgabe speziell Beachtung zu schenken ist. Das Gesundheitsdepartement hat heute keinen grossen Verwaltungsapparat. Grundsätzlich könnte jedoch zur Bewältigung dieser neuen Aufgabe ein Stab aufgebaut werden.

Gysi ist bisher davon ausgegangen, dass sich die FDP für schlanke Gesetze einsetzt und Aspekte, die bereits anderweitig geregelt sind, nicht noch einmal in einem neuen Gesetz verankert haben will. Offensichtlich bestehen Befürchtungen, dass im Gesundheitsdepartement ein Stab aufgebaut wird. Ich erinnere daran, dass der Kantonsrat für die Genehmigung des Voranschlags zuständig ist und Kredite für neue Stellen – sofern solche budgetiert sind – nicht genehmigen kann. Diese Bestimmung gehört nicht in dieses Gesetz. Es handelt sich um einen allgemeingültigen Grundsatz, dem in jedem Bereich nachgelebt werden sollte.

Wüst: Der formulierte Antrag ist ein allgemeingültiger Grundsatz. Es ist unüblich, dass das Parlament innerhalb eines Spezialgesetzes noch einmal einen solchen Grundsatz verankert. Das Parlament verfügt über verschiedene Instrumente, falls Anlass zur Sorge besteht, dass das GD einen neuen Stab aufbaut. Dies würde zusätzliche Stellen erfordern, die budgetiert und im Stellenplan abgebildet werden müssten.

Huser wünscht eine Abstimmung zu diesem Antrag.

Ritter möchte nochmals darauf hinweisen, dass genau dieser Grundsatz in Art. 8 unserer Kantonsverfassung geregelt ist.

Haag ist der Auffassung, dass damit nichts präzisiert wird. Der Begriff „verhältnismässig“ ist ein dehnbarer Begriff. Wenn dem Antrag stattgegeben wird, wird sich nichts verschlechtern oder verbessern.

Wüst: Wer überprüft oder stellt fest, ob das Gesundheitsdepartement unverhältnismässig gehandelt oder die Kosteneffizienz bei seinen Bemühungen beachtet hat?

Huser: Dies ist Sache des Aufsichtsgremiums des Gesundheitsdepartementes, in diesem Fall des Kantonsrates.

Wüst: Diese Bestimmung darf nicht dazu führen, dass das Gesundheitsdepartement zu jeder Prüftätigkeit Rechenschaft ablegen und einen Bericht verfassen muss. Dies wäre mit einem unverhältnismässigen Aufwand verbunden und würde der beabsichtigten Stossrichtung widersprechen.

Huser: In Sachen Effizienz besteht nur schon ein grosser Unterschied darin, ob die Prüftätigkeit des Gesundheitsdepartementes intern oder extern erfolgt.

Hanselmann: Das Gesundheitsdepartement ist sehr zurückhaltend bei der Erteilung von externen Aufträgen. Inwiefern das Amt für Gesundheitsversorgung mit dem bestehenden Personalbestand in der Lage ist, die Umsetzung der neuen Spitalfinanzierung sicherzustellen, ist ungewiss. Sie schliesst nicht aus, dass der Personalbestand erhöht oder punktuell externe Aufträge erteilt werden müssen.



Götte: Wenn sich das Gesundheitsdepartement bereits heute an den Grundsatz von Treu und Glauben und an den Grundsatz der Verhältnismässigkeit halten muss, kann kaum argumentiert werden, dass mit einem erhöhten Aufwand zu rechnen ist oder mehr Personalressourcen benötigt werden.

Hanselmann: Die Menge wird deutlich grösser. Es müssen nicht nur die kantonalen Spitäler, sondern auch innerkantonale Privatspitäler und spezifische ausserkantonale Spitäler überprüft werden, ob sie die Auflagen und Bedingungen für eine Aufnahme auf die Spitalliste erfüllen.

Götte: Es ist zutreffend, dass die Menge aufgrund des Einbezugs von Privatspitälern zunimmt. Dies wäre aber auch der Fall, wenn die Regierung für Spitalplanung/Spitalliste und für die Leistungsaufträge zuständig bleiben würde. Die Genehmigung durch den Kantonsrat allein ist kein Argument für einen höheren Personalbedarf.

Ritter stellt zuhanden des Protokolls fest, dass das zuständige Departement bei Annahme des Zusatzantrags von Huser einen Rechtsanspruch auf die entsprechende Personalausstattung hat, um den Prüfauftrag sicherstellen zu können. Verhältnismässig heisst im Sinne des Schweizerischen Rechts: erforderlich, geeignet und verhältnismässig. Erforderlich heisst, dass das Departement verpflichtet ist, sämtliche Überprüfungen vorzunehmen, welche notwendig sind, um sich einen genügenden Überblick verschaffen zu können und um die Qualitätskriterien beurteilen zu können. Geeignet bedeutet, dass entsprechend qualifizierte Revisoren oder Fachpersonen diese Überprüfung in nötigem Umfang vornehmen und zwar nach den Regeln der entsprechenden Revisionsstelle (jeweils bezogen auf die erteilten Leistungsaufträge). Verhältnismässig im engeren Sinne heisst, dass der Umfang in einem vernünftigen Verhältnis zum Leistungsauftrag stehen muss. Er geht davon aus, dass in Anbetracht des Finanzvolumens von mehreren 100 Mio. Franken, die in die kantonale Gesundheitsversorgung fliessen, ein grosser Aufwand gerechtfertigt ist. Damit schliesst er mit seiner Feststellung, die ausdrücklich zuhanden des Protokolls abgegeben wird.

Locher macht ebenfalls eine Feststellung zuhanden des Protokolls: Wenn die Argumentation von Ritter richtig wäre, dann wäre der Rechtsanspruch bereits aus der Verfassung gegeben. Die Departementsvorsteherin hat ausgeführt, dass ein zusätzlicher Prüfungsbedarf entsteht. Darin sind wir uns einig. Die Frage stellt sich, und so ist der Antrag von Huser zu verstehen, welcher Aufwand betrieben wird. Der betriebene Aufwand soll verhältnismässig sein (nicht überbordend). Die Argumentation von Ritter ist reiner Formalismus.

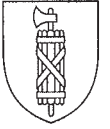
Ritter: Ich halte fest, dass in der Verfassung der Begriff der Verhältnismässigkeit erwähnt wird, und ich diesen Begriff so definiert habe, wie er in Lehre und Rechtsprechung verwendet wird. Wenn hier eine spezielle Bestimmung integriert wird, ist diese nicht in allgemeiner Art und Weise zu verstehen. Die zusätzliche Bestimmung von Art. 5 Abs. 3 ist bezogen auf Art. 5 Abs. 2 zu interpretieren, woraus für das Departement in jeder Hinsicht eine Verpflichtung resultiert. Einerseits, dass kein übermässiger Aufwand betrieben wird und andererseits, dass der minimale Aufwand, der sich aus dem Grundsatz der Verhältnismässigkeit als Verpflichtung ergibt, betrieben werden muss. Hierfür müssen auch die nötigen Mittel bereitgestellt werden, damit im Rahmen der Verhältnismässigkeit ein geeigneter und erforderlicher Prüfungsaufwand betrieben werden kann.

Huser: Je länger ich die Diskussion verfolge, desto mehr bin ich davon überzeugt, dass dieser Artikel notwendig ist. Ich habe bisher kein Argument gehört, das gegen diese Ergänzung spricht – ausser, dass es sich um eine Wiederholung von Art. 8 der Kantonsverfassung handelt.

Hartmann: lässt über den Antrag mit folgendem Wortlaut abstimmen: "Das zuständige Departement beachtet bei seiner Prüftätigkeit seinerseits den Grundsatz der Kosteneffizienz und der Verhältnismässigkeit".

Abstimmung Art. 5 Abs. 3 (neu)	Ja	Nein	Enthaltungen	Abwesend
	7	7	1	0

Hartmann: Aufgrund der Stimmengleichheit obliegt dem Präsidenten der Stichentscheid. Er spricht sich für den Antrag von Huser aus. Damit ist der Antrag von Huser angenommen.



Art. 10: Leistungsauftrag a) Inhalt

Gysi: Im Begleittext auf Seite 26 steht "Die Einhaltung der Aufnahmespflicht wird durch das Gesundheitsdepartement überprüft". Wie wird dies überprüft?

Altherr: Regierung und Gesundheitsdepartement schlagen anstelle kostspieliger und aufwendiger Einzelfall-Überprüfung vor, einen Mindestanteil zu behandelnder allgemeinversicherter Patientinnen und Patienten vorzugeben. Wird dieser Mindestanteil eingehalten, kann von einer integralen Erfüllung der Aufnahmespflicht ausgegangen werden. Andere Kantone sehen Einzelfallprüfung vor und richten Meldestellen ein. Dies ist aber personalintensiv, aufwändig und damit kostspielig. Sollte der Kantonsrat von der Vorgabe eines Mindestanteils Allgemeinversicherter Patientinnen und Patienten absehen, müssen wir ein anderes Instrument definieren, mit welchem die Aufnahmespflicht sichergestellt werden kann. Die Regierung ist gemäss Art. 41 KVG verpflichtet, die Einhaltung der Aufnahmespflicht zu überprüfen und sicherzustellen.

Art. 12: Auflagen und Bedingungen

Locher könnte sich vorstellen, dass in Art. 12 lit. g Privatspitäler generell verpflichtet werden, die Aufnahmespflicht einzuhalten – anstelle der Festlegung eines Mindestanteils an allgemeinversicherten Patientinnen und Patienten.

Altherr: Die Einhaltung der Aufnahmespflicht wird bereits in Art. 41a des KVG geregelt und muss im kantonalen Gesetz nicht noch einmal wiederholt werden. Der Kanton muss gemäss Art. 41 a KVG für die Einhaltung der Aufnahmespflicht sorgen. Die Festlegung eines Mindestanteils an allgemeinversicherten Patientinnen und Patienten ist als Instrument zur Sicherstellung der Einhaltung der Aufnahmespflicht zu verstehen. Falls auf dieses Instrument verzichtet wird, muss der Kanton mit einem anderen Instrument für die Einhaltung der Aufnahmespflicht sorgen, beispielsweise mit einer Meldestelle.

Locher: Diese Präzisierung reicht. Es wird kein Antrag gestellt.

Gysi (zwischen Art. 12 und Art. 13): Beim Eintreten habe ich bereits darauf hingewiesen, dass die SP einen Antrag auf eine Gewinndeckelung oder Gewinnabschöpfung stellen möchte. Dies soll in einem neuen Artikel mit folgendem Wortlaut geregelt werden: "Übersteigt der Gewinn einen bestimmten Betrag, kann die Abgeltung gekürzt werden". Falls der Grundsatz mehrheitsfähig ist, kann die Formulierung auch noch angepasst werden. Spitäler, die zu mehr als 50 Prozent durch den Staat finanziert werden, sollen nicht übermässig viel Gewinn erzielen dürfen. Für die öffentlichen Spitäler ist ein solcher Artikel nicht nötig. Es soll jedoch verhindert werden, dass Steuergelder in Form von Dividenden ins Ausland abfliessen.

Hartmann: Offensichtlich geht es bei diesem Antrag um den Grundsatz einer Gewinndeckelung. Übersteigt der Gewinn einen noch festzulegenden Grenzwert, würden die staatlichen Beiträge gekürzt oder müsste ein Teil der staatlichen Beiträge zurückbezahlt werden.

Huser möchte wissen, ob die Zielsetzung dieser Bestimmung darin besteht, dass bei Spitälern, die Gewinn erzielen, der kantonale Vergütungsanteil gekürzt werden kann.

Gysi: Der kantonale Vergütungsanteil kann evtl. aus rechtlichen Gründen nicht gekürzt werden.

Huser: In diesem Fall würde ein Teil des Gewinns an den Kanton zurückfliessen.

Gysi: Bei den Spitalverbunden fliesst schon heute die Hälfte des Gewinns an den Kanton zurück.

Huser hakt aus Verständnisgründen nach: Falls eine Klinik XY im Kanton Bern auf der Spitalliste steht und Gewinn erzielt, würde der Kanton St.Gallen für seine Patientinnen und Patienten eine Rückvergütung verlangen? Dies würde vermutlich dazu führen, dass diese Klinik keine St.Galler Patientinnen und Patienten mehr aufnehmen würde.

Hanselmann: Der Kanton Zürich hat vorgeschlagen, einen Fonds einzurichten, der mit Erträgen von zusatzversicherten Patientinnen und Patienten geäufnet wird. Über diesen Fonds findet



demnächst eine Volksabstimmung statt. Mit den Fondsgeldern sollen das Universitätskinderspital Zürich, die psychiatrischen Dienste und die Forschung am USZ unterstützt werden. Diese Bestimmung gilt aber nur für Spitäler im Kanton Zürich – nicht für ausserkantonale Spitäler. Der Kanton Waadt kennt eine maximale Gewinnvorgabe für Listenspitäler.

Thalmann geht davon aus, dass Privatspitäler in Zukunft eher Mühe haben werden, weiterhin grosse Gewinne zu erzielen. Falls Spitäler trotzdem Gewinne ausweisen, müsste man sich eher die Frage stellen, weshalb die anderen Spitäler, welche die gleiche Entschädigung erhalten, nicht vergleichbare Gewinne erwirtschaften.

Ritter erachtet eine Gewinnabschöpfung nicht für zweckmässig, da bereits verschiedene Regulierungsmechanismen greifen. Listenspitäler müssen Auflagen betreffend Personal (genügend qualifiziertes Personal) und Entlohnung erfüllen. Eine Klinik Stephanshorn kann es sich in Anbetracht des Wettbewerbs gar nicht leisten, beispielsweise für das Pflegepersonal tiefere Löhne zu zahlen als das Kantonsspital St.Gallen. Erzielt die Klinik Stephanshorn dennoch einen Gewinn, unterliegt sie der Steuerpflicht des Kantons. Und falls noch ein Gewinn übrig bleibt, stellt sich die Frage, weshalb diese Klinik profitabler arbeitet als andere. Zudem werden die Krankenversicherer nicht daran interessiert sein, Tarife auszuhandeln, die einen übermässigen Gewinn ermöglichen. Er würde deshalb keine Gewinnabschöpfung im Gesetz verankern.

Hanselmann: Gewinne können Spitäler nur oder vorwiegend im Bereich der zusatzversicherten Patientinnen und Patienten (HP/P) erzielen. Überdurchschnittlich viele Zusatzversicherte sind nur möglich, wenn Allgemeinversicherte abgewiesen werden. Deshalb ist beispielsweise die Vorgabe eines Mindestanteils an allgemeinversicherten Patientinnen und Patienten wichtig. Die Befürchtung von Thalmann, wonach private Spitäler mit der neuen Spitalfinanzierung ins Hintertreffen geraten, kann nicht geteilt werden. Im Gegenteil: die Privatspitäler werden sich gut positionieren können. Sie verweist auf einen Artikel in der Sonntagszeitung vom 3. Juli 2011 mit dem Titel: "Hirslanden hemmungslos – Ausländische Spitalgruppe erhält ab 2012 Geld vom Kanton und wehrt sich, ihren Gewinn zu teilen". In diesem Artikel wird auch das Millionensalär von Ole Wiesinger, CEO der Hirslandengruppe erwähnt ("der Spitalchef der mehr als der Gesundheitsminister verdient"). Auch wir zahlen Steuergelder an Privatkliniken.

Wild: Gestützt auf die Präsentation vom Vormittag sind in der St.Galler Bevölkerung rund 79 Prozent allgemeinversichert und rund 21 Prozent halbprivat- oder privatversichert. Wenn der Mindestanteil der allgemeinversicherten Patientinnen und Patienten bei rund 58 Prozent festgelegt wird, besteht für Privatspitäler immer noch die Möglichkeit, überdurchschnittlich viel HP/P-Patientinnen und Patienten zu behandeln und überdurchschnittliche Gewinne zu erzielen. Folglich werden Privatspitäler auch weiterhin ihren Anteil an Halbprivat- und Privatpatienten maximieren. Da der Kanton mit Steuergeldern mehr als 50 Prozent der stationären Leistungen von Privatkliniken mitfinanziert, ist eine Gewinnabschöpfung zu Gunsten der gemeinwirtschaftlichen Leistungen durchaus in Erwägung zu ziehen. Dies würde den Staat entlasten (sein zusätzlicher Beitrag an die psychiatrischen Dienste und an das Ostschweizer Kinderspital würde niedriger ausfallen). Ein solcher Fonds würde auch aus finanzpolitischer Sicht Sinn machen.

Forrer stellt die Frage, warum im Gesetzesentwurf kein Artikel zu einem solchen Fond enthalten ist.

Hanselmann: In der Regierung wurde eine Fondslösung diskutiert, aber wieder verworfen, nachdem der Zürcher Kantonsrat den Fonds deutlich abgelehnt hat. Nachdem gegen diesen Entscheid das Referendum ergriffen worden ist, wird das Zürcher Stimmvolk nun über einen solchen Fonds abstimmen. Die Abstimmung hat sicher wegweisenden Charakter für die Gesetze anderer Kantone.

Für **Rehli** wird die Diskussion emotional geführt. Er ist ebenfalls in einer Privatklinik tätig (aber nicht Hirslandengruppe). Diese Klinik behandelt bereits heute 70 bis 80 Prozent allgemeinversicherte Patientinnen und Patienten und arbeitet profitabel. Ein Antrag auf Gewinnabschöpfung oder Errichtung eines Fonds mit Erträgen aus zusatzversicherten Patientinnen und Patienten gehört nicht ins Gesetz, auch wenn das Vorgehen um die Hirslandengruppe zu Diskussion An-



lass gibt. Die Regierung hat gut daran getan, keinen solchen Artikel im Gesetz aufzunehmen. Wir sind hier in der Ostschweiz und nicht im Kanton Zürich oder Genf.

Gysi gibt zu bedenken, dass der Kanton St.Gallen im Jahr 2012 neu rund 21 Mio. Franken an st.gallische Privatspitäler ausrichten wird. Wir müssen als Kanton mitfinanzieren, obwohl wir kaum Einfluss auf die Privatspitäler nehmen können.

Huser: Welcher Gewinnanteil wird im Kanton Zürich abgeschöpft?

Altherr: Der Kanton Zürich hat keine Gewinnabschöpfung, sondern eine Abschöpfung vom Bruttoerträgen von Halbprivat- und Privatpatienten. Die Höhe der Abgaben von zusatzversicherten Patientinnen und Patienten wurde je nach Anteil HP/P-Patienten gestaffelt. Die Abgabe bewegt sich zwischen 10 und 25 Prozent. Die Kliniken der Hirsländengruppe haben durchblicken lassen, dass sie ihren Antrag auf Aufnahme auf die ZH-Spitalliste zurückziehen werden, falls das Stimmvolk diesem Artikel zustimmen sollte. Sie würden dann den Status Vertragsspital übernehmen.

Rehli: Es gibt im Kanton Zürich Privatkliniken, die ganz bewusst keinen Antrag auf Aufnahme auf die Spitalliste gestellt haben (z.B. Spital Bethanien, Klinik Pyramide).

Hartmann schlägt vor, über den Grundsatz (Gewinnabschöpfung oder Abschöpfung von Erträgen aus zusatzversicherten Patientinnen und Patienten) abzustimmen.

Gysi: Der Antrag müsste lauten: "Im Kanton St.Gallen ist ein Fondsmodell analog Zürich einzuführen".

Hartmann lässt über den Grundsatz "Zürcher Lösung mit einer Abschöpfung vom Mehrwert der Privatpatientinnen und -patienten" abstimmen.

Abstimmung über ZH-Lösung (Ab- schöpfung Mehr- trag HP/P)	Ja	Nein	Enthaltungen	Abwesend
	4	8	3	0

Hartmann: Eine ZH-Lösung wird somit von der vorberatenden Kommission nicht weiterverfolgt.

Art. 13: Öffentliches Beschaffungswesen

Huser hat im Eintretensvotum angekündigt einen Antrag auf Streichung von Art. 13 zu stellen. Die SVP-Fraktion ist der Meinung, dass nicht die privaten Leistungserbringer zusätzlich dem öffentlichen Beschaffungswesen unterstellt werden sollen, sondern die öffentlichen Spitäler von den Bestimmungen des öffentlichen Beschaffungswesens ausgenommen werden sollten. In der Regel führt die Unterstellung unter das öffentliche Beschaffungswesen zu einer Verteuerung der Leistungen. Er beantragt Streichung dieses Artikels.

Gysi ist dezidiert der Meinung, dass Artikel 13 beibehalten werden muss. Wenn auf Bundesebene beim öffentlichen Beschaffungswesen Änderungen vorgenommen werden sollten, gelten diese automatisch für das vorliegende Gesetz.

Ritter ist der Auffassung, dass dieser Artikel für Privatspitäler und für die Rechtssicherheit von materieller Bedeutung ist. Spitäler auf der Spitalliste des Kantons St.Gallen unterliegen nämlich nur im Anwendungsbereich der Leistungsaufträge der Gesetzgebung über das öffentliche Beschaffungswesen. Damit wird der Geltungsbereich konkret begrenzt. Wird der Artikel gestrichen, werden sich Juristen darüber Gedanken machen, wie die kantonale und die eidgenössische Gesetzgebung in Verbindung mit Art. 8 Bundesverfassung (Gleichbehandlungsgrundsatz), sowie der vielen Aufsätze, die Prof. Dr. Yvo Hangartner zu dieser Thematik verfasst hat, auf den konkreten Fall anzuwenden ist. Ebenso wird diskutiert werden, ob Privatspitäler für die gesamte Tätigkeit den Bestimmungen des öffentlichen Beschaffungswesens unterliegen oder nur für den erteilten Leistungsauftrag. Mit dem Vorschlag der Regierung wird Klarheit geschaffen, für welchen Bereich das öffentliche Beschaffungswesen gilt. Von einer Streichung von Art. 13 ist abzu-
sehen.



Hanselmann: Der Kanton St.Gallen kann sich dem Gesetz über das Beschaffungswesen nicht entziehen. Eine Streichung von Art. 13 hätte nicht zur Folge, dass Privatspitäler nicht den Bestimmungen des öffentlichen Beschaffungswesens unterliegen.

Huser weist darauf hin, dass sich viele Länder um die WTO-Richtlinien füttern. Einzig die Schweiz geht mit gutem Beispiel voraus und hält sich zu 100 Prozent an diese Richtlinien. Er möchte auch die öffentlichen Spitäler vom Beschaffungswesen ausnehmen, um die Wettbewerbsfähigkeit zu stärken. Er hält deshalb an seinem Antrag fest.

Locher: Es ist zwischen zwei Fragestellungen zu unterscheiden. Die erste Frage lautet „Unterstehen die öffentlichen Spitäler im Bereich der Leistungsaufträge dem öffentlichen Beschaffungswesen“? Diese Frage kann klar mit Ja beantwortet werden. Hier gelten die WTO-Abkommen und die Bundesgesetzgebung. Die zweite Frage lautet: „Was gilt für Privatspitäler?“ Hier besteht teils Rechtsunsicherheit. Artikel 13 des GSPF schafft Klarheit.

Die Grundfrage aber lautet: „Ist es sinnvoll und richtig, dass öffentliche und private Spitäler dem Beschaffungswesen unterliegen?“ Diese Frage kann nur auf Bundesebene beantwortet werden. Er ist der Auffassung, dass der Kanton St.Gallen einen parlamentarischen Vorstoss (Standesinitiative) machen sollte, welcher (öffentliche und private) Spitäler von den Bestimmungen des Beschaffungswesens ausnimmt.

Wüst: Bis eine Standesinitiative behandelt wird und eine Anpassung des Bundesgesetzes erfolgt, verstreichen mehrere Jahre. Während dieser Zeit sollten für öffentliche und private Spitäler – im Sinn der gleich langen Spiesse – die gleichen Voraussetzungen gelten. Artikel 13 sollte daher beibehalten werden. Selbstverständlich würde Artikel 13 angepasst, wenn National- und Ständerat einer Anpassung des Bundesgesetzes über das Beschaffungswesen zustimmen würden.

Ritter pflichtet Walter Locher bei, dass dieser Sachverhalt nur auf Bundesebene entschieden werden kann. Den Privatspitälern wäre aber nicht gedient, wenn die klare Bestimmung von Art. 13 durch eine unklare Rechtslage ersetzt würde. Er macht deshalb beliebt, an Art. 13 festzuhalten.

Hartmann lässt über den Antrag auf Streichung des Art. 13 abstimmen.

Abstimmung zur Streichung von Art. 13	Ja	Nein	Enthaltungen	Abwesend
	4	11	0	0

Hartmann: Der Antrag auf Streichung von Art. 13 wird abgelehnt.

Locher ergänzt, dass sich die FDP die Einreichung einer Standesinitiative vorbehält. Damit ist auch ihr Abstimmungsverhalten erklärt. Das Nein ist kein Ja zu der bisherigen Regelung.

Art. 15: Sanktionen

Locher: Bei Nichterfüllung oder Verletzung des Leistungsauftrages kann als Sanktion gemäss lit. b durch die Regierung ein teilweiser oder vollständiger Entzug des Leistungsauftrages angeordnet werden. Diese Bestimmung korrespondiert nicht mehr mit Art. 3 lit. e, wonach der Kantonsrat für die Erteilung der Leistungsaufträge und demzufolge auch für den Entzug der Leistungsaufträge zuständig ist. Die Regierung kann nur mit Zustimmung des Kantonsrates den Entzug eines Leistungsauftrages aussprechen. Hier braucht es eine Präzisierung.

Wüst stellt die Frage, ob es sinnvoll ist, das Aussprechen einer Busse von beispielsweise CHF 10'000.- dem Kantonsrat zu übertragen.

Locher präzisiert: Die Nichterfüllung oder Verletzung des Leistungsauftrages kann zu einer Busse führen. Darüber kann das zuständige Departement entscheiden. Hingegen soll der Entzug des Leistungsauftrages ein Kantonsratsgeschäft sein. Sowohl die Erteilung als auch der Entzug soll-



ten dem Kantonsrat unterliegen. Die Regierung soll bei einer Verletzung des Leistungsauftrages den Entzug dem Kantonsrat beantragen.

Gysi: Es ist absurd, wenn die Regierung als Sanktion den Entzug/Teilentzug des Leistungsauftrages vorsieht und hierfür zuerst beim Kantonsrat die Genehmigung einholen muss. Die Spitäler müssen wissen, dass – wenn nötig – schnell sanktioniert wird.

Altherr sieht Probleme beim Verfahrensablauf. Falls beispielsweise im Januar festgestellt wird, dass im Vorjahr die Vorgabe des Mindestanteils an allgemeinversicherten Patienten nicht eingehalten worden ist, müsste die Regierung zuerst eine Botschaft verfassen und dem Kantonsrat den Entzug des Leistungsauftrages beantragen. Über diesen Antrag würde wohl frühestens im Sommer/Herbst entschieden. In der Zwischenzeit wäre die Klinik weiterhin als Leistungserbringer zugelassen. Ist das die Meinung?

Locher stösst sich daran, dass die Regierung den Leistungsauftrag entziehen kann. Er stellt den Antrag, in Art. 15 lit b „durch die Regierung“ zu streichen. Er ist der Meinung, dass der Kantonsrat (nachdem er für die Erteilung des Leistungsauftrages zuständig ist) auch für den Entzug des Leistungsauftrages zuständig sein muss – unabhängig von den Verfahrensabläufen.

Ritter weist darauf hin, dass der Entzug des Leistungsauftrages in den Bereich des Verwaltungsrechts gehört. Es geht um eine Verwaltungssanktion. Gemäss Art. 5 und 6 der Europäischen Menschenrechtskonvention und Art. 28 der schweizerischen Bundesverfassung habe ich als Rechtsunterworfener gewisse Verfahrensrechte. Ich würde als Anwalt einer betroffenen Klinik verlangen, dass mir die entscheidungskompetente Instanz das rechtliche Gehör gewährt. Das heisst, wenn die entscheidungskompetente Instanz der Kantonsrat wäre, würde ich dort das rechtliche Gehör verlangen: an diesem Sachverhalt sind auch die Einbürgerungen an den Bürgerversammlungen gescheitert. Wie soll in einer vorbereitenden Kommission oder in einer Sitzung des Kantonsrates das rechtliche Gehör gewährt werden?

Hanselmann: Eine Sanktion müsste relativ schnell umgesetzt werden können. Hier geht es um Patientinnen und Patienten, welche in einer Klinik ein Jahr lang weiterbehandelt werden können, obwohl nachweislich beispielsweise die Qualität nicht stimmt. Die Überprüfung der Qualität ist Sache der Regierung. Wenn die Regierung diese Aufgabe wahrnehmen soll, braucht sie auch entsprechende Instrumente zur wirkungsvollen Umsetzung.

Gysi gibt Locher im Grundsatz recht. Das Gremium, das etwas bewilligt, muss es auch wieder entziehen können. Im vorliegenden Fall sollte aber die Kompetenz zum Entzug des Leistungsauftrages der Regierung überlassen werden. Eine Sanktion ist nur wirkungsvoll, wenn sie unmittelbar erfolgt. Aus der Kindererziehung weiss man, dass eine Sanktion, welche erst 3 Wochen auf das Fehlverhalten folgt, keine Wirkung mehr erzielt. Der Kantonsrat ist nicht das richtige Gremium, um Leistungsaufträge zu entziehen.

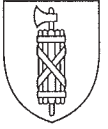
Locher zeigt sich von der Argumentation von Gysi überzeugt und zieht seinen Antrag zurück.

Art. 17: Leistungsverpflichtung

Huser: Art. 17 besagt: „die Regierung kann, soweit dies zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung notwendig ist, Spitäler im Kanton St.Gallen verpflichten, bestimmte Leistungen zu erbringen“. Ist hier die Formulierung „Spitäler im Kanton St.Gallen“ korrekt oder sollte es hier heissen "Spitäler auf der Spitalliste des Kantons St.Gallen"?

Altherr: Das Gesetz richtet sich hier nur an die Spitäler im Kanton St.Gallen. Der Artikel beinhaltet aber auch die Möglichkeit, ein Vertragsspital oder ein Ausstandsspital zu einem Leistungsauftrag zu verpflichten. Dieses Spital würde dann automatisch im Umfang des Leistungsauftrags zum Listenspital.

Wenn beispielsweise im ganzen Kanton St.Gallen kein Leistungserbringer bereit wäre, im Rahmen der Geburtshilfe Kaiserschnitte anzubieten, müsste der Kanton einen Leistungserbringer dazu verpflichten. In gewissen Situationen ist ein Kaiserschnitt medizinisch notwendig. Von dieser Massnahme würde nur Gebrauch gemacht, wenn die Sicherstellung der Versorgung dies



erfordert oder ein Notstand vorliegt. Derzeit besteht keine Notwendigkeit von dieser Bestimmung Gebrauch zu machen.

Art. 18: Umfang

Ritter wünscht sich vom Gesundheitsdepartement, sich bei der Erhebung von Daten auf das wirklich notwendige zu beschränken.

Altherr hat Verständnis für das Anliegen von Ritter, dass keine unnötige Bürokratie betrieben wird. Es besteht weder die Absicht noch die Möglichkeit, mit dem heutigen Mitarbeiterbestand umfangreiche Datensammlungen anzulegen.

Locher sieht die Pflicht zur Lieferung von Daten gemäss Art. 18 nur für Spitäler gegeben, die auf die Spitalliste aufgenommen werden möchten oder die einen speziellen Leistungsauftrag erhalten? Ein Spital, das sich hierfür nicht interessiert, könnte nicht verpflichtet werden, Daten zur Verfügung zu stellen. In diesem Fall muss der Begriff Spital auch nicht präzisiert werden.

Altherr bestätigt, dass Vertragsspitäler und Ausstandsspitäler dem Departement – abgesehen von den obligatorischen Bundesstatistiken (medizinische Statistik und Krankenhausstatistik) - keine Daten zur Verfügung stellen müssen.

Huser: Die Offenlegung der Daten ist offensichtlich eine wesentliche Voraussetzung, um auf die Spitalliste zu kommen.

Hanselmann bestätigt diese Voraussetzung.

Forrer verabschiedet sich um 15.50 Uhr.

Art. 19: Bearbeitung

Alder: In der NZZ wurde kürzlich ein Artikel über Patientendaten veröffentlicht. Der Umgang mit patientenbezogenen Daten ist ein sehr sensibler Bereich. In Art. 19 Abs. 2 steht „soweit sie nicht für die Rechnungskontrolle verwendet werden“. Wurde im Vorfeld überprüft, ob ein Spital dazu verpflichtet werden kann, Daten für eine Rechnungskontrolle offenzulegen? Er möchte nicht, dass patientenbezogene Daten lediglich für eine Rechnungskontrolle weitergeleitet werden.

Hanselmann: Spitäler und Versicherer liegen derzeit im Streit darüber, welche Daten für die Rechnungskontrolle notwendig sind. Die Datenschützer warnen vor einer systematischen Datenerlieferung an die Versicherer.

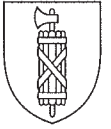
Alder: Ist eine Rechnungskontrolle auch mit anonymisierten Daten möglich?

Altherr: Das ist leider nicht möglich. Auf schweizerischer Ebene wird lediglich über den Datenumfang bzw. über den Detaillierungsgrad gestritten. Dass personenbezogene und medizinische Daten zur Verfügung gestellt werden müssen, ist unbestritten. Wenn jemand beispielsweise im Universitätsspital Zürich (USZ) behandelt würde und der Kanton St.Gallen einen Teil des Spitalaufenthaltes bezahlen muss, stellt das USZ Rechnung. Auf der Rechnung sind personenbezogene Daten (z.Bsp. Personalien) sowie der entsprechende DRG aufgeführt. Es kann darüber diskutiert werden, ob das Spital nur den DRG oder auch die einzelne Diagnosen und Nebendiagnose offenlegen muss.

Eine Kodierrevision ist gemäss Einführungsvertrag SwissDRG zwingend. Bei der Kodierrevision wird überprüft, ob aus der Krankengeschichte die Behandlung und der in Rechnung gestellt Betrag nachvollzogen werden kann.

Alder: Dann könnte man nachsehen, welche Krankheiten jemand gehabt hat.

Altherr: Ein Kodierrevisor überprüft, ob die Abrechnung des Spitalaufenthaltes mit der Krankengeschichte übereinstimmt.



Alder verzichtet auf einen Antrag. Er ist aber erstaunt über die Möglichkeit, in medizinische Daten Einblick zu nehmen.

Locher: Bei Art. 18 wurde spezifiziert, um welche Spitäler es sich handelt. Dies gilt auch für Art. 19.

Altherr bestätigt dies.

Art. 20: Kosten der Bundesstatistik

Locher: Können hier sämtliche Spitäler oder nur solche, die auf die Liste möchten, mit den Kosten der Bundesstatistiken konfrontiert werden? Was erhebt der Bund?

Altherr: Der Bund erhebt die Daten bereits seit mehreren Jahren. Der Bund hat definiert, dass sämtliche Spitäler und Kliniken unabhängig von ihrem Rechtsstatus zwei Statistiken führen müssen: eine Betriebsstatistik (=Krankenhausstatistik), welche insbesondere Betriebsangaben, Personalstatistiken, Bettenzahlen, Pflegetage, Finanzbuchhaltung und Kostenrechnungsdaten in einer gewissen Aggregation ausweist und andererseits die medizinische Statistik, welche für jede stationäre Behandlung einen anonymisierten Datensatz mit Personalien, Behandlungs- und Eingriffsdaten ausweist. Das Gesundheitsdepartement muss den Vollzug im Kanton St.Gallen sicherstellen. Früher hat HPlus als Branchenverband im Auftrag des Gesundheitsdepartementes die Datenerhebung vorgenommen. Aufgrund des neuen Statistikgesetzes wurde der Auftrag an HPlus gekündigt und der Fachstelle für Statistik übertragen. Die Kosten werden allen Spitälern verrechnet, unabhängig davon ob sie auf der Spitalliste figurieren oder nicht.

Art. 23: Betriebs- und Investitionskostenbeiträge

Locher (zu Art. 23 und 24): Im Sinne des Eintretensvotums der FDP-Delegation sollen für die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen keine Mittel gesprochen werden. Es handelt sich dabei nicht um versorgungspolitisch notwendige Leistungen. Damit das zuhänden der Materialien präzisiert wird.

Art. 24: Zusätzliche kantonale Beiträge

Locher formuliert einen Antrag zu lit. a und b: anstelle von „versorgungspolitisch sinnvollen ambulanten Pflichtleistungen“ sollen nur „versorgungspolitisch notwendige ambulante Pflichtleistungen“ unterstützt werden.

Gysi: Notwendig und sinnvoll ist nicht immer deckungsgleich. Im Bereich der psychiatrischen Leistungen ist beispielsweise vorgesehen, stationäre Aufenthalte zu verkürzen zu Gunsten von ambulanten und tagesklinischen Leistungen. Dies ist aber nicht zwingend notwendig. Die Patientinnen und Patienten könnten auch länger stationär betreut werden. Dies ist aber weder medizinisch noch volkswirtschaftlich sinnvoll. Allenfalls wird mit dieser Formulierung die Hürde für die Unterstützung von ambulanten und tagesklinischen Leistungen zu hoch gelegt.

Hanselmann: Es trifft zu, dass die beantragte Formulierung restriktiver ist. Unsere Philosophie lautet: so viel stationär wie nötig und so viel ambulant wie möglich. Weil volkswirtschaftlich gesehen ambulante Leistungen günstiger sind - insbesondere im Bereich der Psychiatrie - und die Patientinnen und Patienten schneller wieder in den Alltag und in den Arbeitsprozess integriert werden können, ist es eine sinnvolle Massnahme. Die Behandlung könnte - wie bisher - auch stationär erfolgen.

Locher schlägt eine kumulative Formulierung mit sinnvoll notwendig vor (im Sinne einer Begrenzung).

Altherr: Der Kantonsrat muss die Mittel für Art. 23 und Art. 24 genehmigen. Im Rahmen des Voranschlags 2012 wird sich der Bezügerkreis auf die Psychiatrischen Dienste und das Kinderspital beschränken. Es muss vermieden werden, dass für jede Einzelleistung der Nachweis erbracht werden muss, ob es sich um eine sinnvolle und/oder notwendige Leistung handelt.



Storchenegger: Ambulant ist nicht gleich ambulant. Die ambulanten Pflegeleistungen der Psychiatrischen Dienste werden unterstützt, nicht jedoch die ambulanten Leistungen der frei praktizierenden Berufsgruppenangehörigen.

Altherr: In der Psychiatrie wird heute von der aufsuchenden Hilfe zu Hause gesprochen mit der Zielsetzung, die Patientinnen und Patienten möglichst lange in ihrem angestammten Umfeld behandeln und betreuen zu können. Es gibt aber auch Patientinnen und Patienten, die zwingend aus ihrem angestammten Umfeld herausgenommen und in eine Klinik eingewiesen werden müssen. Es kann für den Staat finanziell interessant sein, die aufsuchende Hilfe und Pflege zu Hause finanziell zu unterstützen, damit im Gegenzug die Einweisung in den stationären Bereich abnimmt. Dieser Effekt lässt sich nur mit entsprechenden finanziellen Beiträgen herbeiführen, weil die Tarife nicht kostendeckend sind. Ohne finanzielle Mittel können die Psychiatrischen Dienste den Ansatz „aufsuchende Hilfe und Pflege zu Hause“ nicht umsetzen.

Ritter versteht Locher gut. Es gibt bei den Bestimmungen aber ohnehin eine wirksame Bremse. Es heisst „sinnvolle ambulante Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung beziehungsweise ambulante Pflichtleistungen der Unfall-, Invaliden- und Militärversicherung“. Dies setzt im Einzelfall voraus, dass die Krankenpflegeversicherung, beziehungsweise die Unfall-, Invaliden- oder Militärversicherung zahlungspflichtig ist. Es muss sich somit um eine wirksame und medizinisch anerkannte Leistung handeln. Deshalb kann an der bisherigen Formulierung festgehalten werden.

Gysi: Bei den aufsuchenden psychiatrischen Diensten gibt es eine Schnittstelle zu den bestehenden Angeboten der Spitex-Organisationen. Die Stadt Wil muss sich aufgrund der neuen Pflegefinanzierung an den Leistungen von freiberuflichen Pflegefachleuten beteiligen. Hier würde aber der Kanton ambulante Psychiatrieleistungen mitfinanzieren.

Altherr: Ein Konflikt mit Spitex-Organisationen kann nicht entstehen. Wenn wir von aufsuchender Hilfe und Betreuung zu Hause sprechen, dann geht es um medizinische und therapeutische Leistungen, welche auch mit den entsprechenden Tarifkatalogen (TARMED) abgerechnet werden können. Pflegepersonal, das bei den Psychiatrischen Diensten angestellt ist, ist nicht befugt, ambulante Pflegeleistungen nach einem ambulanten Tarifkatalog abzurechnen, da dies nur freipraktizierende Berufsgruppen-Angehörigen vorbehalten ist.

Locher votiert dennoch für eine kumulative Formulierung. Leistungen müssen immer auch medizinisch notwendig sein, andernfalls ufer es aus. In diesem Sinne präzisiert er seinen Antrag: „sinnvoll und notwendig“ in beiden Fällen (d.h. in Art. 24 Abs. 1 Bst. a und Bst. b).

Kündig: Notwendig heisst ja, es „wendet eine Not“. Bei dieser Interpretation ist jede Massnahme eine Not wendende und damit notwendige Massnahme.

Hanselmann: Man muss sich bewusst sein, dass eine solche Anpassung letztlich dazu führen kann, dass teurere stationäre Leistungen erbracht werden, obwohl sie ambulant sinnvoller und billiger wären. Es ist zudem mit der Einführung von SwissDRG gewollt, stationäre Leistungen in den ambulanten Bereich zu verlagern.

Hartmann lässt über den Antrag Art. 24 a und b durch "sinnvoll und notwendig" zu ergänzen.

Abstimmung betreffend Ergänzungen zu Art. 24a und 24b	Ja	Nein	Enthaltungen	Abwesend
	8	5	0	1

Hartmann: Der Antrag Locher wird genehmigt.

Haag: Was spricht gegen eine verbindlichere Formulierung von Artikel 24 ("werden gewährt" statt "können gewährt werden")?



Hartmann: Der Antrag lautet, die Formulierung „können gewährt werden“ durch „werden gewährt“ zu ersetzen und damit verbindlicher zu machen. Was spricht dagegen?

Wild: "Kann gewährt werden", lässt die Möglichkeit offen, auf die Haushaltslage des Kantons Rücksicht zu nehmen.

Ritter: Es gibt einen Unterschied zwischen den Formulierungen: mit "werden" besteht ein Rechtsanspruch, mit "kann gewährt werden" hingegen nicht. Das ist ein erheblicher Unterschied.

Hanselmann: Auf Seite 32 der Botschaft wird ausgeführt, dass kein Rechtsanspruch auf kantonale Beiträge besteht. Deshalb wurde die Formulierung „können gewährt werden“ gewählt.

Art. 26: Gesundheitsgesetz

Huser: Müsste es bei Art. 33 Aufnahmepflicht nicht heissen „Spitäler und psychiatrische Kliniken auf der Spitalliste“? Listenspitäler sind verpflichtet, Personen, bei denen eine Behandlung unaufschiebbar ist, aufzunehmen – Vertragsspitäler oder Ausstandsspitäler hingegen nicht.

Altherr: Es gibt für Spitäler, die nicht Listenspitäler sind, die medizinische Beistandspflicht. Auch Vertrags- und Ausstandsspitäler müssen im Notfall Patientinnen und Patienten aufnehmen und Massnahmen, die zur Stabilisierung des Gesundheitszustandes notwendig sind, erbringen. Sie sind indes nicht verpflichtet weiterführende Behandlungen vorzunehmen. Sie dürfen die Patientin oder den Patienten im Anschluss an die Stabilisierungsmassnahmen verlegen. Die Frage ist, ob die Beistandspflicht auch unter die Aufnahmepflicht fällt.

Wüst: Das Gesundheitsgesetz ist der Grunderlass für die Spitalversorgung. Eine der Grundnormen ist die Aufnahmepflicht in Notsituationen. Es macht Sinn, dass alle Gesundheitsinstitutionen zur Aufnahme im Notfall verpflichtet werden. Dann ist zumindest sichergestellt, dass die Patientin oder der Patient in ärztliche Obhut kommt. Die Hilfeleistung entspricht dem ärztlichen Kodex. Dieser kann auf Institutionen übertragen werden, wo Ärzte tätig sind.

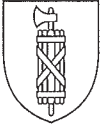
Locher: Hier werden zwei Themen vermischt. Mit Beistandspflicht ist die sogenannte Garantenpflicht gemeint. Auch der Arzt hat eine Garantenpflicht. Eine Abweisung hätte strafrechtliche Konsequenzen. Bei der Aufnahmepflicht geht es darum, ob der Patient aufgenommen werden muss und Anspruch auf Verbleib im Spital hat. Die Aufnahmepflicht geht weiter als die Garantenpflicht. Er ist deshalb der Auffassung, dass Art. 33 auf Listenspitäler beschränkt werden sollte.

Ritter teilt diese Meinung bezüglich Garantenpflicht. Das Strafgesetzbuch schreibt Hilfeleistung vor. Vielleicht stellt sich die Frage, wie weit diese Aufnahmepflicht geht. Spitäler und Psychiatrische Kliniken müssen Personen aufnehmen, deren Behandlung unaufschiebbar ist. Hier kann man sich fragen, was unaufschiebbar bedeutet. Muss Lebensgefahr oder Gefahr einer dauernden Schädigung bestehen? Die ärztliche Leitung entscheidet über die Unaufschiebbarkeit. Eine Einschränkung auf Listenspitäler wäre möglich. In diesem Fall muss bei einer Notfallsituation zuerst der rechtliche Status des Spitals abgeklärt werden. Dies dürfte kaum praktikabel sein.

Wüst: Das Gesundheitsgesetz bezog sich in der alten Fassung auf die Beistandspflicht.

Locher: Es ist eine Auslassung. Wir haben verdankenswerterweise vom Departement die alten Fassungen, welche aufgehoben werden sollen, erhalten. Heute lautet Art. 33: „die staatlichen und die vom Staat durch Bau- oder Betriebsbeiträge gestützte Spitäler und Psychiatrische Kliniken müssen Personen aufnehmen...“. Die neue Formulierung – welche generell von Spitälern und psychiatrischen Kliniken spricht – ist gegenüber der bisherigen Formulierung klar eine Ausweitung. Ein Spital könnte heute einen Notfallpatienten mit dem Vermerk abweisen, dass sie keine Bau- oder Betriebsbeiträge erhalten und somit nicht der Aufnahmepflicht unterliegen.

Hanselmann schlägt vor, diese Formulierung im Departement noch einmal zu überprüfen, um Rechtsunsicherheiten zu vermeiden. Je nach Ergebnis dieser Überprüfung wird der Artikel angepasst oder belassen.



Locher: In Art. 32bis stellt sich eine ähnliche Frage. Dieser Artikel müsste auch überprüft werden.

Hartmann: Das übergeben wir vertrauensvoll dem Departement zur Prüfung. Im Fall einer Anpassung muss jedoch das Verfahren geregelt werden. Die Vorberatende Kommission hat die Möglichkeit, Anträge auf abweichende Formulierungen zu stellen (gelbes Blatt).

Wüst: Eine Anpassung von Art. 32 und Art. 33 wäre Gegenstand des gelben Blattes. Wir würden dem Präsidenten die Änderung mitteilen.

Gysi ist kritisch. Einer Einschränkung in Art. 32bis auf Listenspitäler könnte sie zustimmen, nicht jedoch in Art. 33. Sie ist der Ansicht, dass diesbezüglich ein Kommissionsantrag formuliert werden müsste.

Ritter schlägt vor, dass das Ergebnis der Überprüfung den Kommissionsmitgliedern per E-Mail mitgeteilt wird und eine Frist zur Rückmeldung angesetzt wird.

Hartmann: Wie gehen wir vor, falls sich die vorberatende Kommission (nach Vorliegen der Rückmeldungen) nicht einig ist?

Ritter: In diesem Fall würde das Reglement vorsehen, dass die vorberatende Kommission noch einmal eine Sitzung zu Art. 32bis und Art. 33 durchführen müsste. Er sei zuversichtlich, dass dies aber nicht nötig wird.

Gysi lehnt eine Anpassung von Art. 33 ab.

Hartmann: In diesem Fall sollte die vorberatende Kommission bereits heute abstimmen. Die Kommission hat bereits Themen diskutiert und über Anträge abgestimmt, die heikler und weiterreichender sind als die vorgeschlagene Anpassung von Art. 32bis und Art. 33 des Gesundheitsgesetzes.

Huser interessiert die Beurteilung von Altherr zu beiden Artikeln bevor abgestimmt werde.

Altherr: In Art. 41a KVG ist von der Aufnahmespflicht der Listenspitäler die Rede. Gemäss KVG gibt es keine Aufnahmespflicht für Vertragsspitäler oder Ausstandsspitäler – die medizinische Beistandspflicht dürfte folglich gemäss KVG nicht unter die Aufnahmespflicht fallen. Die Beistandspflicht (oder Garantenpflicht) ist juristisch anderweitig zu regeln und nicht bei der Aufnahmespflicht. Wenn das KVG die Aufnahmespflicht auf Listenspitälern beschränkt, sollte nicht im Rahmen des Gesundheitsgesetzes etwas geregelt werden, das über das KVG hinausgeht.

Bei den Patientenrechten und -pflichten bin ich unsicher, ob diese nicht generell zu regeln sind – unabhängig davon, ob eine Patientin/ein Patient in einem Listenspital, Vertragsspital oder ein Ausstandsspital behandelt wird. Andernfalls überlässt man Patientinnen und Patienten, welche nicht in Listenspitälern behandelt werden, der eigenen Verantwortung.

Locher ist der Auffassung, dass bei einer Behandlung in einem Vertrags- oder Ausstandsspital ein rein privatrechtlicher Vertrag zwischen Patient und Spital besteht. Der Kanton sollte deshalb auch keine Patientenrechte und -pflichten für Vertrags- und Ausstandsspitäler definieren.

Hartmann nennt das Beispiel der Belegarztklinik St.Georg, Goldach, welche über ein eingeschränktes Leistungsspektrum verfügt und ohne dauernde Präsenz der Ärzteschaft ist. Diese Klinik ist medizinisch gar nicht in der Lage, sämtliche Patientinnen und Patienten in einer Notfallsituation aufzunehmen, weil sie nicht über die entsprechenden Fachärzte verfügt. Er räumt ein, dass auch Listenspitäler teils nur ein fest eingeschränktes Leistungsspektrum aufweisen.

Altherr: Im KVG ist die Aufnahmespflicht auf Listenspitäler im Rahmen Ihrer Leistungsaufträge beschränkt.



Hartmann schlägt vor, diese Formulierung in Art. 33 zu übernehmen. In diesem Fall sind auch Kliniken, die nur medizinische Teilgebiete abdecken, rechtlich abgesichert.

Hanselmann schliesst sich dieser Beurteilung an.

Altherr: Somit würde Art. 33 lauten „Listenspitäler müssen im Rahmen ihrer Leistungsaufträge und ihrer Kapazitäten Personen aufnehmen, deren Behandlung unaufschiebbar ist“.

Es muss nicht zwischen Spitälern und psychiatrischen Kliniken unterschieden werden, weil der Begriff sämtliche Akutspitäler, psychiatrische Kliniken und Rehabilitationskliniken umfasst, die auf der Spitalliste aufgeführt sind.

Ritter schlägt vor, die Formulierung von Altherr wie folgt zu ergänzen: „über die Nothilfe hinaus“. Nothilfe ist für alle Pflicht und Selbstverständlichkeit – auch für Vertragsspitäler, Ausstandsspitäler oder Listenspitäler mit eingeschränktem Leistungsspektrum.

Haag begrüsst die Ergänzung "über die Nothilfe hinaus". Nothilfe muss geleistet werden, ob die Kapazitäten vorhanden sind oder nicht.

Altherr: Folglich lautet die Formulierung „Listenspitäler müssen im Rahmen ihrer Leistungsaufträge und ihrer Kapazitäten über die Nothilfe hinaus Personen aufnehmen, deren Behandlung unaufschiebbar ist“.

Hartmann lässt über diesen Satz abstimmen.

Abstimmung zur Änderung von Art. 33	Ja	Nein	Enthaltungen	Abwesend
	14	0	0	1

Hartmann hält fest, dass der Antrag zur Ergänzung von Art. 33 Gesundheitsgesetz angenommen wurde und stellt Art. 32bis zur Diskussion.

Ritter: Art. 32bis sollte – wie von Locher vorgeschlagen - auf Listenspitäler beschränkt werden. Vertrags- und Ausstandsspitäler sollen allgemeine Geschäftsbedingungen erlassen. Wer sich dort behandeln lassen möchte, muss die allgemeinen Geschäftsbedingungen akzeptieren. Ausserdem ist unklar, wie Vertrags- oder Ausstandsspitäler überhaupt verpflichtet werden können, Patientenrechte und –pflichten einzuhalten. Werden die Patientenrechte oder –pflichten in einer Verordnung geregelt, muss es einen Verwaltungsrechtsweg geben. Wie dieser bei einem Vertrags- oder Ausstandsspital aussieht, ist für ihn unklar.

Hartmann: Somit lautet der Antrag, beim Strich von Art. 32bis "Listenspitäler" einzutragen (und psychiatrische Kliniken zu streichen) und lässt darüber abstimmen:

Abstimmung zur Änderung von Art. 32bis	Ja	Nein	Enthaltungen	Abwesend
	14	0	0	1

Hartmann: Der Antrag auf Anpassung von Art. 32bis des Gesundheitsgesetzes wurde genehmigt.

Wild: In Art. 2d des Gesundheitsgesetzes ist vom Grossen Rat und nicht vom Kantonsrat die Rede.

Altherr: Gemäss Staatskanzlei wird erst im Rahmen einer Gesamtüberarbeitung des Gesundheitsgesetzes die Bezeichnung Grosser Rat durch Kantonsrat ersetzt – aber nicht bei Anpassung einzelner Artikel.

Art. 29: Grossratsbeschluss über die Staatsbeiträge an Ausbau und Betrieb des Ostschweizerischen Säuglings- und Kinderspitals St.Gallen



Locher zu Art. 29 d und e: Es werden drei Kantonsratsbeschlüsse aufgehoben, diejenigen der geriatrischen Klinik, der Klinik Stephanshorn und der Klinik Valens. Baubeiträge an die Geriatri-sche Klinik und an das Ostschweizer Kinderspital setzen – gemäss Aussagen von Altherr – eine separate Bauvorlage der Regierung an den Kantonsrat voraus. Für ihn ist wichtig, dass dies im Protokoll festgehalten wird.

Hanselmann bestätigt, dass ein Baubeitrag Gegenstand einer separaten Vorlage der Regierung an den Kantonsrat sein wird. Das Gesetz über die Spitalplanung und –finanzierung bildet lediglich die rechtliche Grundlage, überhaupt einen Baubeitrag sprechen zu können. So kann später nicht argumentiert werden, dass die neue Spitalfinanzierung keine ergänzenden Baubeiträge (abgesehen von den Investitionszuschlägen, welche die öffentliche Hand anteilmässig übernehmen müsse) vorsehe.

Hartmann zu Art. 3: Walter Locher hat zu Beginn angeregt, am Schluss der Diskussion nochmals die Frage nach der Definition des Begriffes "Spital" zu klären. Bestehen noch Klärungsbedarf.

Locher verneint, nachdem der Begriff "Spital" in der Diskussion mehrere Male präzisiert wurde.

5 Rückkommen

Keine Wortmeldungen und keine Rückkommensanträge.

6 Antrag an den Kantonsrat

Hartmann lässt über den Antrag an den Kantonsrat mit den heute beschlossenen Änderungen abstimmen. Die Änderungen werden den Mitgliedern in den nächsten Tagen zugestellt, für den Kantonsrat wird ein gelbes Blatt mit den Anträgen der vorberatenden Kommission erstellt.

Abstimmung Eintreten auf Vorlage und Zustimmung zu Kommissionsanträgen (gelbes Blatt)	Ja	Nein	Enthaltungen	Abwesend
	10	0	4	1

Hartmann hält fest, dass der Antrag angenommen wurde.

7 Varia

7.1 Bezeichnung Kommissionssprecher/Kommissionssprecherin

Hartmann erklärt sich bereit, die Aufgabe des Kommissionssprechers zu übernehmen. Die Kommission stimmt dem zu.

7.2 Medienorientierung

Hartmann stellt zur Diskussion, ob eine Medienmitteilung erfolgen soll.

Kündig fragt, ob es einen Grund gebe, von einer Medienorientierung abzusehen.

Ritter spricht sich für eine Medienorientierung aus. Es handelt sich um ein bedeutendes Gesetz und um einen der grössten Ausgabepositionen des Kantons. Mit einer Medienmitteilung kann eine Diskussion in der Öffentlichkeit bereits früh lanciert werden.



Huser bittet darum, die Medienmitteilung vor deren Veröffentlichung an die Sprecher der Parteien zu senden, um noch allfällige Anpassungen vorzunehmen.

Hartmann: Dem Wunsch von Huser soll entsprochen werden. Die Medienmitteilung wird den Fraktionssprechern der Parteien anfangs nächster Woche – vor dem Medienversand - zugestellt.

Der Kommissionspräsident schliesst die Sitzung und dankt für die gute Zusammenarbeit.

St.Gallen, 14. September 2011

Der Präsident der vorberatenden
Kommission:

Andreas Hartmann

Die Protokollführerin:

Franziska Yoanidis

Beilagen

- Präsentation

Geht an

- Mitglieder der vorberatenden Kommission (KRVersandadresse)
- Gesundheitsdepartement
- Staatskanzlei (2)
- Fraktionspräsidentinnen und -präsidenten (5)