

Mittwoch, 15. Juni 2011 Nachmittag

Vorsitz:	Standespräsidentin Christina Bucher-Brini / Standesvizepräsident Ueli Bleiker
Protokollführer:	Domenic Gross
Präsenz:	anwesend 118 Mitglieder entschuldigt: Davaz, Monigatti
Sitzungsbeginn:	14.00 Uhr

Teilrevision des Gesetzes über die Krankenversicherung und die Prämienverbilligung (Botschaften Heft Nr. 11/2010-2011, S. 883) (*Fortsetzung*)

Detailberatung (*Fortsetzung*)

Stanesvizepräsident Bleiker: Darf ich Sie bitten, in den Saal zu kommen und Platz zu nehmen? Wir fahren fort mit der Behandlung der Teilrevision des Gesetzes über die Krankenversicherung und die Prämienverbilligung. Darf ich um etwas Ruhe bitten? Wir kommen zu Art. 11 Abs. 1 und 2. Herr Kommissionspräsident.

Art. 11

Antrag Kommissionsmehrheit (7 Stimmen: Candinas, Casanova-Maron, Hardegger, Holzinger-Loretz, Kleis-Kümin, Trepp, Troncana-Sauer; Sprecher: Candinas) *und Regierung*

Art. 11 **aufheben**

Antrag Kommissionsminderheit (1 Stimme: *Noi-Togni*)

Art. 11 ändern wie folgt:

1 Die Prämienverbilligung wird direkt an den Versicherer der anspruchsberechtigten Person ausbezahlt.

² **Aufgehoben**

³ **Aufgehoben**

⁴ Die Regierung kann die Auszahlung geringfügiger Beträge ausschliessen.

Candinas; Kommissionspräsident: Da die Auszahlung der Prämienverbilligung aufgrund der übergeordneten Bundesgesetzgebung an die Versicherer zu erfolgen hat, müssen Absätze eins bis drei gestrichen werden. Nur für Abs. 4 wollen wir diesen Artikel nicht belassen. So beantragen Kommissionsmehrheit und Regierung, den ganzen Artikel aufzuheben und Abs. 4 im nachfolgenden Art. 16 als Abs. 4 zu integrieren. Ein Minderheitsantrag von Nicoletta Noi-Togni will den Wechsel der Auszahlungsart explizit im Gesetz erwähnen. Kommissionsmehrheit und Regierung sind der Meinung, dass nach den VFRR-Grundsätzen dies nicht nötig ist, da Art. 65

KVG dies bereits klar und deutlich umschreibt. Folgen Sie bitte der Kommissionsmehrheit und der Regierung.

Noi-Togni; Sprecherin Kommissionsminderheit: Zwei sind die Kernpunkte der vorliegenden Teilrevision des Gesetzes über die Krankenversicherung und die Prämienverbilligung. Beide stammen aus der Änderung des eidgenössischen Krankenversicherungsgesetzes vom 19. März 2010 und beide haben ihren Ursprung in der Zunahme nichtbezahlter Krankenkassenprämien von der Allgemeinheit. Die erwähnten Kernaspekte sind erstens: Die neue Reglementierung im Umgang mit unbezahlten Prämien. Zweitens: Die grundsätzliche Änderung nach welcher die Prämienverbilligung an die Versicherer ausbezahlt werden und nicht mehr wie bis anhin in unserem Kanton an die versicherte Person. Diese letzte Umstellung – und um diese geht es bei meinem Antrag als Kommissionsminderheit, wird vom Bund peremptorisch den Kantonen angeordnet, wie Sie lesen können auf Seite 884 der Botschaft, wo geschrieben steht – ich zitiere: „Gemäss dem geänderten Art. 65 KVG wird den Kantonen neu vorgeschrieben: Die Prämienverbilligung zwingend an die Versicherer auszubezahlen.“ Zitat Ende. Ebenfalls zu lesen auf Seite 887 – ich zitiere: „Im neu formulierten Abs. 1 vom Art. 65 KVG wird dies festgelegt, dass die Auszahlung der Prämienverbilligung ausschliesslich an die Versicherer zu erfolgen hat. Diese Regelung garantiert, dass die ausgerichteten Beiträge tatsächlich für die Prämienverbilligung der anspruchsberechtigten Personen eingesetzt werden.“ Zitat Ende. Materiell betrachtet, seit einigen Jahren postulierte Veränderung und diese seit Jahren postulierte Veränderung und von uns allen unbestritten, ist sehr wichtig. In Anbetracht dieser Wichtigkeit ist das Fehlen dieser Bestimmung im kantonalen Gesetz in formaler Hinsicht kaum zu verstehen. Ja, meine Damen und Herren, Sie können diesen Gesetzesentwurf auf den Kopf stellen wie Sie wollen, werden Sie diese Kernbestimmung im Gesetz nicht mehr finden. Durch die Aufhebung der Art. 11, wie Regierung und Kommissionsmehrheit wollen, beziehungsweise durch die Aufhebung des Abs. 1 des alten Gesetzes, welcher sagt – sie sehen es: Die Prämienverbilligung wird unter Vorbehalt von Abs. 2 – gut, das ist nicht wichtig, der anspruchsberechtigten Personen ausbezahlt. Das fällt jetzt weg. Und durch die Aufhe-

bung, eben dieses Abs. 1, entsteht eindeutig eine Lücke im Gesetz. Deswegen mein Antrag als Kommissionsminderheit, der lautet: Die Prämienverbilligung wird direkt an den Versicherer der anspruchsberechtigten Person ausbezahlt. Abs. 1 des Art. 11. Kommission und Regierung akzeptieren meinen Antrag nicht anhand zweier Begründungen: Zum einen steht diese Bestimmung der Auszahlung an den Versicherer bereits im eidgenössischen KVG. Zum zweiten akzeptieren sie nicht, wegen denen im Kanton herrschenden Massnahmen der Verwesentlichung und Flexibilisierung. Dies sogar gegen die Ausführungen derselben Botschaft notabene, die auf Seite 887 von Anpassung zum Bedarf der kantonalen Regelung spricht und dies gezielt wegen der neuen Modalitäten der Auszahlung. Und auf Seite 888, es liegt explizit die Auszahlung der Prämienverbilligung an die Versicherer statt an die Versicherten, als Eckpunkt – Sie können selber schauen auf der Seite 888, explizit als Eckpunkt der Veränderung definiert. Meine Frage an Sie: Soll und kann der Eckpunkt eines Gesetzes Opfer der willkürlichen Verwesentlichung und Flexibilisierung werden? Schwierig sollte, dies plausibel zu erklären und noch mehr als Resultat ein folgerichtiges Denken zu verkaufen. Geschätzte Damen und Herren, als Mitglied einer Legislative haben Sie zu sorgen, dass unsere Gesetze korrekt zusammengestellt sind und möglichst so klar verfasst sind, dass jeder verstehen kann, was vorgeschrieben wird. Ein Beitrag, nicht zuletzt im Sinne der Menschenwürde gegenüber unserem Volk. Durch meinen Minderheitsantrag wird Ihnen diese Möglichkeit gegeben. Sie können entscheiden, ob Sie das wollen oder nicht. Auch in Anbetracht der Tatsache, dass ein Ja zu meinem Minderheitsantrag keinen Geldanspruch mit sich zieht.

Regierungsrätin Janom Steiner: Sehr viel mehr als der Kommissionspräsident kann ich Ihnen dazu eigentlich nicht sagen. Der Grundsatz, dass die Prämienverbilligungen an die Versicherer direkt bezahlt werden, dieser besteht nun und der gilt, ob Sie nun diese Bestimmung in unser kantonales Gesetz aufnehmen oder nicht. Der Grundsatz gilt. Er ist festgehalten in der Bundesgesetzgebung. Es ist ein Eckpunkt, wie das Grossrätin Noi zu Recht festhält, aber ebenso ist der Ablauf, wie mit Zahlungsverzug umzugehen ist, also die ganzen Bestimmungen oder Regelungen, die in Art. 64a KVG beinhaltet sind, das sind genauso wichtige Eckpunkte im Umgang mit der Prämienverbilligung. Also Sie müssen einfach entscheiden: Wollen Sie Bundesrecht in unserem kantonalen Recht wiederholen – das wird keine eigenständige Bedeutung haben, sondern das ist eine reine Wiederholung. Die Grundsätze gelten so oder so. Wir sind der Auffassung, es ist nicht notwendig. Der Systemwechsel, der wird vollzogen und der wird derart markant sein. Das man wissen wird, dass die Prämienverbilligung so erfolgt und das werden ja alle jene, die eine beziehen, werden dies auf ihrem Krankenkassenausweis ja dann aufgeführt haben. Sie werden sehen, dass Sie diese Prämienverbilligungen erhalten haben, einfach nicht direkt, sondern über die Versicherer. Also Sie können sich einfach überlegen, ob wir in Zukunft die Gesetze umfangreicher gestalten. Dann müssen wir uns aber vom

Grundsatz VFRR verabschieden. Dann werden wir auch in anderen Gesetzen diesen Grundsatz brechen müssen und wir werden viel umfangreichere Gesetze haben. Und ob diese dann wirklich noch lesbar sind oder verständlicher sind, bezweifle ich. Darum bitte ich Sie, bei der Kommissionsmehrheit und Regierung zu bleiben und diesem Antrag nicht zu folgen.

Peyer: Ich glaube nicht, dass es mit der Verwesentlichung und Flexibilisierung der Rechtsetzung und der Rechtsanwendung irgendetwas zu tun hat, wenn man den Kernsatz eines Gesetzes einfach nicht mehr schreibt. Ich glaube nicht, dass das damit gemeint ist. Frau Regierungsrätin hat jetzt selbst ausgeführt, dass die Gesetze lesbar und verständlicher sein sollen. Ja, wenn das so ist, dann müssen Sie mindestens den Kernsatz dieses Gesetzes, nämlich, dass die Prämienverbilligung nicht mehr an die Versicherten, sondern an den Versicherer gehen. Mindestens den Satz müssten Sie dann drin lassen. Sonst dünne wir einfach die Gesetzgebung aus, sonst können wir praktisch immer sagen, ja es gibt dann noch ein übergeordnetes Gesetz, das auch schon ein paar Sachen regelt. Aber ich glaube, wenn wir uns nachher noch über schwarze Listen und solches Zeugs unterhalten können, dann wäre es mindestens angebracht, dass das Kernelement dieser Vorlage, warum wir es überhaupt machen, dass das im kantonalen Gesetz enthalten ist und ich bitte Sie deshalb den Antrag Noi zu unterstützen, weil nur mit diesem Antrag haben Sie Gewähr, dass man überhaupt nachher versteht, um was es hier überhaupt geht.

Pfenninger: Selbstverständlich unterstütze ich den Minderheitsantrag, aber ich habe noch eine Frage bezüglich dieser Ausbezahlung der Prämienverbilligung. Neu sollen diese ja an den Versicherer erfolgen. Bisher war die Praxis so, dass in der Regel erst nach der definitiven Steuerveranlagung die Prämienverbilligungen ausbezahlt wurden. Die Frage geht dahin: Wie ist vorgesehen, die Praxis neu zu regeln, wenn Prämien bereits bezahlt sind von den Versicherten und dann die Prämienverbilligung an die Versicherer geht, wird das dann rückerstattet oder wie funktioniert das?

Regierungsrätin Janom Steiner: Ja, zu den Details, wie dann diese Datenübertragung erfolgt, kann ich Ihnen noch nicht sehr viel sagen, weil diese werden dann noch in den Verordnungen des Bundesrates aufgeführt. So wie wir jetzt informiert sind werden die Steuerdaten direkt der Sozialversicherungsanstalt übermittelt, dann wird bei der Sozialversicherungsanstalt geprüft, ob die Person Anspruch auf Prämienverbilligung hat. Diese Meldung erfolgt dann an die Versicherer, die bekommen dann letztlich die Meldung, sie erhalten die Prämienverbilligung und werden sie dann auf dem Krankenkassenausweis in Abzug bringen von der Prämie. Wenn zuviel Prämienverbilligung geleistet wurde, dann können die selbstverständlich auch wieder zurückgefordert werden. Andererseits wird man aber auch sehen, wenn jemand anspruchsberechtigt war und diese nicht in Abzug gebracht worden wäre, wird man selbstverständlich diese dann noch in Abzug bringen, wahrscheinlich auf der nächsten Prämienrechnung. Aber wie nun die Details der

Datenübertragung genau sind, das wissen wir noch nicht. Das soll standardisiert werden und das wird uns eben in diesen Verordnungen dann bekannt gegeben. Ich habe Ihnen heute am Morgen ja vorgelesen, dass wir trotzdem weitermachen sollen und dass die Details dann irgendwann folgen.

Noi-Togni: Also ich kann wiederholen, was ich bereits gesagt habe. Peter Peyer hat es auf den Punkt gebracht, ganz genau. Es geht hier um ein Kernpunkt dieses Gesetzes und wenn Sie so arbeiten wollen, Sie dürfen schon, aber denn, ich weiss nicht warum wir stehen hier und arbeiten an unseren Gesetzen, wenn ausgerechnet etwas so Wichtiges ausgelassen wird. Also das widerspricht jeglicher Logik, das können Sie sagen, alles was Sie wollen. Ich bin überzeugt davon und mit den Leuten, mit welchen ich gesprochen haben, ist auch so, dass sie überzeugt sind. Es ist keine gute Visitenkarte für unser Parlament, es tut mir leid. Ich würde sorgfältiger mit unseren Gesetzen umgehen.

Candinas; Kommissionspräsident: Ja jetzt fühle ich mich doch gezwungen, nochmals das Wort zu ergreifen. Wir schreiben in unserem Gesetz nichts über die Auszahlung. Und dann ist klar, dass das Bundesgesetz Gültigkeit hat und dort steht klar unter Artikel 65, dass die Kantone bezahlen den Beitrag für die Prämienverbilligung direkt an die Versicherer, bei denen diese Personen versichert sind. Und was im Bundesgesetz steht, müssen wir doch nicht in unserer Gesetzgebung alles noch wiederholen und sonst werden unsere Gesetze noch länger. Also ich meine, die Kommissionsmehrheit, und das ist von links bis rechts, nicht von ganz links, ist dieser Meinung und bitte folgen Sie der Kommissionsmehrheit.

Standesvizepäsident Bleiker: Kann ich davon ausgehen, dass die Diskussion erschöpft ist? Wir bereinigen Art. 11 Abs. 1 und 2. Wer Kommissionsmehrheit und Regierung folgen möchte, möge sich bitte erheben. Wer dem Antrag der Kommissionsminderheit unterstützen möchte, möge sich bitte erheben. Sie sind Kommissionsmehrheit und Regierung mit 78 zu 15 Stimmen gefolgt. Wir kommen zu Artikel 11a. Auch hier haben wir einen Mehrheits- und einen Minderheitsantrag. Ich gebe zuerst dem Kommissionspräsidenten und Sprecher der Mehrheit, Grossrat Candinas das Wort.

Abstimmung

Der Grosse Rat folgt dem Antrag der Kommissionsmehrheit und Regierung mit 78 zu 15 Stimmen.

Art. 11a

Antrag Kommissionsmehrheit (10 Stimmen: Augustin, Candinas, Casanova-Marion, Gunzinger, Hardegger, Holzinger-Loretz, Kleis-Kümin, Niggli-Mathis [Grüsch], Trepp, Troncana-Sauer; Sprecher: Candinas) und Regierung

Art. 11a ändern wie folgt:

¹ Die Regierung kann die SVA beauftragen, eine Liste im Sinne von Artikel 64a Absatz 7 KVG der versicherten

Personen zu führen, die ihrer Prämienpflicht trotz Betreibung nicht nachkommen.

² Sie legt fest, welche säumigen Personen nicht auf der Liste zu erfassen sind.

Antrag Kommissionsminderheit (1 Stimme: Noi-Togni)
Art. 11a **streichen**

Candinas; Kommissionspräsident: Wie in der Eintretensdebatte bereits dargelegt, begrüsst die Kommissionsmehrheit, dass die Regierung die Möglichkeit erhalten soll eine Liste der versicherten Personen, die ihrer Prämienpflicht trotz Betreibung nicht nachkommen zu führen. Die SVA wird damit beauftragt entsprechend der in Art. 64a Abs. 7 KVG vorgesehenen Möglichkeit eine Liste der Personen zu führen, die trotz Betreibung ihrer Prämienpflicht nicht nachkommen. Die Kommissionsminderheit, sprich Nicoletta Noi-Togni möchte der Regierung diese Möglichkeit nicht gewähren. Der Kanton Thurgau hat mit einer solchen Liste über mehrere Jahre gute Erfahrungen gemacht. Die für den Kanton Graubünden beabsichtigte Liste soll jedoch nicht Personen enthalten, welche ihre Prämien und Kostenanteile nicht bezahlen können, sondern nur diejenigen, die nicht bezahlen wollen. Auf diese soll Druck ausgeübt werden. Daher ist es wichtig, dass die Regierung festsetzt, welche säumigen Personen nicht auf der Liste zu erfassen sind. Gemäss dem der Kommission vorgelegten Verordnungsentwurf soll es insbesondere Bezüger von Ergänzungsleistungen zur AHV/IV von öffentlicher Unterstützung und von Mutterschaftsbeiträgen gemäss Art. 9 Abs. 1 dieses Gesetzes nicht auf der Liste der säumigen Personen erfasst werden. Bei Personen, die auf der Liste der säumigen Zahler sind haben die Versicherer mit Ausnahme von Notfallbehandlungen die Kostenübernahme für Leistungen aufzuschieben und der zuständigen kantonalen Behörde Meldung über den Leistungsaufschub und dessen Aufhebung nach Begleichung der ausstehenden Forderungen zu erstatten. Ich bitte Sie den Antrag der Kommissionsmehrheit und Regierung zu unterstützen.

Stiffler (Davos Platz): Ich habe einen Antrag zu Art. 11a und möchte das Wort „kann“ streichen. Der neue Artikel würde folgendermassen lauten: Die SVA führt im Auftrag der Regierung eine Liste im Sinne von Art. 64a Abs. 7 KVG der versicherten Personen, die ihrer Prämienpflicht trotz Betreibung nicht nachkommen. Eine kurze Begründung des Antrags. Mit dem Wort kann gibt es für mich ein Problem. Die Regierung kann, wenn sie will und wenn sie nicht will, dann muss sie nicht. So über die Leiste geschlagen. In der Privatwirtschaft und vor allem beim KMU aus der ich komme, wäre man froh, wenn eine solche Liste existieren würde. Man könnte dann Guthaben, die nicht bezahlt werden, früher vielleicht eintreiben. Wenn ich im Bericht lese, wie viele Prämien ausstehend sind und zuletzt vom Steuerzahler bezahlt werden, habe ich kein Verständnis. Bitte unterstützen Sie meinen Antrag, dieses kann zu streichen.

Antrag Stiffler (Davos Platz)

Art. 11a Abs. 1 ändern wie folgt:

Die SVA führt im Auftrag der Regierung eine Liste im Sinne von Art. 64a Abs. 7 KVG der versicherten Personen, die ihrer Prämienpflicht trotz Betreuung nicht nachkommen.

Gasser: Ich habe eine Frage. Und zwar wie läuft diese Untersuchung ob er will oder kann bezahlen? Im Allgemeinen ist es so, dass auch unsere Debitoren an sich immer zahlen wollen und sie verträsten mich dann mit irgendwelchen Begründungen, dass sie doch nicht können. Ich wäre doch froh, ich würde hier Klarheit bekommen.

Standesvizepräsident Bleiker: Ich entschuldige mich in aller Form bei Grossrätin Noi. Ich habe Sie als Sprecherin der Minderheit übergangen. Ich hoffe, Sie nehmen meine Entschuldigung an.

Noi-Togni; Sprecherin Kommissionsminderheit: Ist entgegengenommen. Gut, es geht hier um die Erstellung einer Liste, der so genannten säumigen versicherten Personen, auch schwarze Liste genannt, welche der Art. 64 der eidgenössischen KVG zulässt. Beschlossen eine solche Liste zu führen, haben bis jetzt die Kantone Luzern, Zug, Baselland, Schaffhausen, Aargau und Thurgau. Keine Liste führen werden hingegen die Kantone Zürich, Bern, Uri, Fribourg, Basel Stadt, Aargau, St. Gallen, Waadt und Wallis. Wie Sie sehen durch meinen Minderheitsantrag möchte ich nicht, dass unser Kanton eine solche Liste führt. Dies aus mindestens fünf Gründen. Erstens: Schwarze Listen sind immer gefährlich. Und die Geschichte hat uns dies mehr als genug gelehrt. Sie schaffen eine Präzedenz, das zu Diskriminierung führen kann. Sie stempelt eine bestimmte Person, manchmal nicht die richtige. Zweitens: So eine Liste ist unnötig. Zumal Personen, welche in Betreibungsverfahren mit involviert sind, bereits entsprechend registriert und in den Akten von verschiedenen Ämtern notiert sind. Drittens: So eine Liste ist unverhältnismässig und trägt den Geschmack der Prügelei. Schauen Sie mal. Bis heute haben die Leute in Graubünden die Prämienverbilligung direkt bezahlt bekommen. Nach dieser Revision, und darüber sind wir alle glücklich, gehen diese Beträge direkt an die Versicherer. Dies ist bereits eine Disziplinarmassnahme. Eine Änderung gegenüber heute, welche die Leute spüren werden. Ist es angebracht, dass wir mit einer Zusatzmassnahme, schwarze Liste genannt, noch dazu drücken. Trampen auf jemanden, der bereits am Boden liegt, ist nicht schön. Viertens: Zunahme der Bürokratie. Wahrlich seltsam in einem Kanton, wo die Grundsätze der Verwesentlichung und Flexibilisierung herrschen, die Einführung einer Liste, die eindeutig mehr Bürokratie mit sich bringt. Wenn Sie lesen auf Seite 894 und 895 der Botschaft, dann sehen Sie, dass auch die Führung der Liste der säumigen versicherten Personen zu administrativem Mehraufwand führt. Wollen wir das? Fünftens: Datenschutzproblematik. Dieser Schutz bei der Führung einer schwarzen Liste ist nicht über jeglichen Zweifel erhaben. Fazit: Im Sinne des Respektes, das wir unserem Mitmenschen entgegenbringen sollten, denken

wir bei dieser Entscheidung schwarze Liste, dass jede plötzlich oder transitorisch auf der Schattenseite des Lebens stehen kann und dass mit einer schwarzen Liste nicht getan ist. Ich denke hier z.B. an die vielen allein-stehenden Frauen, welche sich genügen müssen mit einer AHV-Rente, die fast gänzlich ausgegeben wird monatlich für einen bescheidenen Unterhalt. Und auch zum Bezahlen der Krankheitskosten. Wie schon heute Morgen gesagt worden ist, die Krankenkassenprämien sind immer gestiegen und sie haben auch ihre Wirkung irgendwo gezeigt. Und eine Wirkung kann auch die Verarmung sein. Übrigens die Missbräuche, welche zitiert worden sind in der Eintretensdebatte berühren nicht auf die Prämienverbilligung als solche und haben schon gar nichts mit einer schwarzen Liste zu tun, sondern beginnen, meine ich, bei der Steuererklärung oder andere administrative Vorhaben.

Gartmann-Albin: Ich kann das Votum von meiner Ratskollegin Nicoletta Noi voll unterstützen. Auch ich sehe absolut keinen Grund, ein weiteres Register für säumige Versicherte zu führen. Warum? Da die Auszahlung der Prämienverbilligung gemäss Bundesrecht zukünftig zwingend direkt an die Versicherer erfolgt, ist das Problem der nicht bezahlten Prämien bei den wenig oder gar nichts verdienenden Versicherten gelöst. In meiner 18jährigen Tätigkeit als Betreibungsbeamtin hat mir die Erfahrung gezeigt, dass es niemand ohne triftigen Grund darauf ankommen lässt, sich für die Einholung der Krankenkassenprämien betreiben zu lassen. Eine Betreuung ist mit zusätzlichen Kosten verbunden und zudem ist man ab Eingang der Betreuung für zehn Jahre im Betreibungsregister des Kreises eingetragen. Ein Betreibungsauszug mit aufgeführtem Betreibungsbegehren erschwert massiv die Suche nach einer Wohnung oder Anschaffung, welche vor Lieferung eine Betreibungsauskunft wünscht. Weiter kann zehn Tage nach Erhalt des Betreibungsbegehrens, sofern die Forderung in der Zwischenzeit nicht beglichen wurde oder ein Rechtsvorschlag erhoben wurde, das Fortsetzungsbegehren eingereicht werden. Bei nicht selbständigen Personen bedeutet dies Lohnpfändung, bei selbständig Erwerbenden Pfändung. Glauben Sie wirklich, dass es Leute gibt, die es auf eine solche Massnahme ankommen lassen, obwohl sie eigentlich in der Lage wären, ihre Prämienzahlungen nachzukommen. Meine Erfahrungen haben klar gezeigt, dass Personen, welche für ihre Prämienzahlung betrieben werden, schlicht und einfach nicht in der finanziellen Lage sind, diese zu begleichen. Die Bearbeitung der schwarzen Liste führt einmal mehr zu unnötiger Bürokratie. Bauschen wir diese doch bitte nicht noch künstlich auf. Ich unterstütze aus diesen Gründen klar den Minderheitsantrag von Kollegin Noi und bitte Sie, es mir gleich zu tun.

Müller: Ich erachte die Hoffnung auf die angesprochene präventive Wirkung, die durch das Führen einer so genannten schwarzen Liste entfaltet werden soll, als Trugschluss. Wie die Kollegin Gartmann bereits erwähnt hat, werden säumige Zahler bereits heute zur Kasse gebeten. Und zwar über Betreuung. Wenn eine Betreuung nichts nützt, dann bringt auch eine schwarze Liste nichts. Für

mich gibt es aber noch andere Bedenken. Wenn jemand auf dieser schwarzen Liste ist, bekommt er jahrelang möglicherweise nur eine Notfallversorgung. Es gibt jedoch Notfälle, die erst bei Routineuntersuchungen erkannt werden. Die Gefahr, dass jemand mit einem unerkannten Notfall abgewimmelt wird, ist hier sehr gross. Auch möchte ich noch Vorbehalte anbringen an die Gesundheitsdirektorenkonferenz, die sie im Februar dieses Jahr geäussert hat. Datenschutzrechtlich sagt sie, sei das letzte Wort noch nicht gesprochen, weil verschiedene Stellen Einsicht in die Betreibungsdaten hätten. Weiter würde manchen Versicherten nicht von der Liste gelöscht, nachdem sie ihre Prämien schulden nachgezahlt hätten. Und ganz grundsätzlich sei es eine gewisse Aushöhlung des Versicherungsschutzes, wenn die Leistungen sistiert würden. Das Krankenversicherungsbüro wäre damit tangiert. Vor diesem Hintergrund würde es mich interessieren, wie die Regierung den Einsatz dieser richtig genannten neuen Bürokratie rechtfertigen will. Nach den Erfahrungen anderer Kantone belaufen sich die EDV-Investitionen bereits auf mehrere 100'000 Franken. Gleich sieht es bei den Betriebskosten aus. Luzern etwa rechnet mit einem administrativen Mehraufwand von 300'000 Franken pro Jahr. Gerne würde ich von Ihnen, Frau Regierungsrätin wissen, mit wie vielen Kosten Sie für Graubünden rechnen? Ebenfalls wüsste ich gerne, wie viele Prozent säumige Zahler Sie heute nach einer Betreibung im Kanton Graubünden noch übrig bleiben. Die genannten Punkte sind der Grund dafür, dass Kantone wie Bern, Zürich und Basel auf das Führen einer schwarzen Liste verzichten. Ich empfehle, die Bedenken, die selbst die GDK äussert, ernst zu nehmen und bitte Sie, den Antrag der Kommissionsminderheit zu unterstützen.

Casanova-Maron: Grossrätin Noi, Ihr Mitgefühl gegenüber den Bedürftigen in diesem Kanton ehrt Sie. Und Sie sind hier nicht alleine. Auch die Kommissionsmehrheit denkt gleich darüber. Denn die schwarze Liste zielt nicht auf Bedürftige. Der Kommissionspräsident hat das deutlich aufgeführt. Die Ausführungen von Grossrätin Gartmann hingegen erstaunen mich sehr. Als Betreibungsbeamtin erzählt sie von ihren Erfahrungen, dass Leute mit guten Einkommen, es nicht auf eine Betreibung ankommen lassen. Als zuständige Departementsvorsteherin der Gemeinde Domat/Ems kann ich von anderen Erfahrungen berichten. Und es ist tatsächlich so, dass gewisse Personen es darauf anlegen, da ja heute die Regelung so ist, dass wenn der Verlustschein vorliegt, die Gemeinde zu bezahlen hat. So wird es auch in Zukunft sein. Nur, dass in Zukunft der Kanton die Ausstände zahlt. Es gibt tatsächlich Personen, die nicht zahlen wollen. Und Frau Regierungsrätin hat das schon ausgeführt. Es geht nicht um die Personen, die nicht zahlen können, die werden gemäss Verordnung in eine Regelung aufgenommen. Und die sollen gar nicht auf dieser schwarzen Liste erscheinen. Ich bitte Sie, den Antrag der Kommissionsmehrheit zu unterstützen. Ich bitte Sie aber auch, die Verschärfung gemäss Antrag Stiffler abzulehnen.

Niggli-Mathis (Grüsch): Es gibt für mich heute zwei Sachen und ich glaube, wir müssen den Mittelweg ge-

hen. Die eine Sache ist der Antrag Noi, der Minderheitsantrag. In Art. 11a Abs. 2. heisst es nämlich ausdrücklich, die Regierung legt fest, welche säumigen Personen nicht auf die Liste kommen. Es ist richtig, was Frau Noi sagt, wir haben nicht die Absicht von der Kommission her auf den Schwachen herum zu trampeln, sondern wirklich auf jene, die nicht zahlen wollen. Und es ist heute so: Wer die Volksseele zum Kochen bringen will, der braucht nur irgendwelche Unterstützung zu leisten an Leuten, die sich drücken vor ihren Pflichten und vor ihren Aufgaben. Und das wollen wir nicht. Und dem wollen wir einen Riegel schieben. Und nicht mehr aber auch nicht weniger. Helfen Sie mit, damit dieser Minderheitsantrag abgelehnt wird. Diese Liste hat ihre Berechtigung. Zum Antrag Stiffler möchte ich so viel sagen, ich bin grundsätzlich seiner Meinung, wir brauchen diese Liste. Er möchte diese aber von mir aus gesehen etwas zu eng fassen. Deshalb möchte ich von Frau Regierungsrätin eine Protokollerklärung, dass diese Liste auch ganz klar in Auftrag gegeben wird. Das hätte ich sehr gerne und dann verstehe ich das kann. Und das habe ich schon in der Eintretensdebatte gesagt, dass dann die Regierung über diese Liste bestimmen kann, ohne dass wir weitere Gesetzesänderungen brauchen. Dann kann die Regierung nämlich diese Liste, wenn sie wirklich nichts bringt, wieder absetzen und diese Kosten und diese Aufwendungen für diese Liste wieder einsparen. In diesem Sinne möchte ich Sie bitten, der Kommissionsmehrheit zu folgen und ich möchte Sie bitten, mitzuhelfen, damit die Regierung den nötigen Handlungsspielraum erhält, so wie wir ihn hier von der Kommissionsmehrheit aus auch vorgesehen haben.

Troncana-Sauer: Ich möchte Ihnen einfach an einem kleinen Beispiel zeigen, warum ich es sinnvoll finde, dass diese Liste eingeführt werden kann. In einer kleinen Gemeinde, da kennt man so genannt seine Pappenheimer. Bis jetzt musste die Gemeinde ja aufkommen für nicht bezahlte Prämien. Und wenn man das neu nicht mehr weiss, welche Leute die bezahlen könnten, aber nicht wollen, dann hat man einfach einen Apparat, der sich mehr und mehr totläuft, indem wir diese Prämien nicht eintreiben können von Leuten, die das bezahlen können. Auch jetzt, wenn der Kanton dafür aufkommt, ist es wichtig für die Gemeinden, dass wir Einsicht in die Liste haben. Ich sage Ihnen ein kleines Beispiel. Wir haben im Oberengadin sehr viele Saisoniers. Der grosse Teil kommt seinen Verpflichtungen nach. Aber es gibt immer wieder so Spezialisten, die arbeiten vier Monate im Sommer, bezahlen die Krankenkassenprämien nicht, reisen ab. Den letzten beissen die Hunde. Das wird jetzt der Kanton sein. Der kommt dann auch für diese Rechnung und das nächste Jahr kommen sie wieder und das Spiel. Früher konnten sie noch die Krankenversicherung wechseln, heute können sie das nicht mehr. Aber wenn da keine Liste besteht, dann fangen die munter wieder von vorne an, arbeiten wieder vier Monate bei uns, benutzen die Krankenkasse und zahlen die Prämien nicht. Und das darf es nicht sein. Diese Liste hilft uns auch, dass wir alle gleich behandeln und dass nicht die die Dummen sind, die ihren Verpflichtungen nachkommen.

Hardegger: Diese Liste wird ja nicht öffentlich publiziert. Sondern die Leistungserbringer und die Gemeinden haben die Möglichkeit, via Mail oder via Internet, gehe ich davon aus, in diese Liste Einsicht zu nehmen. Und die säumigen Zahler, denen wird die Notfallbehandlung nicht aberkannt. Auf das haben sie Anspruch. Aber sie haben nicht die Möglichkeit, zulasten der Allgemeinheit, diese Wahlbehandlungen in Anspruch zu nehmen. Ich möchte aber nicht so weit gehen wie mein Ratskollege Stiffler, sondern möchte auch, dass Sie dem Antrag der Kommissionsmehrheit und der Regierung folgen. Die Regierung ist ja gewillt, diese Liste zu führen. Sie möchte jedoch die Möglichkeit haben, dieses Instrument vielleicht vorübergehend einstellen zu können, wenn das Kosten-/Nutzenverhältnis nicht mehr stimmt. Wir sind uns völlig einig darüber, dass administrativer Aufwand zu vermeiden ist, wenn diesem nicht eine Gegenleistung gegenübersteht. Ein gleich hoher Ertrag würde ich meinen. Lassen wir also der Regierung diesen ökonomischen Handlungsspielraum und folgen der Formulierung der Kommissionsmehrheit und der Regierung.

Gartmann-Albin: Ich möchte doch noch etwas auf das Votum von Frau Casanova erwidern. Wenn bereits ein Verlustschein vorliegt und der Schuldner in der Lage wäre, die Forderung zu begleichen, dann hat das Betreibungsamt sehr schlecht gearbeitet. Und ich würde mir wirklich überlegen, ob ich den Beamten nicht auswechseln würde.

Regierungsrätin Janom Steiner: Ich glaube, zuerst gebe ich mal alles zu Protokoll was zu Protokoll gegeben werden muss, damit das auch geklärt ist. Ich werde hier die Wiederholung machen, was bereits der Kommissionspräsident eigentlich bereits gesagt hat, was in dieser Verordnung kommt. Weil ich muss es ja sagen und nicht er, damit Sie das uns dann auch glauben. In der Verordnung, und diese Verordnung wurde in der Regierung so besprochen, in der Verordnung wird ausgeführt werden, dass auf die Liste der säumigen versicherten Personen nicht zu erfassen sind lit. a Bezüger von Leistungen gemäss Art. 9 Abs. 1 des Gesetzes. Das sind also Bezüger von Ergänzungsleistungen, von öffentlicher Unterstützung und von Mutterschaftsbeiträgen. Und lit. b nicht auf die Liste kommen Bewohner und Bewohnerinnen von Alters- und Pflegeheimen. Das ist so in der Verordnung, im Entwurf vorgesehen, wie wir sie der Kommission präsentiert haben und die Regierung ist gewillt, diesen Wortlaut dann auch so zu verabschieden. Dann gebe ich auch zum Zweiten zu Protokoll: Ja, wir wollen eine solche Liste einführen, Grossrat Niggli. Wir wollen diese Liste einführen, weil wir gesehen haben, dass der Thurgau mit dieser Liste eine gute Wirkung erzielt. Diese Liste hat bereits eine abschreckende Wirkung und sie wirkt sich letztlich wirklich auf jene Personen aus, die nicht zahlen wollen. Also darum wollen wir das. Ursprünglich hatten wir eine Formulierung in der Botschaft drin, also im Entwurf, dass wir eine solche Liste führen. Aber wir haben, weil wir nicht wissen wie viele Personen dann auf dieser Liste figurieren werden – wir wissen nicht, welche Auswirkungen diese Liste haben wird – im Hinblick auf den administrativen Aufwand

auch gesagt, wir sollten aber auch die Möglichkeit haben, wenn wir sehen, dass die Liste nichts bringt, dass wir diese Übung abbrechen können. Also der Nutzen und Aufwand, das soll in einem Verhältnis stehen, das vertretbar ist. Und darum sind wir dann mit der Kommissionsmehrheit auf diese Kannformulierung gekommen. Aber wir werden, wenn Sie grundsätzlich diese Liste befürworten, mit diesem Versuch starten.

Nun zu den Fragen von Grossrat Müller, wie viel denn das sein werden oder mit wie viel Ausstände wir rechnen. Das kann ich Ihnen nicht sagen. Wir können jetzt auch nicht sagen, wie viel offene Rechnungen im Kanton bestehen. Also wir wissen, dass schweizweit gegenwärtig rund 80 Millionen Franken an Rechnungen offen sind. Wir sind in Graubünden nicht dermassen hart betroffen, weil wir ein gutes System haben. Wir haben ja diese Frist der drei Monate. Die Meldungen erfolgen sehr rasch und eigentlich sind die Ausstände nicht so gross. Aber wir können es nicht beziffern. Und darum kann ich Ihnen auch nicht sagen, in welcher Grössenordnung wir uns dann bewegen.

Die Bedenken zum Datenschutz. Selbstverständlich müssen die Anforderungen an den Datenschutz erfüllt sein. Aber auch hier, ich habe bereits auf diese bundesrätlichen Verordnungen hingewiesen. Darin soll dann auch geregelt werden, wie die Einzelheiten des Mahn- und des Betreibungsverfahrens der Datenbekanntgabe der Versicherer an die Kantone sowie der Zahlungen der Kantone an die Versicherer. All das soll geregelt werden. Und darin beinhaltet ist natürlich auch die Führung einer solchen schwarzen Liste, die dem Datenschutz Rechnung tragen muss.

Ihre Bemerkung, dass die Gesundheitsdirektorenkonferenz diesbezüglich Bedenken hatte, das trifft so nicht ganz zu. Es war der Vorstand der Gesundheitsdirektorenkonferenz. Die Konferenz als solche hat sich zu diesem Thema in der Vollversammlung nie geäussert. Aber wir stellen sehr oft fest, dass wenn der Vorstand der Gesundheitsdirektorenkonferenz etwas zu verlauten gibt, dass das meistens dann direkt allen Gesundheitsdirektoren zugeschrieben wird. Das ist uns ein Ärgernis, weil wir nicht immer mit dem Vorstand einverstanden sind. Und darum hier die Richtigstellung. Das war der Vorstand. Nun, was wollen wir damit? Ah nein, noch die Frage, noch eine Frage. Grossrat Gasser, wie wir denn feststellen, dass jemand nicht zahlen kann. Nun, wir können nur feststellen oder wir können sagen, wer nicht auf die Liste kommt. Das sind sicher jene, die möglicherweise nicht zahlen können. Das sind eben diese EL-Bezüger, öffentliche Unterstützung, Mutterschaftsbeiträge, jene in Alters- und Pflegeheimen. Das können wir ausschliessen, dass diese auf die Liste kommen. Bei den anderen Personen gehen wir davon aus, dass sie zahlen können, weil sonst würden sie irgendeinen Unterstützungsbeitrag, welchen auch immer, erhalten. Also gehen wir davon aus, dass sie bezahlen können. Und sie kommen ja nur auf die Liste, wenn sie betrieben werden. Es ist ja nicht so, dass bei einer ersten Mahnung oder bereits, wenn eine offene Rechnung besteht, dass sie dann automatisch auf die Liste kommen, sondern sie kommen dann auf die Liste, wenn sie betrieben werden. Sie haben jederzeit das Recht, auch wieder von dieser Liste zu

kommen, indem sie nämlich die offenen Verpflichtungen begleichen und dann werden die Namen dann auf dieser Liste wieder gelöscht. Hier muss man natürlich sehr sorgfältig umgehen. Das System im Thurgau wird man natürlich anschauen. Das ist selbstverständlich. Hier muss man Sorge tragen, dass natürlich dann diese Informationen auch laufen und dass dann die Liste auch à jour gehalten wird. Wobei der Gesundheitsdirektor des Kantons Thurgau mir versicherte, dass dies in der Handhabung bei ihnen keine Probleme bereitet hat. Man kann dies auch mit den heutigen EDV-Systemen relativ einfach einrichten.

Und dann noch zur Frage von Grossrat Müller, wie viel das nun kostet. Wir haben aufgelistet, was für finanzielle Auswirkungen diese Vorlage haben wird. Dort wo wir es abschätzen konnten im Bereich administrativer Aufwand und EDV-Programm können wir noch nicht sagen. Aber wir brauchen ja auch EDV-Programme für den ganzen Zahlungsverlauf für den Abrechnungsmodus mit den Versicherern. Dort brauchen wir auch neue Systeme. Also es geht nicht nur darum jetzt ein neues EDV-Programm zu schaffen für eine schwarze Liste. Sondern das wird einfach ein Bestandteil des Systems sein. Ich bitte Sie also, diesem Antrag der Regierung und der Kommissionmehrheit zu folgen. Selbst wenn ich grosses Verständnis habe für den Antrag Stiffler, bitte ich trotzdem, diesen Antrag abzulehnen. Aber einfach noch, damit das ganz korrekt ist. Antrag Stiffler bezeichnet nur Abs. 1. Abs. 2 würde beibehalten bleiben. Ist das richtig? Das ist richtig. Ja. Also, aber ich mache doch beliebt, auch den Antrag Stiffler abzulehnen, auch wenn er Sympathie bei mir auslöst. Aber schaffen Sie uns den Spielraum, auch erkennen zu können, diese Liste bringt nichts. Dann können wir sie wieder verwerfen und abschaffen und müssen nicht das Gesetz wieder ändern.

Peyer: Ich habe jetzt extra gewartet bis die Frau Regierungsrätin gesprochen hat. Vielleicht in der Hoffnung, dass noch etwas kommt, was einen bewegen könnte, der Kommissionmehrheit zuzustimmen. Ich habe aber nichts dermassen gehört. Ich habe gehört, Graubünden ist von ausstehenden Prämienzahlungen nicht besonders hart betroffen, bis jetzt. Und jetzt haben wir dann neu ein System, dass alle, die Anspruchsberechtigt sind, automatisch, automatisch ihre Prämien verbilligt werden direkt an den Versicherer. Das heisst, dass tendenziell ja diese Quote noch abnehmen muss. Obwohl sie den Kernsatz ja nicht in der Botschaft wollen, ist davon auszugehen. Und gleichzeitig und wieder mit Verweis auf VFRR wollen Sie trotzdem noch eine schwarze Liste führen, obwohl das Problem schon heute nicht gross ist und in Zukunft noch kleiner sein wird. Zweitens, Frau Casanova, ich vermisse ein bisschen aus der FDP-Fraktion, gerade von Ihnen, die sonst doch die individuellen Freiheitsrechte so hoch halten, hier ein kritisches Votum. Grossrat Pfäffli hat heute Morgen davon gesprochen, dass die Bürokratisierung fortschreiten würde. Hier macht sie nichts anderes, als ein bürokratisches Monster aufzubauen. Nichts anderes. Sie haben schon Betreibungsregister und sagen Sie mir jetzt, was diese schwarze Liste bringen wird tatsächlich? Frau Troncana, was machen Sie dann, wenn sie einen Saisonnier haben, der nicht bezahlt hat? Ja

alleine, weil er auf der schwarzen Liste ist, meinen Sie, es wird irgendetwas ändern? Obwohl er schon im Betreibungsregister registriert ist und jeder der ihm z.B. eine Wohnung vermieten will, nachschauen kann, ob er eine Betreibung offen hat oder nicht? Die schwarze Liste darf derjenige oder diejenige nicht anschauen. Da bin ich glaube ich richtig informiert. Also was wird diese Liste bringen, ausser bürokratischen Aufwand für ein Problem, das heute schon keines ist? Diese Frage konnten Sie nicht beantworten. Ich bitte Sie deshalb, der Minderheit zu folgen.

Augustin: Ich gebe Herrn Peyer vielleicht doch noch ein politisches Argument, das er vermisst hat. Wir stellen ja immer wieder und in einer Volkspartei wie der Christdemokratischen durchaus auch mit einer gewissen Bewunderung Ihre parteipolitische Konsequenz fest. Die bedeutet, dass wenn einer etwas sagt, die anderen folgen. Folgen Sie also heute Ihrem parteiständigen Parteimitglied Trepp und nicht Ihrem Fraktionsmitglied Noi.

Gasser: Anfänglich war ich an sich auch der Meinung, doch der Antrag der Mehrheit habe hier einen gewissen Sinn, vor allem dass hier eine gewisse Abschreckungswirkung damit verbunden ist. Das habe ich jetzt aber überhaupt nicht aus der Arbeit der Regierungsrätin gehört. Im Gegenteil. Ich bin skeptisch geworden. Und zwar, es geht um die Frage, sind, das wäre ja die Idee, dass auf dieser Liste nur diejenigen sind, die wollen, aber könnten. Und da habe ich jetzt höchste Bedenken, dass Ihnen das gelingt, dass das so passiert. Ein Beispiel. Wenn ja, die Tatsache ist, dass jemand betrieben wird und er dann tatsächlich im Verfahren der Betreibung nicht Geld leisten kann, dann kann er eben nicht. Und dass ein Problem ist, das habe ich aus eigener Erfahrung, kann ich auch darüber sprechen. Dass Leute, auch Mitarbeiter, wenn sie in einer solchen Situation sind, es gibt Lohnpfändung, dann weiss ich das als Arbeitgeber. Und dann wird es eben so sein, dass es Leute sind, solche Erfahrungen habe ich selbst gemacht, die eben versuchen, mit allen Möglichkeiten irgendwie noch der Sache nachzukommen, aber nicht diejenigen sind, die zuerst zum Sozialstaat gehen und dann Ergänzungsleistungen holen. Wo wir ja wissen, dass sehr viele Leute eben gerade diesen Weg zur Gemeinde eben nicht gerade zuerst machen. Und da muss ich schon sagen, wenn ja das Kriterium ist, betrieben zu werden, dann ist er ja auf der Liste. Dann haben sie in der Hand. Wenn der ins Ausland geht und zurückkommt, dann weiss man das, wenn er Lohnpfändung hat. Dann weiss er, dass wenn er zurückkommt, dass hier etwas faul ist. Und dann meine ich einfach bringt diese Liste wirklich nichts. Und sind diese Argumente, die ich nicht wiederholen möchte, die Argumente des Bürokratismus und auch Datenschutzgeschichten für mich dann die wesentlichen Punkte, die mit dieser für mich sehr in Frage stehenden abschreckenden Wirkung eben nicht gegeben ist. Danke. In diesem Sinne würde ich den Minderheitsantrag unterstützen.

Darms-Landolt: Ich habe eine Frage. Auf Seite 889 bei den Erläuterungen steht, dass diese Liste auch den Leistungserbringern zugänglich gemacht werden kann. Ich

möchte Fragen in welcher Form? Wie muss ich mir das vorstellen? Haben da sämtliche Ärzte, Physiotherapeuten, Zahnärzte einfach Zugriff auf diese Liste? Oder wie ist das gedacht?

Casanova-Maron: Ich möchte schon noch eine Antwort geben auf die verschiedenen Anwürfe, die hier bei mir angekommen sind und zwar zuallererst Grossrat Peyer. Sie gehen irrtümlicherweise davon aus, dass Personen, welche nicht bezahlen wollen, gleichzeitig eine individuelle Prämienverbilligung erhalten würden. Und es deshalb obsolet wäre, eine schwarze Liste zu führen. Dem ist eben genau nicht so. Das habe ich vorher versucht auszuführen. Und ich behaupte es nicht nur, sondern es ist so. Es gibt Personen, die die Krankenkassen zahlen könnten, es aber nicht tun wollen. Und aus diesem Grund, weil sie eben zahlen könnten, erhalten sie ja keine individuelle Prämienverbilligung. So einfach ist das. Und vielleicht doch noch eine kleine Antwort an Grossrätin Gartmann. Ich glaube, das System, wenn ich es richtig kenne, ist es so, dass alle Betreibungen in einer Betreibungsgruppe mit einer Lohnpfändung beispielsweise nach Abschluss der Lohnpfändung und die dauert ja nicht ewig und befriedigt nicht sämtliche Gläubiger auf dieser Liste, bekommen alle unbefriedigten Gläubiger einen Verlustschein. Und das liegt nicht am Betreibungsbeamten, sonst müssten Sie mich vom Gegenteil überzeugen.

Regierungsrätin Janom Steiner: Ja ich möchte vielleicht Sie einfach noch einmal darauf hinweisen, worum geht es eigentlich? Es geht ja um den Umgang mit unbezahlten Prämien und Kostenanteilen. Und dort hat jetzt der Bundesgesetzgeber entschieden, dass ein Betreibungsbegehren oder ein Verlustschein grundsätzlich eben keinen Leistungsaufschub mehr zur Folge hat. Also selbst wenn jemand betrieben wird, dann kann er in ein Spital gehen oder zu einem Arzt gehen und alle medizinischen Leistungen für sich beanspruchen. Und ob er sie nachher bezahlt oder nicht bezahlt, das ist völlig gleich. Wenn er eben seine Prämien nicht bezahlt hat, dann übernimmt nachher, also zuerst waren es die Gemeinden und dann übernimmt jetzt der Kanton diese ausstehenden Forderungen. Das ist der Grundsatz. Früher war es so, dass der Leistungsaufschub, sobald ein Betreibungsbegehren hier war, wurde ein Leistungsaufschub automatisch und das wurde jetzt aufgehoben. Aber der Bundesgesetzgeber hat auch gesagt, die Kantone können aber eben diesen Leistungsaufschub eigentlich mit einer solchen Liste verwässern. Also d.h. mit dieser Liste können wir säumige Versicherte etwas unter Druck setzen. Und sie können dann eben nur die Notfallmedizin beanspruchen. Ich glaube in der Diskussion Casanova und Peyer ist das zum Ausdruck gekommen. Das hat nichts mit der Prämienverbilligung jetzt zu tun, sondern mit dem Umgang mit unbezahlten Prämien. Und darum, wenn wir jetzt diese Liste nicht führen, dann können wir keinen Druck mehr ausüben. Das heisst, all jene die auch betrieben werden oder einen Verlustschein haben, werden in Zukunft ärztliche Leistungen zu 100 Prozent beanspruchen können, auch Wahleingriffe beanspruchen können, eben nicht nur die Notfallmedizin beanspruchen können. Und

da kann es eben sehr wohl zu einem Anstieg kommen. Wie hoch das dann ist, das kann ich Ihnen jetzt nicht sagen. Und darum wollen wir eben von dieser Möglichkeit Gebrauch machen, zumindest bis wir sehen, wie sich das Ganze auswirkt.

Stiffler (Davos Platz): Ich habe nur eine Frage. Hat nicht zuerst die Minderheit das Wort und dann die Mehrheit? Der Ablauf der Abstimmung würde mich interessieren.

Standesvizepräsident Bleiker: Den werde ich Ihnen gerne verraten, wenn die Diskussion erschöpft ist. Ich gedenke, Entschuldigung. Frau Regierungsrätin.

Regierungsrätin Janom Steiner: Ich habe die Frage von Grossrätin Darms zu beantworten vergessen. Wer nun diese Liste bekommt? Diese Liste wird nicht im Internet publiziert, sondern es wurde bereits von Grossrat Hardegger zu Recht darauf hingewiesen, diese Liste ist ausschliesslich den Leistungserbringern, den Kantonen und den Gemeinden zugänglich. Wie der Datenaustausch erfolgen wird, auch das wird Teil dieser Verordnung sein. Aber es ist so. Jene, die Leistungen erbringen, die abgerechnet werden über die Krankenkasse, die werden Einsicht bekommen in diese Liste. Weil sie müssen ja wissen, soll ich diese Leistung erbringen oder haben wir einen Leistungsaufschub, d.h. kann ich oder soll ich nur noch die Notfallmedizin leisten.

Standesvizepräsident Bleiker: Kann ich davon ausgehen, dass die allgemeine Diskussion erschöpft ist? Ich gedenke Art. 11a wie folgt zu bereinigen, bevor ich der Sprecherin der Minderheit und der Mehrheit nochmals das Wort gebe. Art. 11a Abs. 1 gemäss Regierung und Kommission werde ich dem Antrag von Grossrat Stiffler, der sich ja nur auf Abs. 1 bezieht, gegenüberstellen. Und den obsiegenden Antrag dem Streichungsantrag der Minderheit. Damit gebe ich der Sprecherin der Minderheit, Grossrätin Noi das Wort.

Noi-Togni; Sprecherin Kommissionsminderheit: Also, ich weiss, dass ich mit meinem Minderheitsantrag auf Streichung von Art. 11a nicht daneben bin. Und noch mehr weiss ich, wenn ich höre die Argumente, die im Rat gefallen sind für die Liste. Ich möchte nur zu bedenken geben, dass wenn Kantone wie Zürich, Bern, Basel Stadt, übrigens urbane Kantone mit viel Not und sozialen Beiträgen und allem was man will, sich gegen eine schwarze Liste gestellt haben, dann muss doch irgendwie irgendwelche Assoziation aufkommen. Und die Assoziation könnte uns in die dunkle Vergangenheit führen, wo Listen wohl übrig waren. Bitte, das ist für mich sicher auch keine ideologische Überlegung, welche ich mache. Ich glaube niemand von uns will in diese Vergangenheit gehen und will auch nicht in Erinnerung rufen.

Candinas; Kommissionspräsident: Ich möchte an die Worte von Regierungsrätin Janom Steiner anknüpfen und nochmals erwähnen, wie ist die Situation heute. Heute ist es wirklich so, dass wenn jemand die Prämien nicht bezahlt, ob er dann arm ist, irgendwelche Unterstützungsleistungen bezieht oder nicht, die Person be-

kommt einen Leistungsaufschub und hat dann nur noch die Notfallbehandlung zugute. In der Praxis geht es ab und zu dann recht schnell und alle Prämien sind bezahlt. Das nur als Nebenbemerkung. Die Lösung, die wir wollen oder mit der Gesetzesänderung auf Bundesebene ist es so, dass der Leistungsaufschub nicht mehr gemacht wird. Nur wenn man so eine Liste führt und dort Personen drauf hat. Und wir haben klar vorher erwähnt oder die Regierungsrätin hat uns gesagt, wie die Verordnung aussehen soll. Und das war auch für uns in der Kommission wichtig, dass wir das wissen. Weil wir wollen nicht, dass Leute betrieben werden, die, dass die falschen Leute auf eine solche Liste kommen. Und Sie haben das gehört, welche. Die Bezüger von Ergänzungsleistungen, von Unterstützungsbeiträgen, von Mutterschaftsbeiträgen, die sollen nicht auf so einer Liste sein. Wir wollen auf dieser Liste Personen drauf, die bezahlen können aber nicht wollen. Und das ist die Situation. Und wenn wir sagen, wir haben nicht so viele Personen, die das betrifft in unserem Kanton, dann machen wir halt hier Prävention. Und sonst wird es ja auch von gewissen Kreisen immer von Prävention gesprochen. Seien Sie froh, dass wir hier Prävention machen.

Und im Weiteren zur Kommissionsminderheit. Was die anderen Kantone machen, das kann man schon anschauen, aber wir wissen auch, dass Kantone wie Luzern, Zug, Baselland, Schaffhausen, Aargau, Thurgau eine Liste führen oder vorhaben eine solche zu führen. Weil sie in der gleichen Situation sind wie wir. Wo das jetzt beraten wird dann in nächster Zeit. Also es gibt immer Beispiele auf beiden Seiten. Darum auch nochmals wegen dieser Liste. Also es ist ja, man kann schwarze Liste oder nicht schwarze Liste sagen, es ist einfach eine Liste. Und die wird ja auch nicht gross publiziert. Die Leistungserbringer, die Gemeinden und der Kanton haben Zugriff dazu. Und es ist ja nicht so, dass wir das irgendwo im Internet publizieren und sagen, alle diese Personen in unserem Kanton, die kommen ihren Pflichten nicht nach. Sondern es ist einem beschränkten Kreis zugänglich. Einfach dass wir da nicht von falschen Ideen ausgehen. Und dann noch zum Antrag Stiffler. Da bitte ich auch diesen Minderheits-, nein Minderheits- vielleicht, diesen Antrag abzulehnen. Die Regierung will eine solche Liste führen, aber es wäre falsch, sie dazu zu zwingen, wenn die Praxis dann etwas anderes zeigen sollte, als wir heute davon ausgehen. Also wir gehen davon aus, dass die Liste Sinn machen wird und nicht plötzlich überflüssig wird. Also im Namen der Kommissionsmehrheit und der Regierung lehnen Sie bitte den Minderheitsantrag NoI und den Antrag Stiffler ab und folgen Sie der Kommissionsmehrheit.

Standesvizepräsident Bleiker: Wir bereinigen Art. 11a Abs. 1 vorerst. Die Version Regierung, Kommissionsmehrheit sehen Sie im blauen Protokoll, Seite 4 in der Mitte in der rechten Spalte. Den Antrag Stiffler lese ich Ihnen nochmals vor. Er lautet wie folgt: Die SVA führt im Auftrag der Regierung eine Liste im Sinne von Art. 64 a Abs. 7 KVG der versicherten Personen, die ihrer Prämienpflicht trotz Betreuung nicht nachkommen. Wer der Version von Kommissionsmehrheit und Regierung den Vorzug geben möchte, möge sich bitte erheben. Wer

den Antrag Stiffler unterstützen möge, möge sich bitte erheben. Sie haben bei Abs. 1 der Version von Kommissionsmehrheit und Regierung mit 84 zu 12 gegenüber dem Antrag Stiffler den Vorzug gegeben.

Abstimmung

In der Gegenüberstellung des Antrags Kommissionsmehrheit und Regierung dem Antrag Stiffler folgt der Grosse Rat mit 84 zu 12 Stimmen dem Antrag von Kommissionsmehrheit und und Regierung.

Standesvizepräsident Bleiker: Wir bereinigen den kompletten Abs. 11a. Wer dem Antrag der Kommissionsmehrheit und Regierung folgen möge, möge sich bitte erheben. Wer den Antrag der Minderheit unterstützen möchte, möge sich erheben. Sie haben Kommissionsmehrheit und Regierung mit 90 zu 14 Stimmen den Vorzug gegeben. Wir fahren fort und kommen zu Art. 14 Abs. 1. Herr Kommissionspräsident?

Abstimmung

Der Grosse Rat folgt der Kommissionsmehrheit und Regierung mit 90 zu 14 Stimmen.

Art. 14 Abs. 1

Antrag Kommission und Regierung
Gemäss Botschaft

Angenommen

Art. 15

Antrag Kommission und Regierung
Gemäss Botschaft

Candinas; Kommissionspräsident: Gemäss Art. 64a Abs. 3 KVG hat der Kanton eine Revisionsstelle zu bezeichnen. Diese hat ihm die Richtigkeit der vom Versicherer dem Kanton bekannt gegebenen Daten der säumigen versicherten Personen zu bestätigen. Abs. 2 legt fest, dass die Regierung für die Bezeichnung der Revisionsstelle zuständig ist.

Angenommen

Art. 16 Abs. 1 und 2

Antrag Kommission und Regierung
Gemäss Botschaft

Angenommen

Art. 16 Abs. 4

Antrag Kommission und Regierung
Einfügen neuer Art. 16 Abs. 4:

⁴ Die Regierung kann die Auszahlung geringfügiger Beträge ausschliessen.

Candinas; Kommissionspräsident: Der Abs. 4 vom aufgehobenen Art. 11, wurde, wie bereits vorher erwähnt, hier aufgenommen.

Standesvizpräsident Bleiker: Das war ein kurzes Votum. Mitglieder der Kommission? Allgemeine Diskussion? Art. 22a, Herr Kommissionspräsident.

Angenommen

Art. 22a

Antrag Kommission und Regierung
Gemäss Botschaft

Candinas; Kommissionspräsident: Die vor Inkrafttreten der neuen Regelung fällig gewordenen Prämien und Kostenbeteiligungen sind gemäss dieser Bestimmung in Anwendung des bisherigen Art. 2 von den Gemeinden zu übernehmen.

Angenommen

Standesvizpräsident Bleiker: Damit haben wir diese Teilrevision durchberaten, möchte jemand auf einen Artikel zurückkommen? Dies scheint nicht der Fall zu sein, wir schreiten somit zur Schlussabstimmung. Zweitens: Wer der Teilrevision des Gesetzes über die Krankenversicherung und die Prämienverbilligung zustimmen möchte, möge sich bitte erheben. Gegenmehr? Enthaltungen? Sie haben der Teilrevision dieses Gesetzes mit 105 zu null Stimmen bei zwei Enthaltungen zugestimmt.

Schlussabstimmung

2. Der Grosse Rat stimmt der Teilrevision des Gesetzes über die Krankenversicherung und die Prämienverbilligung mit 105 zu 0 Stimmen bei 2 Enthaltungen zu.

Candinas; Kommissionspräsident: Mit der Annahme der Teilrevision über die Krankenversicherung und die Prämienverbilligung haben wir in erster Linie Bundesrecht vollzogen und so einige Änderungen vollzogen, die meines Erachtens sehr sinnvoll sind. Wir stellen endlich sicher, dass die Unterstützungsbeiträge der individuellen Prämienverbilligung zweckgebunden für die Krankenversicherungsprämien eingesetzt werden und wir haben neu im Gesetz die Möglichkeit geschaffen, Personen, die ihren Pflichten im Bereich der Krankenversicherung nicht nachkommen, auf einer Liste zu erfassen. Ich danke Ihnen, geschätzte Kolleginnen und Kollegen, für die Beratung und Verabschiedung dieser Vorlage. Allen Kolleginnen und Kollegen in der Kommission danke ich für die gute Zusammenarbeit, dann Regierungsrätin Barbara Janom Steiner, den Herren Gion-Claudio Candinas und Dr. Rudolf Leuthold für die Vorbereitungen und Auskunftserteilungen zu dieser Vorlage und natürlich auch Herrn Patrick Parandun für die Organisation und Protokollierung der Kommissionssitzung.

Standesvizpräsident Bleiker: Für das nächste Geschäft übernimmt wieder die Frau Standespräsidentin.

Standespräsidentin Bucher-Brini: Wir kommen nun zu der Teilrevision des Gesetzes über die Förderung der Krankenpflege und der Betreuung von betagten und pflegebedürftigen Personen. Zum Eintreten erteile ich dem Kommissionspräsidenten Candinas das Wort.

Teilrevision des Gesetzes über die Förderung der Krankenpflege und der Betreuung von betagten und pflegebedürftigen Personen (Krankenpflegegesetz) (Botschaften Heft Nr. 11/2010-2011, S. 909)

Eintreten

Antrag Kommission und Regierung
Eintreten

Candinas; Kommissionspräsident: Mit der vorliegenden Botschaft soll eine Teilrevision des Krankenpflegegesetzes vorgenommen werden. Damit soll die Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 21. Dezember 2007, im Bereich der Spitalfinanzierung, auf kantonaler Ebene umgesetzt werden. Die revidierten Bestimmungen sind seit dem 1. Januar 2009 in Kraft. Das revidierte Gesetz enthält neue Vorgaben zur Spitalfinanzierung, sowie zur Spitalplanung. Gemäss den Übergangbestimmungen müssen die Kantone ihre Spitalplanung bis spätestens 2015 an das neue Bundesrecht anpassen. Dazu folgt zu einem späteren Zeitpunkt eine separate Revisionsvorlage. Die Neuordnung der Spitalfinanzierung muss jedoch in den Kantonen spätestens per 01.01.2012 eingeführt sein. Wir sind somit bei dieser Vorlage unter Zeitdruck. Der Handlungsspielraum des kantonalen Gesetzgebers bei der Ausgestaltung des Spitalfinanzierungssystems ist beschränkt. So schreibt der Bund den Kantonen vor, dass die medizinischen Behandlungen in den Spitälern und Kliniken in der ganzen Schweiz ab dem Jahr 2012 leistungsbezogene Fallpreispauschalen, die gesamtschweizerisch auf einheitlichen Strukturen basieren, abgegolten werden müssen. Dabei sind die Investitionskosten künftig in diesen Fallpreispauschalen enthalten. Das heisst, die Spitäler müssen ab 2012 die Investitionen mit den laufenden Erträgen selber finanzieren. Zudem müssen sich die Kantone neu im Sinne der Gleichbehandlung der öffentlichen und privaten Spitäler auch an den Kosten der stationären Behandlung in Privatspitälern beteiligen, wenn sich diese auf einer Spitalliste befinden. Umgekehrt können die Patienten unter den Spitälern, die auf einer Liste aufgeführt sind, frei wählen. Die freie Spitalwahl heisst aber nicht, dass auch alle Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und von den Kantonen bezahlt werden. Entsprechend dem Wirtschaftlichkeitsprinzip für die Vergütung anteilmässig, höchstens nach dem Tarif, der in einem Listenspital des Wohnkantons für die betreffende Behandlung gilt, zu übernehmen. Die Differenz zum Tarif des ausserkantonalen Spitals für Kantonseinwohner hat die versicherte Person oder deren Zusatzversicherer zu tragen. Darum appelliere ich an alle aus meiner beruflichen Erfahrung, mit dem Begriff der freien

Spitalwahl sorgfältig und genau umzugehen. Die Höhe des von der öffentlichen Hand zu leistenden Anteils an den Vergütungen der stationären Behandlungen der Spitäler, einschliesslich des Zuschlags für die Anlagenutzungskosten, wird durch das KVG und die zwischen den Spitälern und den Krankenversicherern vereinbarten Pauschalen bestimmt. Der Bund hat festgelegt, dass die öffentliche Hand von den, zwischen den Spitälern und den Krankenversicherern vereinbarten Pauschalen, mindestens 55 Prozent zu übernehmen hat. Die restlichen 45 Prozent gehen zu Lasten der Krankenversicherungen. Mit diesen neuen Instrumenten der Leistungsfinanzierung und der freien Spitalwahl will der Bund die Wirtschaftlichkeit und den Qualitätswettbewerb der Spitäler fördern. Die Pauschalen haben sich gemäss dem KVG an den Kosten der wirtschaftlichen Spitäler, mit der notwendigen Qualität, zu orientieren. Der kantonale Gesetzgeber kann insbesondere noch festlegen, welche Leistungen der Spitäler als gemeinwirtschaftlich gelten, und entsprechend von der öffentlichen Hand abgegolten werden und in welchem Verhältnis die Beiträge der öffentlichen Hand an die Spitäler zwischen dem Kanton und den Gemeinden aufgeteilt werden. Die Schwierigkeit bei der Erarbeitung der vorliegenden Botschaft für die Regierung beziehungsweise für die Beratung der vorliegenden Botschaft für die Kommission bestand darin, dass Aussagen zu den finanziellen Auswirkungen der Vorlage nur sehr beschränkt möglich sind, da weder die Höhe der Fallpauschalen für die Abgeltung der stationären Behandlung vom Patienten, noch die Höhe des Zuschlags für die Anlagenutzungskosten bekannt sind. So kann man sagen, dass unsere Kommission dieses Geschäft unter erschwerten Bedingungen vorberaten musste, da zum heutigen Zeitpunkt noch keine genauen Aussagen über die erwähnten finanziellen Folgen gemacht werden können. Die Höhe, der ab 1. Januar 2012 geltenden Fallpauschalen für die stationäre Behandlung, werden im Moment zwischen den Spitälern und den Krankenversicherern ausgehandelt. Beim Zuschlag für die Anlagenutzungskosten ist von Werten zwischen fünf und 15 Prozent die Rede. Wir haben es somit bei dieser Vorlage mit einigen Unbekannten zu tun, die wir nicht im Grossen Rat oder in der Regierung lösen können. Unsere Aufgabe ist es, das aufzunehmen, was bekannt ist, und daraus gute Lösungen für unseren Kanton zu finden und zu verabschieden. Bei der Umsetzung der neuen Spitalfinanzierung kann sich Graubünden auf die Erfahrungen, mit der im Kanton bereits im Jahr 2005 eingeführten leistungsorientierten Finanzierung der Spitäler, stützen. So ist das Abrechnen mit Fallpauschalen in den Spitälern und Kliniken bereits seit längerem eingeführt und das differenzierte Erfassen von Kosten und Leistungsdaten Standard. Wir kennen somit bereits das System mit Fallpauschalen. Das neue System Swiss-DRG ist gegenüber dem bisher im Kanton angewandten System AP-DRG detaillierter. Das System ist in der heutigen Lösung weiter überlegen und kaum umstritten. Es ist auch fairer. Für den Kanton stellt die Einführung von Swiss-DRG eine organisatorische Weiterentwicklung der bestehenden, diagnosebezogenen Leistungsfinanzierung dar. Die DRG-Finanzierung ist eine bewährte, international breit abgestützte Finanzierungsform. Mit

der landesweiten Einführung von Swiss-DRG entsteht eine interkantonale Kostentransparenz. Der vorliegende Entwurf für eine Teilrevision des Krankenpflegegesetzes hält an der Verbundaufgabe von Kanton und Gemeinden zur Sicherstellung der Spitalversorgung fest und sieht eine Aufteilung der anfallenden Kosten auf den Kanton und die Gemeinden vor. Wie bereits ausgeführt, hat der Bund festgelegt, dass die öffentliche Hand von den zwischen den Spitälern und den Krankenversicherern vereinbarten Pauschalen, mindestens 55 Prozent zu übernehmen hat. Mit Beschluss vom 15. März 2011 hat die Regierung den Anteil der öffentlichen Hand auf 55 Prozent festgelegt. Die restlichen 45 Prozent gehen zu Lasten der Krankenversicherung. Die Regierung schlägt vor, dass der Kanton 85 Prozent und die Gemeinden 15 Prozent des Anteils der öffentlichen Hand zu übernehmen haben. Den gleichen Verteilschlüssel will die Regierung für gemeinwirtschaftliche Leistungen, sowie wie für Notfall- und Krankentransportdienste der Spitäler anwenden. Aussagen, wie sich die Neuerungen finanziell auswirken werden, sind zurzeit, wie bereits gesagt, nur sehr beschränkt möglich, da die Höhe der Fallpauschalen noch nicht bekannt ist. Gemäss der Modellrechnung der Regierung wird die neue Spitalfinanzierung, die öffentliche Hand in Graubünden, pro Jahr insgesamt rund 16,3 Millionen Franken zusätzlich kosten. Grund der höheren Belastung der öffentlichen Hand ist, dass Privatspitäler, sowie ausserkantonale Spitäler, die sich auf der Spitalliste befinden, neu beitragsberechtigt werden. Belastet werden, nach dem Vorschlag der Regierung, sowohl der Kanton, wie auch die Gemeinden. Die einstimmige und zum Entscheidungszeitpunkt vollzählig anwesende Kommission beantragt, in Abweichung von der Botschaft, somit von der Meinung der Regierung, eine Aufteilung der Kosten von 90 Prozent zu Lasten des Kantons und zehn Prozent zu Lasten der Gemeinden, ins Gesetz aufzunehmen. Dies, nachdem die Kommission gründlich diskutiert hat, ob der Kanton die Kosten nicht zu 100 Prozent übernehmen soll. Daraus ist dann ein Kommissionsauftrag entstanden, den unsere Kommission gestern eingereicht hat. Weitere Ausführungen zum Vorschlag der Kommission folgen in der Detailberatung. Die Kommission bedauert auf jeden Fall, dass die Regierung nicht auf diesen Kompromissvorschlag einlenkte. Ich bin aber überzeugt, dass Sie, geschätzte Kolleginnen und Kollegen, der Meinung der einstimmigen Kommission folgen. In Art. 18 i wird festgelegt, wie der Gesamtkredit für gemeinwirtschaftliche Leistungen auf die einzelnen Spitäler aufgeteilt wird. Die Regierung schlägt vor, dass bei der Aufteilung des Gesamtkredits auf die einzelnen Spitäler, die bei wirtschaftlicher Führung ungedeckten Kosten der gemeinwirtschaftlichen Leistungen, gemäss der Leistungsvereinbarung und den Einnahmen aus der Behandlung von Halbprivat- und Privatpatienten und von Selbstzahlern zu berücksichtigen sind. Die Kommissionsmehrheit möchte die Einnahmen aus der Behandlung von Halbprivat- und Privatpatienten und von Selbstzahlern für die Aufteilung nicht berücksichtigen. Eine Kommissionsminderheit und die Regierung wollen diese Einnahmen bei dieser Aufteilung berücksichtigen. Da ich mit Überzeugung nicht zur Kommissionsmehrheit, sondern zur Kommissionsminderheit gehöre, ver-

zichte ich auf weitere Ausführungen dazu in der Eintretensdebatte. Und nun noch zu Art. 18 b lit. c. Unmittelbar vor Pfingsten wurden wir von den Spitaldirektoren von unseren einzelnen Spitalregionen mit einem Mail betreffend Gesamtkredit für die gemeinwirtschaftlichen Leistungen bedient. Gemäss Art. 18 b lit. c, legt der Grosse Rat jährlich im Budget den Gesamtkredit für die gemeinwirtschaftlichen Leistungen fest. In der Tat ist dies der einzige Hebel des Grossen Rates bei der ganzen Spitalfinanzierung. Die Meinungen zur Höhe des Gesamtkredits für die gemeinwirtschaftlichen Leistungen gehen auseinander. Dieser Beitrag wird nicht heute, sondern jeweils jährlich an der Dezembersession im Budget festgelegt. Fakt ist, dass die neue Spitalfinanzierung mehr Wettbewerb will und somit nicht die Vergütung aller bisherigen Leistungen eins zu eins übernehmen sollte. Sonst können wir den Begriff Wettbewerb wieder aus dem Vokabular der neuen Spitalfinanzierung streichen. Fakt ist aber auch, dass die Beiträge für gemeinwirtschaftliche Leistungen allen Spitälern des Kantons zugute kommen und die Wettbewerbsfähigkeit der kantonalen Spitäler im interkantonalen Vergleich erhöht. Fakt ist, dass nicht nur die Höhe des Gesamtkredits entscheidend ist, sondern auch die Aufteilung des Gesamtkredits auf die einzelnen Spitäler. Spitäler mit hohen Einnahmen aus der Behandlung von Halbprivat- und Privatpatienten, sowie von Selbstzahlern, generieren zusätzliche Mittel, wie sie für gemeinwirtschaftliche Leistungen problemlos einsetzen können. Wie erwähnt haben wir bei Art. 18 e einen Mehrheits- und Minderheitsantrag über den wir heute oder morgen noch zu befinden haben. Fakt ist aber auch, dass die neue Spitalfinanzierung nicht so enden darf, dass über einen zu tief angesetzten Gesamtkredit eine Kostenverlagerung, sprich höhere Defizite der Spitäler, auf die Gemeinden erfolgt. Dies darf dieser Rat auf keinen Fall akzeptieren und dies würde auch die Position unserer Spitäler im interkantonalen Vergleich schwächen. Bei der Frage der Höhe des Gesamtkredits eine Lösung zu finden, ist eine Herausforderung, der wir uns an der Dezembersession in der Budgetberatung zu stellen haben. Jener Entwicklung der Betriebsergebnisse in den Folgejahren, werden wir Anpassungen vornehmen müssen. Die KGS wird diese Entwicklung genau beobachten und nach Bedarf aktiv werden. Zum Schluss. Viele Fragen sind noch offen. Wir befinden uns ein bisschen auf einem Blindflug, das ist so. Diesen Flug müssen wir aber antreten. Das System wurde beschlossen und tritt per 1. Januar 2012 in Kraft. Sammeln wir erste Erfahrungen und seien wir offen für allfällige, zukünftige Anpassungen. In der Umsetzung werden Detailfragen aufkommen, die beantwortet werden müssen und allenfalls Korrekturen verlangen. Unsere Spitäler kennen das System der Fallpauschalen. Es ist nichts Neues. Wir müssen da durch und wir werden dies meistern. Die Kommission hat an zwei Tagen diese Vorlage intensiv beraten und ist einstimmig für Eintreten.

Trepp: Im Blindflug ins DRG-Zeitalter. Diesen Titel habe ich der Medienmitteilung der SP Graubünden vom 22. Januar 2011 verpasst. Regierungsrätin Janom Steiner sprach ihrerseits am 17. März 2011 in ihrer Medienmit-

teilung von einem Blindflug. Sie sehen, diesbezüglich sind wir für einmal ein Herz und eine Seele. Aber ich sage Ihnen, ich habe noch nie, und ich denke auch Sie alle, über eine so unseriös vorbereitete Vorlage befinden müssen. Niemand kann uns sagen, auf was wir uns einlassen. Niemand weiss, was auf den Kanton, was auf die Gemeinden, was auf die Spitäler, was auf die dort Beschäftigten, was auf die nachgelagerten Leistungserbringer wie Pflegeheime, Spitex, Grundversorger, Ärzte, und vergessen wir nicht, last but not most, was auf die Patientinnen zukommt. Blicken wir kurz etwas zurück. Was war der ursprüngliche Antrieb zur Einführung dieses eidgenössischen Gesetzes, das mit 90 Ja zu 52 Nein bei sage und schreibe 56 Enthaltungen im Dezember 2007 verabschiedet wurde? Erstens: Kosten einsparen. Zweitens: Mehr Effizienz. Drittens: Mehr Qualität im Gesundheitswesen. Das Allerheilmittel sollten Fallpauschalen sein. Eine hochkarätige, vom Bundesrat eingesetzte Kommission war nicht imstande, zu definieren, was Wirtschaftlichkeit und was Qualität im Gesundheitswesen bedeuten soll. An Kosten einzusparen glaubte wahrscheinlich ohnehin niemand. Auf Deutsch und deutlich: Eine Bankrotterklärung und der Einsturz aller drei Hauptpfeiler dieses Gesetzes. Kosteneinsparungen, Effizienz und Qualität bleiben eine Fata Morgana. Ein weiterer Punkt ist das Elend mit der versprochenen Begleitforschung, die mindestens ein, besser zwei Jahre vor Einführung dieses Systemwechsels begonnen hätte werden sollen. Sie ist bestenfalls bei der Einführung am 01.01.2012 bereit. Wie kann man eine seriöse Begleitforschung betreiben, wenn nicht einmal der Ist-Zustand genügend bekannt ist? Gesundheitsstatistisch gesehen ist die Schweiz ohnehin eine Brache. Diese Vorlage, in den anderen Kantonen wird es in etwa gleich sein, ist eine Beleidigung für jede kantonale Parlamentarierin und für jeden kantonalen Parlamentarier. In dieser für uns alle unmöglichen Situation ist es unverantwortlich, die Vorlage überhaupt zu behandeln. Bei der Pflegefinanzierung ist es der Gesundheitsdirektorenkonferenz gelungen, die Einführung um anderthalb Jahre hinauszuschieben. In der Kommission bin ich nur unter Protest auf die Vorlage eingetreten, damit wir überhaupt über all die Unzulänglichkeiten sprechen konnten. Ich werde mich aber hier zusammen mit der SP-Fraktion für eine Rückweisung aussprechen und bei einer allfälligen Schlussabstimmung die Vorlage ablehnen. Um diese Vorlage behandeln zu können, müssen Bund und Kanton zuerst ihre Hausaufgaben machen und uns die für eine Entscheidungsgrundlage notwendigen und wichtigen Grundlagen bereitstellen. Alles andere ist unseriös, ein unzumutbarer Blindflug. Danke für die Aufmerksamkeit.

Gunzinger: Bei dieser Vorlage handelt es sich meines Erachtens gesamthaft gesehen um ein gutes und durchdachtes, ausgewogenes Werk, bei welchem auf der Basis der Inhalte des Vernehmlassungsverfahrens im Wesentlichen und im Rahmen der Möglichkeiten der übergeordneten Gesetzgebung die Anliegen der Interessengruppen zu beträchtlichen Teilen berücksichtigt worden sind. Über die Einzelheiten und die einzelnen Anträge werden wir dann in der Detailberatung befinden müssen. Bei der Ausgestaltung der neuen Spitalfinanzierung handelt es

sich um ein äusserst komplexes Modell, bei dem der Handlungsspielraum für den kantonalen Gesetzgeber aufgrund der übergeordneten Gesetzgebung relativ bescheiden ist. Beim vorliegenden Modell unterscheiden wir grundsätzlich zwischen einem technischen Teil mit dem Abrechnungssystem SwissDRG mit den Instrumenten der Fallpauschalen und der base rate, respektive des Basispreises und einem politischen Teil, nämlich das neue Spitalfinanzierungsmodell, welches grundsätzlich fünf verschiedene Beitragsformen unterscheidet, welche nach einem Schlüssel von Kantonen, Gemeinden und Versicherern getragen werden, wie das auch in der Botschaft erklärt ist. Bei den Betriebsbeiträgen, der ersten Form der Beiträge, diese erfolgt für die stationären Behandlungen über die Fallpauschalen, wobei dem base rate als ganz wesentliche Grösse von den Tarifpartnern noch nicht ausgehandelt und definiert worden ist. Im vorliegenden Modell geht der Kanton von einer Annahme von 8'500 Franken aus. Auch bei den Investitionsbeiträgen ist die Höhe noch nicht bekannt. Wir haben gehört, die Diskussionen bewegen sich zwischen fünf und 15 Prozent Zuschlag auf den Basispreisen. Dann gibt es Beiträge für die so genannten gemeinwirtschaftlichen Leistungen. Das wird noch in der Detailberatung zu grossen Diskussionen führen, aber dann insbesondere auch in der Budgetdebatte. Dann die Beiträge an Notfall- und Krankentransportdienst sowie die leeren Forschungen, welche zu 100 Prozent durch den Kanton getragen werden sollen. Wie gesagt, die entscheidende Grösse, nämlich die base rate, der Basispreis ist noch unbekannt. Es ist davon auszugehen, dass es wohl bei den Verhandlungen zwischen den Tarifpartnern, den Versicherern und den Spitälern zu keiner Einigung kommen wird und damit ein hoheitliches Festlegungsverfahren durch die Regierung notwendig sein wird. Die Auswirkungen der neuen Spitalfinanzierung sind heute nur schwer abzuschätzen. Was nicht nur mit der erwähnten hohen Komplexität zu tun hat, sondern insbesondere auch mit den noch unbekanntesten Faktoren. Wir gehen davon aus, dass dieses System zu mehr Transparenz bei den Behandlungen und zu einer leistungsgerechten Vergütung der Spitälern und Kliniken führen wird. Nicht mehr die Spitälern als Institutionen werden finanziert, sondern ihre Leistungen am Patienten. Diese Leistungen sollen mit dem System auch qualitativ vergleichbar gemacht werden. Zudem erhalten Versicherte, Kantone, Gemeinden und Versicherer mit den Fallpauschalen transparente Vergleichsmöglichkeiten über die Menge und Preise der Leistungen in den unterschiedlichen Spitälern. Weiter sollen auch private und öffentliche Spitälern gleichlange Spiesse erhalten mit dem Ziel, gleiches Geld für gleiche Leistungen. Im Prinzip stellt das SwissDRG-System eine Helvetisierung des deutschen DRG-Systems dar, das bereits seit dem Jahre 2004 angewendet wird. Bei den Erfahrungen mit dem deutschen System, welches oft als Vergleich herangezogen wird, ist von positiven Reaktionen bezüglich Kostenreduktion, Qualitätsförderung und Transparenz auf der einen und über eine Verschlechterung der Versorgungsqualität teilweise höheren Kosten insbesondere in der Einführungsphase des Systems sowie von Belastungen des Spitalpersonals auf der anderen Seite zu hören. Die meisten dieser Punkte sind jedoch

ursächlich kaum belegbar. Ein Wort zu den Erfahrungen mit der Kostenentwicklung, respektive der Kostenersparnis im DRG-System: Die Erfahrungen zeigen, dass diese Effekte so noch in keinem Land eingetreten sind. Inwieweit es zumindest zu einem Kosten bremsenden Effekt kommen wird, kann wohl nur erahnt werden. Sicher ist jedoch, dass sich Kosten auch auf nachgelagerte Bereiche verschieben werden, so auf die ambulante Nachbetreuung z. B. bei der Spitex oder auf den Bereich der Rehabilitation. Also diejenigen, welche nun erwarten und hoffen, dass mit dem DRG-System die Kosten gesenkt werden können, werden wohl leider eine Enttäuschung erleben. Diesem Optimismus dürfen wir uns also nicht hingeben. Um negative Auswirkungen des Systems auf die Qualität der Leistungen bei der Patientenversorgung zu verhindern, stellt ein effektives Qualitätsmanagement ein notwendiges und wichtiges Instrumentarium dar. Gerade in diesem Bereich haben die Häuser in unserem Kanton viel geleistet und viel erreicht. Trotz dieses nun anstehenden Systemwechsels mit vielen Unbekannten, welche die Spitälern im Kanton vor grosse Herausforderungen stellt, denke ich, dass die Spitallandschaft und die Häuser in Graubünden gut vorbereitet ins DRG-Zeitalter eintreten werden. So kennen wir die Fallpauschalen, das System DRG bereits seit dem Jahre 2005 als Grundlage für die Berechnung der Beiträge des Kantons und wir verfügen und arbeiten bereits heute mit dem SwissDRG ähnlichsten System in der Schweiz. Die Spitälern konnten sich also in diese neue Systemwelt einarbeiten und damit ihre Erfahrungen machen. Zahlreiche Häuser haben ihre Organisationsabläufe somit bereits seit einigen Jahren auf das DRG-System ein- und umstellen können. Dabei wurden die Hausaufgaben weitgehend gemacht und auch vorhandene Potenziale wurden realisiert. Zweifelsohne werden nach Einführung des Systems Anpassungen und Weiterentwicklungen des Systems notwendig sein. Wir können uns dabei auch auf Erfahrungen in vielen anderen Ländern stützen, welche bereits seit längerer Zeit mit DRG-Systemen arbeiten. Lassen wir den Chancen, welche das System zweifelsohne mit sich bringt, eine Chance und nützen wir sie. Unerwünschte Auswirkungen müssen wir mit geeigneten Mitteln und Massnahmen begegnen. Lassen wir das System lernen und sich weiterentwickeln. Meiner Beurteilung nach ist die Spitallandschaft Graubünden bereit und in der Lage, die kommenden Herausforderungen zu meistern. Ich bin für Eintreten.

Kleis-Kümin: Um es gleich vorweg zu nehmen: Die vorliegende Botschaft ist ausgewogen ausgefallen, sofern wir, je nach Sichtweise von ein paar einschneidenden Details absehen. Leider müssen wir uns aber einmal mehr mit einer Botschaft befassen, bei der wir zwar Bundesgesetzgebung umsetzen müssen, und uns auch entsprechende Vorschriften gemacht werden, wir aber die effektiven finanziellen Auswirkungen zu einem guten Teil kaum beeinflussen können. Wir alle wünschen uns auch in Zukunft ein möglichst gut ausgebautes und effizientes Spitalangebot in unserem Kanton. Wir wünschen es uns schon aus geographischen Überlegungen für die einzelnen Regionen in unserem Kanton. Genau dieses Angebot haben wir heute und wir müssen

Sorge dazu tragen, dass dies weiterhin so bleibt. Diesbezüglich bin ich mir allerdings nicht so sicher, wenn ich die vorliegenden Botschaft und die darin aufgezeigten Zahlen und finanziellen Auswirkungen betrachte und ich gebe auch unumwunden zu, ich fürchte mich vor diesen Auswirkungen. Denn als Gemeindepräsidentin spüre ich die Auswirkungen der im August letzten Jahres verabschiedeten Pflegefinanzierung seit fünf Monaten. Ich will jetzt hier der Regierung keine Vorwürfe machen. Sie hat die Probleme erkannt und ich gehe davon aus, dass entsprechende Massnahmen eingeleitet werden. Ich will einfach darauf hinweisen, dass wir es gerade bei der damaligen Gesetzesrevision ebenfalls mit einigen Unbekannten bei der Finanzierung zu tun hatten und uns heute die raue Wirklichkeit einholt. Ich bin deshalb auch bei Art. 18 a, zweitens, Aufteilung der Beiträge zwischen Kanton und Gemeinden für die Variante 90 Prozent zu Lasten des Kantons und zehn Prozent zu Lasten der Gemeinden. Dies aus der einfachen Überlegung heraus: Wenn der Kanton mehr übernimmt, wird die Belastung zwar nicht weniger, verteilt sich dafür aber auf mehr Schultern. Allerdings gebe ich mich nicht der Illusion hin, damit wären die auf die Gemeinden zukommenden Kosten überschaubar. Wir zahlen in Zukunft an jeden Spitalaufenthalt unserer Einwohner und Einwohnerinnen, auch ausserhalb der eigenen Spitalregion. Wir haben keinen Einfluss auf die Festlegung der Fallpauschalen. Uns wird somit nur der Ausweg über eine Erhöhung des Kredites für die gemeinwirtschaftlichen Leistungen im Budget 2012 bleiben. Ansonsten sehe ich Defizite in Millionenhöhe auf die Gemeinden zukommen, welche ja in der Regel auch die Trägerschaften für ihre Krankenhäuser in den einzelnen Spitalregionen bilden. Fazit daraus: Wenn wir das Spitalangebot in den Regionen so erhalten wollen, wie wir es zurzeit haben, werden die Gemeinden tief in ihre Taschen greifen müssen und es wird hier vor allem die grösseren Gemeinden ungleich stärker treffen, da gerade von diesen Gemeinden immer auch ein stärkeres, grösseres Engagement für die Region erwartet wird, und zwar nicht nur im Gesundheitswesen sondern eben auch in der Kultur, im Sport um nur einige wenige zu nennen. Sehr geehrte Damen und Herren, hinter die in letzter Zeit verschiedentlich gehörte oder gelesene Aussage, die Gemeinden werden entlastet oder sollen entlastet werden, setze ich denn auch ein grosses Fragezeichen. Für meine Gemeinde wünsche ich mir, dass sie attraktiv ist. Dass die Einwohnerinnen und Einwohner finden, was sie fürs tägliche Leben brauchen und zwar für Körper und Geist. Damit dies möglich ist braucht es Ressourcen, die nicht x-beliebig verfügbar sind und ausgewogen verteilt werden müssen. Nun stellen wir aber fest, dass immer mehr dieser Ressourcen ins Gesundheitswesen fliessen. Täusche ich mich oder soll über die Spitalfinanzierung auch ein wenig Strukturreinigung betrieben werden? Ich wehre mich nicht dagegen, diese Strukturen zu bereinigen. Tatsächlich blockieren wir uns teilweise selbst. Wir müssen oder dürfen zwar zusammenarbeiten, nehmen uns aber mit den von uns selbst geschaffenen Strukturen mit Delegiertensystemen usw. Häufig vertreten diese nicht die Interessen ihrer Auftraggeber, weil sie zu wenig oder gar nicht instruiert wurden. Auch dies, ich weiss es, ist ein hausgemachtes

Problem. Strukturbereinigung ist richtig, allerdings dies im jetzigen Zeitpunkt auf dem Rücken der Spitäler zu tun ist für mich kein gangbarer Weg. Defizite müssen letztlich die Trägerschaften und somit die Gemeinden tragen und ich möchte mich nicht irgendwann darüber entscheiden müssen, ob wir uns in unserer Region ein Krankenhaus überhaupt noch leisten können. Immerhin geht es um ein gewisses Mass an Grundversorgung, Sicherheit und um Arbeitsplätze in den Regionen. Am Ende ist es doch so, wir können das Gesundheitswesen drehen und wenden wie wir wollen, können die Kosten hin- und herschieben wie wir wollen, übernehmen müssen wir sie so oder so selber, ob via Krankenkassenprämie oder Steuern. Deshalb werden wir über kurz oder lang nicht umhin kommen, uns mit der unangenehmen und harten Frage auseinanderzusetzen, wie viel Gesundheitswesen wir uns zu welchem Preis in Zukunft überhaupt noch leisten können und wollen. Ich bin für Eintreten.

Casanova-Maron: Es ist schon sehr viel gesagt worden zum Eintreten auf diese Vorlage, ich möchte mich entsprechend kurz halten, denn die Ausführungen hat unser Kommissionspräsident sehr gut zusammengefasst. Vielleicht einen Punkt möchte ich nochmals ganz explizit beleuchten und betonen: Worum ging es der eidgenössischen Ebene bei dieser Vorlage der Einführung von Swiss DRG? Es ging um nicht weniger und nicht mehr als die Förderung der Wirtschaftlichkeit und des Qualitätswettbewerbs. Und vielleicht bin ich ein wenig blauäugig, aber die Hoffnung stirbt am Schluss, denn ich glaube daran, dass bei einer sauberen Umsetzung für unseren Kanton wir etwas von dieser hehren Zielsetzung retten können. Das bedingt aber, dass wir uns nicht in regionalpolitischen Überlegungen aufreiben, sondern eine saubere, gute Finanzierung, ein sauberes, gutes Gesetz aufgrund dieser Vorlage verabschieden. Und es ist richtig, was gesagt wurde, die Regierung musste eine Vorlage, eine Botschaft ausarbeiten und es sind noch viele Fragezeichen im Raum. Die wurden alle schon aufgezählt, ich mach das nicht nochmals. Eine komplexe Vorlage wurde trotzdem in einer guten Form aufbereitet und sie kann heute problemlos durch diesen Rat behandelt werden, auch wenn diese Fragezeichen noch stehen. Lassen sich Sie auch nicht beirren durch Informationen, die Sie allfällig von Spitälern erhalten haben und die von gemeinwirtschaftlichen Kosten in x-facher Höhe desselben sprechen, welche die Regierung in ihren Berechnungen zu Grunde gelegt hat. Wir werden bei den einzelnen Bestimmungen noch darauf zurückkommen, und ich zeige Ihnen gerne auch so weit liegen die Zahlen gar nicht auseinander, wenn man sie richtig interpretiert und Äpfel mit Äpfeln vergleicht. Ich freue mich auf die Behandlung dieses Gesetzes und bin selbstverständlich für Eintreten.

Troncana-Sauer: Ich möchte nur noch kurz anfügen, dass unsere Spitäler mit dieser Vorlage nicht nur, wir haben nicht nur die freie Spitalwahl für unsere Einwohner, nein, unsere Spitäler stehen auch schweizweit in Konkurrenz. Dies ist ein wichtiger Punkt, den wir als Tourismuskanton nicht vergessen sollten. Wir sehen das

und ich möchte Transparenz schaffen und Ihnen auch sagen, dass ich Verwaltungsrätin der Privatklinik Gut bin, aber zugleich als Gemeindepräsidentin auch verantwortlich bin für das Spital Samedan in diesem Sinn, dass wir die Defizitbeträge bezahlen. Was bringt jetzt das, wenn unsere Spitäler in Konkurrenz zur Schweiz stehen? Das kann eine Chance sein für den Kanton Graubünden als Tourismuskanton, dass wir uns im Gesundheitswesen besser positionieren können. Was braucht es dazu? Die Fallpauschalen, die dürfen nicht zu hoch, aber auch nicht zu tief ausfallen, auf das haben wir hier im Rat keinen Einfluss. Wenn wir zu hohe Fallpauschalen haben, was kaum zu befürchten sein wird, die Verhandlungen werden sehr hart sein, dann wären wir in Konkurrenz mit den Schweizer Spitalern mit schlechten Karten da. Dies würde vor allem unser Kantonsspital sehr hart treffen. Sind die Fallpauschalen jedoch zu tief, und die sind zu tief wenn wir zu hohe gemeinwirtschaftliche Leistungen budgetieren, weil dann die Versicherer sicher dazu tendieren werden, ihre Leistungen zu kürzen, und die beteiligen sich nur an den Fallpauschalen. Das ganze Pokerspiel, das wird stattfinden, ob wir das wollen oder nicht. Unsere Aufgabe hier ist es aber ein sauberes Gesetz zu machen. Wie die einzelnen Komponenten sind, das werden andere Teilnehmer, andere Mitspieler festlegen. Wir legen das Gesetz fest, und daher ist es ganz wichtig, dass wir ganz klare, transparente und richtige Regelungen machen und keine Querausgleiche, wie das mit den Privatpatienten vorgesehen ist in dieses Gesetz nehmen, weil ein Finanzausgleich zwischen den Gemeinden gehört nicht in die Spitalfinanzierung, die gehört in den Finanzausgleich. Warum wir mit einem Verteilschlüssel 9010 als Vorschlag kommen von der Kommission, das ist einfach auch ein Grund, dass wir das Risiko der Gemeinden etwas eindämmen können. Wie Sie vorher von allen gehört haben sind die Zahler noch nicht einig, wer was bezahlt. Aber was ganz klar ist, wenn niemand das Ganze bezahlt, bezahlen die Gemeinden das Defizit. Und diese Beträge, die von den Gemeinden gesprochen werden, die finden wir nie in den Aufstellungen. Und die sind unterschiedlich hoch und da möchte ich auch noch sagen, für die kleinen Spitäler, wenn Sie das anschauen, haben die kleinen Spitäler, wenn Sie die mischen, richtig nutzen, eine sehr gute Chance auf dem Markt. Sie haben nämlich durchwegs die kleineren Defizite wie die grossen Spitäler und dazu zähle ich Chur, Davos und Samedan, die teilweise touristische Abhängigkeiten haben, die zwar Privatpatienten haben, dafür aber höhere Kosten und Davos und Samedan haben sehr grosse saisonale Schwankungen, und daher brauchen sie ihre Erträge aus den Privatpatienten. Ich bitte Sie auf die Vorlage einzutreten und wirklich zu versuchen, dass wir ein Gesetz machen, das gerade, klar und möglichst einfach ist und keine Querverbindungen hat. Ich bin für Eintreten.

Niggli-Mathis (Grüsch): Das meiste ist von Kommissionspräsident Martin Candinas sehr detailliert dargelegt worden. Aufgrund seiner Ausführungen kann man sich, glaube ich, ein sehr gutes Bild darüber machen. Wie aber auch weiter ausgeführt wurde, haben wir nicht auf alle Faktoren Einfluss. Was wir aber können, ist das Gefäss, dieses neue Gefäss hier zur Verfügung stellen. In diesem

neuen Gefäss werden Zu- und Abflüsse in den ersten ein bis zwei Jahren auch als Erfahrungswerte einfließen und werden wir auch für die weitere Behandlung dieses Themas und unter Belastung der Gemeinden mit der jährlichen Möglichkeit, über das Budget einen Ausgleich für die gemeinwirtschaftlichen Leistungen zu schaffen, der diese dann möglichst auch abgelten kann, da heute die Zahlen ja sehr weit auseinander liegen bei diesem Thema. In diesem Sinne bin ich ebenfalls für Eintreten. Ich glaube, es ist hier sehr viel Detailarbeit bei diesem Gesetz zu erledigen und ich glaube, dass nicht mehr allgemeine Äusserungen gebraucht werden.

Thöny: Wie bereits auch schon angekündigt mache ich nochmals die gleiche Ankündigung: Die SP-Fraktion wird auf die Vorlage Eintreten, weil wir es als richtig erachten, dass man sich dieser Thematik öffnet, aber, jetzt kommt das Aber, wir sind der Meinung, die Umstände, die Daten, die dazu benötigt werden, um wirklich fundiert das Gesetz auch dann festzulegen und die einzelnen Artikel dann auch wirklich in diesem Sinne, wie es gesagt wurde, zu bestimmen, da fehlen tatsächlich grundlegende Sachen und deshalb werde ich einen Ordnungsantrag stellen auf Zurückweisung bis die Grundlagen vorhanden sind und dann sind wir sehr gerne bereit darüber auch zu diskutieren. Die Begründung darauf werde ich dann abgeben, wenn ich den Ordnungsantrag nach dem Eintreten stelle.

Casty: Zuerst möchte ich der Regierung danken, dass sie wesentliche, ja für die Spitäler existenziell entscheidende Punkte aus der Vernehmlassung in das vorliegende Gesetz aufgenommen, respektive berücksichtigt hat. Mit der neuen Spitalfinanzierung wird eine neue, gerechtere und transparentere Tarifstruktur eingeführt, welche auch Fehlanreize korrigiert, was zu begrüssen ist. Wenn ich die heute Morgen und heute Nachmittag geführte Diskussionen über die Prämienverbilligung nochmals vor Augen führe, so muss ich schon in Ergänzung an die bereits geführten Voten in dieser Eintrittsdebatte ein Zahlenspiel zum Besten geben. Wenn nämlich der Basisfallpreis tatsächlich von gegenwärtig 9'850 auf neu Franken 8'500 tiefer angesetzt wird, so müssten auch logischerweise die Prämien durch die Versicherer zu Gunsten der Versicherungsnehmer gesenkt und angepasst werden. Wenn die Prämien dann sinken würden, so würde unser Budgetposten Prämienverbilligung auch tiefer ausfallen. Die Differenz könnten man dann für die anfallenden Mehrkosten in der Position Gemeinwirtschaftliche Leistungen eingesetzt werden. Wie dies buchhalterisch gehen soll, bitte ich Sie den Fachmann in unseren Reihen, er ist glaub... mol er ist hier, Bruno Tscholl, zu Rate zu ziehen. Es würde mich aber wirklich interessieren, was der Vertreter der Krankenversicherer, Grossrat Augustin, und die Regierung zu dieser Logik der Prämienenkung zu sagen hat. Sicher ist, dass wir im Rahmen der Budgetdebatte im Dezember, die Budgetposition GWL anpassen müssen. Ich bin für Eintreten.

Darms-Landolt: Ich meine, es liegt uns hier ein guter Gesetzesentwurf vor, von welchem einige in der Vernehmlassung geforderte Korrekturen Eingang fanden. Zu

drei Punkten möchte ich kurz Stellung nehmen. Punkt eins, die zwischen den Spitälern und den Krankenversicherern vereinbarten Pauschalen zur Vergütung der stationären Pflege dürfen ausdrücklich keine Anteile für die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen enthalten. Um den grossen Disparitäten verschiedenster Art und Ursachen in unserem Kanton teilweise gerecht zu werden, braucht es meiner Meinung nach folglich andere gesetzlich geregelte Lösungen. Ich begrüsse es, dass die Regierung und eine Kommissionsminderheit, wie im geltenden Recht an der Berücksichtigung der unterschiedlichen Einnahmemöglichkeiten der Spitäler, sprich Anteil Privatpatienten, bei der Verteilung des Gesamtkredits für die gemeinwirtschaftlichen Leistungen festhalten will. Dies ist nichts anderes als eine solidarische Massnahme zur Schaffung einer ähnlichen Ausgangsposition für alle Spitäler. Punkt zwei, ein Punkt, der mir besonders am Herzen liegt, sind die Ausbildungsplätze in unseren Bündner Spitälern. Mit der Gesetzesrevision werden die Betriebe im Rahmen ihres Potenzials zu Ausbildung verpflichtet. Der monetäre Wert dieser Ausbildungsaufgaben wird konkret ermittelt, und Betriebe, welche die festgesetzten Ausbildungsplätze nicht anbieten, haben einen finanziellen Ausgleich zu leisten. Ich begrüsse es, dass damit Betriebe, welche sich bei der Ausbildung stärker engagieren, nicht benachteiligt werden. Punkt drei, auch wenn die zukünftige Pauschale zurzeit eine grosse Unbekannte ist, ist absehbar, dass sie nicht ausreichen wird, um den Bedarf der Spitäler in der bisherigen Höhe zu decken. Nimmt man eine Fallpauschale von 8'500 Franken an, wird klar, dass die zukünftige Rechnung insbesondere für die mittleren und grösseren Spitäler nicht mehr aufgehen kann, wenn diese das bisherige Angebot aufrechterhalten sollen und wenn sie ihre Konkurrenzfähigkeit gegenüber ausserkantonalen Spitälern behalten wollen. Während der Kanton bei der Festsetzung der Fallpauschalen keinen Handlungsspielraum hat, hat er das in Bezug auf die Festlegung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen und deren Abgeltung an die Spitäler sehr wohl. Schon heute ist absehbar, dass die in den Modellrechnungen aufgeführten Beträge bei weitem nicht ausreichen werden. Mit der Einführung von DRG entfällt die bisherige Möglichkeit, fallunabhängige Kosten aus den Betriebsbeiträgen zu finanzieren. Die Spitäler haben reagiert und die laufenden Massnahmen lassen eine Effizienzsteigerung erwarten, trotzdem, die absehbaren Fehlbeträge können nicht vollumfänglich kompensiert werden. Gemäss Art. 18b lit. c ist es Sache des Grossen Rates, es wurde mehrmals schon gesagt, die Kredithöhe für die gemeinwirtschaftlichen Leistungen jährlich festzusetzen. Die Thematik der Spitalfinanzierung wird uns somit bei der Budgetberatung erneut beschäftigen. Ich danke für die Aufmerksamkeit und bin selbstverständlich für Eintreten.

Michel: Unser geschätzter Grossrat Trepp hat ausgeführt, dass es ein Blindflug sei, dass viele Unsicherheiten vorhanden seien und vor allem auch, dass es über alle Massen schlecht vorbereitet sei. Ich glaube wir sind uns einig, hier haben Sie dem Hobel wacker Eisen gegeben. Aber wenn man es differenzierter anschaut, dann kann man allenfalls sagen, es geht im Wesentlichen um vier

Punkte, wo es sich schon lohnt, genauer hinzuschauen und allenfalls Korrekturen anzubringen. Da ist mal was wir gehört haben, die gemeinwirtschaftlichen Leistungen, da man tatsächlich nicht weiss, wie hoch die sein werden und wie sich das auswirken wird, dann sind auch die Fallpauschalen eine Grösse die entscheidend ist, wie gross das Defizit der Gemeinden ausfallen kann, dann geht es vor allem auch um die Kostenaufteilung zwischen Gemeinde und Kanton und ich habe mit Befriedigung zur Kenntnis genommen, dass die Kommission, die Meinung der Vertretungen der Gemeinden im Grossen Rat Rechnung getragen hat, dass man da ein besseres Verhältnis, nämlich anstatt 85 zu 15, 90 zu 10 hat. Das, denke ich, ist eine Verbesserung. Und dann gibt es noch eine Übergangsregelung, wo ich gerne eingestehe, dass das auch Partikularinteressen sind, wo ich auch die Vorbehalte habe. Aber nun, wir sehen, es sind grosse Unsicherheiten, allenfalls Vorbehalte vorhanden, aber ich denke es wäre schlecht, wenn wir jetzt einfach dann nicht drauf eintreten. Weil unabhängig wie man die Botschaft der Regierung beurteilt, die Regierung hat Anrecht darauf, dass man ihnen konkret sagt, was uns dann nicht passt, bzw. wo wir Handlungsbedarf sehen. Und vielleicht noch ein letzter Ansatz, möglicherweise könnten wir aufgrund des Verlaufs der Detailberatung dazu übergehen, dass wir uns entscheiden eine zweite Lesung zu machen. Diese Möglichkeit würde bestehen. Aber ich denke es ist wichtig und nötig, dass wir jetzt diese Vorlage bearbeiten, damit wir wieder einen Schritt weiterkommen. Ich bin darum für Eintreten.

Peyer: Ich habe eine Bemerkung. Grossrat Gunzinger hat in seinem Eintretensvotum gesagt, die Anliegen der Interessengruppen wurden weitgehend berücksichtigt. Ich glaube dem ist nicht so, zumindest bei einer Interessengruppe nicht. Wenn Sie in der Botschaft schauen auf Seite 982 finden Sie unter dem Titel 9. Personelle Auswirkungen. Da steht, erstens, Leistungserbringer: „Für die allermeisten Leistungserbringer hat die neue Spitalfinanzierung keine wesentlichen Auswirkungen, weil die differenzierte Erfassung der Kosten und Leistungsdaten bereits seit längerem Standard ist. Auch die Abrechnung mit Fallpauschalen ist bei den allermeisten Spitälern und Kliniken bereits seit längerem eingeführt.“ Und das unter dem Titel Personelle Auswirkungen. Jetzt haben wir unlängst, ich persönlich vor drei Tagen, vom Spital, das mir geografisch am nächsten liegt, eine mehrseitige Dokumentation bekommen, dass die Spitäler damit rechnen, wenn es nach dieser Vorlage geht, dass sie 350 Stellen abbauen müssen. Und da frage ich mich, wie man unter dem Titel Personelle Auswirkungen schreiben kann, dass die neue Spitalfinanzierung keine wesentlichen Auswirkungen hat. Wenn ich dann einen Blick werfe auf das Deckblatt des Protokolls stelle ich fest, dass eingeladen wurden, vor Beratung, der Direktor des Kantonsspitals, der Direktor des Unterengadiner Spitals, der Direktor der Flury Stiftung, der Direktor des Spitals Davos, der Direktor der PDGR und der Geschäftsführer des Arbeitgeberverbandes BSH. Niemand hat es für nötig befunden, diejenige Interessengruppe, die 70 Prozent der Kosten ausmacht, nämlich das Personal, auch

nur ein wenig anzuhören. Das finde ich gelinde gesagt eine Frechheit.

Candinas; Kommissionspräsident: Ich denke, dass es Sinn macht, dass ich gerade da noch eine Korrektur mache. Erstens einmal zu den eingeladenen Gästen. Die Kommission hat dies besprochen und festgelegt wer einladen wird. Und wir haben gesagt, wir laden den BSH, eine Delegation ein, und der BSH hat dann selber entschieden, wer kommt. Das einmal zu den verschiedenen Direktoren, die da aufgeführt sind, damit man nicht den Eindruck erhält, wir haben da selber eine Auswahl getroffen. Und in der Kommission war das ein Thema und niemand hat sich dagegen gewehrt, dass wir die Delegation so einladen. Das ist Punkt eins. Dann gerade noch zu Punkt zwei, von Grossrat Peyer betr. diesem Personalabbau. Es steht nicht, dass mit dieser Vorlage 350 Personen abgebaut werden müssen, es steht, wenn der Betrag der gemeinwirtschaftlichen Leistungen nicht erhöht wird. Also das hat mit dieser Vorlage nichts zu tun, das können wir im Dezember jeweils festlegen, nur dass man da nicht allzu vieles vermischt, darum wollte ich gerade sofort da das klarstellen.

Hardegger: Ich möchte zum letzten Votum von Grossrat Peyer noch kurz etwas entgegen. Grossrat Peyer hat sich darüber ereifert, dass lediglich Direktoren und keine Personalvertreter an der Sitzung der Vorberatungskommission angehört worden sind. Dazu möchte ich ihm einfach entgegen, dass die Direktoren sich sehr wohl bewusst sind, dass eine Institution des Gesundheitswesens so gut ist wie ihre Mitarbeitenden, angefangen vom Koch über den Arzt zum Pflegepersonal, Hausdienstpersonal usw. In diesem Sinne vertreten Leitungsgremien immer auch die Interessen der Mitarbeitenden. Wenn sich die Direktoren um die finanzielle Zukunft ihres Betriebes sorgen machen, so machen die dies nicht zuletzt auch im Hinblick auf den Erhalt der Arbeitsplätze und auf das Wohlergehen der Mitarbeitenden. In diesem Sinne war das Personal sehr wohl an der Anhörung vertreten.

Peyer: Mein lieber Urs, wenn das so ist, wie du's sagst, und du als Direktor einer solchen Institution jetzt auch die Arbeitnehmenden vertrittst, dann erwarte ich, dass du den Tatbeweis erbringst und beim Art. 6a, dem Minderheitsantrag Trepp für Gesamtarbeitsverträge vehement unterstützen wirst.

Regierungsrätin Janom Steiner: Wiederum hat der Kommissionspräsident inhaltlich die wesentlichen Punkte aufgezeigt, darum werde ich die Vorlage Ihnen nicht noch einmal präsentieren, ich werde auf einzelne Fragen erst in der Detailberatung eingehen. Aber ich möchte vor allem auf einige Bedenken eingehen, die im Vorfeld in der Diskussion und in der letzten Zeit immer vehementer zu hören sind, auf Befürchtungen und Ängste, die geäußert werden jetzt mit diesem neuen Systemwechsel, was hier auf uns zukommen sollte. Es wird befürchtet, dass die Qualität leide, dass keiner mehr die Aus- und Weiterbildung der Ärzte finanziere oder genügend finanziere; man befürchtet, dass es keinen Effizienzgewinn ge-

ben wird, dass die Bürokratie überbordert; man befürchtet blutige Entlassungen der Patienten, also das heisst, dass man Patienten zu früh entlässt, weil das Geld der Fallpauschale bereits aufgebraucht wurde; man befürchtet eine Planungsunsicherheit für die Institutionen; dann befürchtet man den Kostendruck und wir haben das mehrmals gehört, man befürchtet dadurch natürlich auch eine Verschlechterung der Arbeitsbedingungen des Personals.

In all diesen Diskussionen wird auch immer wieder auf Deutschland hingewiesen, die hätten schlechte Erfahrungen gemacht in Deutschland. Das wird einfach mal dahingestellt. Wenn man aber deutsche Professoren hört, die Kliniken vertreten und nun Gastreferate hier in der Schweiz halten, dann ist die Optik aus Sicht Deutschlands eine ganz andere als wir sie hier in der Schweiz haben. Ich sage nicht, dass all diese Bedenken völlig unbegründet sind, das sage ich nicht. Die schweizweite Umstellung auf eine leistungsbezogene Finanzierung wird unbestrittenermassen ganz grosse Auswirkungen auf das Gesundheitswesen und auch auf die Spitallandschaft Schweiz haben. Es wird mehr Transparenz geben, aber es wird auch mehr Wettbewerb geben und es ist auch unbestritten, dass der Kostendruck auf die eine oder die andere Institution grösser werden wird. Das heisst also wir haben mit Veränderungen zu rechnen. Aber ich glaube, wir müssen dieses System nicht fürchten, wir müssen Respekt davor haben und wir müssen die Entwicklung beobachten, aber wir müssen uns eigentlich nicht fürchten vor dieser Umstellung. Denn einerseits gibt es diese DRG-Systeme bereits seit Mitte der 80er Jahre, es ist keine neue Erfindung, Deutschland musste sich bereits im Jahr 2000 für ein System entscheiden, sie haben es dann 2004 umgesetzt. Sehr viele andere Staaten in Europa haben DRG-Systeme, ganz Skandinavien, Grossbritannien, Frankreich, Spanien, Kanada, Japan, also es ist ein System, das bekannt ist. Und wir können jetzt von den Erfahrungen, die diese Länder gemacht haben, auch profitieren. Wir können auch aus Fehlern, die sie gemacht haben, profitieren, wir müssen nicht mehr die Kinderkrankheiten eines DRG-Systems ausbaden. Und es wurde mehrmals bereits darauf hingewiesen, auch vom Kommissionspräsidenten, aber auch von Grossrat Gunzinger, Graubünden ist gut vorbereitet. Wir kennen APDRG seit 2005, Swiss DRG wird einfach noch sehr viel detaillierter sein, und die Neuheit ist, dass wir nicht nur mit Fallpauschalen rechnen, sondern dass eben die Investitionen in die Fallpauschalen eingerechnet werden. Wir kennen also bereits die leistungsorientierte Finanzierung und, und das ist ein wesentlicher Punkt und da haben wir einen grossen Vorteil in Graubünden, unsere Spitäler verfügen über detaillierte Anlagebuchhaltungen. Das ist nicht überall der Fall in der Schweiz, darum ist es auch nicht möglich, den Investitionsanteil in die Fallpauschalen bereits einzurechnen, darum werden wir davon ausgehen müssen, dass wir drei Jahre lang eine Übergangsfrist haben, in welcher ein Normzuschlag auf die Fallpauschale kommt, wo dann dieser Normzuschlag ist, das weiss ich noch nicht. Grossrat Gunzinger hat darauf hingewiesen, man diskutierte zwischen fünf und 15 Prozent, wir gehen davon aus, dass es irgendwo bei zehn bis zwölf Prozent ist, es wurde bis jetzt auch nicht

definitiv beschlossen, also wir sind gespannt, wie hoch dieser Anteil ist, wir haben in der Botschaft mindestens mal mit zwölf Prozent gerechnet. Also wie gesagt, für uns in Graubünden ist der Schritt, dieser Systemwechsel nicht so gross wie in anderen Kantonen, in denen z.B. noch eine Defizitfinanzierung besteht und unsere Spitäler sind gerüstet.

Es werden dann immer wieder auch Bedenken vorgebracht, Grossrat Trepp hat darauf hingewiesen, dass die ganze Begleitforschung, die Begleitmassnahmen, eben zur Qualitätsförderung, dass diese sträflich vernachlässigt wurden beziehungsweise dass man diese nicht bereits im Vorfeld der Einführung aufgegleist hat. Nun, ich kann Ihnen sagen, das ist zwar bedauerlich, dass dies nicht der Fall ist, wichtig ist aber, dass wir parallel dazu diese Begleitmassnahmen haben und dass wir die Begleitforschung parallel dazu betreiben. Und ich möchte doch verweisen auf Seite 918, 919 unserer Botschaft. Dort sind einzelne Massnahmen bereits aufgeführt, also man ist in vielen Bereichen daran die Qualität eben zu erhalten. Eben gerade zu diesem unschönen Begriff der blutigen Entlassungen, also hier wird man einen wirtschaftlichen Anreiz setzen eben nicht verfrüht zu entlassen. Denn wenn der Patient länger im Spital ist als üblich, wird das Spital keine zusätzlichen Pauschalen erhalten und auch nicht wenn er nachher dann wieder innert kurzer Frist wieder eintreten muss wegen der gleichen Erkrankung oder wegen der gleichen Diagnose wird man nicht wieder eine Pauschale ausrichten. Also man hat hier Mechanismen eingebaut, um nicht irgendwelche wirtschaftlichen Anreize zu setzen, die Patienten früher zu entlassen oder wieder aufzunehmen. Man ist auch daran zusammen mit dem nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken und H+, also die Spitäler sind daran, Messkriterien zu entwickeln für die Qualität der medizinischen Behandlung. Die Partner im Gesundheitswesen erarbeiten auch Lösungen, damit Spitäler, die sich in der Aus- und Weiterbildung engagieren nicht finanziell benachteiligt werden sollen. Auch da ist man daran. Wir werden dann auch aufzeigen was wir planen in diesem Bereich. Und ganz klar, die zukünftige Entwicklung der Kosten und auch der Leistungsmengen in den Spitälern wird gemäss Gesetzesauftrag überwacht werden. Also da sind doch einige Begleitmassnahmen aufgegleist.

Und ich weiss nicht, haben Sie es mitbekommen, der Bundesrat hat immerhin am 15. Mai 2011 das Konzept für die Wirkungsanalyse verabschiedet, also man ist in diesem Bereich tätig geworden. Leider wurden die Details noch nicht publiziert. Also wie gesagt, es mag bedauerlich sein, dass diese gesamte Begleitforschung nicht im Vorgang oder im Vorfeld eingeführt und etabliert wurde, aber es sollte zumindest parallel dazu verlaufen und es ist aus meiner Sicht sehr viel aufgegleist. Ich verweise Sie auf die Homepage der Swiss DRG. Dort werden Sie erkennen, dass 28 Begleitforschungsprojekte jetzt aufgeführt sind, davon auch ein ganz grosses interdisziplinäres Projekt namens Synergia. Dies hat nichts mit unserem Verwaltungsbau hier in Graubünden zu tun. Es ist ein grosses Projekt, das durch das Institut für biomedizinische Ethik an der Universität Zürich läuft. Man erwartet erste Resultate bereits Ende 2011 und man will

über drei Jahre mit fünf Forschungsteams die möglichen Effekte dieser neuen Spitalfinanzierung beobachten und die erwünschten und unerwünschten Wirkungen oder Auswirkungen auch analysieren. Ich glaube, es ist uns auch allen bewusst, und ich nehme an, es ist auch der nationalen Ebene, den Parlamentariern in Bern bewusst, dass es im Verlauf der kommenden Jahre sicher weitere Verbesserungen des Systems braucht und allenfalls auch Korrekturen. Ich glaube das Parlament, in der letzten Zeit ist es in Bern etwas in Aktivismus verfallen. Man wollte mit Schnellschüssen noch Korrekturen anbringen weil man plötzlich kalte Füsse bekommt. Also das zeigt zumindest, dass man sich der Auswirkungen oder möglichen Auswirkung bewusst ist und ich glaube man wird auch die Verantwortung übernehmen wenn man sieht, dass es nicht gut läuft oder dass es noch Korrekturen braucht. Ich gehe davon aus, dass es Korrekturen geben wird.

Nun zum Nichteintretens- oder beziehungsweise Rückweisungsantrag von Seiten der SP-Fraktion oder auch zu den Ausführungen von Grossrat Trepp, auch seinen Auftrag betreffend DRG-Moratorium. Das geht etwa in die gleiche Richtung. Ja, ich habe, wir haben Einigkeit, ein Herz und eine Seele, Grossrat Trepp, wenn wir von Blindflug sprechen. Das stimmt, das habe ich so formuliert. Aber ich habe den Blindflug vor allem dahingehend erwähnt, wir wissen nicht was die finanziellen Auswirkungen sein werden. Das wissen wir wirklich nicht, weil die Fallpauschalen, die Baserate, die wird nicht von uns festgelegt, weder vom Parlament in Bern noch von diesem Parlament. Vielleicht werden Sie dann irgendwann einmal von der Regierung genehmigt oder von der Regierung hoheitlich festgesetzt. Aber hier laufen die Tarifverhandlungen zwischen den Partnern, d.h. zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern. Wir wissen nicht wie diese Baserate ist. Und Sie können dieses Geschäft schon zurückweisen. Ich frage Sie, wie lange wollen Sie es zurückweisen? In die nächste Session? Oder auch die Idee der zweiten Lesung in einer nächsten Session. Ich kann es Ihnen jetzt schon sagen, wir werden auch in der nächsten Session über diesen Punkt wahrscheinlich nicht Klarheit haben. Vielleicht wissen wir bis dann wie hoch der Investitionsanteil ist. Das könnte vielleicht bis zu dem Zeitpunkt gelingen, dass sich dort die Partner finden. Ich gehe davon aus, das wird etwa bei zwölf Prozent liegen. Aber wir werden nicht mehr wissen. Diese Verhandlungen laufen. Ich gehe davon aus, dass wir erst gegen Ende Jahr die Baserates kennen. Wenn sich die Partner, wie das Grossrat Gunzinger gesagt hat, nicht finden werden und hoheitlich festgesetzt werden muss, dann gehe ich auch davon aus, dass dies weitergezogen wird und dass wir einen unsicheren oder rechtsunsicheren Zustand haben, bis uns dann irgendein Gericht sagt wie hoch diese Baserate ist. Also Sie werden mit dieser Rückweisung nicht erreichen, dass Sie eine bessere Datenlage haben werden. Aber ob Sie dann an Ihrem Antrag festhalten, das ist Ihnen natürlich vorbehalten.

Ich glaube, es bringt auch nichts darüber zu diskutieren, ob wir ein Moratorium unterstützen wollen oder nicht. Wir sind vorbereitet für diese Systemumstellung und wir können sie zeitgerecht umstellen. Die Begleitmassnah-

men werden umgesetzt, die Begleitforschung ist in Entwicklung. Sie wird das Ganze begleiten, die Auswirkungen verfolgen und allenfalls auch Korrekturen empfehlen. Die Diskussion über das Inkrafttreten, meine Damen und Herren, die ist schon längst vorbei. Sie können davon ausgehen, dass die Gesundheitsdirektorenkonferenz bereits vor zwei Jahren darauf hingewiesen hat, dass gewisse Fragen erst geklärt werden sollten bevor man diese Umsetzung macht. Es sind viele Fragen offen, Grossrätin Casanova meine ich, hat darauf hingewiesen: was ist Wirtschaftlichkeit und Qualität? Wir haben das in unserer Botschaft ausgeführt. Wir haben den Bundesrat angeschrieben und ihn aus der ostschweizerischen Gesundheitsdirektorenkonferenz gebeten, er möge uns doch bitte angeben was man unter Wirtschaftlichkeit und Qualität zu verstehen habe. Nun, die Antwort war, dies sei Sache der Kantone zu definieren, der Bund werde sich allenfalls in einem Gerichtsverfahren dann dazu äussern was darunter zu verstehen ist. Ja, so müssen wir halt mit diesen Fragen, die offen bleiben, umgehen. Wir müssen aber trotzdem unsere Vorlage so weit bereit haben, weil eines hat der Bundesrat immer gesagt, und da war er absolut unmissverständlich, die Inkraftsetzung wird auf den 1.1.2012 erfolgen. Daran ändert sich nichts, weil die Haltung des Bundesrates bis jetzt unverändert ist. Ich glaube auch nicht, dass das Parlament hier eine Kehrtwende macht, denn man müsste die gesetzliche Grundlage ändern. Also der Zeitpunkt des Inkrafttretens steht in einem Gesetz, also darum gehe ich nicht davon aus dass es hier eine Kehrtwende gibt. Das heisst wir müssen vorbereitet sein. Wir müssen ein Gesetz haben, das uns die Möglichkeit gibt dieses System einzuführen. Sollte es wirklich dann der Fall sein, dass der Bund in einem Rückwärtssalto das Inkraftsetzen verschiebt, wie auch immer er das dann macht, dann können wir auch immer noch darauf verzichten unsere Vorlage in Kraft zu setzen. Aber die Arbeit müssen wir jetzt tun. Und wenn wir dann noch vergleichen wie die Arbeit auch in anderen Kantonen gemacht wird, dann sehen wir, dass auch die anderen Kantone in der Vorbereitung sind. Wir haben eine Umfrage gemacht, sie ist nicht ganz vollständig, wir haben glaube ich etwa 17 Kantone kurz angefragt. In vier Kantonen, Zürich, Basel-Stadt, Glarus und Wallis, ist die Gesetzgebung bereits abgeschlossen. Im Kanton Zürich wurde im Übrigen ein gleiches Anliegen, wie Grossrat Trepp mit dem Auftrag DRG-Moratorium, klar abgelehnt. Auch in anderen Kantonen wurde das abgelehnt. In sieben Kantonen ist die Vorlage in der parlamentarischen Beratung, zum Teil sogar am gleichen Tag, also heute im Kanton Thurgau. Wir haben drei Kantone, die in der Vernehmlassung stecken. Zwei Kantone waren so glücklich, dass sie keinen Regelungsbedarf hatten. Aber die Kantone sind bereit. Die Kantone gehen schon lange davon aus, dass wir dies umsetzen müssen. Bevor ich noch auf einzelne Voten eingehe, kurz eine Bemerkung zur Berichterstattung in der Südostschweiz vom letzten Samstag. Die Headline war: Die Spitäler wollen mehr Geld und drohen mit dem Abbau von bis zu 350 Stellen. Ja, meine Damen und Herren, in der Strafrechtsprache würde man sagen, dies ist ein untauglicher Versuch am untauglichen Objekt, denn diese Vorlage, die wir heute hier und morgen beschliessen und bespre-

chen, wird keine Beiträge für gemeinwirtschaftliche Leistungen festlegen. Wir setzen nur den Rahmen. Und Sie als Grossrätinnen und Grossräte werden dann im Dezember in der Budgetberatung den Gesamtkredit für die gemeinwirtschaftlichen Leistungen festlegen. Und wir werden Ihnen dann detailliert aufzeigen wie wir diesen Gesamtkredit zusammensetzen. Für diese Leistungen werden wir nämlich mit den Spitalern Leistungsvereinbarungen abschliessen müssen. Wir müssen definieren was darunter zu verstehen ist, was erwartet wird und zu wie viel dies entschädigt wird und dann haben Sie es in der Hand diesen Kredit festzulegen. Also darum, dieser Artikel war völlig unbehelflich. Und ich kann nur sagen, an die Adresse der Spitäler beziehungsweise an jene, die zu dieser Berichterstattung beigetragen haben, ich glaube kaum, dass Drohungen Stellen abzubauen und eine billige, ich kann es nicht anders sagen, eine billige Stimmungsmache vor den Beratungen hier im Grossen Rat nicht der richtige Weg sind, diese politische Diskussion zu führen. Es muss nämlich im Bestreben unser aller liegen und aller Beteiligten sein, eine sachliche, eine konstruktive Diskussion zu führen und die Rahmenbedingungen zu schaffen, damit unsere Spitäler eben diese bevorstehende Herausforderung auch meistern können. Es ist sicher nicht unser Ziel, meine Damen und Herren, den Spitalern so wenig Geld zu geben, dass Sie nicht mehr überleben können. Nehmen Sie das zur Kenntnis. Also wir werden mit den Spitalern, sobald bekannt ist, wo die Baserate liegt, sobald bekannt ist wo der Investitionsanteil liegt, uns darüber unterhalten wie hoch die Beiträge an die gemeinwirtschaftlichen Leistungen sind und Sie werden dort mitsprechen können. Also darum, über die Höhe der Beiträge werden wir zu einem späteren Zeitpunkt noch diskutieren.

Nun noch zu einzelnen Punkten. Grossrätin Kleis, ich danke, dass Sie mir keine Vorwürfe wegen der Pflegefinanzierung machen. Ich kann Ihnen aber sagen, dass das Schreiben an die Gemeinden und an die Trägerschaften der Pflegeheime heute, zumindest in deutscher Sprache, verschickt wurde. Sie werden der Liste dieser Quartalszusammenfassung entnehmen können, wo nun diese Einreichungen also der Pflegestufen, wo die Heime liegen mit ihren Finanzen. Ich habe es bereits in der Kommission gesagt, dort sind Korrekturen notwendig. Also darum konsultieren Sie das und wir bleiben am Ball und werden sicher mithelfen, dass diese Einreichungen korrekt erfolgen.

Dann zu Grossrat Casty. Er hat noch die Frage, nicht nur an mich gerichtet, vielleicht hören wir dann auch noch den Krankenkassenvertreter, ob es logisch ist wenn die Fallpauschalen tief liegen, dass dann auch die Krankenkassenprämien tiefer werden und wir dann weniger IPV bezahlen würden und den Rest dann ausgeben könnten für die gemeinwirtschaftlichen Leistungen. Ja logisch ist das für mich schon. Nur ich weiss wirklich nicht, ob die Krankenkassenprämien wirklich sinken wenn wir auch tiefe Fallpauschalen haben. Dazu muss uns der Versicherungsexperte Auskunft geben, weil auch die Ankündigungen der Versicherungen, dass die Prämien ansteigen infolge der Spitalfinanzierung sind auch mit grosser Vorsicht zu geniessen, denn auch die Versicherer wissen noch nicht, wo die Baserate liegen wird. Auch gesamt-

schweizerisch ist das Bild noch nicht sichtbar, aber vielleicht müsste sich Grossrat Augustin zu dieser Frage dann auch noch äussern.

Zu Grossrätin Darms. Sie hat auf die Modellrechnung hingewiesen mit einer Baserate von 8'500 Franken und gesagt dies sei klar zu tief, das genüge nicht um unsere Spitäler zu finanzieren. Nun wir haben uns diese Baserate aufgrund der Daten 2008 zu Recht gelegt. Wir haben auch ein Bundesgerichtsurteil aus Uri zu Rate gezogen und dann hochgerechnet und dann kam man mal auf diese 8,5 Tausend Franken. Mehr konnten wir nicht machen. Wir wissen auch nicht wo sie liegen werden. Aber ich empfehle Ihnen darum, wenn Sie hier nachher in der Detailberatung sind, stimmen Sie dann bitte nicht dem Antrag Augustin zu, zu Art. 18g Abs. 2, weil diesen Artikel haben wir festgelegt, eben genau damit die Spitäler nicht Hand bieten für zu tiefe Baserates. Also in Art. 18g Abs. 2 heisst es, die Pauschalen haben den durchschnittlichen Fallaufwand der wirtschaftlichen Spitäler, Kliniken und Geburtshäuser in der notwendigen Qualität zu entsprechen. Eben genau dieser Artikel soll verhindern, dass Spitäler zu tiefe Pauschalen mit den Versicherern vereinbaren. Sollten sie dies tun, dann haben wir das als Regierung also immer noch in der Hand diesen vereinbarten Pauschalen dann die Genehmigung zu verweigern. Also darum, es ist ein ausgewogenes System. Es wurde auch gesagt, wir befinden uns hier etwa in einem Pokerspiel. Wir wissen nicht ganz genau wo diese Ansätze zu liegen kommen, auch wir sind gespannt. Wir müssen heute nur über das Instrumentarium diskutieren. Wie bereits gesagt, auch zum Vorschlag Grossrat Michel, eine zweite Lesung, selbstverständlich können Sie am Schluss der Vorlage darüber befinden, ob Sie das wollen. Ich glaube, es bringt Ihnen nichts wenn Sie sich davon eine verbesserte Datenlage oder mehr Informationen zu den offenen Fragen erhoffen. Wir werden diese in der nächsten Session immer noch nicht vorliegen haben. Dann möchte ich vielleicht noch zu Grossrat Peyer kurz noch etwas ausführen, ich werde dann aber sicher noch in der Detailberatung zu Art. 6a Abs. 3 hier Ausführungen machen. Wenn wir in unserer Botschaft von personellen Auswirkungen sprechen, dann meinen wir damit, ob zur Umsetzung der Vorlage und zur Umsetzung des SwissDRG mehr Personal aufzuwenden wäre. Und hier, das konnten wir mit ruhigem Gewissen verneinen. Was wir aber nicht wissen, ist, wie sich die finanziellen Auswirkungen dann auf die Kostenstruktur der Spitäler auswirken wird und ob hier der Kostendruck dann auf die Löhne in den Spitälern kommen wird, das werden wir dann sehen. Aber das können wir jetzt auch noch nicht beurteilen. Darum mit personellen Auswirkungen ist etwas anderes gemeint, als die Auswirkungen auf das Personal in den Institutionen. Aber hierzu werde ich dann noch ein paar Ausführungen machen in der Detailberatung. Nun, ja meine Damen und Herren, wir befinden uns etwas im Blindflug. Gewisse Fragen sind offen, die bleiben offen. Wir erwarten zum Teil auch keine Antworten mehr aus Bern. Aber ich kann Ihnen sagen, man kann auch einen Blindflug bewältigen. Piloten wissen das. Man braucht einfach ein gutes Instrumentarium und mit dem kann man doch noch sicher landen und ich bin überzeugt, dass man mit dieser Vorlage sicher

landen können. Vielleicht müssen wir etwas nachkorrigieren, aber diese Grösse werden wir dann haben. Und in diesem Sinne bitte ich Sie auf die Vorlage einzutreten und den Antrag der SP auf Rückweisung abzulehnen.

Trepp: Gestatten Sie mir trotzdem noch einige kritische Bemerkungen zu DRG, ich möchte Sie Ihnen nicht vorenthalten. Es gibt schon einige Fakten dazu, die uns nachdenklich stimmen können, z.B. wurden in Deutschland seit Einführung von DRG dreimal so viele Angiografien, also Herzkranzgefässdarstellungen, durchgeführt als in der Schweiz. Und man kann sich natürlich schon fragen, machen Fallpauschalen nicht invasiver? Wahrscheinlich eben schon, weil es ist eine typische Untersuchung, die sich eignet für eine Fallpauschale zu kassieren sozusagen. Es gibt auch eine grosse Bewegung, Sie haben das Moratorium vorher angesprochen, darum möchte ich jetzt auch noch etwas dazu sagen. Es wurden unter Ärzten und Pflegepersonal etwa 4000 Unterschriften gesammelt für ein Moratorium. 51 leitende Ärzte des Unispitals Zürich haben einen offenen Brief an Bundesrat Burkhalter geschrieben, er solle doch so gut sein, diese Vorlage später in Kraft setzen, bis einige dieser, nicht nur einige, es sind viele Unklarheiten, eben geklärt sind und dass wir besser Kenntnisse haben. Das Problem ist eigentlich nicht die blutigen Entlassungen, das ist unbestritten. Wir haben aber gesehen, in Deutschland ist die Arbeitszufriedenheit massiv gesunken mit DRG und man kann sich dann auch fragen, warum kommen so viele deutsche Ärzte in die Schweiz und so viel Pflegepersonal? Ein Grund ist sicher auch DRG. Einer, der auch gekommen ist, und ich möchte ihn Ihnen nicht vorenthalten, das ist Professor Gerhard Rogler, Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie am Universitätsspital Zürich. Er titelt: DRG – Das ruiniert das Gesundheitssystem, Risiken und Nebenwirkungen. Ich möchte nicht so weit gehen. Ich weiss, wir sind nicht so schlecht positioniert, weil wir schon eine gewisse Erfahrung haben. Er führt dann aus und macht Fazite aus seinen Ausführungen. Ich werde Ihnen nur die Fazite vorlesen: DRG senkten die Kosten im Gesundheitswesen in Deutschland nicht. Als Nebenwirkung ist eine Verschiebung von Personal von der Patientenversorgung hin zur Dokumentation notwendig, Bürokratie. Dann das zweite Fazit: Eine Nebenwirkung des DRG-Systems ist eine zunehmende Intransparenz hinsichtlich der wirklichen Patientenbedürfnisse. Die Transparenz hinsichtlich der Kosten gilt nur in einem selbstdefinierten System von Fällen, da es Individualität nicht zulässt. Weiter, Fazit: Benachteiligungen der ausbildenden Spitäler und chronischer kranker Patienten durch DRG sind unvermeidbar. Eine Nebenwirkung des DRG-Systems ist die Neudefinition von Rentabilität und Versorgungsbedingungen. Privatkliniken finden, beabsichtigt Fragezeichen, bessere Bedingungen, es besteht das Risiko der Benachteiligung von Spitälern, die Nachwuchs ausbilden. Kleinere, unrentable Spitäler werden nicht geschlossen. Ein weiteres Fazit: Eine Nebenwirkung des DRG-Systems ist eine Benachteiligung chronisch kranker und multimorbider Patienten. Ihnen wird das System nicht gerecht. Ein zweitletztes Fazit: Eine Nebenwirkung des DRG-Systems ist eine Benachteiligung der Spitzen-

medizin und eine Verzögerung von Innovationen. Ein Risiko des Systems ist es, dass es nur verzögert auf neue Entwicklungen reagieren kann. Es ist so: In Deutschland hat man über 100 Zusatzentgelte für eben spezialisierte Erkrankungen, hochtechnisierte Medizin, in der Schweiz haben wir nur einige wenige. Man wird das wahrscheinlich korrigieren dann. Dann, aber wann, das ist die Frage. Letztes Fazit: Ein Risiko des DRG-Systems ist es, dass es relativ immun gegen Ergebnisse einer Begleitforschung sein wird, zumal wir diese nicht vorher eingeführt haben, sondern erst, wenn dann das System in Gang gesetzt wird und dann wissen wir nicht einmal, mit was wir das vergleichen sollen. Also, es gibt hier wirklich grosse Bedenken und es gibt sehr gute Gründe, sich für ein Moratorium einzusetzen.

Augustin: Ich wurde jetzt mehrfach aufgefordert zu reden, also rede ich. Zu Grossrat Trepp: Man kann aus verschiedenen Dokumenten zitieren. Ich verzichte, ich könnte aus einem Dokument, das ich hier vor mir habe ebenfalls in etwa das Gegenteil zitieren und der Mann ist nicht verdächtig, weil immerhin Vizedirektor im Bundesamt für Gesundheit, Leiter Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung, Herr Andreas Faller, ich könnte zitieren aus entsprechenden Vortragsunterlagen, die er an einer Zukunftskonferenz von der Swiss Leading Hospitals in Zürich am 17. März 2011 vorgetragen hat, ich verzichte darauf. Sie finden immer jemanden, irgendeine Quelle, die das Gegenteil behauptet. Wenn aber der Vizedirektor des Bundesamtes, der verantwortlich ist für System schweizweit letztlich zusammen mit dem Bundesrat sagt, aufgrund der Erfahrungen in Deutschland, es bestünden keine Bedenken gegen diese neue Spitalfinanzierung, dann glaube ich, können wir diesen Menschen in Bern trauen. Und letztlich sollten wir, lieber Herr Trepp, auch etwas mehr Selbstbewusstsein haben. Ich glaube, wenn es die Deutschen geschafft haben, dann schaffen es die Schweizer alleweil.

Und eine letzte Bemerkung zu Herrn Trepp, weil er hat vorgetragen, im System des DRG hätte man hier Angiografien durchgeführt. Ja, lieber Herr Doktor, wer entscheidet über die Durchführung einer Angiografie, der Spitaldirektor, der vielleicht das monetäre sieht oder letztlich der Arzt, der medizinisch zu vertreten hat, ob die Angiografie indiziert ist oder nicht? Ich glaube, nach wie vor die Ärzteschaft, sie haben es in der Hand zu entscheiden, ob man Leistungen verkauft, Leistungen an Patienten verabreicht, die angemessen sind, die indiziert sind oder die es nicht sind.

Zweite Bemerkung noch kurz zum Klagelied der Gemeinden. Etwas muss man den Gemeindevertretern schon sagen. Also, sie haben es in der Hand, vielleicht ausser der Gemeinde Davos, die es noch nicht geschafft hat, soweit ich das erkannt habe, das Spital aus der Zentralverwaltung auszuschneiden und zu verselbständigen. Aber alle anderen haben das in einer eigenständigen Person organisiert, in Stiftungen, in Körperschaften des Gemeinderechtes und so weiter. Die haben es in der Hand, entweder mittels Gesetz oder vielleicht mit moderneren Methoden des Verwaltungsmanagements mittels Leistungsvereinbarungen, den Spitalern klare Vorgaben zu machen. Sie können beispielsweise sagen, wir

übernehmen diese zehn oder diese 15 Prozent, wir werden darüber noch diskutieren, und nicht mehr. Alles andere haben die Spitäler zu verantworten, jene Damen und Herren, die Spitaldirektoren sich nennen, die in den entsprechenden Spitalleitungen sind, sonst muss das geschehen, was überall in der Privatwirtschaft auch geschieht, sonst muss man vielleicht ein Change Management machen und gewisse Leute, die vielleicht unfähig sind eine Vorgabe zu realisieren, dann auswechseln. Notabene auch bei der Pflegefinanzierung. Wenn ich heute Nachmittag vom Chef des Gesundheitsamtes, liebe Frau Kleis, Präsidentin des BSA, gehört habe, dass im ersten Quartal die Pflegeheime nur auf der Grundlage einer Änderung des Bewohnereinstufungssystems BESA X Prozent Leistungen erbringt, dann hat das wahrscheinlich nichts zu tun mit der Pflegebedürftigkeit unserer alten Menschen, sondern mit dem System, welches von den Systemanbietern und von den Leistungserbringern so angewendet wird. Und es wäre nun Pflicht der Gemeinden, auch hier zusammen mit den Vertretern des Kantons, und Herr Leuthold macht das, entsprechende Korrekturen vorzunehmen.

Und nun zur eigentlichen Frage, die man mir gestellt hat. Ja, es ist klar, Grossrat Casty, je tiefer die Baserate, die Fallpauschale sein wird, desto eher besteht Spielraum für Prämiensenkungen. Und das wird auch teilweise passieren. Nicht wegen der tiefen Baserate sondern wegen eines anderen Elementes, welches im System drin ist. Neu finanziert die öffentliche Hand ja auch die Privatspitäler. Jetzt hat es Kantone mit einem sehr grossen Anteil an Privatspitälern, die bisher nur über die Versicherer finanziert wurden und nicht von der öffentlichen Hand. Beispiel Kanton Tessin. Das wird also zu einer Belastung des Steuerzahlers im Kanton Tessin in sehr wesentlichem Umfang führen und zu einer bedeutenden Entlastung des Prämienzahlers mit, ich würde sagen, grosser Wahrscheinlichkeit, wenn die anderen Faktoren nicht eine Gegenbewegung machen, mit einem grossen Potenzial für effektive Prämiensenkungen. Im Kanton Graubünden sage ich Ihnen, haben wir mindestens den Kostenteiler, Frau Regierungsrätin, Ihnen und der Regierung sei gedankt, so festgelegt, dass nicht nur schon der Kostenteiler zwischen Kanton und Krankenversicherern Prämien steigert, das ist gut. Andere Kantone, Basel Stadt, vertreten durch den Vizepräsidenten der Gesundheitsdirektorenkonferenz, die machen eine andere Politik mit Konsequenzen an der Prämienfront, die dann die entsprechenden Einwohnerinnen und Einwohner dieser Kantone halt zu tragen haben werden.

Ob wir aber eine Baserate so erhalten, die letztlich eher prämiensteigernd oder prämienneutral oder kostenneutral und damit prämienneutral oder kostensenkend wird, das kann ich Ihnen heute auch nicht sagen. Wir stehen in Verhandlungen. Die nächste Verhandlungsrunde findet nächsten Montag statt und dann werden wir sehen. Voraussetzung, liebe Vertreter der Spitäler, es hat mehrere da drin, direkt oder indirekt, Voraussetzung wäre, dass wir wenigstens Daten erhalten würden. Jetzt entnehme ich einem Schreiben, das ich heute bekommen habe für ein pendentes Festsetzungsverfahren TARMED, dass die Spitäler sich sogar weigern, gegenüber dem Kanton die verlangte Transparenz in der Datenlage offen zu legen.

Meine Damen und Herren Spitalvertreter: Solange Sie uns einfach die Daten nicht liefern, solange haben wir kein solides Material, um unsererseits die Zahlen zu plausibilisieren und wir können nicht einfach alle Daten, die Sie uns präsentieren, genau gleich wie die Regierung nicht einfach die Datenlage der gemeinwirtschaftlichen Leistungen telquel übernehmen kann, wie Frau Casanova zu Recht gesagt hat, ohne Plausibilisierung können wir nicht vernünftig prüfen, ob die Vorgaben des Gesetzes und der Verordnung bezüglich Tariffestlegung eingehalten werden oder nicht. Dazu aber mehr, Frau Regierungsrätin hat dem bereits vorgegeben.

Gunzinger: Vielleicht noch ein Gedanke im Zusammenhang mit dem Wunsch oder der Hoffnung von Grossratskollege Casty, dass die Prämien sich allenfalls gegen unten bewegen würden. Diese Hoffnungen sind vielleicht berechtigt aber nicht allzu gross. Ich denke, wie Sie ausgeführt haben, wenn man von der jetzigen Pauschale von weit über 9000 Franken runtergeht auf 8500 Franken ist das dann lediglich die Pauschale ohne den Investitionskostenbeitrag und wenn man den mit aufrechnet sind wir bereits wieder bei 9500 Franken zirka. Das heisst also, das muss man mitberücksichtigen, weil die Krankenkassen ja auch die Investitionskosten der öffentlichen Spitäler mitfinanzieren, was zu Mehrkosten für die Grundversicherten führen wird. Bisher war das ja so, dass die Regionalspitäler zu 50 Prozent vom Kanton und 50 Prozent von den Gemeinden, beim Kantonsspital waren es 75/25 Prozent finanziert wurden. Das vielleicht ein Gedanke in diesem Zusammenhang, um das in Zahlen auszudrücken ist es denkbar, dass bei einer Abwälzung der Investitionskosten teilweise auch über die Krankenversicherungen das einen Prämienanstieg zwischen rund also gemäss Versicherern je nach Höhe zwischen 150 und 600 Millionen Franken zur Folge haben könnte gesamtschweizerisch, das sind etwa eins bis drei Prozent Prämien Schub. Das noch zur Vervollständigung der Gedanken, die Grossratskollege Casty geäussert hat. Zu den Wünschen von, jetzt ist er unterwegs, von Ratskollege Augustin möchte ich doch darauf hinweisen, dass die Spitaldirektorenkonferenz respektive auch der BSH sehr transparente Zahlen unserer Kommission, der Kommission Gesundheit und Soziales vorgelegt hat, die sehr aufschlussreich waren und die in Ergänzung der Modellrechnungen, welche vom Kanton vorgelegt wurden, auch dazu führen werden, dass wir in etwa die finanziellen Auswirkungen je nach Höhe der Festlegung der Baserate abschätzen können. Ich denke, da wurde sehr wertvolle Arbeit geleistet seitens der Spitäler und das war eine wichtige Grundlage auch in der Diskussion in der Kommission. Ich bin überzeugt, dass wir da in der Zusammenarbeit, sei das mit dem Kanton und den Versicherern und den Spitälern, noch weitere Daten dann auch zur Verfügung stellen können.

Standespräsidentin Bucher-Brini: Wird das Wort zum Eintreten weiterhin gewünscht? Frau Regierungsrätin? Nicht der Fall. Dann zum Eintreten wurde ein Antrag in Aussicht gestellt. Findet der statt? Somit nicht. Wenn Eintreten nicht bestritten ist, somit beschlossen und wir kommen zu der Detailberatung. Grossrat Thöny.

Eintreten ist nicht bestritten und somit beschlossen.

Detailberatung

Thöny: Nachdem nun Eintreten beschlossen ist, kann ich zu meinem Ordnungsantrag kommen, der heisst: Die Vorlage zum Krankenpflegegesetz zurückzuweisen. Ich habe vorher erklärt, warum wir das nicht als Nichteintreten beantragen, sondern beim Eintreten dann sagen, vielleicht im Sinne einer effizienten Ratsdebatte nicht am Schluss dann eine zweite Lesung zu verlangen sondern aufgrund der Datenlage, wie wir sie in der Botschaft sehen bereits jetzt schon sagen zu können oder meinen, wir sollten sie jetzt zurückweisen, dann wenn die Grundlagen vorhanden sind wieder darüber sprechen. Ich begründe den Antrag wie folgt: Im grau unterlegten Einführungsteil der Botschaft auf Seite 909 schreibt die Regierung, ich zitiere, wir haben es schon öfter gehört, ich möchte es aber trotzdem noch einmal hier festhalten: „Die Pauschalen haben sich gemäss dem KVG an den Kosten der wirtschaftlichen Spitäler mit der notwendigen Qualität zu orientieren“ und „Die Schwierigkeit bei der Erarbeitung der vorliegenden Botschaft besteht darin, dass Aussagen zu den finanziellen Auswirkungen der Vorlage nur sehr beschränkt möglich sind, da weder die Höhe der Fallpauschalen für die Abgeltung der stationären Behandlung von krankenpflegeversicherten Patienten noch die Höhe des Zuschlags für die Anlagenutzungskosten bekannt sind und der Gesetzgeber die Begriffe Wirtschaftlichkeit und Qualität nicht definiert hat“. Die Kernanliegen der Vorlage, es wurde genannt, sind also Qualität und Wirtschaftlichkeit. Die Regierung hat also schon auf der ersten Seite klar offen gelegt und das hat auch Frau Regierungsrätin mehrmals genannt, dass diese zentralen Grössenordnungen der Vorlage bis dato unbekannt sind. Bezeichnenderweise haben sie dann entsprechend auch schon im März von einem teilweisen Blindflug gesprochen. Selbstverständlich kann man auch mit entsprechenden Instrumenten mit einem Blindflug landen. Die Frage ist nur, wo werden Sie dann landen und haben Sie dann wirklich auch dort landen können, wo Sie wollten? Sie haben von einem Pokerspiel gesprochen und gesagt, es treffe soweit zu, aber wir müssen hier über die Instrumente diskutieren und somit eigentlich das Feld vorbereiten.

Nun, zu den Instrumenten. Wenn Sie das Menu nicht kennen, dann können Sie nicht sagen, ob Sie den Löffel nehmen sollen oder ob Sie das Messer benutzen wollen. Von daher sind also die Grundlagen wirklich sehr dürftig. Ich möchte zu den beiden zentralen Begriffen noch zu sprechen kommen. Zuerst zur Qualität. Auf Seite 923 legen Sie, Frau Janom Steiner, also legt die Regierung dar, das haben Sie vorher auch genannt, und es ist bezeichnend, dass ich auf die gleichen Punkte komme, die Sie auch nochmals erwähnt haben, dass die Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektoren, der Ost- und Zentralschweiz vom Bundesrat eine Erklärung der Begriffe Qualität und Wirtschaftlichkeit verlangt haben und die Antwort fiel wirklich ernüchternd aus: Es sei Sache der Kantone und der Tarifpartner, das festzulegen, das BAG sage lediglich, dass die Qualitätsindikatoren noch

nicht genügend ausgereift seien. Ich habe mir die Mühe genommen, die Botschaft auf die zentralen Begriffe hin zu durchleuchten und ich habe 33 Mal das Wort „Qualität“ gelesen, 33 Mal. Es scheint also tatsächlich ein zentrales Anliegen der Vorlage zu sein. Nirgends, aber wirklich nirgends wird aber definiert, was dann Qualität wirklich ist. Und indem man das Wort möglichst oft braucht, wird es nicht wirklich besser. Und da frage ich Sie schon, meine Damen und Herren, was ist denn das für eine Teilrevision? Es geht hier nicht um Pommes frites oder Autoreifen. Es geht hier um die Pflege von Kranken und es geht hier um die Betreuung von Betagten und pflegebedürftigen Menschen. Und da darf man doch wirklich erwarten, dass im Voraus bekannt ist, was unter Qualität dann auch zu verstehen ist. Alles andere ist aus meiner Sicht unseriös.

Ich habe mir dann auch die Mühe genommen, auf die Homepage von Swiss DRG zu gehen und habe da Folgendes gelesen. Ich zitiere: „Das Wohl der Patientinnen und Patienten steht bei der Einführung von Swiss DRG Fallpauschalen an oberster Stelle.“ Und: Jedes Tarifsystem, unabhängig davon, ob dieses auf Fallpauschalen beruht oder nicht, beinhaltet wirtschaftliche Anreize, Klammer, das ist ja so gewollt, Klammer geschlossen, die ohne entsprechende Regelungen zu einer Einschränkung der optimalen Behandlungsqualität führen können. Die Swiss DRG hat gemeinsam mit ihrem Partner konkrete Regelungen erarbeitet, um solchen Anreizen zu begegnen. Sie haben sie erarbeitet, aber eine von sechs Begleitmassnahmen, und auch da komme ich wieder auf den Begriff, ist die Qualität der medizinischen Behandlungen. Nun, wo sind die konkreten Regelungen? Bis dato ist dieser Begriff wirklich ungenügend bis gar nicht definiert.

Zur Wirtschaftlichkeit. Dieser Begriff taucht 23 Mal in der Botschaft auf. Auch für ihn gilt das Gleiche wie für die Qualität, deshalb kann ich mich hier etwas kürzer fassen und sechs Aussagen aus der Botschaft zitieren. Erstens: Die Höhe der Fallpauschalen ist nicht bekannt. Zweitens: Die Höhe der Zuschläge ist nicht bekannt. Drittens: Die Modellrechnung beruht auf den Daten des Jahres 2008. Viertens: Swiss DRG kann noch nicht verwendet werden, eine Verknüpfung mit den Daten der medizinischen Statistik ist nicht möglich. Fünftens: Neben dem Basispreis ist auch die Höhe des Fallbeitrages an die Investitionen nicht bekannt. Sechstens: Zu den finanziellen Auswirkungen auf die einzelnen Leistungserbringer lässt sich keine detaillierte Aussage machen. Das die sechs Zitate aus der Botschaft. Ich frage jetzt mal explizit die Unternehmerinnen und Unternehmer hier in diesem Rat: Würden Sie ein Geschäft abschliessen auf einer so dürftigen Grundlage beruhend? Ich glaube, Sie würden darauf nicht eintreten und warten, bis Sie entsprechende Daten haben, um dann entscheiden zu können, jawohl, darauf lasse ich mich ein oder ich lasse mich nicht darauf ein. Wenn es Ihnen gleich geht wie mir und der SP-Fraktion, dann werden Sie unweigerlich zum Schluss kommen, die Vorlage zurückzuweisen und dann wieder zu bringen respektive zu beraten, wenn die Grundlagen da sind, wenn sie erarbeitet sind und bekannt sind.

Antrag Thöny zum Verfahren

Die Vorlage Teilrevision des Krankenpflegegesetzes sei zurückzuweisen.

Candinas; Kommissionspräsident: Ich werde nicht mein Eintretensvotum wiederholen, aber doch noch einige Worte sagen. Wir haben in der Tat bei dieser Vorlage mit einigen Unbekannten zu tun, die wir nicht selbständig im Grossen Rat und in der Regierung lösen können. Unsere Aufgabe ist es, aufzunehmen, wie bereits erwähnt, was bekannt ist und daraus gute Lösungen für unseren Kanton zu finden und zu verabschieden. Eine Rückweisung des Geschäfts bringt gar nichts. Bis zur Augustsession und auch bis zur Octobersession werden wir nicht mehr Fakten haben, die zu Änderungen bei der aktuellen Vorlage Anlass geben könnten. Es wäre einzig und alleine eine Aufschiebung einer Pendeiz mit der Folge, dass das Gesetz bei einem allfälligen Referendum nicht per 1.1.2012 in Kraft gesetzt werden könnte. Ob wir diese Verantwortung übernehmen können, stelle ich in Frage. Das Abrechnen mit Fallpauschalen ist in unserem Kanton seit längerem eingeführt und bekannt, wir kennen bereits das System, die Spitäler unterstützen und sind mit der Vorlage grossmehrheitlich einverstanden. National- und Ständerat haben in den Übergangsbestimmungen zur KVG-Änderung vom 21. Dezember 2007 festgesetzt, dass die Einführung der leistungsbezogenen Pauschalen spätestens am 31. Dezember 2011 abgeschlossen sein muss. Da gibt es keinen Verhandlungsspielraum, geschätzte Kolleginnen und Kollegen. Wir können schon bocken in Graubünden, es bringt uns aber nicht weiter. Das System der neuen Spitalfinanzierung ist beschlossen und der Bundesgesetzgeber wird diese Einführung nicht verschieben.

Die Frau Regierungsrätin hat auch einige Ausführungen zum aktuellen Stand in anderen Kantonen gemacht. Die anderen Kantone sind auch dran und auch diese haben nicht mehr Fakten zu diesem Geschäft. Wir haben gehört, vier Kantone haben bereits den Gesetzgebungsprozess abgeschlossen, zwei haben keinen Regelungsbedarf und ungefähr sechs sind gleichweit wie wir. Diesen Zug können wir nicht aufhalten. Nun ist es die Frage, ob wir als Parlament unsere Aufgabe und unsere Verantwortung wahrnehmen und unser Krankenpflegegesetz anpassen und die vorhandene Gestaltungsfreiheit des Gesetzes nutzen oder ob wir mit unüberlegten Manövern die Augen vor der Realität verschliessen. Die einstimmige Kommission ist der Meinung, dass die erste Variante die bessere ist. Wir sind überzeugt, dass wir eine gute Vorlage beraten dürfen, die in der Kommission intensiv diskutiert wurde, jedoch nicht umstritten war. Wir haben auch nicht viele Änderungsanträge und vor allem betreffen diese nicht das System als solches. Es geht bei den zwei umstrittensten Punkten um Finanzen zwischen Kanton und Gemeinden und zwischen den Spitälern, wobei an dieser Stelle zu sagen ist, dass beim ersten Punkt die einstimmige Kommission einer Meinung ist. Dazu kommen noch einige Änderungsanträge, die weder von der Regierung noch von der Kommission bestritten werden. Im Weiteren bitte ich Sie auch zu berücksichtigen, dass die Hauptplayer der Spitalfinanzierung, die Spitäler, mit der vorliegenden Gesetzesanpassung zu-

frieden sind. Jeder Systemwechsel bringt Änderungen und Unsicherheiten. Man kann nicht alles zum Vornher ein absichern. Sollte sich ein Änderungsbedarf aufdrängen, müssen wir aber dafür offen sein. Die nationale Politik machen wir nicht in Graubünden. Es ist jedoch unsere Aufgabe, die kantonale Politik zu machen. So möchte ich Sie, geschätzt Kolleginnen und Kollegen, bitten, die Rückweisung abzulehnen, die Vorlage zu beraten und zu verabschieden.

Standespräsidentin Bucher-Brini: Ich interpretiere den Antrag von Grossrat Thöny als Ordnungsantrag. Und somit stimmen wir direkt über den Ordnungsantrag auf Zurückweisung der Botschaft an die Regierung ab. Nach unserer Geschäftsordnung und wie ich mich informieren lassen habe, stimmt man direkt ab ohne weitere Wortmeldungen, ohne weiteren Mitgliedern das Wort zu erteilen. Also wir haben das so interpretiert. Ich habe mich coachen lassen und ich hoffe, dass Sie damit einverstanden sind und somit stimmen wir jetzt ab über den Ordnungsantrag von Grossrat Thöny. Wer diesem zustimmen möchte, möge sich erheben. Gegenmehr? Sie haben den Ordnungsantrag abgelehnt mit 97 zu elf Stimmen. Somit starten wir mit der Detailberatung und ich verfare nach dem hellblauen Protokollblatt.

Abstimmung

Der Grosse Rat lehnt den Antrag Thöny zum Verfahren mit 97 zu 11 Stimmen ab.

Art. 2

Antrag Kommission und Regierung
Gemäss Botschaft

Angenommen

Art. 3 Abs. 1 lit. a, f, g, Abs. 3 und 5 sowie Marginalie

Antrag Kommission und Regierung
Gemäss Botschaft

Candinas; Kommissionspräsident: Relevant für die Beitragsberechtigung eines Spitals beziehungsweise eines Geburtshauses ist neu aufgrund der geänderten Bestimmungen im KVG zur Spitalfinanzierung deren Aufführung auf einer Spitalliste. Dies wurde mit Abs. 1 lit. a umgesetzt. Weiter sollen neu alle anerkannten Rettungsorganisationen Beiträge des Kantons erhalten. Bei diesen überregional tätigen Organisationen lässt sich die Finanzierung der ungedeckten Aufwendungen über die Spitalregionen nicht begründen.

Trepp: Entschuldigung. Ich möchte noch zu Art. 3 eine Frage stellen. Ich meinte in der Kommission haben wir gesagt, dass die Regierungsrätin eine Protokollerklärung abgeben würde, dass diese Transportkosten auch dabei seien. Ist das richtig?

Regierungsrätin Janom Steiner: Also ich mag mich erinnern, dass wir in der Kommission darüber gespro-

chen haben, ob man unter Rettungsorganisationen auch Transportorganisationen versteht. Und das trifft zu. Das geht um Rettungs- und Transportorganisationen. Das sind z.B. die Rettungsdienste der Spitäler, die Alpina Rettung Schweiz für Rettungsaktionen in unwegsamem Gelände, Bündner Ärzteverein für die Sicherstellung einer flächendeckenden Notfallversorgung etc. Also auch die Transportdienste sind enthalten.

Angenommen

Art. 4

Antrag Kommission und Regierung
Gemäss Botschaft

Candinas; Kommissionspräsident: Die bisher in Art. 3 Abs. 3 und Abs. 5 enthaltenen Vorgaben zu den von den beitragsberechtigten Institutionen einzureichenden Daten werden neu in Art. 4 zusammengeführt. Der bisherige Art. 4 wird ersatzlos gestrichen. Die darin beschriebene Tätigkeit der Regierung ist selbstredend und braucht nicht auf Gesetzesstufe festgeschrieben zu werden.

Angenommen

Art. 5 lit. a, d, e, f, h bis l

Antrag Kommission und Regierung
Gemäss Botschaft

Candinas; Kommissionspräsident: Die in den letzten Jahren erfolgten Gemeindefusionen werden in der Zuordnung der Gemeinden zu den Spitalregionen nachgeführt. Die neue Kantonsverfassung legt in Art. 31 fest, dass alle wichtigen Bestimmungen durch den Grossen Rat in der Form des Gesetzes zu erlassen sind. Die Zuordnung der Gemeinden zu den Spitalregionen ist von weitreichender Tragweite. Leider ist es nicht zu verhindern, dass bei der nächsten Gemeindefusion die Zuordnung schon nicht mehr ganz aktuell ist. An der Zuordnung der bisherigen Gemeinden lässt sich indessen die Zuordnung der neuen Gemeinden ableiten.

Angenommen

Art. 6

Antrag Kommission und Regierung
Gemäss Botschaft

Candinas; Kommissionspräsident: Das beitragsberechtigte Angebot ist aufgrund der Vorgaben des KVG für alle Spitäler in der Spitalliste festzulegen. Zuständig für den Erlass der Spitalliste ist die Regierung. Die bisher im Krankenpflegegesetz enthaltene und sich auf den Leistungsauftrag auswirkende Spitaltypeneinteilung der Regionalspitäler und des Kantonsspitals Graubünden wird damit hinfällig.

Angenommen

Art. 6a Abs. 1 und 2

Antrag Kommission und Regierung
Gemäss Botschaft

Angenommen

Art. 6a Abs. 3

Antrag Kommissionsmehrheit (9 Stimmen: Augustin, Candinas, Casanova-Marion, Gunzinger, Hardegger, Holzinger-Loretz, Kleis-Kümin, Niggli-Mathis [Grüsch], Troncana-Sauer; Sprecher: Candinas) *und Regierung*
Gemäss Botschaft

Antrag Kommissionsminderheit (2 Stimmen: Noi-Togni, Trepp; Sprecher: Trepp)

Einfügen neuer Art. 6a Abs. 3:

³ Sie schliesst Leistungsvereinbarungen ab unter der Voraussetzung, dass die Leistungserbringer mit den zuständigen Personalverbänden der Branche entsprechende Gesamtarbeitsverträge abschliessen.

Art. 6a Abs. 3 der Botschaft wird zu Abs. 4.

Candinas; Kommissionspräsident: Eine Kommissionsminderheit wünscht, einen neuen Abs. 3 einzufügen. Die Leistungserbringer sollen gezwungen werden, einen Gesamtarbeitsvertrag mit den Personalverbänden der Branche abzuschliessen. Die Kommissionsmehrheit lehnt diesen Antrag ab. Im Rahmen der Gesetzgebung zur Spitalplanung soll geprüft werden, ob solche Vorgaben notwendig sind. Die Einführung des neuen Abs. 3 würde zur Konsequenz haben, dass private Spitäler und Kliniken, die mit dem Kanton keine Leistungsvereinbarung abschliessen, nicht gezwungen wären, diesen Artikel einzuhalten. Somit hätten diese hinsichtlich der Arbeitsbedingungen gegenüber den anderen Spitälern eine andere Ausgangslage. Dies zeigt klar, dass wenn eine Regelung getroffen werden soll, diese in der Gesetzgebung zur Spitalplanung zu erfolgen hat, damit alle Spitäler gleich gestellt sind. Im Weiteren möchte ich doch noch erwähnen, dass das Arbeitsgesetz auch für die Spitäler gilt. Ich bitte Sie, der Kommissionsmehrheit zu folgen.

Trepp; Sprecher Kommissionsminderheit: Ich denke nicht, dass ein Spital ohne Leistungsvereinbarung in unserem Kanton Chancen hat, überhaupt zu überleben. Die Regierung schreibt in der Botschaft ohne zu begründen auf Seite 949, dass sie das Anliegen verbindliche Gesamtarbeiterverträge für alle auf der Spitalliste aufgeführten Leistungserbringer erst im Rahmen der Spitalplanung prüfen werde. Es ist nicht einzusehen, dass man dieses von vielen sich Vernehmlassenden geforderte Anliegen auf die lange Bank schiebt und wartet, bis sich der Pflegenotstand allenfalls wieder verschärft. Gerade im Pflegebereich ist die Haltequote der Beschäftigten relativ tief. Die Mehrheit der Beschäftigten ist jung und mobil. Viel Personalwechsel ist teuer und wirkt sich negativ auf die Qualität aus. Mit Einführung von DRG steigt der Kostendruck auf die Spitäler enorm. Falls den Spitälern nur schon bei den gemeinwirtschaftlichen

Leistungen nicht genügend Geld zur Verfügung steht, werden, wie der Direktor des Kantonsspitals, Herr Bachmann, klar zu erkennen gab, die Löhne gekürzt werden oder es wird Dumpingpersonal rekrutiert werden. Er sagte wortwörtlich: „Bei 70 bis 80 Prozent Personalkosten sind wir gezwungen, den Druck weiterzugeben. Falls es zu den angedrohten 350 Entlassungen kommt, werden nicht nur das Personal, sondern auch die Patientinnen den Druck knallhart zu spüren bekommen“. Die Personalverbände haben in der Presse darauf aufmerksam gemacht, dass an einer gemeinsamen Medienkonferenz die Berufs- und Personalverbände im Gesundheitswesen, der Spitalverband HPlus und die FMH Ende März 2011 ihren Willen bekundet haben, gemeinsam dafür einzustehen, dass die Löhne, die Arbeitsbedingungen, die Aus- und Weiterbildung des Gesundheitspersonals und die Versorgungsqualität für Patientinnen mit DRG nicht gefährdet werden dürfen. Dabei wurde eine entsprechende Erklärung unterzeichnet, die auch von der kantonalen Gesundheitsdirektorenkonferenz explizit begrüsst wurde. Bei der uns vorliegenden Teilrevision ist von dieser Erklärung leider nichts mehr zu finden. Weder Regierung noch die Vertreter von HPlus scheinen sich an diesen nationalen Schulterschluss zu erinnern. In etlichen Kantonen gibt es bereits einen Gesamtarbeitsvertrag, so in den Kantonen Aargau, Bern, Thurgau, Solothurn und Wallis. Ich bitte Sie dringend, dem Minderheitsantrag zuzustimmen. Sie können sich mit Erfüllung dieser Minimalforderung ein mögliches Referendum der Personalverbände ersparen. Im Kanton Zürich wurde diese Chance verpasst. Für ein Referendum werden bereits Unterschriften gesammelt. Ich danke und stimmen Sie der Kommissionsminderheit zu.

Troncana-Sauer: Ich möchte Ihnen einfach eine ganz einfache Erwiderung geben. Wir haben die Klinik Gut, die ein Spital betreibt in Chur und in St. Moritz, die keinen Gesamtarbeitsvertrag hat und die genügend Personal hat. Also nicht nur ein Gesamtarbeitsvertrag ist Grund dafür, dass ein Arbeitgeber fähige, gute motivierte Mitarbeiter findet. Es ist der Markt, der das bestimmt. Und sie müssen sehr viel bieten heute, weil es hat nicht zu viele Leute, die Arbeit suchen auf diesem Markt. Aber wenn sie gute Bedingungen präsentieren, dann haben sie auch Chancen gute Mitarbeiter zu haben. Das ist eine Win-Win-Situation, wie überall sonst auf dem Markt. Nur mit den Vorschriften erreichen sie das nicht. Und ich glaube, die Klinik Gut hat das eindrücklich gezeigt, dass sie das schafft, auch ohne Gesamtarbeitsvertrag.

Frigg-Walt: Ich spreche zur Kommissionsminderheit. Ich befürworte diesen Antrag aus folgenden Gründen. Mit diesem neuen Finanzierungssystem der Fallpauschale wird einerseits der Kostendruck auf die Spitäler erhöht. Andererseits entsteht ein enormer Druck auf die Behandlungsqualität wie auf das Personal. Personalabbau, Lohndruck, Verletzung des Arbeitsgesetzes, Abbau bei Weiter- und Fortbildung sind entsprechend zu befürchten. Dass dies keine realitätsfremden Gedanken sind, zeigt folgendes Beispiel. Im Januar gab das Unispital Zürich bekannt, dass es einzig aufgrund des Spar-

drucks 150 Vollzeitstellen, also 200 Arbeitsplätze abbauen muss. Wie eine Bombe hat im letzten Monat die Mitteilung beim Personal des Spitals Einsiedeln eingeschlagen. Ihr Spital soll nach dem Willen des Regierungsrats 2015 geschlossen werden. Dies sind leider nur zwei der aktuellsten Beispiele einer längeren Reihe. Ich sehe im Pflegebereich kein Spielraum für Stellenabbau. Man kann nicht einen Mangel an Pflegekräfte prognostizieren, beispielsweise in der Medienmitteilung des Spitals Davos vom 5. Juni und gleichzeitig Gesundheitspersonal abbauen. Man kann nicht eine hohe Qualität anstreben, dafür kein Personal und keine Mittel zur Verfügung stellen. Um in Graubünden nicht in einen ähnlichen Sog zu gelangen, braucht es bereits heute im Rahmen der Spitalfinanzierung entsprechende Leitplanken. Es sollen nur Spitäler auf die Spitalliste kommen, die sich an einen Gesamtarbeitsvertrag halten. Ebenfalls ist die Anwendung des Arbeitsgesetzes verpflichtend vorzuschreiben. Gut ausgebildetes und ausreichendes Personal ist der wichtigste Qualitätsfaktor im Gesundheitswesen.

Es gibt auch einige Kantone, die mit gutem Beispiel vorangegangen sind. Ich möchte hier stellvertretend nur den Kanton Aargau erwähnen. Ich zitiere aus der Homepage der Aargauer Kantonsspitaler AG. Zitat: „Grundlage des Arbeitsverhältnis zwischen uns und unseren Mitarbeitenden ist der mit den Personalverbänden und Gewerkschaften ausgehandelten Arbeitsvertrag.“ Zitat Ende. Weitere Argumente für mein Anliegen entnehme ich auch aus einer nationalen Medienkonferenz vom 16. März 2011 bei welcher Dr. Bernhard Wegmüller, Direktor von HPlus Schweiz unter anderem folgende Aussage gemacht hat. „Die Mitarbeitenden in den Spitälern sind die persönliche Visitenkarte der Institution. Genügend und qualifiziertes Personal sind eine tragende Säule unserer Dienstleistungen. Darum haben die Spitäler ein Interesse an guten Arbeits- und Rahmenbedingungen.“ Meine Damen und Herren, unterstützen Sie den Minderheitsantrag.

Augustin: Darf ich eine Frage stellen an Frau Frigg? Liebe Frau Frigg. Ich hätte eine Frage, wenn Sie mir zuhören. Sagen Sie uns noch, ob das Kantonsspital Aargau diesen Gesamtarbeitsvertrag auf der Grundlage einer gesetzlichen Vorgabe oder aus eigenem Antrieb gemacht hat? Ich nehme an das zweite. Dem steht nichts entgegen, dass auch in den Spitälern im Kanton Graubünden, dort wo man sich vertraglich einigen kann, entsprechende gesamtarbeitsvertragliche Regelungen vereinbart werden. Aber ich glaube, es wäre falsch nun einfach vorzugeben für alle Spitäler das als verbindlich zu erklären.

Standespräsidentin Bucher-Brini: Herr Augustin, Sie möchten eine Antwort von Frau Frigg? Sehe ich das richtig?

Augustin: Ich habe eine Frage gestellt. Da bekommt man eine Antwort.

Standespräsidentin Bucher-Brini: Grossrätin Frigg wünscht das Wort nicht. Wird das Wort weiterhin noch gewünscht? Dann Frau Regierungsrätin.

Regierungsrätin Janom Steiner: Wir wissen, dass Kantone im Rahmen ihrer Gesetzgebung solche Kriterien aufgestellt haben, seien dies branchenübliche Arbeitsbedingungen oder Gesamtarbeitsverträge, als Voraussetzung für die Aufnahme in die Spitalliste so deklariert haben. Aber meine Damen und Herren, diese Kantone haben dies im Rahmen der Gesetzgebung zur Spitalplanung gemacht. Alle diese Kantone haben das im Rahmen der Spitalplanung gemacht. Und wir haben gesagt, wir sind bereit, dies auch im Rahmen der Spitalplanung zu prüfen. Und ich kann Ihnen sagen, dass wenn wir das jetzt einführen, dann schaffen wir eine Ungleichheit. Weil würden wir den Abs. 3 entsprechend beschliessen, so hätte dies zur Konsequenz, dass die privaten Spitäler und Kliniken, die mit dem Kanton keine Leistungsvereinbarung haben oder abschliessen werden, einen solchen Gesamtarbeitsvertrag dann nicht abschliessen müssen und somit hinsichtlich der Arbeitsbedingungen zumindest bis zum Vorliegen der Spitalplanung gegenüber den anderen Spitälern einen Vorteil hätten. Und das wollen wir nicht. Uns ist sehr wohl bekannt, dass es diesen Schulterschluss gab. Also wir konnten das in unserer Vernehmlassung beziehungsweise in unserer Botschaft nicht berücksichtigen. In jenem Zeitpunkt, im März 2011, war die Botschaft bereits geschrieben. Darum, Grossrat Trepp, findet man hier drin nichts.

Ich kann Ihnen versichern, dass wir als Kriterium für die Aufnahme auf die Spitalliste branchenübliche Arbeitsbedingungen vorsehen werden. Aber es wäre falsch, das hat Grossrat Augustin jetzt auch gesagt, gesetzlich Gesamtarbeitsverträge vorzuschreiben. Es steht ihnen frei beziehungsweise es ist Sache der Leistungserbringer und der Sozialpartner, derartige Verträge abzuschliessen. Aber wir können dies nicht staatlich oder gesetzlich verordnen. Aber ich versichere Ihnen, dass die branchenüblichen Arbeitsbedingungen als Kriterium aufgeführt werden, um auf die Spitalliste zu kommen. Und ich glaube diese Botschaft werden auch die Spitäler jetzt hören. Auch wenn wir dann die Spitalplanung erst in einer zweiten Phase machen. Weil alle Spitäler werden alles daran setzen, auf dieser Spitalliste zu sein. Und sie werden sich davor hüten, die Arbeitsbedingungen derart zu verschlechtern, dass sie Gefahr laufen, nicht mehr auf die Spitalliste zu kommen. Also ich denke, wir kommen diesem Anliegen zumindest mit dieser Erklärung, die ich nun zu Protokoll gegeben habe, weitgehend entgegen. Verweisen Sie nicht auf die anderen Kantone, weil die haben es wirklich alle im Rahmen der Spitalplanung gemacht. Wenn Sie jetzt den Absatz aufnehmen, dann geben Sie den Privatspitälern eine bessere Position, als unseren öffentlichen Spitälern und das kann ja nicht Sinn der Sache sein. Ich bitte Sie, diesen Antrag abzulehnen.

Peyer: Man muss hier vielleicht schon ein paar Sachen richtigstellen. Also erstens ist es immer dasselbe Spiel. Es ist nie der richtige Moment und nie das richtige Gesetz, wo man das hineinschreibt. Und ich höre das beredete Schweigen von Grossratskollege Hardegger jetzt, der ja eigentlich auch Personalvertreter ist und gesagt hat, er nimmt das ernst. Aber hier sagt er natürlich nichts. Weil grundsätzlich ist doch das so, man will es nicht. Das ist der Punkt. Zweitens. Es stimmt natürlich nicht, dass

Privatspitäler hier einen Vorteil hätten. Man kann einen Rahmen-GAV machen. Wir machen das z.B. im Busbereich, und dort sind alle unterstellt. Und das könnten Sie hier auch, wenn man es will. Aber man will es eben nicht. Das zweite ist die branchenüblichen Arbeitsbedingungen. Ja die halten sie heute schon ein, sonst würden sie das Arbeitsgesetz verletzen. Sie können gar nicht anders. Wer definiert dann aber in diesem Kanton, was branchenüblich ist? Beispielsweise bei wöchentlicher Arbeitszeit, beispielsweise bei Nacht- und Sonntagszulagen. Wer definiert das? Haben Sie hier irgendwo jemanden den Auftrag gegeben? Oder gibt es eine Kontrolle, wer das macht? Wir wissen doch genau, wo die Missbräuche liegen. Wir wissen auch, wo die Missstände liegen. Wir können Ihnen auch die Heime und Spitäler aufzeigen, wo es Missbräuche und Missstände gibt. Aber eben es fehlt dann jemand, der dann nachher gewillt ist, hier auch die gesetzlichen Vorgaben durchzusetzen. Und es ist auch dort das gleiche üble Spiel. Es ist immer der falsche Zeitpunkt und man vertröstet immer auf das nächste Gesetz. Wenn Sie es ernst meinen, wenn Sie sagen, diejenigen Personen, die 70 bis 80 Prozent der Kosten verursachen, die Sie mit diesem Gesetz beschliessen, wenn Sie denen etwas Gutes tun wollen, dann sagen Sie jetzt Ja zu diesem Minderheitsantrag. Und sonst müssen Sie sich wirklich den Vorwurf gefallen lassen, Sie wollen das einfach nicht und die Kostensparmöglichkeiten sind einzig und alleine beim Personal. Das wissen Sie genau. Und den Tatbeweis haben Sie dann einmal mehr nicht erbracht, dass es Ihnen ernst ist mit dem Arbeitnehmerschutz in diesem Kanton. Wir sind ein Brachland, Graubünden, was GAV betrifft und das ist leider, leider eine üble Geschichte.

Hardegger: Ja mein lieber Grossrat Peyer. Ich fühle mich angesprochen. Der Bündner Spital- und Heimverband hat Anstellungsrichtlinien, die meines Wissens in allen Betrieben angewandt werden. Die erfüllen sämtliche Bedingungen meines Erachtens auch die Eidgenössische Gesetzgebung im Hinblick auf die Nacht- und Sonntagsarbeitszeit, das wird erfüllt. Das wurde juristisch abgeklärt und ich möchte sagen, wir haben Frieden in unseren Betrieben mit diesen Anstellungsbedingungen. Und etwas anderes will ich nicht.

Peyer: Ich will die Diskussion nicht verlängern lieber Grossrat Hardegger. An diesem Musterreglement habe ich selber mitgeschrieben. Es ist genau das, es ist ein Musterreglement das völlig unverbindlich ist. Und ich kann dir alle Heime und Spitäler in dem Kanton aufzählen, die das eben nicht einhalten und die eben aus eigenem Antrieb dann die Bedingungen in ihrem Betrieb geändert haben aber selbstverständlich nicht zugunsten der Mitarbeitenden und selbstverständlich in Abweichung zum Musterreglement gegen unten. Also wenn du dich dafür einsetzt und das verbindlich wird und die Basis sagst du ja selbst, die haben wir, dann musst du hier die Minderheit unterstützen. Und dann können wir dieses Musterreglement eins zu eins auf GAV umsetzen. Diejenigen, die das heute schon einhalten, verlieren gar nichts. Aber sehr viele Mitarbeitende gewinnen.

Regierungsrätin Janom Steiner: Ich möchte noch einmal auf diese gemeinsame Erklärung hinweisen, die bereits zitiert wurde. Dort wurden Grundsätze formuliert und es wurde darauf hingewiesen, dass die Gesundheitsdirektorenkonferenz diese Erklärung unterstützt. Ich kann sie Ihnen vorlesen, aber ich glaube, sie ist gerade in Ihren Reihen bekannt. Viel mehr kann ich nicht sagen. Also das sind Grundsätze, die klar sagen, dass die Einhaltung der festgelegten ausgehandelten Löhne und Arbeitsrahmenbedingungen, die darf nicht gefährdet werden, ob mit Gesetz oder GAV oder was auch immer. Regionale Unterschiede werden entsprechend berücksichtigt. Die Einhaltung der Bestimmungen des Arbeitsgesetzes darf nicht gefährdet werden. Die ausreichende Personaldotierung zur Gewährleistung der Qualität darf nicht gefährdet werden und noch der letzte Punkt, die sachgerechte Finanzierung der betrieblichen Aus- und Weiterbildung usw. wird gewährleistet. Das sind diese Grundsätze. Auf diese hat man sich in einem Schulterchluss geeinigt. Ich sage in einem bahnbrechenden Schulterchluss, den man ja nie erwartet hätte, dass die Berufsverbände, Berufs- und Personalverbände im Gesundheitswesen, der Spitalverband HPlus und FMH haben hier ihren Willen bekundet, dies einzuhalten und die Gesundheitsdirektorenkonferenz begrüsst dies explizit. Was wollen Sie noch mehr? Wir wollen einfach nicht diese Bestimmung jetzt aufnehmen, um nicht eine Ungleichbehandlung zwischen privaten und öffentlichen Spitalern haben. Und Sie haben meine Erklärung, dass branchenübliche Arbeitsbedingungen als Kriterium aufgeführt werden für die Aufnahme auf die Spitalliste. Es steht Ihnen frei, in der Zwischenzeit Gesamtarbeitsverträge auszuhandeln, wenn Sie dies wollen. Dass Graubünden in diesem Bereich Brachland ist, ich glaube nicht. Das müssen Sie nicht uns sagen. Dann tun Sie mit Ihrem Verband wahrscheinlich zu wenig, wenn Sie da nicht weiterkommen. Also ich appelliere, da sind Sie am Zug. Das ist die Aufgabe der Leistungserbringer und der Sozialpartner, solche Verträge abzuschliessen. Aber es ist sicher nicht Aufgabe, dies gesetzlich vorzuschreiben.

Trepp; Sprecher Kommissionsminderheit: Wir haben ja in unserem Kanton sehr wenig Privatspitäler, darum spielt das eigentlich nicht so eine grosse Rolle, wenn wir das jetzt schon einführen. Es ist nicht einzusehen, wieso wir das hinausschieben sollten. Es gibt absolut keinen Grund. Zu Grossrätin Troncana. Ich verstehe schon, es ist ein Leichtes, gute Löhne zu bezahlen, wenn man ein lukratives Segment im Spitalbereich bearbeitet und dort sicher qualifizierte Arbeit leistet und auch sehr viel Privatpatienten dort rekrutieren kann. Dann ist es ein Leichtes, gute Löhne zu bezahlen. Ich meine, es genügt eben nicht, ein Musterreglement zu haben. Man muss es eben auch gesetzlich anwenden können und darum gibt es absolut keinen Grund, diese Passage jetzt noch hinausschieben, sondern machen wir unsere Arbeit jetzt schon, dann ist sie schon gemacht. Danke.

Candinas; Kommissionspräsident: Ich halte mich für einmal ganz kurz. Die Regierungsrätin hat die wichtigen Ausführungen gemacht. Ich schliesse mich den Ausführungen an.

rungen an und appelliere an Sie, der Kommissionsmehrheit zuzustimmen.

Standespräsidentin Bucher-Brini: Dann stimmen wir ab. Wer der Kommissionsmehrheit zustimmen möchte, möge sich erheben. Wer der Kommissionsminderheit zustimmen möchte, möge sich erheben. Sie haben der Kommissionsmehrheit zugestimmt mit 86 zu 13 Stimmen.

Abstimmung

Der Grosse Rat folgt dem Antrag der Kommissionsmehrheit und Regierung mit 86 zu 13 Stimmen.

Standespräsidentin Bucher-Brini: Ich unterbreche hier die Sitzung, habe aber Ihnen noch einige Mitteilungen zu machen. Im Vorfeld gingen wir davon aus, dass wir vielleicht doch am Donnerstagabend die Session beenden könnten. Wir stellen aber fest, das wird sehr unrealistisch sein. Somit haben wir einen Antrag von Regierungsrat Cavigelli, welcher als letzter aufgeführt ist auf der Traktandenliste, mit dem Vorstoss der FDP betreffend zweite Röhre am Gotthard. Der Regierungsrat muss aber am Freitagmorgen an einer anderen Sitzung teilnehmen in einem anderen Kanton und bittet, diesen Vorstoss zu verschieben. Wir haben beschlossen, dass wir ihn definitiv traktandieren morgen um 14.00 Uhr und dann weiterfahren mit den Traktandenlisten wo wir eben stehen. Wenn keine Opposition kommt, und es ist abgesprochen mit Grossrat Nigg, dann ist das so beschlossen. Ich sehe keine Opposition. Dann möchte ich noch die GV der ITG beliebt machen, die heute Abend um 18.15 Uhr beginnt mit einem Apéro und anschliessend 19.00 Uhr mit der interessanten Tourismusfinanzierung von Graubünden. Ich darf Ihnen auch mitteilen, diejenigen

die sich nicht angemeldet haben, sind noch herzlich willkommen. Dann haben wir noch folgende Vorstösse, die eingereicht wurden. Es ist eine Interpellanza Michael, Castasegna concernente i rapporti del Cantone dei Grigioni con l'Italia, einen Auftrag von Grossrat Tenchio betreffend Familienergänzungsleistungen und eine Anfrage von Grossrat Tenchio betreffend Schaffung eines kantonalen Obergerichts. Ich wünsche Ihnen einen schönen Abend und geniessen Sie es. Die Sitzung ist geschlossen

Schluss der Sitzung: 18.05 Uhr

Es sind folgende Vorstösse eingegangen:

- Interpellanza Michael (Castasegna) concernente i rapporti del Cantone dei Grigioni con l'Italia
- Auftrag Tenchio betreffend Familienergänzungsleistungen
- Anfrage Tenchio betreffend Schaffung eines kantonalen Obergerichts

Für die Genehmigung des Protokolls

durch die Redaktionskommission:

Die Standespräsidentin: Christina Bucher-Brini

Der Protokollführer: Domenic Gross