



## 21. Sitzung, Montag, 30. September 2019, 14:30 Uhr

Vorsitz: *Dieter Kläy (FDP, Winterthur)*

### Verhandlungsgegenstände

- 1. Mitteilungen ..... 2**
- 2. Einführung einer Gebühr für das Aufsuchen einer  
Notfallabteilung eines Spitals ..... 2**  
 Motion Daniel Häuptli (GLP, Zürich), Ruth Frei (SVP, Wald) und  
 Lorenz Schmid (CVP, Männedorf) vom 11. April 2016  
 KR-Nr. 192/2017, RRB-Nr. 985/25. Oktober 2017  
 (Stellungnahme)
- 3. Hepatitis B und C: Handlungsbedarf im Kanton Zürich? .... 19**  
 Interpellation Bettina Balmer (FDP, Zürich), Nadja Galliker (FDP,  
 Eglisau) und Astrid Furrer (FDP, Wädenswil) vom 4. Dezember  
 2017  
 KR-Nr. 333/2017, RRB-Nr. 34/17. Januar 2018
- 4. Für eine kostendeckende Finanzierung der  
Gerontopsychiatrie in Heimen ..... 25**  
 Postulat Astrid Furrer (FDP, Wädenswil), Linda Camenisch (FDP,  
 Wallisellen) und Nadja Galliker (FDP, Eglisau) vom 19.  
 Dezember 2017  
 KR-Nr. 357/2017, RRB-Nr. 515/6. Juni 2018 (Stellungnahme)
- 5. Indikationsqualität stationärer Leistungen ..... 42**  
 Motion Lorenz Schmid (CVP, Männedorf) vom 19. März 2018  
 KR-Nr. 76/2018, RRB-Nr. 515/6. Juni 2018 (Stellungnahme)
- 6. «Peer Audits» zur Indikationsqualität..... 56**  
 Postulat Lorenz Schmid (CVP, Männedorf) vom 19. März 2018  
 KR-Nr. 78/2018, RRB-Nr. 516/6. Juni 2018 (Stellungnahme)
- 7. Verschiedenes ..... 67**

Nachruf

Rücktrittserklärungen

Neu eingereichte parlamentarische Vorstösse

## **1. Mitteilungen**

### **Geschäftsordnung**

*Ratspräsident Dieter Kläy:* Das Wort wird nicht verlangt. Die Traktandenliste ist in der vorliegenden Form genehmigt.

## **2. Einführung einer Gebühr für das Aufsuchen einer Notfallabteilung eines Spitals**

Motion Daniel Häuptli (GLP, Zürich), Ruth Frei (SVP, Wald) und Lorenz Schmid (CVP, Männedorf) vom 11. April 2016

KR-Nr. 192/2017, RRB-Nr. 985/25. Oktober 2017 (Stellungnahme)

*Die Motion hat folgenden Wortlaut:*

Wir bitten den Regierungsrat dem Kantonsrat den Entwurf für die gesetzlichen Grundlagen zu unterbreiten, der die Einführung einer Gebühr für die Inanspruchnahme der Notfallstation oder der vorgelagerten Notfallpraxis eines Spitals im Kanton Zürich ermöglicht.

**Begründung:**

Die Inanspruchnahme der Notfallstationen der Zürcher Spitäler hat in den letzten Jahren kontinuierlich zugenommen. Gemäss santésuisse haben ambulante Notfälle in Spitälern schweizweit zwischen 2007 und 2014 um 42% zugenommen. Dieser Anstieg ist nicht nur, jedoch immer mehr auf sogenannte Bagatell-Notfälle zurückzuführen, die adäquater beim Hausarzt, in einer Permanence oder in der lokalen Apotheke hätten behandelt werden können. Eine Studie aus dem Jahr 2009 kam zum Schluss, dass sieben von zehn Patienten die Dringlichkeit oder Gravität ihres Gesundheitsproblems falsch einschätzten. Auch eine Untersuchung am Kantonsspital Baden und am Bezirksspital Brugg von

2002 hält fest: 80 Prozent der Patienten, die sich selber einweisen, hätten problemlos bei einem Hausarzt behandelt werden können.

Diese Entwicklung treibt die Kosten im Gesundheitswesen in die Höhe, sind doch Behandlungen in einer Notfallstation eines Spitals gut und gerne doppelt so teuer im Vergleich zur Behandlung beim Hausarzt. Auch die Notfallpraxen, die einer Spitalnotfallstation vorgelagert sind, sind teurer, da die räumliche Nähe und Verfügbarkeit von Spitalinfrastruktur die Nachfrage nach diagnostischen Möglichkeiten fördert.

Um die kostspieligen Konsultationen in Notfallstationen zu vermeiden, sind die aktuellen Bestrebungen in Form eines koordinierten kantonalen Notfalldienstes der Ärzte-, der Zahnärzte- und der Apothekerschaft zu begrüßen. Zusätzlich zu diesen Massnahmen soll mit einer Gebühr das Verhalten der Patientinnen und Patienten so beeinflusst werden, dass diese sich vermehrt Gedanken machen über Gravität und Dringlichkeit ihres Notfalls, und so zuerst die Permanence, einen Hausarzt oder die örtliche Apotheke aufsuchen. Eine Gebühr zwischen 20 Franken und Franken 50 scheint angemessen.

Selbst Notfallmediziner in den Notfallstation fordern finanzielle Massnahmen, um die Notfallstationen von Bagatell-Notfällen zu entlasten, ansonsten ein qualitativ hochstehendes Abarbeiten der wirklichen Notfälle massgeblich erschwert wird.

Bei der Umsetzung ist darauf zu achten, dass die Gebühr direkt im Spital durch den Patienten in bar oder mittels elektronischer Zahlung entrichtet werden muss. Der Regierungsrat soll Ausnahmen regeln. Insbesondere gilt es, für den Fall eines akuten medizinischen Notfalls oder unmittelbarer Zahlungsunfähigkeit einen Alternativweg zur sofortigen Zahlung im Spital vorzusehen. Die Verrechnung der Gebühr durch das Spital bei der obligatorischen Krankenkasse des Patienten scheint eine sinnvolle Möglichkeit zu sein. Die Krankenkasse kann die Gebühr dann vom Versicherten zurückfordern (System des Tiers Payant). Damit ist sichergestellt, dass die Gebühr keinen negativen Einfluss auf den Zugang zu medizinischen Leistungen bei Personen in prekären finanziellen Verhältnissen hat.

*Der Regierungsrat nimmt auf Antrag der Gesundheitsdirektion wie folgt Stellung:*

Listenspitäler haben im Rahmen ihres Leistungsauftrags eine Aufnahmepflicht, die insbesondere in Notfällen auch für Personen mit Wohnsitz ausserhalb des Standortkantons gilt (Art. 41a Abs. 1 und 2 Kran-

kenversicherungsgesetz [KVG, SR 832.10]; § 38 Abs. 1 und 2 Gesundheitsgesetz [GesG, LS 810.1]). Darüber hinaus sind Ärztinnen und Ärzte verpflichtet, in Notfällen Beistand zu leisten (§ 17 Abs. 1 GesG). Tarife und Preise für die Vergütung medizinischer Leistungen werden grundsätzlich zwischen Versicherern und Leistungserbringern in Tarifverträgen vereinbart. Kommt kein Tarifvertrag zustande, ist der Tarif durch die Kantonsregierung festzusetzen (Art. 43 Abs. 4 und Art. 47 Abs. 1 KVG). Die Vergütung der von den Spitälern ambulant erbrachten Leistungen beruht auf der gesamtschweizerisch einheitlichen Einzelleistungstarifstruktur TARMED. Die Tarifstruktur TARMED enthält rund 4500 Tarifpositionen, die ärztliche Leistungen benennen und ihnen aufgrund einer Bewertung Taxpunkte zuordnen. Der für die Höhe der Vergütung massgebliche Taxpunktwert ist auf kantonaler Ebene auszuhandeln oder festzusetzen. Gemäss Art. 44 Abs. 1 KVG müssen sich die Leistungserbringer an die vertraglich oder behördlich festgelegten Tarife und Preise halten. Sie dürfen für Leistungen nach dem Krankenversicherungsgesetz keine weiteren Vergütungen in Rechnung stellen (sogenannter Tarifschutz). Die Einführung einer Notfallgebühr auf kantonaler Ebene würde den Tarifschutz verletzen, da sie im TARMED nicht vorgesehen ist. Sie verstiesse damit gegen Bundesrecht.

Weiter regelt das Krankenversicherungsgesetz auch die Kostenbeteiligung der Versicherten. Diese besteht aus einer Franchise und einem nach oben beschränkten Selbstbehalt, die vom Bundesrat bestimmt werden (Art. 64 KVG). Art. 64 Abs. 6 Bst. a KVG räumt dem Bundesrat das Recht ein, für bestimmte Leistungen – zum Beispiel für Behandlungen im Spitalnotfall – eine höhere Kostenbeteiligung vorzusehen. Diese Befugnis ist dem Bundesrat vorbehalten, den Kantonen steht sie nicht zu.

Die Einführung der geforderten Notfallgebühr auf Kantonsebene ist damit von Bundesrechts wegen nicht zulässig.

Darüber hinaus stellten sich bei der Einführung einer Notfallgebühr aber auch verschiedene Umsetzungsfragen: Falls die Notfallgebühr nur bei Versicherten erhoben werden soll, die unnötigerweise eine Notfallabteilung eines Spitals aufsuchen, müsste zwischen «echten» und «unechten» Notfällen unterschieden werden. Dies zu beurteilen dürfte für die Versicherten äusserst schwierig sein; wer sich in einer Notfallsituation wähnt, sucht aus seiner Sicht zu Recht die Notfallstation auf. Zudem ist die Unterscheidung zwischen «echten» und «unechten» Notfällen in vielen Fällen auch medizinisch umstritten und kann oft erst nach erfolgter Untersuchung vorgenommen werden. Weiter könnte die

Gebühr auch dazu führen, dass Versicherte zu lange zuwarten, bis sie ärztliche Hilfe suchen. Schliesslich treten Patientinnen und Patienten in Not oft ohne Bargeld oder Kreditkarte in die Notfallaufnahme ein. Die Gebühr einzutreiben wäre für die Spitäler also mit erheblichem administrativem Aufwand verbunden, wobei die dort tätigen Ärztinnen und Ärzte eine Notfallbehandlung von Gesetzes wegen ohnehin nicht verweigern dürften (§§ 17 Abs. 1 und 38 Abs. 1 GesG). Der mit der Motion vorgeschlagene Weg der Abrechnung über die Krankenkasse bedingte eine Änderung des Krankenversicherungsgesetzes und liesse sich deshalb über eine kantonale Gesetzesänderung nicht verwirklichen.

Die dem Kantonsrat vom Regierungsrat beantragte Änderung des Gesundheitsgesetzes (Vorlage 5376) wird die Spitalnotfallstationen wesentlich entlasten. Die Vorlage umfasst eine Neuorganisation des ärztlichen Notfalldienstes im Kanton Zürich. Sie sieht die Einrichtung einer zentralen Notfallnummer vor, die rund um die Uhr zu einer ärztlich geleiteten Triagestelle führt, wo die Patientinnen und Patienten beraten und – sofern sofortige ärztliche Untersuchung oder Behandlung angezeigt ist – an den geeigneten Versorger zugewiesen werden. Die Triagestelle wird sicherstellen, dass Patientinnen und Patienten ohne Spitalbedürftigkeit von frei praktizierenden, diensthabenden Berufsangehörigen in ärztlichen Notfallpraxen versorgt werden und sich die Notfallstationen der Spitäler auf schwerere Fälle konzentrieren können.

Aus diesen Gründen beantragt der Regierungsrat dem Kantonsrat, die Motion KR-Nr. 192/2017 nicht zu überweisen.

*Daniel Häuptli (GLP, Zürich):* Alle beklagen sich über steigende Gesundheitskosten und den damit verbunden vermeidbaren Kosten. Im Spital-Notfall fallen vermeidbare Kosten an, weil vermehrt Menschen den Spitalnotfall mit einer Lappalie oder einem «Bobo» aufsuchen – wie es auch genannt wird. Die Kosten für Untersuchungen sind auf einer Spital-Notfallstation viel höher als bei einem Hausarzt, einer Permanence oder einer Apotheke. Es ist also nicht so wie bei der Generation unserer Eltern, die peinlichst darauf geachtet hat, die Gemeinschaft nicht mit Gesundheitskosten zu belasten. Heute gehen viele ohne mit der Wimper zu zucken wegen eines Sonnenbrandes, einer Verstauchung, einer Erkältung oder einer Grippe in den Spital-Notfall – und das zu jeder Tages- und Nachtzeit. Dieses Verhalten ist nicht nur wegen der Kosten stossend, sondern auch für die Patienten, die deshalb mit langen Wartezeiten rechnen müssen. Auch ist es für Mitarbeitende nicht immer ganz einfach, zwischen lebensbedrohlichen Notfällen und Lap-

palien zu unterscheiden. Selbst wenn der Unterschied einfach festzustellen ist, stört es den Arbeitsrhythmus. Heute haben wir die Chance, das zu korrigieren.

Wir haben eine durchdachte Vorstellung, wie die Spital-Notfallgebühr umgesetzt werden kann, ohne administrativen Aufwand zu generieren und ohne gewisse Patienten von Gesundheitsleistungen auszuschliessen. Daher bitte ich die Kritiker, genau zuzuhören. Die Spital-Notfallgebühr soll folgendermassen umgesetzt werden: Wir haben bekanntlich seit fast zwei Jahren die neue Telefonnummer des Kantons für eine kostenlose Auskunft bei nicht lebensbedrohlichen Notfällen, die telefonische Triagestelle des Kantons. Diese gibt Anrufern kostenlos Empfehlungen ab, ob sie mit ihrem medizinischen Leiden einen Arzt, eine Apotheke oder eben halt eine Spitalnotfallstation aufsuchen sollen. In Zukunft soll daher jeder eine Gebühr von 50 Franken zahlen, der eine Spitalnotfallstation aufsucht, ohne vorher die Beratungsstelle des Kantons angerufen zu haben beziehungsweise der keine Empfehlung von dieser Triagestelle bekommen hat, eine Spitalnotfallstation aufzusuchen. Das Vorgehen ist also folgendes: Zuerst ruft man die Triagestelle an. Erhält man die Empfehlung, eine Spitalnotfallstation aufzusuchen, dann kann man das machen, ohne eine Gebühr zu bezahlen. Wer aber einfach so eine Spitalnotfallstation aufsucht, der hat 50 Franken zu zahlen. Die Natur der Bezahlung ist also vielleicht weniger eine Gebühr, sondern vielmehr jene einer Busse. Einweisungen mit Blaulichtfahrzeugen, Helikopter oder Zuweisungen von Ärzten sind natürlich von dieser Gebühr ausgenommen. Die Regierung soll die Details hierzu ausarbeiten. Die Ausgangslage ist jedoch vielversprechend, um ein effizientes und effektives System einer Spital-Notfallgebühr einführen zu können. Gewisse Versicherungsmodelle arbeiten im übrigen mit einem gleichen System, das gut funktioniert. Das ist auch für Patienten wie für den Versicherer scheinbar sinnvoll.

Mit einer Spital-Notfallgebühr würde ein Anreiz geschaffen, bei einer Lappalie eine günstigere Behandlungsalternative zu suchen, die auch dafür gedacht ist: beispielsweise einen Hausarzt, eine Walk-In-Praxis – die Permanence hat sogar am Wochenende offen – oder eine Apotheke. Die Spitalnotfallstation erst nach dem Anruf bei der kantonalen Triagestelle aufzusuchen, hat weitere Vorteile: Erstens wird niemand vom medizinischen Zugang ausgeschlossen, im Gegenteil. Die Förderung der Nutzung der telefonischen Triagestelle des Kantons kann helfen, die Gesundheitskompetenz von Patienten zu verbessern – gerade bei Personen aus dem Ausland –, weil man eine kompetente Auskunft erhält. Zweitens erhält die telefonische Triagestelle eine zusätzliche wichtige

Funktion, deren Bekanntheit steigt und deren Auslastung verbessert wird. Es war mitunter ein Argument für die Triagestelle, die Kosten für die Spitalnotfallstationen senken zu können.

Bezüglich der Begründung des Regierungsrates, der Vorstoss verstosse gegen Bundesrecht: Ich denke, wir sollten den Entscheid hier im Rat fällen, vorbehältlich der Kompatibilität mit dem Bundesrecht. Es gibt gute Gründe anzunehmen, dass eine Spital-Notfallgebühr mit dem Bundesrecht kompatibel ist beziehungsweise sein wird. Erstens hat die Regierung auch schon beim Vorstoss über die degressiven Tarife geschrieben, diese verstossen gegen Bundesrecht. Seither hat die Regierung aber selber einen Vorschlag für degressive Tarife im neuen Vorschlag zum Gesundheitsgesetz aufgeführt. Es ist also alles andere als klar, ob dieser Vorstoss wirklich gegen Bundesrecht verstösst. Das soll genauer geprüft werden. Weiter kann mit einer Spital-Notfallgebühr, wenn man sie juristisch als Busse ansieht – im Kontext mit der Triagestelle – auch so betrachten, dass damit die Tarife nicht geändert werden. Dass die Tarife ändern, war ja ein Grund, weshalb man mit einer Spital-Notfallgebühr gegen das Bundesrecht verstosse. Wenn man hingegen bei der Triagestelle anruft und keinen Aufpreis bezahlen muss, dann ändern sich die Tarife ja nicht. Dann drittens, auf Bundesebene ist ein Gesetzpassus in der Entstehung, Experimente in den Kantonen zuzulassen wie es beispielsweise die Spital-Notfallgebühr sein könnte. Also, ist die Spital-Notfallgebühr gut möglich, ohnehin zum Zeitpunkt der Umsetzung explizit gemäss Bundesrecht möglich.

Es würde mich sehr freuen, auf Ihre Unterstützung zählen zu können. Der Vorstoss ist meines Erachtens sehr ausbalanciert, vor allem, weil er auf die telefonische Triagestelle des Kantons aufbaut. Und es ist ein Vorstoss, der notwendig ist, nicht nur der Kosten wegen. Es ist doch im Prinzip irgendwie nicht zufriedenstellend, dass Spitalnotfallstationen für Bagatellen genutzt werden. Im Kanton Aargau waren übrigens die Grünen die Initianten der gleichen Idee mit einem Vorschlag mit einer Gebühr von 100 Franken. Folglich würde es mich freuen, auch auf der linken Ratshälfte gewisse Zeichen der Unterstützung zu sehen.

*René Truninger (SVP, Illnau-Effretikon):* Wer kennt sie nicht, die langen Warteschlangen in den Notfallstationen der Spitäler? Häufig könnten diese Patienten ebenso gut von einem Hausarztmediziner versorgt werden. Gemäss santésuisse (*Schweizer Krankenkassenverband*) haben ambulante Notfälle in Spitälern zwischen 2007 und 2014 um 42 Prozent zugenommen. Und eine Studie aus dem Jahr 2019 kam zum Schluss,

dass sieben von zehn Patienten die Dringlichkeit ihres Gesundheitsproblems falsch eingeschätzt haben. Diese Routinepatienten belasten die Kapazitäten und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Spitalnotfallstationen sehr, nicht zuletzt leiden auch echte Notfälle darunter, weil Zeit und Personal fehlen. Um Abhilfe zu schaffen, schlagen wir deshalb die Entrichtung einer Gebühr für das Aufsuchen einer Notfallabteilung im Spital vor, denn bekanntlich lassen sich Menschen mit Geld ein Stück weit steuern.

Abhilfe sollte bereits die Einführung des Notfalltelefons schaffen. Da die Inanspruchnahme dieses Angebotes weit unter den Erwartungen liegt, ist davon auszugehen, dass eine Entlastung auf den Notfallstationen nicht spürbar ist. Da der Regierungsrat in seinem Bericht darlegt, dass eine Notfallgebühr nicht KVG-konform (*Krankenversicherungsgesetz*) ist, müsste sich der Regierungsrat daher für eine Änderung des KVG einsetzen. Denn selbst Notfallmediziner in den Notfallstationen fordern mittlerweile finanzielle Massnahmen, um die Notfallstationen von Bagatellnotfällen zu entlasten.

Zusammengefasst kann gesagt werden: Bagatellnotfälle gehören nicht in ein Spital den übrigen echten Patienten wegen und mit Rücksichtnahme auf das Notfallpersonal sowie unseren Prämien zuliebe. Stimmen Sie der Überweisung zu und verlangen auch Sie griffige Massnahmen zur Entlastung der Spitalnotfall-Abteilungen. Besten Dank.

*Esther Straub (SP, Zürich):* Als die Idee dieser Notfallgebühr aufkam, war gerade der Schiff-Fünfliber eingeführt worden – in jeder Hinsicht ein Fiasko. Nicht besser steht es um den vorgeschlagenen Notfall-Fünfinger. Zugegeben, wenn der Fünfinger so viele unnötige Fälle von den Notfallstationen fernhielte wie der Schiff-Fünfliber Gäste vom Schiff, dann wäre oberflächlich gesehen das Ziel erreicht. Doch durchdacht ist die Sache nicht; das Fiasko ist auf einer tieferen Ebene angelegt.

Der Regierungsrat hat in seiner Antwort aufgezeigt, dass die Einführung einer Notfallgebühr bundesrechtlich nicht möglich ist. Zudem haben wir erst gerade den Notfalldienst im Kanton neu aufgegleist, der ja eben verhindern soll, dass Bagatellfälle in die Notfallstationen der Spitäler kommen. Dies soll aber nicht über Abschreckung geschehen, sondern über eine Alternative. Die rund um die Uhr zur Verfügung stehende telefonische Beratung hat die Aufgabe, Bagatellfälle von Notfällen zu triagieren. Gerade deshalb aber – GLP, Daniel Häuptli – muss diese Triagestelle hoch professionell betrieben werden und möglichst eng mit den dienstleistenden Ärztinnen und Ärzten in Kontakt sein. Aber genau das wollt ihr ja eben nicht. Ihr habt gleichzeitig, im selben



Jahr, eine PI über die öffentliche Triagestelle eingereicht (*KR-Nr. 358/2017*). Mit der wollt ihr den Betrieb der Triagestelle durch die AGZ (*Ärztegesellschaft des Kantons Zürich*) infrage stellen und würdet lieber eine beliebige, gewinnorientierte Firma ohne jeden Bezug zur konkreten Gesundheitsversorgung im Kanton Zürich mit dem Dienst beauftragen. Das ist wirklich widersinnig. Es ist übrigens auch nicht so, dass das eine neue zusätzliche Funktion der Triagestelle wäre, was du beschrieben hast, sondern sie hatte diese Funktion von Anfang an.

Also, zu der neuen Idee, dass die Patientinnen und Patienten jetzt also gezwungen werden, zuerst das Notfalltelefon anzurufen oder sonst eine Busse zu kassieren, das heisst, dass sie, wenn sie im Spital ankommen, zuerst gezwungen werden, zu telefonieren, weil sie ja die Busse irgendwie umgehen wollen. Patientinnen und Patienten in einer Notsituation zu büssen, ist nun wirklich ganz schräg. Denn auch Nicht-Bagatellfälle müssten ja nach deinen Ausführungen die Busse bezahlen. Sonst müsste man wieder triagieren, wieder müsste jemand beurteilen, ob es jetzt ein Bagatellfall ist oder nicht. Das ist also reinste Bürokratie, nicht durchführbar und reine Schikane von Patientinnen und Patienten.

Für uns hat höchste Priorität, dass Patientinnen und Patienten mit ihren Gesundheitsfragen ernst genommen werden, dass sie aufgeklärt werden, wo sie in welchen Fällen die sinnvollste Behandlung erhalten. Das ist tatsächlich wichtig. Aber sie mit bürokratischen Gebühren von der Gesundheitsversorgung fernhalten zu wollen, ist kurzsichtig und vor allem kontraproduktiv. Selbstverständlich ist es naiv, in einem Bagatellfall den Notfall eines Spitals zu bemühen, aber zu meinen, solche Patientinnen und Patienten würden das aus Vergnügen tun, ist ebenso naiv. Es gilt, sie zu informieren, sie nicht zu bevormunden und mit Gebühren zu piesacken. Wir lehnen die Motion ab.

*Linda Camenisch (FDP, Wallisellen):* Die Motion verlangt die Einführung einer Gebühr für die Inanspruchnahme der Notfallstation in einem Spital. Dass die Inanspruchnahme der Notfallstationen deutlich zugenommen hat, ist wohl unbestritten. Ebenso die Tatsache, dass mehr als die Hälfte der Patienten eben keine wirklichen Notfälle, sondern sogenannte Bagatell-Notfälle waren, die von einem Hausarzt zu den ordentlichen Öffnungszeiten in der Praxis, in einer Permanence oder Apotheke hätten behandelt werden können.

Mit der Einrichtung des kantonalen Notfalldienstes will man dieser Entwicklung Einhalt gebieten. Mit der Triagestelle soll sichergestellt werden, dass möglichst nur noch echte Notfälle die Notfallstationen aufsu-

chen. Wir sind überzeugt, dass sich das Verhalten der Patienten entsprechend verändern wird, sobald diese Notfallnummer besser bekannt ist und genutzt wird. Die Bevölkerung muss aber breiter und intensiver darüber informiert werden und in ihrem Verhalten entsprechend umgeschult werden. Diese Bemühungen sind jetzt stark intensiviert worden. Einer Steuerung über eine zusätzliche Gebühr können wir heute dennoch zustimmen, da die Motionäre bereit sind, eine Anpassung vorzunehmen: Wer vor Aufsuchen der Notfallstation eines Spitals die Notfallnummer konsultiert hat, wird von dieser Gebühr befreit.

Die FDP unterstützt diese Motion, vorbehaltlich der entsprechenden Anpassung betreffend Experimente im Bundesrecht. Danke.

*Kathy Steiner (Grüne, Zürich):* Diese Motion, sie bringt kein neues Thema mit sich. Ja, die Notfallstationen sind mit Bagatellfällen konfrontiert und ja, das verursacht zu hohe Kosten. Es ist aber auch so, dass dieser Sachverhalt seit Längerem erkannt ist und dass der Regierungsrat und die Spitäler auch jetzt schon verschiedene Massnahmen ergreifen. Das ist in der Antwort gut ausgeführt. Und wir unterstützen diese Massnahmen.

Was wir nicht unterstützen, ist die Einführung einer Notfallgebühr. Eine solche Notfallgebühr hält in erster Linie Menschen mit wenig Geld von einer Notfallbehandlung ab. Der Entscheid der Leute, sich in eine Notfallstation zu begeben oder nicht, würde damit nicht mehr einfach nach Dringlichkeit gefällt, sondern auch noch danach, ob sie sich diese Gebühr leisten können oder nicht. Ob Leute mit wenig Geld übermässig oft eine Notfallstation aufsuchen oder eher solche, die aus beruflichen Gründen lieber erst nach Feierabend zum Arzt gehen, weiss ich nicht. Für welche Leute sie aber die Hürde für eine Notfallbehandlung heraufsetzen wollen, das ist offensichtlich.

Man könnte bei dieser Motion den Zusatz einbringen, dass es zuerst einen Anruf bei der Triagestelle braucht. Warum schreibt man das nicht in die Motion? Vielleicht kommt das noch, vielleicht aber auch nicht. Die Triagestelle erfüllt heute schon diese Aufgabe, wie Frau Straub bereits gesagt hat. Sie ist verpflichtet, den Leuten solche Auskünfte zu erteilen; es ist die eigentliche Aufgabe der Triagestelle. Und Leute, die anrufen, haben eine hohe Dringlichkeit. Ob es allerdings am Telefon machbar ist, ernste von weniger ernsten Fällen auseinanderzuhalten oder nicht, bleibt fraglich. Also, die Leute haben die Dringlichkeit; sie werden auch am Telefon dringlich sein und werden mit grosser Wahrscheinlichkeit ins Spital geschickt. Was es wirklich braucht, ist eine

Triagestelle im Spital. Dort sind Fachleute vor Ort, die die Leute anschauen können. Die Triagestelle braucht es im Spital. Die Stadt-Spitäler machen das zum Beispiel heute schon. Das ist auch der richtige Ort dafür. Fachleute können einen Bagatellfall von einem Nicht-Bagatellfall unterscheiden.

Für eine wirksame Entlastung der Notfallstationen braucht es alle Akteure, alle sind gefragt. Wir brauchen wieder mehr Hausärztinnen und Hausärzte, die Telefonnummer des ärztlichen Notfalldienstes muss bekannter und die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung muss gesteigert werden und so weiter und so fort. Alle sind gefragt und alle müssen da einen besseren Job machen. Es gibt tatsächlich einiges zu tun; es ist aber auch schon einiges am Tun. Die Notfallgebühr ist nicht der richtige Weg.

Wir lehnen diese Motion ab.

*Lorenz Schmid (CVP, Männedorf):* Es wird Sie kaum erstaunen, dass wir als Mitunterzeichnende dieses Vorstosses die Motion überweisen werden.

Eigentlich sind viele Fakten schon klar: Notfallstationen in den Spitälern sind teuer; sie kosten 500 bis 600 Franken pro Case. Auch die Notfallstationen oder die Notfallpraxen vor den Notfallstationen, Kathy Steiner, sind teuer. Die sind deutlich teurer als die Hausarztpraxen, nämlich doppelt so teuer wie eine Konsultation beim Hausarzt. Das hat etwas zu tun mit den doch relativ schnell verfügbaren Notfallpraxen, die die Leute in die Spitäler überweisen. Das geschieht häufiger als in Hausarztpraxen, ganz zu schweigen von den Kosten, wenn diese einem Besuch in einer Apotheke gegenübergestellt werden. Ich als Apotheker darf das doch noch erwähnen.

Kathy Steiner, es ist aus Befragungen klar, warum am Samstag und Sonntag die Überweisungen von den Notfallpraxen ausgehen: Weil die Leute von Montag bis Freitag keine Zeit haben. Das ergeben Befragungen. Das mag etwas mit dem Arbeitsstress und den Arbeitsbedingungen zu tun haben – beispielsweise, weil man dem Chef nicht sagen will, dass man zum Arzt muss und so weiter und so fort. Das sind aber keine Notfälle, erst recht nicht am Samstag und Sonntag.

Handlungsbedarf ist gegeben. Das sehen eigentlich alle Player im Gesundheitswesen ein, ausser wohl gewisse Spitaldirektoren, die damit Werbung machen. Meines Erachtens braucht es diese Massnahme zur Erhöhung der Eintrittsschwelle in die Notfallstation. Fakt ist, je mehr Infrastruktur zur Verfügung steht, umso mehr wird sie auch genutzt. Ich

habe mich hierzu vor drei Wochen geäussert, und zwar gegen die Kommunikationsoffensive der Stadt-Spitäler, die alle Haushalte in der Stadt Zürich mit Flyer bedient haben. Sie folgen eigentlich nur dem Beispiel des Universitätsspitals, das vor zweieinhalb Jahren in Davos Reklame für seine Dienstleistung in der Spitzenmedizin machte. Sie folgen dem Beispiel des Seespitals (*Spital Männedorf*), das mit Notfallstationen und -aufnahmen am linken Zürichsee-Ufer immer wieder Werbung macht. Jetzt kommt auch noch Herr Hauri (*Stadtrat Andreas Hauri, Vorsteher des Gesundheits- und Umweltdpartements der Stadt Zürich*) – das muss ich jetzt doch gegenüber der GLP mal deutlich sagen – und lässt eine solche Kommunikation zu. Da wird geschrieben: Problemlose Aufnahme während 24 Stunden im Notfall, in den zwei Notfallzentren, mit einer breiten Palette an Grundversorgung. Liebe Leute, hier wird im gleichen Satz Notfall und Grundversorgung verwechselt.

Jetzt zurück zum Kantonsrat: Im SPFG (*Spitalplanungs- und Finanzierungsgesetz*), das zurzeit in Revision ist, steht im Vernehmlassungsentwurf in §5 g2: «Die Erteilung eines Leistungsauftrags setzt in der Regel voraus, dass das Spital über eine Notfallstation verfügt.» Liebe Leute, wir haben nicht zu wenig Notfallstationen, wir haben zu viele. Und das ist induzierte Nachfrage. Die Gesundheitsdirektion rühmt sich immer wieder, dass 95 Prozent der Zürcher Bevölkerung von zu Hause und 98 Prozent vom Arbeitsplatz aus innerhalb von 20 Minuten in einer Notfallstation eines Spitals sein können. Das sind Dichten, die sind unheimlich. Da beneiden uns andere Länder sicher. Ich weiss jetzt nicht, ob Skandinavien, Franzosen oder Deutsche vermehrt sterben als Schweizer. Dort hat man Anfahrtswege von zirka zweieinhalb Stunden. Die 20 Minuten sprechen einfach für eine zu hohe Dichte der Notfallstationen im Kanton Zürich.

Thomas Weibel von den Grünliberalen hat aufgrund der Werbung vom Seespital im Nationalrat einen Vorstoss eingereicht; er ist immer noch hängig. Eigentlich haben den alle unterschrieben, ausser die SP. Auch die Grünen haben im Kanton Aargau sogar eine Notfallpauschale gefordert. Der Ständerat hat leider vor Kurzem dem Vorstoss von Thomas Weibel die Unterstützung versagt. Das ist eigentlich schade. Es ist auf den Umschwung gewisser Ständeräte der SVP zurückzuführen. Sie argumentieren, es sei nicht praktikabel, bürokratisch. Wir haben nie ausgeführt, dass es Cash und im Voraus einbezahlt werden muss. Das kann durchaus in Rechnung gestellt und durch die Verrechnung von Selbstbehalt und Jahresfranchise erfolgen. Die SP spricht von Unsolidarität und sagt, dass zwischen dem echten und nicht echten Notfall unterschieden werden müsse. Ich sage, es müssten alle bezahlen. Fertig,

Schluss. Unsolidarität könnte auch über ein System aufgefangen werden, das IV-Empfänger zum Beispiel von dieser Gebühr befreien würde.

Wir brauchen eine Lösung. Die Argumentation der Regierung, dass es nicht KVG-konform ist, solange wir keine nationale KVG-Regelung haben, stimmt. Es müsste – deshalb wollen wir den Druck auf die Regierung mit der Überweisung dieser Motion aufrechterhalten – im Experimentierartikel austariert werden, der vielleicht mal kommt. Das wird ja erst in drei Jahren sein. Die Motion muss erst in drei Jahren beantwortet und umgesetzt werden. Da müsste man schauen, ob dies nicht möglich ist. Der Druck auf Bern und auf die Regierung muss aufrechterhalten bleiben; das wird er notabene zusätzlich mit einem anderen Vorstoss (*KR-Nr. 345/2016*), den ich mit Erika Zahler eingereicht habe und jetzt in der Kommission ist.

Stärkung der Telefonnummer, obligatorische Nennung dieser Nummer beim Spitaleintritt, das dänische Modell setzt die obligatorischen Anrufe vor einer Konsultation voraus. Die Dänen haben das praktiziert – und die sind jetzt nicht einfach nur dumm.

Ich bitte Sie, die Motion zu unterstützen und zu überweisen. Herzlichen Dank.

*Mark Anthony Wisskirchen (EVP, Kloten):* Aus einer begründeten Not heraus ist dieser Vorstoss geboren. Die EVP dankt Daniel Häuptli und seinen Mitmotionären, dass sie die wichtigen Aspekte der Notfallversorgung und deren Kostenentwicklung hier aufzeigen. Die Idee ist so aber noch nicht umsetzbar, zu kompliziert. Die EVP wird die Motion heute und in dieser Form noch nicht unterstützen. Diese Forderung und Bericht liegen auch schon ein paar Jahre zurück.

Die in der Motion aufgeführten vielfältigen Gründe aus den verschiedensten Studien belegen tatsächlich ein Fehlverhalten. Unsere Gesellschaft wird aber auch immer individueller und entscheidet spontan, auch in Frage der gesundheitlichen Behandlung. Dabei wird bestmögliche und schnellstmögliche medizinische Versorgung vorausgesetzt. Wir gehen mit der Erkenntnis des Motionärs einig: Viele der spitalnotfallaufsuchenden Menschen wären gut beraten, zuerst ihren Hausarzt oder ihre Hausärztin zu konsultieren.

Wir haben grosse Bedenken, dass mit der Einführung einer Gebühr, sei sie noch so gering, eine Hemmschwelle eingerichtet würde, die vielleicht einem Teil der Kostensteigerung entgegenwirken könnte, aber dazu führt, dass sich vor allem ältere Menschen oder Familien mit geringem Einkommen, aber auch Migrantinnen und Migranten allenfalls

nicht mehr in ärztliche Behandlung begeben, weil sie durch diese zusätzliche Gebühr ihre ohnehin schon hohen Gesundheitskosten gut überlegen, sich rechtzeitig behandeln oder überhaupt behandeln zu lassen. Dennoch bleiben die Spitäler und Notfallpraxen weiterhin aufgrund ihres Leistungsauftrages von der Aufnahmepflicht für alle – insbesondere in Notfällen und der allgemeinen Pflicht der Ärzteschaft, gesundheitlichen Beistand zu leisten – nicht ausgenommen. Da macht doch das Hausarztmodell wieder Sinn.

In einem Hausarztmodell nehmen die Hausärzte und Hausärztinnen eine zentrale Funktion ein, mit dem Ziel, ihre Kundschaft erstinstanzlich zu diagnostizieren und in vielen Fällen die nötige Behandlung auch zukommen lassen zu können, denn sie kennen ihre Patientinnen und Patienten am besten. Nur wenn nötig, werden sie ihre Patientinnen und Patienten an Spezialisten oder Spitäler überweisen. Dieses Modell spart Wartezeit und Geld. Es benötigt aber auch die notwendigen Ressourcen in Form von Ärztinnen und Ärzten – ein anderes Problem.

Mittlerweile hat der Kanton Zürich im regierungsrätlichen Bericht die angekündigte Massnahme einer Neuorganisation des ärztlichen Notfalldienstes zur Entlastung der Spitalnotfallstationen umgesetzt; Kanton und Gemeinden haben ab 2018 dem AGZ einen entsprechenden Leistungsauftrag erteilt.

Der ärztliche Notfalldienst mit Beratung und Triage ist angelaufen – noch nicht zur Zufriedenheit aller, aber grundsätzlich auf dem richtigen Weg. Auch über die Höhe der zu entrichtenden Kosten pro Einwohner zu Lasten der Gemeinden, respektive Steuerzahlenden kann debattiert werden. Dennoch, diesem Angebot soll mehr Beachtung zukommen und die Gratisnummer besser bekannt gemacht werden. Eine Aufklärungskampagne wäre hier hilfreich. Ihr Auftrag ist auf fünf Jahre begrenzt. Dann gilt es, ein Resümee zu ziehen.

Die EVP wird die Motion nicht überweisen.

*Kaspar Bütikofer (AL, Zürich):* Die Alternative Liste wird diese Motion nicht überweisen. Wir können dieses Ansinnen nicht unterstützen. Es handelt sich hier um eine typische GLP-Schnaps-Idee. Wer glaubt, über eine Gebühr Bagatellfälle vom Notfall fernzuhalten, der glaubt definitiv an den Storch. Es würden wahrscheinlich einfach die falschen Leute treffen – wenn es denn überhaupt eine Wirkung hat –, die sich dann nicht an den Notfall wenden werden. Im besten Fall kann man diese Gebühr als Hypochonder-Steuer bezeichnen. An die Adresse der GLP kann man sagen, dass im Energiebereich Lenkungsabgaben durchaus Sinn machen, dass man so das Verhalten der Leute lenken kann. Aber

im Gesundheitsbereich zu meinen, man könne Notfallpatienten über eine Gebühr, über eine Lenkungssteuer so lenken, dass sie die richtige Notfallstation aufsuchen, ist wirklich absurd.

In Notfallsituationen sind die Menschen in einem Notfall; sie handeln weder rational noch sehr durchdacht. Sie sind also nicht rationale und gut informierte Konsumentinnen und Konsumenten, die man über eine Lenkungsabgabe einbeziehen kann, wenn es darum geht, Energie zu sparen. Wer einen Notfall hat oder meint, in einem Notfall zu sein, der kann erstens den Schweregrade nicht selbst abschätzen; den meisten Leuten fehlt das medizinische Wissen. Sie wissen auch nicht unbedingt, wo der beste Ort ist, wo sie sich hinwenden können. Sehr oft sind die Leute auch von einem Panikmoment gesteuert. Tatsächlich haben wir natürlich ein Problem mit dem Notfalldienst. Wir haben hier Bagatellfälle. Die sind sehr kostenintensiv. Das ist unschön. Die Gründe liegen aber an einem anderen Ort. Und diese müssen angegangen werden.

Dann kann man sagen, diese Gebühr, die widerspricht dem Krankenversicherungsgesetz und ist somit eh zum Vergessen. Zielführender ist, wenn wir die echten Probleme angehen. Erstens das Wissen der Leute über medizinische Sachverhalte ist zu verbessern, damit die Menschen besser einschätzen können, was ihnen fehlt und was sie brauchen. Zweitens, viele Haushalte haben keinen Hausarzt oder keine Hausärztin. Hier braucht es eine Intensivierung der Hausarztmedizin. Das ist teilweise anerkannt; hier wird gehandelt. Aber wir haben ein grosses Problem: Viele Hausärzte werden in der nächsten Zeit in Rente gehen; wir haben hier einen grossen Gap. Den lösen wir nicht über irgendeine Gebühr.

Man kann die Hoffnung in die Notfallnummer setzen, dass die eine Triage macht. Wir hoffen auch, dass diese Triage erfolgt. Ob das wirklich stattfinden wird, ob das eine positive Wirkung hat, werden wir in ein, zwei Jahren sehen. Die Idee aber, dass man diese Nummer obligatorisch anrufen muss, ist aber sehr, sehr eigenartig, weil es nicht immer angezeigt ist, dass man dort anruft. Vielleicht ist es besser, wenn man zuerst einen Krankenwagen anruft.

Und als letztes ist es auch Aufgabe der Spitäler, ihren Notfalldienst so einzurichten, dass man eben eine Triage machen kann zwischen Hausarztmedizin und echtem Spitalnotfall. Hier ist das Triemli einen Schritt weiter und ist dabei, dies einzurichten. Auch andere Spitäler haben hier Handlungsbedarf anerkannt und sind dabei, ihren Notfalldienst entsprechend einzurichten.

Wir lehnen deshalb diese Motion ab. Besten Dank.

*Hans-Peter Amrein (SVP, Küsnacht):* Ich möchte nur kurz auf das Votum von Herrn Mark Wisskirchen eingehen. Er sagte, wenn ich ihn richtig verstanden habe, er anerkenne das Problem, sei aber noch nicht für die Lösung. Dann müssen Sie die Motion unterstützen, denn wir haben ein Problem, Herr Wisskirchen. Wenn wir ein Problem haben, dann müssen wir es anpacken. Und die Regierung kriegt einen Auftrag, einen Gesetzesentwurf zu formulieren. Darüber können wir nachher diskutieren. Also, müssen Sie, Herr Wisskirchen, das tun, und diese Vorlage unterstützen. Ich muss sagen, ich finde es an und für sich schön: Ich überlege mir wahrscheinlich noch den Katholiken beizutreten, denn die Begründung vorher durch Kantonsrat Schmid war klar und direkt. Ich hoffe, Sie haben zugehört, Herr Wisskirchen. Und vielleicht können Sie sich mit Herrn Schmid trotzdem noch einigen.

*Daniel Häuptli (GLP, Zürich) spricht zum zweiten Mal:* Ich möchte gerne einige Voten und Vorwürfe kommentieren. Zuerst zu Esther Straub: Bitte legen Sie mir keine falschen Aussagen in den Mund. Ich habe von Anfang an gesagt, dass die telefonische Triagestelle eine gute Sache ist. Wichtig ist einfach, dass man diese richtige aufsetzt. Da sind wir als Kantonsrat in der Pflicht – ein separates Thema. Ich habe auch nichts dagegen, wenn die AGZ eine Ausschreibung gewinnt, überhaupt nicht. Dann haben Sie gesagt, dass telefonieren nicht geht, wenn man auf den Spitalnotfall kommt. Ihre Vorstellungen sind relativ realitätsfremd. Wenn es wirklich ernst ist und man mit einer Ambulanz eingewiesen wird, dann entfällt natürlich die Gebühr, keine Diskussion. Und wenn es nicht so ernst ist, dann müssen Sie ja sowieso warten. Ich habe mit einem Handgelenkbruch drei Stunden gewartet. Anzurufen wäre das kleinste Problem gewesen. Wenn man anrufen muss, ist das ja auch für die Patienten sinnvoll, weil dann die Warteschlange kürzer wird beziehungsweise, wenn man eine Lappalie hat und die Triagestelle den Besuch einer Permanence oder einer Apotheke empfiehlt, dann spart man sich die Wartezeit im Spital in der Notfallstation.

Noch kurz zu Kathy Steiner: Sie haben gesagt, man hält Menschen mit wenig Geld ab, auf die Spitalnotfallstation zu gehen. Das stimmt nicht. Man muss nur anrufen. Das ist gratis. Dort erhält man eine professionelle medizinische Auskunft und kann auf eine Spitalnotfallstation mit einer der besten medizinischen Versorgung der Welt gehen.

Dann kurz zu Lorenz Schmid: Das Triemli und die Werbung, ja, ich erachte es auch als besorgniserregend, wenn Spitäler für ihre Spitalnotfallstationen Werbung machen.



Und noch zu Kaspar Bütikofer: Sie haben gesagt, dass 50 Franken nicht wirken. Eine Parkbusse ist 40 Franken. Also, ich bin ziemlich überzeugt, dass 50 Franken wirken würden. Sie können sich umschauen: Es gibt nicht so viele Falschparker mit einer drohenden Busse von 40 Franken. Die Plastiksäcke in der Migros kosten 5 Rappen. Auch das hat gewirkt. Also, eine Spitalnotfallgebühr kann das Verhalten im Interesse aller ändern, allen voran denjenigen, die eine Gebühr zahlen müssten, falls sie die telefonische Triagestelle umgehen.

*Josef Widler (CVP, Zürich):* Diese Motion ist wieder einmal ein typisches, einfaches Rezept, das nicht viel Erfolg verspricht. Die Idee zu haben, dass die Notfallversorgung mit einer Gebühr, die nicht gesetzeskonform ist, in den Griff zu bekommen, finde ich etwas speziell.

Es wurde bereits erwähnt, dass die Spitäler alles daransetzen, ihre Werbung laufen lassen, damit die Patienten direkt in ihre Notfallstationen kommen. Ich weiss nicht, ob Sie diesen Flyer der Stadtspitäler der Stadt Zürich studiert haben. Dort hat es ein Kärtchen drin, auf dem die direkte Nummer zu finden ist, um während 365 Tagen im Jahr, 24 Stunden am Tag, einen direkten Zugang zur Notfallstation zu bekommen, sei es für die Frauenklinik, sei es für die Chirurgie, sei es für die innere Medizin, sei es für die Kinderklinik. Also, man wirbt dort direkt für diesen Zugang.

Wenn ich mit einem Vertreter dieser Spitäler spreche, dann sagt er zu mir: «Ja, weisch, miär müend halt mit dä Privatä konkurränziere.» Man sagt, man muss die Leute vom Hirslanden (*Privatklinik*) wegbringen und sie zu uns bringen. Also, die Notfallstationen werden zu einem Werbeinstrument. Das ist es heute schon, das muss man ganz klar sehen. Und dann kommt das Nächste: Sie mögen sich vielleicht erinnern, dass ich mit meinem Kollegen (*gemeint ist Lorenz Schmid*) das Problem wegen der Selbstdispensation hatte und an die Geschichte wegen der Apothekertaxe. Was hat der raffinierte Apotheker gemacht? Er hat vor seiner Apotheke darauf hingewiesen, dass er auf die Taxe verzichtet. Ich mache mit ihm eine Wette: Wenn diese Taxe von 50 Franken kommt, dann wird Hirslanden schreiben: Bei uns unentgeltlich. Dann kommen die Züricher und machen das auch. Also, es ist ein Pflästerchen. Ich glaube nicht daran. Wenn Sie wollen, überweisen Sie das Ding. Vielleicht hat die Regierung noch zwei, drei gute Ideen, wie man das besser steuern könnte – die Leute weg von der Notfallstation hin zum Hausarzt, wenn es sie dann noch gibt.

*Maria Rita Marty (SVP, Volketswil):* Es wurde hier verschiedentlich erwähnt, dass man mit dieser Gebühr die Bevölkerung zwingen möchte, das Ärztefon anzurufen. Es wäre doch jetzt extrem interessant, die Bevölkerung zu befragen, in wie vielen Fällen ihnen nach einem Anruf bei der Triagestelle beziehungsweise beim sogenannten Ärztefon geraten wurde, den nächstliegenden Notfall aufzusuchen, dies, obwohl keine Notfallsituation vorlag. Müssen diese Personen diesen Betrag auch bezahlen? Dies wäre doch extrem stossend. Aus eigener Erfahrung kann ich bezeugen, dass ich nach einem Anruf bei der Triagestelle auf die nächste Notfallstation verwiesen wurde, obwohl eine ganz normale Angina vorlag. Es kann doch nicht sein, dass das man in einem solchen Fall eine solche Strafe bezahlen müsste. Ausserdem wäre es interessant zu erfahren, in welche Kategorie diese Gebühr einzureihen wäre. Danke.

*Regierungsrätin Natalie Rickli:* Ich bin froh, dass ich nicht entscheiden muss. Ich darf Ihnen einfach meine Meinung und die des Regierungsrates kundtun. Ich stimme nämlich dem Anliegen der Motion zu und habe die Vorstösse, die im Nationalrat seinerzeit behandelt wurden, auch unterstützt. Ich glaube, wir alle hier drin sind uns einig: Spitalnotfallstationen sollten entlastet werden, indem Patientinnen und Patienten, die eben keine Notfälle sind, die Notrufnummer anrufen oder zuerst in die Apotheke gehen oder zum Hausarzt oder in eine Permanence. Das wäre für das Gesamtsystem des Gesundheitswesens günstiger. Dass Handlungsbedarf besteht, ist dem Regierungsrat nicht entgangen, und wir haben bereits verschiedene Massnahmen getroffen. Erstens, die Förderung der Ausbildungsgänge für das Fachgebiet «Hausarztmedizin», dies durch die Gründung des Instituts für Haushaltsmedizin an der Universität Zürich. Dann wurde der Notfalldienst, das Ärztefon, verschiedentlich angesprochen. Es freut mich auch, Herr Häuptli, dass Sie heute sehr positiv darüber sprechen. Es ist mir auch nicht entgangen, dass sie dem eher kritisch gegenüberstehen. Aber, wenn ich Sie richtig verstanden habe, wollen Sie jetzt von einer Gebühr auf eine Busse wechseln. Und in einem zweiten Votum haben Sie wieder von der Gebühr gesprochen. Heisst das, wenn man sich das Bein bricht und ein wirklicher Notfall ist und nicht angerufen hat, eine Busse bezahlen muss? Das wäre absurd. Drittens hat die Gesundheitsdirektion auch erkannt, dass die Gesundheitskompetenz der Zürcherinnen und Zürcher gesteigert werden könnte. Dazu haben wir ein Projekt ins Leben gerufen, wie man sich auf Arztbesuche besser vorbereiten kann.

Den Eintritt in den Spitalnotfall oder in eine vorgelagerte Notfallpraxis im Spital als gebührenpflichtig zu erklären, was die Motion ja verlangt – auch wenn Sie jetzt von Busse geredet haben, dann wieder von einer Gebühr –, ist auf kantonaler Ebene leider nicht möglich. Da ist das Bundesparlament der richtige Ort. Herr Schmid hat es bereits gesagt: Es ist noch eine parlamentarische Initiative von Thomas Weibel hängig. Ich würde eher vorschlagen, das abzuwarten, in der Hoffnung, dass auch dies so beschlossen wird, weil es richtig ist, dies zu machen, aber man muss es eben auf nationaler Ebene machen.

Das KVG besagt klar, dass die Leistungserbringer – also auch ein Spital – keine weitergehenden Vergütungen berechnen dürfen, als diejenigen, die das KVG vorsieht. Auf kantonaler Ebene ist dieser Vorstoss nicht umsetzbar und er würde von den Gerichten voraussichtlich auch kassiert. Wenn Sie die Motion nun überweisen, dann werde ich sehen, was ich Ihnen berichten kann. Es war akustisch auch etwas laut hier. Aber, dass Sie während der Debatte von Gebühr auf Busse gewechselt haben, werden wir analysieren müssen. Dann wäre das Anliegen eher im Ordnungsbussenverfahren zu Hause.

Also, ich überlasse Ihnen den Entscheid. Wenn ich Kantonsrätin wäre, würde ich die Motion eher ablehnen.

**Der Kantonsrat beschliesst mit 99 : 64 Stimmen (bei 1 Enthaltung), die Motion KR-Nr. 192/2017 zu überweisen.** Das Geschäft geht an den Regierungsrat zur Ausarbeitung einer Vorlage mit Bericht und Antrag innert zwei Jahren.

Das Geschäft ist erledigt.

### **3. Hepatitis B und C: Handlungsbedarf im Kanton Zürich?**

Interpellation Bettina Balmer (FDP, Zürich), Nadja Galliker (FDP, Eggenwil) und Astrid Furrer (FDP, Wädenswil) vom 4. Dezember 2017  
KR-Nr. 333/2017, RRB-Nr. 34/17. Januar 2018

*Die Interpellation hat folgenden Wortlaut:*

Die Infektionskrankheiten Hepatitis B und C belasten die öffentliche Gesundheit in einem Ausmass, das dem von HIV gleichkommt. Seit diesem Jahr unterstützt das BAG die zivilgesellschaftlich initiierte Schweizerische Hepatitis Strategie, dies auch finanziell und arbeitet im Netzwerk der Schweizerischen Hepatitis Strategie aktiv mit. Diese Zusammenarbeit des BAG mit der Schweizerischen Hepatitis Strategie

wurde von der ständerätlichen Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit (SGK-SR) anlässlich der Vorstellung der Strategie im August 2017 begrüsst.

Die vom BAG mandatierte Situationsanalyse der Universität Bern zeigt, dass in der Schweiz jährlich mindestens 5x mehr Personen an den Folgen von Hepatitis C versterben als an denen von HIV <sup>1</sup>, obwohl Hepatitis C seit über 15 Jahren geheilt werden kann. Betroffene spüren häufig über Jahre keine spezifischen Beschwerden, weshalb die Diagnose schwierig und die Dunkelziffer hoch ist. Zu oft wird die Diagnose einer Hepatitis also zu spät gestellt, dann kann der Schaden schon sehr gross oder die Infektion bereits unheilbar sein <sup>2</sup>. Würde man die Diagnose früher respektive rechtzeitig stellen, so könnten die Betroffenen geheilt werden. Es würden erhebliche Kosten im Gesundheitswesen wegfallen, welche durch die Folgekrankheiten einer nicht entdeckten Infektion entstehen. Der Optimierungsbedarf beim freiwilligen Testen der Bevölkerung konnte in der bereits erwähnten und vom BAG mandatierten Situationsanalyse gezeigt werden.

Eine frühe Entdeckung und Behandlung einer viralen Hepatitis B und C ist auch unter volkswirtschaftlichen Aspekten wichtig, zumal Hepatitis C hauptsächlich Personen im arbeitsfähigen Alter betrifft. In der Schweiz sind gemäss BAG-Meldewesen zwischen 1950 und 1985 geborene Menschen überdurchschnittlich häufig betroffen.

Wir gelangen deshalb mit folgenden Fragen an den Regierungsrat:

1. Wie soll diese sich positiv entwickelnde Arbeit zugunsten einer nationalen Hepatitis Strategie auf kantonaler Ebene unterstützt werden?
2. Welche Konsequenzen leitet der Regierungsrat aus den Resultaten der vom BAG mandatierten Situationsanalyse der Universität Bern für den Kanton Zürich ab?
3. Wie soll der aufgezeigte Optimierungsbedarf beim freiwilligen Testen der Bevölkerung auf kantonaler Ebene konkret angegangen werden, sodass die Betroffenen nicht schwer erkranken und möglicherweise sterben, sondern geheilt werden (und so auch erhebliche

---

<sup>1</sup> Zahnd C, Brezzi M, Bertisch B, Guidici F, Keiser O. Analyse de Situation des Hépatites B et C en Suisse. Rapport Intégral (mit Zusammenfassung in deutscher Sprache). 23. März 2017. <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/mt/forschungsberichte/situationsanalyse-hepatitis-bericht.pdf.download.pdf/situationsanalyse-hepatitis-bericht-de.pdf>

<sup>2</sup> Bruggmann P. Mit neuen Medikamenten und Paradigmen gegen die Hepatitis C Epidemie. Ars Medici 10; 472-475. <https://www.rosenfluh.ch/media/arsmedici/2017/10/Mit-neuen-Medikamenten-und-Paradigmen-gegen-die-Hepatitis-C-Epidemie.pdf>

Kosten im Gesundheitswesen und erhebliche Ausfälle in der Volkswirtschaft wegfallen würden)?

4. Welchen Handlungsbedarf sieht der Kanton Zürich bei Hepatitis B und C grundsätzlich und welche Kosten würden dabei anfallen?

*Der Regierungsrat antwortet auf Antrag der Gesundheitsdirektion wie folgt:*

Zu Frage 1:

Medizinische Fachleute aus mehreren zürcherischen Institutionen, darunter das Institut für Epidemiologie, Biostatistik und Prävention der Universität Zürich (EBPI), wirken aktiv bei der Entwicklung der nationalen Hepatitis-Strategie mit. Die Gesundheitsdirektion verfolgt die entsprechende Entwicklung und tauscht sich sowohl auf Expertenebene (unter anderem über die kantonale Kommission «HIV und andere sexuell übertragbare Krankheiten») als auch mit den Bundesbehörden und anderen Kantonen zu dieser Frage aus. Auf politischer Ebene bringt der Kanton Zürich seine Anliegen über die derzeit durch ihn präsiidierte Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren ein.

Zu Fragen 2 und 4:

Die meisten Massnahmen zur Bekämpfung und Verhütung von Hepatitis B (HBV) und Hepatitis C (HCV) sind inzwischen unbestritten:

- eine verbesserte Sensibilisierung der Ärzteschaft wird als sinnvoll erachtet;
- die Erhöhung der Durchimpfungsrate für HBV soll bei der Umsetzung der nationalen Strategie zu Impfungen aufgenommen werden;
- die Vermeidung von Risiken und Risikoverhalten ist ein wichtiges Thema in der Gesundheitsversorgung, bei der Betreuung Suchtkranker und der Prävention von sexuell übertragbaren Krankheiten;
- das Screening von Risikopersonen wird zusammen mit den entsprechenden Behandlungs- und Betreuungsinstitutionen propagiert und durchgeführt.

Zudem werden seit Oktober 2017 die Medikamentenkosten für die Behandlung von HCV-Infektionen von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen. Damit sind wegen fehlender Finanzierung bestehende Behandlungseinschränkungen weggefallen. Impfungen gegen HCV und Behandlungen von HBV-Infektionen indessen sind noch nicht möglich, da entsprechende Impfstoffe und Medikamente noch im Forschungsstadium stehen.

Angesichts dieser Lage besteht derzeit kein weiterer Handlungsbedarf.  
Zu Frage 3:

Das Screening einer breiten Bevölkerung auf HCV ist umstritten. Hier fehlt zurzeit noch eine umfassende Betrachtung, welche die Messeigenschaften des Tests in verschiedenen Bevölkerungsgruppen, den zu erwartenden Nutzen der Behandlung Infizierter, aber auch die unerwünschten Auswirkungen auf Personen, die fälschlich als infiziert behandelt wurden, durch Abklärung und Behandlung falsch Positiver sowie die Kosten des gesamten Vorgehens berücksichtigt. Eine entsprechende Untersuchung ist vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) in Auftrag gegeben worden, die Ergebnisse sollten im Verlaufe des Jahres 2018 vorliegen.

Dann wird es auch möglich sein, über zusätzliche Massnahmen wie ein breites Screening oder eine verstärkte Sensibilisierung der Ärzteschaft zu entscheiden. Dies soll so weit wie möglich in Absprache mit dem BAG und den anderen Kantonen geschehen, wie es bei den übertragbaren Krankheiten gesetzlich vorgesehen und mit Blick auf die finanzielle Belastung des Kantons auch sinnvoll ist.

*Bettina Balmer (FDP, Zürich):* Vielen Dank für die Interpellationsantwort des Regierungsrats. Es freute mich sehr, dass der Regierungsrat in seiner Antwort vom 18. Januar 2018 auf meine am 4. Dezember 2017 eingereichte Interpellation geantwortet hat, dass sich der Kanton Zürich mit medizinischen Fachleuten aus mehreren zürcherischen Institutionen aktiv bei der Entwicklung einer nationalen Hepatitis-Strategie einbringt, die Gesundheitsdirektion die entsprechende Entwicklung verfolgt und sich sowohl auf Expertenebene als auch auf nationaler Ebene austauscht. Und es freut mich auch, dass wir die regierungsrätliche Antwort heute nun endlich besprechen. Und schliesslich ist es höchst erfreulich, dass der Ständerat in der eben vergangenen Herbstsession, wie vom Bundesrat empfohlen, eine Motion gutgeheissen hat, dass Hepatitis ins künftige nationale Programm «HIV und Geschlechtskrankheiten» integriert wird.

Die Schweiz hat bereits im Mai 2014 die WHO-Resolution (*Weltgesundheitsorganisation*) zur Bekämpfung der viralen Hepatitis unterzeichnet und sich damit unter anderem verpflichtet, eine nationale Hepatitis-Strategie auszuarbeiten, welche laufend weiterbearbeitet werden soll. Aktuell liegt Version 3 vor, mit dem Ziel, die viralen Hepatitiden in den nächsten 15 Jahren zu eliminieren, also die Übertragungsrate auf null zu senken.

Dieses Ziel, die viralen Hepatitiden zu eliminieren, verhindert erstens weitere Ansteckungen und damit viel Leid, verhindert zweitens hohe Gesundheitskosten. Alleine bei der Hepatitis C ist beispielsweise aktuell davon auszugehen, dass zwischen 2020 und 2040 Gesundheitskosten von 100 bis 120 Millionen Franken anfallen werden. Und drittens können durch frühe Erkennung und Behandlung, oder natürlich noch effizienter und besser, durch Verhinderung dieser Erkrankung auch Erwerbsausfälle vermieden werden. Das sind volkswirtschaftliche Folgekosten, welche nicht unterschätzt werden sollten. Gerade die Hepatitis C betrifft hauptsächlich Personen im arbeitsfähigen Alter.

Da die Kompetenz für Gesundheitsversorgung und Prävention bei den Kantonen liegt, ist es erfreulich, dass der Vorstand der Gesundheitsdirektorenkonferenz am 18. Januar 2018 beschlossen hat, die Hepatitis-Strategie ideell zu unterstützen und die Einschätzung von «Hepatitis Schweiz» teilt, dass noch in vielen Kantonen das Bewusstsein zu Hepatitis verbessert werden kann.

Ich hoffe, dass wir dank der heutigen Behandlung der Interpellation zum Handlungsbedarf von Hepatitis B und C im Kanton Zürich auch einen Teil zur Verbesserung des Bewusstseins um die Situation der Hepatitiden beitragen können. Die regierungsrätliche Antwort auf diese Interpellation hat mich überzeugt. Der Kanton Zürich hat den Handlungsbedarf bei Hepatitis B und C nicht nur erkannt, sondern setzt auch sinnvoll die nötigen Massnahmen um. Diese Massnahmen werde ich nun nicht aufzählen, sie sind in der regierungsrätlichen Antwort zur Interpellation nachzulesen.

Ich möchte nur Folgendes ergänzen: Andrea Bregenzer und Mitautoren haben im November 2017 in der «Swiss Medical Weekly» einen Artikel publiziert, in welchem zu lesen ist, dass Hepatitis C bei Personen in Drogensubstitutionsprogrammen ungenügend getestet und behandelt wird. Die Autoren leiten aus ihren Resultaten ab, dass Handlungsbedarf im Bereich der Versorgung von Hepatitis C besteht, wenn das WHO-Ziel erreicht werden soll, nämlich, dass die Hepatitis C bis 2030 eliminiert sein soll. Im Kanton Zürich wurde bereits 2015 eine ähnliche Studie durchgeführt, welche wenig überraschend zum gleichen Schluss kommt: Die Versorgungssituation von Patienten mit Hepatitis C muss verbessert werden, wenn das WHO-Ziel oder das Ziel der nationalen Hepatitis-Strategie erreicht werden soll.

Was das Screening einer breiten Bevölkerung von Hepatitis C bei einer Dunkelziffer von etwa 30 Prozent betrifft, so liegen nun Resultate einer vom BAG (*Bundesamt für Gesundheit*) beauftragten Studie vor. Diese

besagt, dass ein Screening der hauptbetroffenen Jahrgänge oder der gesamten erwachsenen Bevölkerung notwendig ist, wenn die Zahlen von Hepatitis C bis 2030 gegen null gesenkt werden sollen. Abschliessend möchte ich nochmals festhalten, dass ich mich über die Antworten des Regierungsrates gefreut habe. Es ist wichtig, dass die Zusammenarbeit des Kantons mit dem Bund und mit den Experten funktioniert und unbestrittene Massnahmen zeitnah umgesetzt werden. Wenn das Ziel der WHO und der Hepatitis-Strategie erreicht wird, nämlich, dass die virale Hepatitis nicht mehr existiert, dann ist das ein grosser Erfolg zum Wohl der ganzen Bevölkerung.

*Lorenz Schmid (CVP, Männedorf):* Nur noch kurz zur Ergänzung der wirklich sehr guten Antwort und dem Votum von Frau Balmer: In der Tat ist es so, dass wir eigentlich die WHO-Resolution bis 2030 umsetzen müssen, das heisst, nicht in fünfzehn Jahre, sondern wir haben noch gut acht Jahre vor uns.

Der Bundesrat hat ja den Vorstoss von Damian Müller von der FDP auf nationaler Ebene entgegengenommen. Ich hatte dann Gelegenheit mit dem BAG direkt zu sprechen. Christian Schätti verspricht, dass die Massnahmen bis Ende 2020 zuhanden der Kantone dann erlassen sind. Wir werden mit der Regierung darauf achten, dass ab 2021 die nationale Strategie zwecks Eradikation bis 2030 dann auch umgesetzt wird. Ich danke.

*Regierungsrätin Natalie Rickli:* Was in der Antwort des Regierungsrates stand, hat Frau Kantonsrätin Balmer bereits gut zusammengefasst. Was allerdings noch nicht drin gestanden hat, ich Ihnen aber heute mitteilen kann, ist, dass wir einem Antrag des Vereins «Hepatitis Schweiz» stattgegeben haben, und zwar dem Antrag auf finanzielle Unterstützung des Pilotprojekts «HepCare». Die Gesundheitsdirektion unterstützt dieses Projekt 2019 und 2020 mit jährlich 30'000 Franken. Das Pilotprojekt schafft die Bedingung für die Hepatitis C-Therapie in der Hausarztpraxis, in dem es zum einen Wissenslücken schliesst, und andererseits die Durchführung von Hepatitis C-Therapien durch Hausärztinnen und Hausärzte in Zusammenarbeit mit den Spezialisten fördert. Dazu baut «HepCare» einen Zirkel mit Spezialistinnen und Spezialisten auf, welche die Grundversorgung unterstützen und Rezepte für die Medikamente ausstellen. «HepCare» entwickelt zudem Schulungsmaterial und Checklisten, die der Grundversorgung zur Verfügung gestellt werden können, auch Weiterbildungen werden angeboten.



*Ratspräsident Dieter Kläy:* Die Interpellantin hat ihre Erklärung zur Antwort des Regierungsrates abgegeben.

Das Geschäft ist erledigt.

#### **4. Für eine kostendeckende Finanzierung der Gerontopsychiatrie in Heimen**

Postulat Astrid Furrer (FDP, Wädenswil), Linda Camenisch (FDP, Wallisellen) und Nadja Galliker (FDP, Eglisau) vom 19. Dezember 2017

KR-Nr. 357/2017, RRB-Nr. 515/6. Juni 2018 (Stellungnahme)

*Das Postulat hat folgenden Wortlaut:*

Der Regierungsrat wird gebeten darzulegen, wie ein zeitgemässes Vergütungssystem für die Pflege, Betreuung und Unterbringung von betagten pflegebedürftigen Psychiatriepatienten, sogenannte gerontopsychiatrische Patienten, in der Langzeitpflege aussehen könnte, das die tatsächlichen Aufwendungen abdeckt.

Es ist insbesondere darzulegen, in welcher Form sich der Kanton finanziell an dieser Schnittstellenaufgabe von Gemeinden und Kanton beteiligen könnte.

Begründung:

Mit der neuen Pflegefinanzierung wurde die Langzeitpsychiatrie faktisch abgeschafft. Es wurde eine klare Zweiteilung der Verantwortung und Finanzierung geschaffen zwischen Kanton (Akut-)Psychiatrie, somatischen Spitälern und Rehabilitation) und Gemeinden (Langzeitpflege im Alter = «Heime»). Die Krankenkassen wenden denn auch zwei unterschiedliche Vergütungssysteme an.

Die gerontopsychiatrischen Patienten (darunter fallen Demenzpatienten nicht) fielen aber zwischen Stuhl und Bank. Weder sind laut Gesetz die Spitäler noch die Heime für betagte, pflegebedürftige Psychiatriepatienten eindeutig zuständig: Die Kombination einer psychiatrischen Hauptdiagnose wie Schizophrenie, Sucht, Depression und so weiter mit Pflegebedürftigkeit wurde mit der neuen Pflegefinanzierung nicht berücksichtigt. Die Psychiatrien bringen diese Menschen nur in der Akutphase unter. Danach sind die Langzeitinstitutionen für sie zuständig. Die Heime können jedoch nur die Aufwendungen für die körperliche Pflege abrechnen, nicht jene für die psychiatrische. Die Gerontopsychiatrie ist deshalb finanziell stark unterdeckt.

Folglich fehlt es an Plätzen für psychisch kranke, ältere Personen in Heimen der Langzeitpflege. Es braucht ein faires Abgeltungssystem, das die zusätzlichen Aufwendungen deckt.

Weil die Gerontopsychiatrie eine Zwischenform der Langzeitpflege und Psychiatrie ist, ist eine Kostenbeteiligung des Kantons denkbar.

*Der Regierungsrat nimmt auf Antrag der Gesundheitsdirektion wie folgt Stellung:*

#### A. Gesetzliche Grundlagen

Vor Inkrafttreten des Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetzes (SPFG, LS 813.20) beteiligten sich Kanton und Gemeinden gemeinsam an der Finanzierung sowohl der Akutpflege in den Spitälern als auch der Langzeitpflege (Pflegeheime und Spitex).

Das auf den 1. Januar 2012 eingeführte SPFG sieht dagegen vor, dass der Kanton die stationäre Spitalversorgung nach den Vorgaben des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG, SR 832.10) zu 100% finanziert, soweit die Kosten nicht von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) übernommen werden (§ 19 Abs. 2 SPFG); die Gemeinden sind von der Mitfinanzierung der stationären Spitalversorgung befreit, übernehmen aber im Gegenzug die vollständige Restfinanzierung der Langzeitpflege (§ 9 Abs. 4 Pflegegesetz, LS 855.1). Dieses Finanzierungsmodell 100/0 war in der Vernehmlassung zum SPFG weitgehend unbestritten (Weisung zum SPFG, Vorlage 4763, S. 35, 48, 54).

Die Zürcher Spitalliste 2012 Psychiatrie sieht Leistungsaufträge zur akutstationären Behandlung von gerontopsychiatrischen Patientinnen und Patienten vor. Für entsprechende Spitalaufenthalte richtet sich die Vergütung nach dem Spitaltarif. Ist keine Spitalbedürftigkeit (mehr) gegeben, richtet sich die Vergütung nach den Regeln der Pflegefinanzierung (Art. 49 Abs. 4 KVG). Im Kanton Zürich sind die Gemeinden dafür zuständig: Nach § 5 des Pflegegesetzes sind die Gemeinden verpflichtet, für eine bedarfs- und fachgerechte stationäre und ambulante Pflegeversorgung ihrer Einwohnerinnen und Einwohner zu sorgen. Gemäss § 3 Abs. 1 der Verordnung über die Pflegeversorgung (LS 855.11) umfasst der Versorgungsauftrag der Gemeinden das gesamte Leistungsspektrum der Pflegeversorgung. Darunter fallen neben somatischen Erkrankungen ausdrücklich auch Leistungen an Personen mit psychiatrischen Diagnosen. Gemäss § 3 Abs. 2 dieser Verordnung müssen die Gemeinden ein umfassendes Versorgungskonzept erstellen, in

dem sie die Institutionen bezeichnen, in denen ihre Einwohnerinnen und Einwohner versorgt werden können.

#### B. Versorgungslage

Aufgrund dieser gesetzlichen Vorgaben haben die Zürcher Gemeinden ein Konzept erstellt, in dem unter anderem auch die Leistungsaufträge für die ambulante und stationäre Versorgung von betagten psychiatrischen Pflegepatientinnen und Pflegepatienten festgelegt sind. Spezialisierte Institutionen, welche die Behandlung von psychisch erkrankten geriatrischen Personen anbieten, sind z. B. das Pflege- und Betreuungszentrum Sonnhalde in Grüningen mit 310 Betten, das alterspsychiatrische Pflegeheim Clenia Bergheim in Uetikon a. S. mit 141 Betten oder das Pflegezentrum Entlisberg in Zürich, das eine Abteilung für Gerontopsychiatrie mit elf Betten führt. Mit zurzeit 462 Betten allein in diesen spezialisierten gerontopsychiatrischen Institutionen ist das Angebot im Kanton gross. Daneben schliessen die Gemeinden aber auch mit vielen anderen Heimen im Einzelfall Leistungsvereinbarungen über Langzeitpflege ab, die alterspsychiatrische Behandlungen miteinschliessen. Die von den Postulantinnen geäusserte Feststellung, es fehle an Plätzen für psychisch kranke, ältere Personen in Heimen der Langzeitpflege, trifft deshalb nicht zu. Verfügt eine Gemeinde über keinen Leistungsauftrag in einer geeigneten Institution oder liegt bei ihr ein Kapazitätsengpass vor, muss sie innert nützlicher Frist ein Ersatzangebot vermitteln und allfällige Mehrkosten übernehmen (§§ 6 und 14 Pflegegesetz).

#### C. Finanzierung gerontopsychiatrischer Pflegeleistungen

Unzutreffend ist auch die Feststellung der Postulantinnen, die Aufwendungen für die psychiatrische Pflege in Heimen seien nicht gedeckt, denn nach Art. 25a KVG leistet die OKP einen Beitrag an die Pflegeleistungen, die aufgrund einer ärztlichen Anordnung im Pflegeheim erbracht werden. Unter diese Pflegeleistungen fallen auch die psychiatrischen Pflegeleistungen von Personen aller Altersklassen. So sieht beispielsweise Art. 7 Abs. 2 Bst. b Ziff. 14 der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV, SR 832.112. 31) ausdrücklich die Unterstützung für psychisch kranke Personen in Krisensituationen als Pflegepflichtleistung in Pflegeheimen vor. Weitere Pflegepflichtleistungen in Heimen sind Massnahmen zur Überwachung und Unterstützung psychisch kranker Personen in der grundlegenden Alltagsbewältigung, wie Erarbeitung und Einübung einer angepassten Tagesstruktur, zielgerichtetes Training zur Gestaltung und Förderung sozialer Kontakte, Unterstüt-

zung beim Einsatz von Orientierungshilfen und Sicherheitsmassnahmen (Art. 7 Abs. 2 Bst. c Ziff. 2 KLV). Die Beiträge der Krankenversicherer für die Pflegeleistungen sind in Art. 7a KLV festgelegt: Sie vergüten die Pflegeleistungen in Pflegeheimen abgestuft nach zeitlichem Aufwand, höchstens aber Fr. 108 pro Tag. Der versicherten Person so dann dürfen gemäss Art. 25a Abs. 5 KVG in Verbindung mit Art. 7a Abs. 3 KLV höchstens Fr. 21.60 pro Tag überwältzt werden. Für die restlichen Kosten haben im Kanton Zürich grundsätzlich die Gemeinden aufzukommen (§§ 9 Abs. 4 sowie 15 Abs. 1 und 3 Pflegegesetz). An die Kosten für die Unterbringung, Verpflegung und Betreuung von sämtlichen Patientinnen und Patienten in den Pflegeheimen leistet die OKP keinen Beitrag; sie gehen zu ihren eigenen Lasten. Allerdings steht es den Gemeinden gemäss § 12 Abs. 1 des Pflegegesetzes frei, die Kosten für diese Leistungen ganz oder teilweise zu übernehmen. Es besteht aber keine Pflicht hierfür.

#### D. Bewährtes Finanzierungsmodell nicht infrage stellen

Die Gemeinden sind berechtigt und gefordert, auf die Kostenstruktur der Pflegeheime Einfluss zu nehmen. Soweit sie Pflegeheime selber betreiben oder zur Angebotssicherung Dritten Leistungsaufträge erteilen, können sie ihre Mitfinanzierung entweder direkt über ihre Eigentümerstellung oder indirekt über Preisverhandlungen steuern. Bei Leistungserbringern ohne Leistungsauftrag haben sie gemäss § 15 Abs. 1 und 3 des Pflegegesetzes höchstens das «Normdefizit» (die durchschnittlichen Kosten) zu vergüten. Liegen die tatsächlichen Kosten unter dem Normdefizit, brauchen sie bloss diese zu zahlen. Zur Förderung des Kostenbewusstseins haben sie zudem die Möglichkeit, über die Gemeindegrenzen hinweg Kosten- und Preisvergleiche herzustellen und öffentlich zu machen (vgl. Bericht Umfrage bei den Gemeinden zur Umsetzung des Pflegegesetzes/Bestandesaufnahme zur Langzeitpflege im Kanton Zürich vom März 2016, S. 7; Medienkonferenz vom 5. April 2016, S. 26 f., [www.gd.zh.ch](http://www.gd.zh.ch) → Behörden & Politik → Langzeitpflege & Spitexversorgung → Pflegeversorgung: Bedarfsprognose und Handlungsoptionen).

Die von den Postulantinnen geforderte Beteiligung des Kantons an der Finanzierung von gerontopsychiatrischen Pflegeleistungen stünde im Widerspruch zu der mit dem SPFG eingeführten Trennung der Finanzierungsverpflichtungen von Kanton und Gemeinden zwischen Akut- und Langzeitversorgung. Dies könnte gerade auch für die Gemeinden unabsehbare Kostenfolgen nach sich ziehen, denn bei der Wiederauf-

nahme einer Mitfinanzierung des Kantons an den Kosten der Langzeitpflege müsste umgekehrt auch die Mitfinanzierung der Gemeinden an den Kosten der Spitalversorgung wieder aufleben.

Aus diesen Gründen beantragt der Regierungsrat dem Kantonsrat, das Postulat KR-Nr. 357/2017 nicht zu überweisen.

*Astrid Furrer (FDP, Wädenswil):* Gleich die Begriffsklärung zu diesem etwas holprigen Titel «Gerontopsychiatrie», damit wirklich klar ist, worüber wir sprechen: Bei gerontopsychiatrischen Patienten handelt es sich um psychisch kranke Senioren, die zusätzlich in ein Pflegeheim müssen; psychisch krank heisst Schizophrenie, Depression. Wir reden hiernach also nicht von Demenz. Das ist wichtig zu wissen.

Die Antwort kam noch vom Vorgänger (*Altregierungsrat Thomas Heiniger*) der Gesundheitsdirektorin (*Regierungsrätin Natalie Rickli*). Ich bin jetzt eigentlich sehr gespannt, ob Sie die Meinung der abschlägigen Antwort auch teilt. Ich bin gar nicht zufrieden mit der regierungsrätlichen Antwort; ich finde, sie ist ein Hohn. Sie verliert sich in der Verteidigung des Systems, warum der Kanton die Spitäler finanziell übernehmen muss und die Gemeinden die Pflegeheime; sie geht auf das Anliegen an sich gar nicht wirklich ein. Es hat sogar noch Falschaussagen darin, nämlich, dass es bei der Gerontopsychiatrie einen Tarif gibt, der kostendeckend ist. Das stimmt einfach nicht, und ich werde das nachfolgend erläutern.

Was ist das Problem? Es begann 2012 mit der neuen Spitalfinanzierung, mit der klaren Trennung von Langzeitpflege und der Kurzzeitpflege. Die Langzeitpflege, die haben die Gemeinden mit ihren Alters- und Pflegezentren zu besorgen, und alles, was kurzzeitig ist, übernimmt finanziell und organisatorisch und planerisch der Kanton. Das System gilt für körperliche und psychische Krankheiten. Ich behaupte nun, die Langzeitpsychiatrie ging bei diesem System einfach vergessen. Man hatte den Fokus auf den Spitälern, in denen operiert wird. Was es aber für die Psychiatrie heisst, wurde einfach nicht beachtet.

Was passiert in der Psychiatrie mit den Langzeitpatienten? Sie wurden aus den Institutionen, in denen sie sich befanden, buchstäblich – und das berichten Psychiater von verschiedenen Institutionen unisono – rausgeworfen. Patienten beispielsweise, die lange im Burghölzli, der heutigen PUK (*Psychiatrische Universitätsklinik*), untergebracht waren, wurden regelrecht auf die Strasse gestellt. Es sollen sich wirklich dramatische Szenen abgespielt haben. Und wohin gingen dann diese Patienten? In den jetzt neuen Psychiatrien hatten sie keinen Platz, weil

die für Akutversorgungen zuständig sind. Da werden Patienten stabilisiert, damit sie nachher wieder nach Hause gehen können. Viele von ihnen wurden obdachlos oder wurden in verschiedenen Institutionen herumgeschoben; sie fanden dann schon einmal einen Platz in einem Alters- oder Pflegeheim. Aber dort waren sie nicht tragbar, weil diese Institutionen nicht auf psychiatrische Fälle eingerichtet sind. Man hatte niemand, der sich um sie kümmerte.

Warum wurden sie herumgeschoben? Warum fand sich niemand, der sich in den Alters- und Pflegeheimen um sie kümmern wollte? Es gibt keinen Heimtarif für gerontopsychiatrische Langzeitpatienten. Es gibt nur den TARPSY (*Tarif für stationäre psychiatrische Leistungen*), den die Psychiatrien jetzt anwenden. Der ist darauf ausgerichtet, dass Langzeitaufenthalte vermieden werden. Je länger der Aufenthalt dauert, desto weniger bekommt die Psychiatrie pro Tag für diese Patienten. Das Ziel ist, die Patienten möglichst schnell loszuwerden. Im Heimbereich, da gibt es den Pflegetarif, die BESA- (*Bewohner/in-Einstufungs- und Abrechnungssystem*) oder die RAI/RUG-Stufen (*Bedarfsabklärungs-Instrument für Pflegeheimbewohner/Pflegeaufwandgruppen*), je nach dem. Aber, das sind Pflegetarife für die körperliche Pflege. Die psychische Pflege ist darin nicht enthalten.

Jetzt, was heisst das? Jetzt kommt ein psychisch kranker Mensch in ein Alters- und Pflegeheim. Der ist irgendwo eingestuft mit seiner Pflegestufe. Darin enthalten ist zum Beispiel einmal morgens waschen und anziehen mit Hilfe. Bei einem Menschen, der einfach körperliche Pflege benötigt, dauert das etwa eine halbe Stunde. Aber ein psychisch kranker Mensch lässt sich selbst mit Hilfe nicht einfach waschen und anziehen. Da dauert das zum Beispiel einen halben Tag, bei dem die Pflegeperson bei ihm sein muss, und das ist im Vergleich zu einer halben Stunde schon noch ein grosser Unterschied. Und da gibt es ganz viele so kleine Sachen, die haben wirklich keinen Tarif in der Langzeitpsychiatrie. Der Aufwand wird also nicht abgegolten, und deshalb gibt es für die Heime natürlich keinen Anreiz, solche Patienten aufzunehmen. Einzelne Institutionen machen das zwar beispielsweise das Rotacher (*Pflegezentrum Rotacher*) oder die KZU (*Kompetenzzentrum Pflege und Gesundheit Zürcher Unterland*) oder das Entlisberg (*Pflegezentrum Entlisberg*) der Stadt Zürich oder Clenia Privatklinik Schlössli. Aber sie machen diese Angebote sehr zurückhaltend, denn sie müssen querfinanziert werden durch andere Patienten. Eigentlich ist das aufgrund des Pflegegesetzes gar nicht erlaubt.

Das Postulat fordert nun, dass sich der Kanton bei diesen gerontopsychiatrischen Patienten finanziell beteiligen soll. Ich finde es nämlich

nicht richtig, dass die Gemeinden die Mehrkosten übernehmen sollen, denn es handelt sich hier ganz klar um eine Querschnittsaufgabe. Laut Pflegegesetz sind bei diesen Patienten weder die Spitäler noch die Heime wirklich zuständig. Da herrscht eine Unklarheit. Das ist eine Gesetzliche. Die besagte Kombination von einer psychiatrischen Hauptdiagnose wie Schizophrenie, Suchtdepression und so weiter mit der Pflegebedürftigkeit wurde bei der neuen Pflegefinanzierung nicht berücksichtigt. Die Langzeitpsychiatrie hat sich zulasten der Gemeinden gesundgestossen. Die Gemeinden zogen damit den Schwarzen Peter. Ihnen werden sowieso im Spitalbereich immer mehr Aufgaben überbürdet. Die Spitäler entlassen die Patienten sehr früh, blutige Entlassungen sind Realität. Die Patienten gehen dann in die Heime der Gemeinden. Da gibt es einen Tarif für Akut- und Übergangspflege, und das zahlen die Gemeinden und nicht die Spitäler. Oder sie werden zu Hause durch die Spitex intensiv betreut, auch wieder zulasten der Gemeinden. Die Spitäler und der Kanton entlasten sich finanziell zum Nachteil der Gemeinden. Deshalb finde ich, dass das eine Querschnittsaufgabe sein sollte. Und zur Darstellung noch folgendes: Mittlerweile haben wir in den Alterszentren Leute mit Perfusoren (*Dosierpumpen für Medikamente*), oder wir müssen Leute mit offenen Bäuchen behandeln. Das wäre früher undenkbar gewesen; die wären früher in den Spitälern geblieben.

Heute Morgen haben wir über EFAS (*einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen*) diskutiert, und genau das hier ist jetzt ein Bereich, worüber man auch sprechen sollte. Es ist schon lange allerhöchste Zeit, über integrierte Versorgung nachzudenken, und sie auch zu leben und nicht nur zu predigen. Und das können wir nur mit einer partnerschaftlichen Beziehung, indem wir das Finanzierungssystem auch wirklich überdenken und schauen, wie wir das als Verbund, Kanton und Gemeinden zusammen, und nicht als Konkurrenten lösen können. Das vorliegende Postulat soll dafür einen Anstoss geben, und ich bitte Sie dringendst, das zu überweisen, damit wir über die Finanzierung sprechen können. Danke.

*Lorenz Habicher (SVP, Zürich):* Anders als die Postulantinnen sind wir nicht der Meinung, dass die Kosten der Gerontopsychiatrie in den Heimen nicht gedeckt sind. Es stimmt, die Anzahl betroffener Menschen nimmt stark zu und die Heime machen vermutlich zurzeit eine Mischrechnung, um der richtigen Betreuung dieser Menschen gerecht werden zu können.

Wie die Regierung in ihrer Stellungnahme darlegt, war das Finanzierungsmodell «100 Prozent Gemeinde, 0 Prozent Kanton» in der Vernehmlassung und in der Weisung zum Spitalplanungs- und finanzierungsgesetz weitgehend unbestritten. Es zeigt sich hier die Tendenz, dass Gemeindevertreter in den Reigen der Umverteilung einstimmen und nun an einer Verteilung der Langzeitpflegekosten hin zum Kanton interessiert sind. Kanton belasten, Gemeinden entlasten, scheint in diesem Rat in Mode zu kommen. Die SVP wird nicht auf der Basis dieses Postulates einer Systemänderung der finanziellen Beteiligung in der Langzeitpflege zustimmen. Nach dem Beschluss zum Soziallastenausgleich im Finanzausgleich – PI Joss (*KR-Nr. 163/2014*) –, scheint der Damm für weitere Änderungen und Abgeltungen zulasten des Kantons gebrochen zu sein. Finanzielle Auswirkungen werden nicht mehr hinterfragt oder nur noch über den Daumen geschätzt und frisch fröhlich, also gänzlich unbekümmert, dem Kanton angelastet.

Die SVP-Fraktion lehnt die Überweisung des Postulates ab.

*Brigitte Rösli (SP, Illnau-Effretikon):* Ich möchte meine Interessenbindung bekannt geben: Ich bin Leiterin «Pflege» im Alterszentrum «Park» in Frauenfeld, vorher war ich Leiterin «Betreuung und Pflege» in zwei städtischen Alterszentren in Winterthur. Ich kenne die Situation aus eigener Erfahrung sehr gut.

Das Spitalplanungs- und finanzierungsgesetz erhöht den Druck auf die Pflegenden in den Langzeitinstitutionen stetig. Durch die viel kürzeren Spital- und Klinikaufenthalte sind viele Bewohnerinnen und Bewohner bei Eintritt in eine Langzeitinstitution in einem schlechteren Allgemeinzustand, das heisst, diese Betriebe mussten sich in den letzten Jahren – und müssen sich immer noch – dieser neuen Situation anpassen. Für die Mitarbeitenden der Pflege war und ist dies eine enorme Herausforderung. Langzeitinstitutionen können nicht wie in der Psychiatrie auf Zwangsmassnahmen und Zwangsmedikationen zurückgreifen; es sind in der Regel keine Ärztinnen und Ärzte vor Ort und oft sind Pflegefachfrauen oder -männer in herausfordernden Situationen alleine und müssen selber entscheiden, wie sie mit einer solchen Situation umgehen sollen. Die Folge ist nicht selten eine Überforderung, die dann längerfristig zu Frust, Burnout oder einem Berufswechsel führen kann. Das Personal benötigt Schulungen, um sowohl mit den akuterer physischen wie auch den psychischen Bedürfnissen der Bewohnerinnen und Bewohner umgehen zu können. Selbst- und Fremdgefährdungen gehören heute in Altersinstitutionen zur Tagesordnung.



Das grösste Problem ist aber, dass die Heimfinanzierung noch zu stark im alten Muster der Langzeitpflege steckengeblieben ist. Die psychogeriatrische Pflege wird darin zu wenig abgebildet, was Zeitmessungen belegen. Also, Herr Habicher, es ist nicht einfach aus der Luft gegriffen, sondern es gibt Zeitmessungen, die das belegen. Vor allem bei Bewohnerinnen und Bewohner, welche sowohl körperliche und psychische Pflege benötigen, können die Institutionen zu wenig abrechnen. Hier gilt, je aufwändiger die Pflege, umso weniger kann bezüglich psychogeriatrischer Pflege abgerechnet werden, also ob es dasselbe wäre, eine Person im Rollstuhl zu betreuen, die kognitiv alles selber erledigen kann wie eine an Demenz erkrankte Person im Rollstuhl. Das sind zwei völlig verschiedene Paar Schuhe, die aber gleich abgerechnet werden. Die Folge davon ist, dass zu wenig Pflegepersonal für solche sehr aufwändigen Pflegesituationen zur Verfügung steht, was Stress bei den Pflegenden erzeugt und dadurch oft wieder Aggressionen bei den Bewohnerinnen und Bewohnern – ein Teufelskreis entsteht.

In den Kantonen Solothurn, Basel-Stadt und Freiburg und ab 2019 im Kanton Aargau wird nach dem CH-Index 2016 abgerechnet, das heisst, die Psychogeriatric in der Langzeitpflege wird gemäss der effektiven Leistung abgebildet. Dies ist eine grosse Entlastung für die Pflegenden und bringt Ruhe in die Betriebe. Doch die Krankenkassen zweifeln die Rechtmässigkeit dieser Abrechnung an. Sie haben ein Verfahren eingeleitet, welches vor Bundesgericht hängig ist.

Ich hoffe sehr, dass sich der Regierungsrat des Kantons Zürich endlich dafür einsetzt, dass Leistungen der gerontopsychiatrischen Pflege in Altersinstitutionen richtig vergütet werden und dass nicht weiter auf dem Buckel der Pflegenden und der Bewohnerinnen und Bewohner gespart wird.

Für mich geht es nicht in erster Linie um die Gemeinden, sondern wirklich um die Pflegenden und die Bewohnerinnen und Bewohner, die zu kurz kommen. Deshalb unterstützt die SP-Fraktion dieses Postulat.

*Daniel Häuptli (GLP, Zürich):* Wir werden uns bei diesem Postulat der Antwort der Regierung anschliessen und das Postulat nicht unterstützen. Die Regierung schreibt relativ klar und daher auch ein bisschen überraschend. Unzutreffend ist auch die Feststellung der Postulantinnen, die Aufwendung für die psychiatrische Pflegeheime sei nicht gedeckt. Diese Antwort der Regierung überrascht, weil die Postulantinnen wohl kaum ohne klare Evidenz dieses Postulat lanciert haben. Ich denke, es braucht hier zuerst mehr Transparenz.

Wir sind eben auch kritisch, weil das Postulat eine klare Forderung hat, die relativ extrem ist, nämlich, dass bereits schon eine finanzielle Beteiligung des Kantons an den Schnittstellenaufgaben nötig ist. Das widerspricht der klaren Regelung, dass sich Gemeinden an der Langzeitpflege beteiligen und der Kanton sich an den Kosten der Spitalversorgung. Daher unsere kritische Haltung. Wir sind aber offen, um bei diesem Thema mehr Transparenz zu schaffen, falls es anderweitige Vorstösse geben wird.

*Kathy Steiner (Grüne, Zürich):* Das Postulat nimmt ein wichtiges Problem auf. Die Langzeitpflege wird aus drei verschiedenen Töpfen bezahlt, von der Krankenversicherung, den Leistungsbeziehenden selbst und von den Gemeinden. Genau gleich werden auch die Kosten für gerontopsychiatrische Patientinnen und Patienten in der Langzeitpflege vergütet. Die Heime bekommen für diese Patientinnen und Patienten genau gleich viele Beiträge wie für die anderen, nur bleiben ihnen am Schluss erhebliche ungedeckte Kosten.

Der Regierungsrat schreibt zwar in seiner Antwort, dass die Aufwendungen für die psychiatrische Pflege über die Krankenversicherung abgedeckt sind. Ja, schon, aber bei der gerontopsychiatrischen Pflege ergeben sich durch die Krankheit bedingte Mehraufwände, das bezweifelt wohl niemand. Aber einmal mehr sind die KVG-pflichtigen Pflegeleistungen so eng definiert, dass der benötigte Mehraufwand nur ungenügend abgedeckt ist. Und was der Regierungsrat in seiner Antwort auch nicht erwähnt, ist, dass diese Menschen neben medizinischer Pflege deutlich mehr Betreuung brauchen. Für ein Pflegeheim bedeutet das mehr Personal und auf diese Zielgruppe spezialisiertes Personal. Dieser Mehraufwand an Betreuung wird aber von den Tagespauschalen überhaupt nicht abgedeckt; diese Mehrkosten bleiben bei den Heimen.

Bei einem Besuch unserer Kommission in der IPW (*Integrierte Psychiatrie Winterthur*) wurde uns gesagt, dass in der Gerontopsychiatrie dahingehend dringender Handlungsbedarf besteht. Wenn knapp bemessenes Heimpersonal häufig an der Leistungsgrenze arbeitet, kommt es deutlich häufiger zu Einweisungen in die Akutpsychiatrie oder es werden mehr Medikamente gegeben. Das ist sicher nicht im Sinn der Patientinnen und Patienten, aber genauso wenig im Sinn des Kantons, der in der Akutpsychiatrie dann direkt mitbezahlen muss.

Also, es besteht eine faktische Unterfinanzierung der Gerontopsychiatrie in der Langzeitpflege. Aber, Astrid Furrer, für uns darf das nicht einfach eine Frage der Finanzierung sein, ob Gemeinde oder Kanton

bezahlen soll. Ich möchte mich da Frau Rööslis anschliessen: Wir finden, es braucht bessere Lösungen, es braucht Lösungen, die mehr Personal zur Verfügung stellen. In diesem Sinne überweisen wir zwar das Postulat, möchten aber nicht, dass es nur um die Finanzierung geht.

*Lorenz Schmid (CVP, Männedorf):* Liebe Astrid, du hast doch so recht. Es stimmt. Es stimmt alles, was du sagst. Es stimmt auch bei den Kinderspitälern in der Akutsomatik. Es stimmt auch in der Psychiatrie. Ungedeckte Kosten, die fallen bei gewissen Domänen von Leistungserbringern an. Ob sie dann wirklich über Querfinanzierungen auch gedeckt werden können, das wage ich sogar bei der Pflege zu bestreiten. Ich glaube nicht, dass die Gemeinden hier, besser gesagt, die Pflegeeinheiten das Defizit solcher Leistungen mit einer Querfinanzierung decken können. Die gehen zulasten von Gemeinden sowie die Leistungen des Kinderspitals zulasten des Kantons gehen. Da müssen wir aber – und jetzt komme ich zum grossen Aber – da müssen wir systemkohärente Modelle und Lösungen finden. Ich glaube nicht, dass wir deswegen einfach das Null-zu-Hundert-Modell aufbrechen sollten. Es braucht beim Kinderspital andere DRG-Abgeltungen (*diagnosebezogene Fallgruppen*). Das müssen wir nach Bern portieren. Wir stehen nach wie vor zum Null-zu-Hundert-Modell. Eine Lösung wäre sicher, würde die monistische oder Dualsplitt-Finanzierung Akutsomatik ambulant gleich auch noch in die Pflege reingehen. Dann hätten wir auch Möglichkeiten, die Gemeinden hier ein bisschen zu entlasten. Aber wir stehen nach wie vor zum Modell «Null-zu-Hundert»; es trifft jetzt momentan die Gemeinden in diesem Bereich stark. Ich muss auch sagen, die Gerontopsychiatrie in Heimen: Was ist jetzt alles Gerontopsychiatrie? Mein Kollege (*gemeint ist Josef Widler*) wird sich dazu äussern, weil er darin Erfahrung hat. Somit sage ich nichts mehr, die Abgrenzung ist schwierig.

Wir werden das Postulat, auch wenn du recht hast mit der Begründung dieses Postulates, einfach aus systemkohärenten Überlegungen nicht überweisen.

*Markus Schaaf (EVP, Zell):* Auch ich geben Ihnen meine Interessenbindung bekannt: Ich bin seit über 20 Jahren Geschäftsführer eines privaten, gemeinnützigen Pflegeheims. Ich kann Ihnen sagen, die Misere, über die wir heute diskutieren, hat 1996 ihren Anfang genommen, damals, als wir über das neue KVG (*Krankenversicherungsgesetz*) abgestimmt haben. Ganz zum Schluss der Beratung kam irgendjemandem

auf die Idee, dass man die Pflegefinanzierung noch der Krankenversicherung anhängen könnte. Es ist ja eigentlich ein Irrsinn zu sagen, dass wenn alte Menschen Pflege brauchen, sie gleichbehandelt und finanziert werden müssen, wie Menschen, die krank sind. Alter ist eigentlich keine Krankheit. Und Bedürftigkeit im Alter ist ebenfalls keine Krankheit, also, ein Systemfehler, der 1996 begangen wurde und bis heute nicht korrigiert worden ist.

Es gibt heute in der Schweiz drei Systeme, die den Pflegebedarf ermitteln. Aufgrund dieses Pflegebedarfs gibt es dann eine pauschale Vergütung. Man hat von Anfang an gewusst, dass keines der drei Systeme für die Problematik der gerontopsychiatrischen genügt oder sie adäquat abbildet, das heisst, seit 1996 erbringen die Pflegeheime Leistungen in einem Bereich, den sie nicht kostendeckend finanziert bekommen. Wenn wir jetzt also darüber sprechen, dass es eine Verbesserung geben soll, dann ist das nicht etwa Geld für einen neuen Markt, der sich hier erschliesst, sondern das sind Leistungen, die bereits über die Jahre erbracht worden sind und die nie finanziert worden sind. Natürlich kann man, wie Herr Habicher gesagt hat, es sich einfach machen und sagen, es hat ja bis jetzt funktioniert, also, warum sollen wir etwas daran ändern? Es ist letztlich eine Frage der Fairness gegenüber einem Leistungserbringer, bei dem man etwas bestellt und der entsprechend finanziert werden sollte. Natürlich können Sie sich darauf verlassen: Die Heime werden niemanden vor die Türe stellen, weil die Pflege nicht finanziert wird. Dazu haben wir ein zu gutes und ein zu grosses Herz. Trotzdem, es ist, wie gesagt, eine Frage des Grundsatzes: Sind wir bereit, das, was wir bestellen und erwarten, auch entsprechend zu vergüten?

In der ganzen Geschichte macht die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich eine ganz schlechte Falle. Wir haben schon damals angemerkt, als es um das Projekt «Hundert-Null» ging, dass wir ein Problem in der Pflege haben, dass sich die Gemeinden in der Versorgungsplanung nicht entsprechend koordinieren und planen. Die Gesundheitsdirektion hat sich damals aus der Verantwortung gezogen und gesagt, alles, was Langzeitpflege ist, das ist jetzt alles Sache der Gemeinden, unter anderem der ganze Bereich der Gerontopsychiatrie. Die stationären Psychiatrien wurden in den Vorjahren bereits aufgelöst. Heute kann jemand noch etwa 60 Tage in einer psychiatrischen Klinik sein. Dann muss er raus. Wenn Sie mit Leuten aus der Psychiatrie sprechen und fragen, wo die Leute nun sind, die früher in der stationären Psychiatrie waren, dann bekommen Sie ein hilfloses Schulterzucken. Die einen sagen, ja, die

sind jetzt in die Gesellschaft integriert, diejenigen die ehrlich sind, sagen, die sind heute wahrscheinlich in den Pflegeheimen; das kommt die Öffentlichkeit günstiger zu stehen, weil es billiger ist, ein Pflegeheim zu finanzieren als eine Langzeitpsychiatrie, als eine Langzeitpflege.

Die Gesundheitsdirektion macht keine gute Falle, auch in der Antwort, die sie hier zu diesem Postulat gibt. Sie zeigt, wie fernab sie in der Beurteilung der Realität ist. Die Gemeinden würden eine koordinierte Versorgungsplanung machen. Ich wäre sehr interessiert, einmal so eine koordinierte Versorgungsplanung zu sehen. Die gibt es in der Praxis nicht, im besten Fall sind es kleine Verbünde, die gemeinsam ein Pflegeheim machen. Aber nur schon über die Gemeindegrenzen hinaus regional zu denken, ist ein Ding, das so kaum stattfindet. Es steht, dass es genügend spezialisierte Plätze gebe für Menschen mit gerontopsychiatrischen Problematiken. Das ist ja genau das Problem; es ist nicht eine Frage der Spezialisierung, sondern die gerontopsychiatrischen Problematiken haben sie heute in jedem Pflegeheim. Die Alters- und Pflegeheime sind heute nicht mehr wie früher. Die Menschen mit solchen Bedürfnissen oder Problematiken sind heute in den Pflegeheimen. Deshalb betrifft es auch jedes Pflegeheim, das heute auf der Pflegeheimliste ist.

Der Kanton kann sich auch nicht einfach aus der Verantwortung stellen, denn er hat einen Grundauftrag. Die gesundheitliche Grundversorgung ist ihm per Verfassung zugesprochen. Er kann sie nicht einfach an die Gemeinden delegieren.

Ganz billig macht es sich die CVP, die sagt, ja, wir haben ein Problem, aber die anderen sollen es bitte lösen. Liebe CVP, lösungsorientierte Politik sieht anders aus. Wie könnte eine gute, tragfähige und praktikable Lösung aussehen? Wenn wir ganz ehrlich sind, müssten wir jetzt und heute sagen, wir wissen es nicht. Aber, wenn wir jetzt Ja sagen zu diesem Postulat, dann sagen wir Ja zu zwei Dingen: Wir sagen Ja dazu, dass erstens die Gesundheitsdirektion anerkennt, ja, wir haben ein Problem in unserem Kanton; es gibt Leistungen, die nicht ehrlich und fair abgegolten sind. Und es heisst zweitens, wir suchen aktiv nach einer Lösung für dieses Problem, eine Lösung, die am Schluss auch etwas kosten wird, denn damit bezahlen wir eine Leistung, die heute bereits erbracht wird, ohne dass dafür bezahlt wird.

Die EVP wird dieser Motion unterstützen.

*Kaspar Bütikofer (AL, Zürich):* Die Alternative Liste, AL, wird dieses Postulat nicht überweisen. Seitens der AL haben wir Verständnis, dass die Pflegefinanzierung und vor allem die ungedeckten medizinischen

Kosten Sorge bereiten, insbesondere auch in den Spezialfällen wie in der Finanzierung der Gerontopsychiatrie.

In der Tat ist es so: Die Gesellschaft altert, und das wird auch in Zukunft grosse Kosten mit sich bringen. Die Belastungen der Gemeinden werden in diesem Bereich steigen. Die Versorgung älterer Menschen mit psychischen Problemen gibt es nach wie vor, die Probleme der ungedeckten Pflegekosten. Mehrheitlich werden diese Menschen in spezialisierten Institutionen gepflegt. Ich denke, es ist nicht zielführend, wenn jetzt in einem Postulat quasi verlangt wird, dass darüber nachgedacht wird, wer diese ungedeckten Kosten tragen soll. Ist es die Gemeinde, wie das heute der Fall ist? Soll es der Kanton sein, wie es das Postulat wünscht? Oder gar die obligatorische Krankenkasse?

Diese Diskussion wird jetzt ja teilweise geführt. Wir haben sie heute Morgen auch indirekt geführt, nämlich bei der monistischen Finanzierung des Gesundheitswesens. Dabei ist auch die Thematik aufgekommen, wie die Langzeitpflege abgegolten werden soll. Wer kommt dafür auf? Für die Alternative Liste ist es kein Weg, dass die ungedeckten Pflegekosten einfach in die Krankenkasse eingebaut werden, dass dafür die OKP (*Obligatorische Krankenpflegeversicherung*) aufkommen soll, denn dann werden die Kosten einfach auf die Prämienzahler abgeschoben. Das ist wahrscheinlich die schlechteste aller Lösungen, denn wir haben in der Schweiz schon heute die höchsten Out of the pocket-Kosten im Gesundheitsbereich im europäischen Vergleich.

Ein anderes Blatt ist und zu diskutieren ist, ob die Strategie von Thomas Heiniger, die Strategie «Hundert-Null», ob die wirklich sinnvoll und zielführend war und ob sie für die Gemeinden fair ist. Diese Diskussion kann man offen führen. Es ist so, dass die Kosten in der Pflege wesentlich stärker gestiegen sind als die Kosten in der Akutversorgung. Das hier also der Kostenteiler zu einer ungleichen Belastung zwischen Gemeinden und Kanton geführt hat. Es ist aber wenig sinnvoll jetzt ein einzelnes Element aus dem System herauszubrechen und zu schauen, ob es nicht doch noch jemand anderen gibt, der die ungedeckten Kosten übernehmen soll. Hier würden wir einzig Symptombehandlungen betreiben. Betreffend Grundproblematik hat Markus Schaaf eine gute Auslegeordnung gemacht. Aber das Postulat ist der falsche Ansatz, um hier Remedur zu schaffen.

*Josef Widler (CVP, Zürich):* Dieses Postulat zeigt uns das Problem, das wir heute in der Gesundheitspolitik haben. Wir machen keine Versorgungspolitik, sondern eine Finanzpolitik. Wir versuchen, einem Versorgungsproblem mit einer finanziellen Lösung beizukommen.

Dass die Langzeitpflege in der Psychiatrie geschlossen wurde, ist nichts Spezielles. Vor 30 Jahren gab es in den Stadtspitälern auch noch chronische Abteilungen für Somatiker. Die hat man aufgehoben und die Patienten in Pflegeheime geschickt. Jetzt so zu tun, wie es den typisch gerontopsychiatrischen Patienten geben würde, ist natürlich völlig verfehlt. Ich betreue in drei verschiedenen Institutionen etwa hundert Pflegepatienten, von denen mindestens Zweidrittel eine psychogeriatrische Diagnose haben. Also, dies einfach zu trennen, ist sicher falsch.

Das Problem, das wir haben, das stimmt. Wir sind unter Druck. Es ist nicht so, dass man in den Pflegeheimen kompensieren kann. Wenn ich einen Patienten oder eine Patientin habe, die wenig Aufwendungen braucht, dann rentiert sie fast nicht. Also, ein Patient, der wenig Pflege braucht, ist nicht zum Ausgleich geeignet. Bei den schwerkranken Patienten, dort ist die Zeit, die man mit ihnen verbringt, die wird mit der RAI/RUG berücksichtigt, nur reicht das eben bei den schwerkranken Patienten nicht aus. Das System von RAI/RUG, also die Bewertung, wie man den Aufwand in der Pflege berechnet, dieses System ist eben nicht ganz genügend. Zum Beispiel haben wir Patienten, die brauchen sehr wenig Pflege, aber die Ehefrau braucht jeden Tag eine Stunde Betreuung. Das ist auch nicht abgegolten. Also, ich glaube, wir müssen zuerst mal schauen, wie wir unsere Patienten versorgen wollen und erst dann, wie wir es finanzieren wollen.

Wenn ich sehe, die Heime heute, die unter finanziellen Druck geraten, was machen die? Die schauen zum Beispiel – übrigens gibt es heute auch öffentliche Heime, die das so machen – die sagen, ja, die Pflegestufe ist im Durchschnitt so und so, also müssen wir jetzt den Kredit für die Pflegenden senken. Gut, wenn dann innerhalb von drei Tagen fünf Leute wieder pflegebedürftig sind, sind wir wieder im Notstand mit dem Personal. Was bedeutet das? Das Personal wird krank, wir sind knapp. Was bedeutet das? Man muss wieder Schichten von Kollegen und Kolleginnen übernehmen, die erkrankt sind, mit dem Resultat, dass uns dann die anderen Frauen und Männer auch noch aussteigen. Also, ich meine, wenn wir etwas Gescheites tun wollen, beginnen wir zuerst einmal bei der Versorgung und überlegen uns danach, wie wir sie finanzieren wollen. Aber immer nur beim «Stutz» zu beginnen, gibt einfach keine guten Lösungen. Deshalb ist dieses Postulat ungeeignet, um diese Probleme zu lösen.

*Thomas Marthaler (SP, Zürich):* Dieses Postulat, respektive die Voten dazu, zeigen die Grenzen des Föderalismus auf mit den verschiedenen «Kässeli», mit den verschiedenen Finanzierungen, die natürlich zur

Folge haben, dass bessere Risiken behandelt und andere weitergeschoben werden – wenn möglich. Es will ja niemand einen Verlust schreiben. Wir haben ja auch die Ökonomisierung der Pflege und des Krankheitssektors. Darüber und über die Fehlanreize haben wir bereits den ganzen Morgen diskutiert. Wenn man jetzt vorwiegend sagt, wir können diesen Spezialfall nicht regeln, finde ich das schade. Ich denke, der Kanton, respektive der Regierungsrat, ist die geeignete Stelle, um da bessere Vorschläge zu machen, um diese Missstände beseitigen zu können.

In meinem Bekanntenkreis habe ich so mittlere Vorgesetzte in der Psychiatrie oder in der Pflege, wie meine Vorrednerin Frau Röösl. Die haben dann das Problem, dass sie Personalchefs über zwei Abteilungen mit 40 Leuten sind. Ihre Hauptsorge ist, wie sie die Arbeitspläne füllen können. Da gibt es dann Leute, die irgendwann ein Burnout haben, die gar nicht mehr kommen oder die öfters krank sind. Das sind die Probleme, die sich aus diesem Missstand ergeben. Aber eben, der Föderalismus: Die Anreize sind da falsch gesetzt. Wir haben das Modell «Null-Hundert». Der Pflegebedarf nimmt zu, die Kosten nehmen zu, aber niemand hat dann Lust oder Interesse, diesen Bedarf zu decken, wenn es nicht kostendeckend erbracht werden kann. Am billigsten ist ja für die Leute, wenn das zu Hause gemacht wird von irgendwelchen Frauen oder Migrantinnen. Das ist auch nicht reguliert. Aber früher war es ja so, dass hauptsächlich die Frauen alle Kranken gratis gepflegt haben. Das war ja die Realität. Das war am günstigsten; das hat quasi nichts gekostet. Man musste keine Rechnungen bezahlen. Aber jetzt wird alles ökonomisiert, und es kostet etwas. Dann muss es eben geregelt werden. Deshalb finde ich es sinnvoll, das Postulat zu überweisen, damit ein Bericht oder ein Vorschlag gemacht wird, wie wir diese Situation verbessern können. Vielen Dank. Deshalb überweisen Sie doch dieses Postulat.

*Regierungsrätin Natalie Rickli:* Frau Kantonsrätin Furrer, Sie haben meinen Vorgänger und ihren Parteikollegen für die Antwort kritisiert. Ich kann Sie nur darauf hinweisen, dass ich die Antworten des Regierungsrates übernehmen muss, aber ich bin auch inhaltlich der Meinung meines Vorgängers. Ich werde das nachfolgend gleich darlegen.

Zuerst aber ein Wort zu Kantonsrat Markus Schaaf: Ich finde das jetzt recht dicke Post, dass Sie gesagt haben, die Gesundheitsdirektion macht eine schlechte Falle bezüglich der Finanzierung «Hundert-Null» von Kanton und Gemeinden. Ich habe kurz recherchiert: Dem Pflegegesetz, das 2010 in Kraft getreten ist, hat der Kantonsrat mit 148 : 0 Stimmen



bei 11 Enthaltungen zugestimmt. Also, die Gesetze machen ja Sie, und wenn Sie diese ändern wollen, sind auch Sie dafür zuständig. Darüber können wir reden, es ist ein Thema. Wir haben das verschiedentlich gehört: Das KVG auf der einen Seite, dann die Mitarbeiterinnen und die Mitarbeiter und schliesslich die Patienten und Patientinnen. Aber hier einseitig der Gesundheitsdirektion die Verantwortung zuschieben zu wollen, obwohl Sie sich hier drin für «Hundert-Null» entschieden haben, dass die Finanzierung heute so geregelt wird, das kann ich nicht stehen lassen.

Der Regierungsrat hat in seiner Stellungnahme zum Postulat ausführlich dargelegt, dass sowohl die Versorgung mit gerontopsychiatrischen Pflegeleistungen als auch deren Finanzierung durch Leistungsaufträge der Gemeinden an die Pflegeheime gesichert ist. Besteht in einer Gemeinde eine Kapazitätslücke seitens der Heime, sind die Gemeinden verpflichtet, die Mehrkosten zu übernehmen, die daraus entstehen, wenn eine Patientin oder ein Patient in einem anderen Heim oder in einer anderen Gemeinde versorgt werden muss. Die Zürcher Spitalliste 2012 «Psychiatrie» sieht Leistungsaufträge zu akutstationärer Behandlung von gerontopsychiatrischen Patientinnen und Patienten vor. Entsprechende Aufenthalte werden nach dem Psychiatriespitaltarif vergütet. Ist keine Spitalbedürftigkeit mehr gegeben, richtet sich die Vergütung nach den Regelungen der Pflegefinanzierungen. Und wie gesagt, sind im Kanton Zürich dafür die Gemeinden zuständig.

Die Gemeinden müssen ein umfassendes Pflegeversorgungskonzept erstellen, das auch Leistungen für betagte Menschen mit psychiatrischen Diagnosen umfasst und sie müssen die Institutionen bezeichnen, die ein solches Angebot bereitstellen. Derzeit verfügen in unserem Kanton zahlreiche spezialisierte Institutionen über Kapazitäten von insgesamt mehr als 460 Betten zur Behandlung von psychisch erkrankten betagten Menschen.

Falsch ist die Feststellung im Postulat, dass die Aufwendungen für die psychiatrische Pflegeheime nicht gedeckt seien. Gemäss KVG vergütet die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Unterstützung von psychisch kranken Personen in Krisensituationen und Massnahmen zur Überwachung und Unterstützung psychisch kranker Personen in der grundlegenden Alltagsbewältigung. Die geforderte Beteiligung des Kantons an der Finanzierung dieser Leistungen stünden im Widerspruch zu der 2012 eingeführten klaren Trennung der Finanzierungsverpflichtungen von Kanton und Gemeinden. Ich habe soeben das Resultat erhalten: Die finale Regelung von «Hundert-Null» wird ja im SPFG (*Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetz*) festgehalten. Da hat

der Kantonsrat mit 119 : 35 Stimmen zugestimmt. Und diese Regelung sieht bekanntlich vor, dass der Kanton die von den Versicherer nicht gedeckten Kosten der Akutversorgung und der Reha zu 100 Prozent und die Gemeinden im Gegenzug die entsprechenden Kosten der Langzeitversorgung zu 100 Prozent übernehmen. Eine Änderung dieses Verteilschlüssels könnte für die Gemeinden unabsehbare Folgen zeitigen, würde nämlich die Mitfinanzierung des Kantons an den Kosten der Langzeitpflege wieder eingeführt, müsste ja umgekehrt auch die Mitfinanzierung der Gemeinden an den Kosten der Spitalversorgung wieder zum Thema werden. Wir können uns auch nochmal in Erinnerung rufen, was Sie heute Morgen diskutiert haben, nämlich EFAS. Wenn ja alles gut kommt, und auch die Anliegen der Kantone berücksichtigt werden und auch die Pflege mitberücksichtigt wird, sind das alles Themen, die dort diskutiert werden können.

Wir verschliessen uns einer Diskussion nicht und sehen die verschiedenen Herausforderungen. Aber aus all diesen Gründen bitte ich Sie, das Postulat abzulehnen.

**Der Kantonsrat beschliesst mit 83 : 78 (bei 0 Enthaltungen), das Postulat KR-Nr. 357/2017 zu überweisen.** Das Geschäft geht an den Regierungsrat zur Ausarbeitung eines Berichtes innert zweier Jahre.

Das Geschäft ist erledigt.

## **5. Indikationsqualität stationärer Leistungen**

Motion Lorenz Schmid (CVP, Männedorf) vom 19. März 2018

KR-Nr. 76/2018, RRB-Nr. 515/6. Juni 2018 (Stellungnahme)

*Die Motion hat folgenden Wortlaut:*

Der Regierungsrat wird beauftragt, das Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetz so zu ändern, dass der Leistungsauftrag für kardio-chirurgische Eingriffe gemäss SPFG, nur noch an Spitälern zu erteilen ist, die die Mindestkriterien allgemein anerkannter Indikationsqualitäten erfüllen.

**Begründung:**

Die Indikationsqualität definiert sich aufgrund der Angemessenheit und Notwendigkeit von medizinischen Behandlungen (entsprechend dem Z der WZW-Kriterien.) Die Indikationsqualität reflektiert erstens, ob eine Intervention aus medizinischen Gründen zu erfolgen hat oder nicht,

zweitens, ob aufgrund der Begleiterkrankungen und des Allgemeinzustands des Patienten das Risiko betreffend Überleben und Überlebensqualität positiv zu bewerten ist, und drittens, welche Disziplin die Behandlung durchzuführen hat.

Die Behandlungs- und die Prozessqualität sind bereits heute feste Bestandteile des Qualitätsmanagements der Zürcher Spitäler. Deren Mindeststandards werden von allen Zürcher Spitälern mehr oder minder gut erfüllt. Jedoch ist die Indikationsqualität in den heutigen Qualitätsmanagements für stationäre Leistungen unserer Spitäler nicht oder nur im Ansatz abgebildet. Dieser Umstand ist bedenklich, ist doch die Indikationsqualität ein wichtiger Faktor erstens für die Mengensteuerung und zweites für sinnvolle medizinische Leistungen, somit ein wichtiger Faktor für eine gute Output-Qualität stationärer Behandlungen.

In der Tat bestehen nur für wenige stationäre Behandlungen national sowie international klar definierte Kriterien der Indikationsqualität. Für die kardio-chirurgischen Interventionen bestehen jedoch bereits heute allgemein anerkannte internationale sowie nationale Standards. Der Regierungsrat ist beauftragt, diese als Bedingung zur Erteilung von Leistungsaufträgen aufgrund des SPFG zu definieren und durchzusetzen.

*Der Regierungsrat nimmt auf Antrag der Gesundheitsdirektion wie folgt Stellung:*

Anhand der Indikationsqualität wird die Angemessenheit und Notwendigkeit medizinischer Interventionen beurteilt. Eine Intervention ist dann angemessen, wenn der medizinische Nutzen für die Patientin oder den Patienten grösser ist als das medizinische Risiko. Notwendig ist eine Intervention, wenn sie der Patientin oder dem Patienten aus wissenschaftlichen und soziaethischen Gründen empfohlen und angeboten werden sollte. Die nachfolgenden Ausführungen zeigen auf, dass dem Thema Versorgungsqualität im Allgemeinen und auch der Indikationsqualität im Besonderen im Kanton Zürich bereits heute grosse Bedeutung zugemessen wird, wie die vielfältigen, seitens der Leistungserbringer getroffenen Massnahmen belegen, die zum Teil hoheitlich angeordnet sind, zum Teil von den Spitälern aus eigenem Antrieb ergriffen werden. Alle diese Massnahmen finden sich wieder in der umfassenden Qualitätsstrategie der stationären Versorgung im Kanton Zürich, welche die Gesundheitsdirektion in Zusammenarbeit mit verschiedenen Akteuren des Gesundheitswesens erarbeitet hat (vgl. nachfolgend Ziff. 4).

1. Vom Regierungsrat angeordnete Massnahmen allgemein

Bereits im Rahmen der Spitalplanung 2012 definierte der Regierungsrat für die Listenspitäler verschiedene Anforderungen bezüglich des Gesamtqualitätsmanagements (RRB Nr. 1134/2011). Alle Listenspitäler wurden verpflichtet, über schriftliche Konzepte hinsichtlich Qualitätssicherung, Patientenversorgung, Notfall, Hygiene und Grippeimpfung usw. zu verfügen. Weiter bestehen in Abhängigkeit von den jeweiligen Leistungsaufträgen Vorschriften hinsichtlich des notwendigen Fachpersonals oder zu Mindestfallzahlen. Seit 2012 gibt es für die Listenspitäler auch besondere Anforderungen im Bereich der Indikationsqualität. So müssen sie in gewissen medizinischen Fachgebieten obligatorische interdisziplinäre Indikationsboards abhalten, z. B. Tumorboards in der Onkologie und in der Viszeralchirurgie oder Indikationsboards in der Gefässchirurgie und in der Kardiologie. 2015 wurde im Fachbereich Herzchirurgie zudem das Qualitätsmonitoring der Fachgesellschaft Herzchirurgie eingeführt. Dieses diente als Vorlage für das in der Folge aufgebaute Qualitätscontrolling in der Herzchirurgie.

Zur Verbesserung der Indikationsqualität im medizinischen Alltag beschloss der Regierungsrat sodann weitere Massnahmen, die ein Listenspital umsetzen muss (RRB Nrn. 1134/2011 und 746/2017):

- *Einrichtung von Indikationsboards:* In solchen Boards werden in Anwesenheit von Fachärztinnen und Fachärzten unterschiedlicher Disziplinen die Krankengeschichten der einzelnen Patientinnen und Patienten in der Zusammenschau mit diagnostischen Resultaten besprochen. Dabei werden alle medizinisch-objektiven Fakten sowie soziale Aspekte der Patientinnen und Patienten dargelegt und erörtert. Ziel ist es, dass die Fachpersonen auf diese Weise gemeinsam die für die Patientin oder den Patienten beste Behandlung in der dafür geeigneten medizinischen Disziplin bestimmen. Die in den Indikationsboards erarbeitete Entscheidung wird anschliessend durch die fallführende Ärztin oder den fallführenden Arzt mit der Patientin oder dem Patienten besprochen und – sofern sie oder er zustimmt – deren Umsetzung in die Wege geleitet. Indikationsboards haben aber nicht nur Vor-, sondern auch Nachteile: In der Regel wird die Indikation für eine Untersuchung oder Behandlung eines Krankheitsbildes im direkten Dialog zwischen Ärztin bzw. Arzt und Patientin bzw. Patient festgelegt. Wird dieses Vorgehen zunehmend durch Indikationsboards ersetzt, besteht die Gefahr, dass die eigenständige und eigenverantwortliche Indikationsstellung bei der behandelnden Ärztin bzw. beim behandelnden Arzt verloren geht. Die Boards führen zudem zu einer enormen Kostenausweitung und eignen sich im Grunde nur für komplexe und interdisziplinäre Erkrankungen. Nur in diesem

Fall profitiert die Patientin oder der Patient von verschiedenen fachspezifischen Aspekten und deren Abwägung gegeneinander.

- *Durchführung von sogenannten «Peer-Reviews»*: Dabei reflektieren Ärztinnen und Ärzte sowie andere Gesundheitsfachpersonen ihr medizinisches und pflegerisches Handeln im Austausch mit Fachkolleginnen und -kollegen. Das Verfahren ermöglicht es, Wissen auszutauschen und voneinander zu lernen. Auffälligkeiten werden in Einzelfallbetrachtungen im kollegialen Dialog auf Qualitätsaspekte geprüft.
- *Einführung eines Zwischenfallmeldesystems (Critical Incident Reporting System, CIRS)*: Mit diesem System wird gewährleistet, dass Behandlungsfehler auch tatsächlich gemeldet werden, sodass sie ausgewertet und für das Qualitätsmanagement genutzt werden können. Um dieses Ziel zu erreichen, erfolgen die Meldungen anonym.

## 2. Spezifische Anordnungen für Spitäler mit Leistungsauftrag Herzchirurgie

Spezifisch für die Herzchirurgie definierte der Regierungsrat unter den weitergehenden leistungsspezifischen Anforderungen und Erläuterungen Akutsomatik (Version 2018.1, [https://gd.zh.ch/internet/gesundheitsdirektion/de/themen/behoerden/spitalplanung\\_spitallisten/akutsomatik.html](https://gd.zh.ch/internet/gesundheitsdirektion/de/themen/behoerden/spitalplanung_spitallisten/akutsomatik.html)) unter Kapitel 9 HER (Version 2015.1) die Anforderungen für alle Zürcher Listenspitäler mit Leistungsaufträgen in der Herzchirurgie (RRB Nr. 799/2014). Darin ist festgelegt, dass die entsprechenden Listenspitäler verpflichtet sind, das von der Schweizerischen Gesellschaft für Herz- und thorakale Gefässchirurgie (SGHC) beschlossene Monitoring zur Qualitätssicherung in allen Leistungsgruppen der Herzchirurgie umzusetzen und die Daten und Ergebnisse der Gesundheitsdirektion zur Verfügung zu stellen. Das Monitoring der SGHC umfasst folgende Punkte: Erfassung aller Patientinnen und Patienten der Herzchirurgie im nationalen Register für Herzchirurgie (seit 2013 obligatorisch); Definition und Ausweis von Kenndaten, Qualitätskontrolle der Datenerfassung durch ein Monitoring von 5% der erfassten Fälle pro Jahr; Warnsystem bei Überschreiten von definierten Grenzwerten (z. B. Mortalität bei definierten herzchirurgischen Eingriffen, «Green & Red Flag System»).

Ergänzend zu diesen leistungsspezifischen Anforderungen bildeten die Spitäler mit Leistungsauftrag Herzchirurgie in Zusammenarbeit mit der Gesundheitsdirektion freiwillige «Peer-Reviews», die unter Aufsicht der Gesundheitsdirektion regelmässig die jährlich erzielten Resultate offenlegen und diskutieren. Die durch die entsprechenden Spitäler erzielten Behandlungsergebnisse werden im Hinblick auf die Indikations-

und Behandlungsqualität besprochen und mit den aktuellen nationalen und internationalen Kriterien verglichen.

Zur Sicherstellung einer qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung überprüft die Gesundheitsdirektion zudem periodisch, ob die Qualitätsanforderungen in den Listenspitälern eingehalten werden. 2013 wurde in sämtlichen Listenspitälern nachgeprüft, inwiefern die Anforderungen an die Personalqualifikationen und -verfügbarkeiten erfüllt werden. Dabei zeigte sich, dass die Listenspitäler die Qualitätsanforderungen nicht wie in der Motion unterstellt «mehr oder minder» einhalten, sondern dass die Qualitätsanforderungen in allen Listenspitälern gut bis sehr gut etabliert sind. Die Ergebnisse wurden auf der Website der Gesundheitsdirektion publiziert. Sie zeigen einen hohen Erfüllungsgrad von gesamthaft 94,4% (92,5% im Bereich Akutsomatik, 93,3% im Bereich Psychiatrie und 97,7% in der Rehabilitation; <https://gd.zh.ch> → Behörden & Politik → Qualität in Listenspitälern → Qualitätscontrolling).

2016 führte die Gesundheitsdirektion in den Listenspitälern zudem ein Qualitäts-Audit zu den Zwischenfallmeldesystemen CIRS durch, das zu Interventionen bei einzelnen Spitälern wegen ungenügender Resultate führte. Bei einer Nachkontrolle wiesen alle Listenspitäler zufriedenstellende bis sehr gute Ergebnisse auf.

### 3. Von den Spitälern freiwillig ergriffene Massnahmen

Aufseiten der Zürcher Spitäler ist das Qualitätsbewusstsein allgemein hoch. Sie verfügen über Qualitätskontrollinstrumente wie die Register AQC (Arbeitsgemeinschaft Qualität Chirurgie) oder AMIS Plus (Acute Myocardial Infarction in Switzerland). Sie durchlaufen Zertifizierungen eines allgemeinen Qualitätsmanagements (z. B. ISO, EFQM, Sana-cert) und fach- oder bereichsbezogene Zertifizierungen. Sie wirken an zum Teil fach- oder bereichsbezogenen Tumorboards mit. Zudem steht den Spitälern die Mitgliedschaft bei der Initiative Qualitätsmedizin (IQM, [www.initiative-qualitaetsmedizin.de](http://www.initiative-qualitaetsmedizin.de)) offen: Bereits acht Zürcher Listenspitäler sind der IQM beigetreten. In dieser Vereinigung engagieren sich Spitäler aus Deutschland und der Schweiz für mehr medizinische Qualität bei der Behandlung ihrer Patientinnen und Patienten. Die IQM führt Peer- Reviews in Spitälern durch, die sich selber mit eigenen Fragestellungen anmelden. Vor Ort erfolgt in einer Selbst- und Fremdbewertung die strukturierte Analyse der Behandlungsprozesse anhand ausgewählter Fälle. Mögliche Schwachstellen in den Abläufen, Strukturen und Schnittstellen werden geprüft und im kollegialen Dialog zwischen Chefärztinnen und -ärzten sowie Pflegefachpersonen des Spi-

tals und des Peer-Teams erörtert. Die identifizierten Verbesserungspotenziale dienen danach als Diskussionsgrundlage für die Verbesserung der medizinischen Behandlungsqualität. Das Ziel besteht darin, einen kontinuierlichen internen Verbesserungsprozess und eine offene Lern- und Sicherheitskultur in den teilnehmenden Spitälern zu etablieren.

#### 4. Qualitätsstrategie 2017–2022

Um alle diese Aktivitäten der Spitäler und Vorgaben des Kantons zu bündeln, zu koordinieren und unter einem gemeinsamen Dach zusammenzufassen, erarbeitete die Gesundheitsdirektion in einem partnerschaftlichen Projekt zusammen mit dem Verband Zürcher Krankenhäuser (VZK) und weiteren Partnern des Gesundheitswesens (Klinik Hirslanden, RehaClinic, Clenia-Gruppe, Chefärzte-Gesellschaft des Kantons Zürich, Patientenstelle Zürich sowie Einkaufsgemeinschaft HSK) die «Qualitätsstrategie der stationären Versorgung im Kanton Zürich 2017–2022». Sie hat – bei einem Zeithorizont von sechs Jahren – zum Ziel, die Versorgungsqualität in der Zürcher Spitallandschaft weiterzuentwickeln und die Qualitätskultur in der Gesundheitsversorgung zu stärken. Sie schafft dafür den Rahmen und setzt die Prioritäten für künftige Aktivitäten zur Steigerung der Versorgungsqualität. Sie wendet sich in erster Linie an Fachpersonen des Gesundheitswesens, aber auch an andere interessierte Kreise. In der Qualitätsstrategie wird die Versorgungsqualität im Zürcher Gesundheitswesen aus folgenden Perspektiven betrachtet:

- Gesellschaftliche Perspektive: Versorgung der Bevölkerung;
- Institutionelle Perspektive: Organisatorische Umsetzung;
- Professionelle Perspektive: Expertise als Garant für Qualität gegenüber Patientinnen und Patienten;
- Patientenperspektive: Indikationsqualität, Behandlungs- und Ergebnisqualität, Selbstbestimmung, Sicherheit und Koordination.

Die Qualitätsstrategie gilt für die stationäre Versorgung, aber auch für die Schnittstellen zur vor- und nachgelagerten Versorgung, also für die ganze Behandlungskette, und sie gilt insbesondere auch für die Herzchirurgie. Sie ist einsehbar unter <https://gd.zh.ch> → Behörden & Politik → Qualität in Listenspitälern → Qualitätsstrategie.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass bereits heute nur Spitäler, welche die dargelegten Anforderungen vollumfänglich erfüllen, vom Kanton einen Leistungsauftrag erhalten; das gilt auch für die Herzchirurgie. Die in der Motion erhobene Forderung entspricht dem bereits heute geltenden Standard. Der Kanton Zürich nimmt unter den Kantonen eine führende Stellung ein, was das Qualitätsmanagement und die Qualitätskontrolle in den Listenspitälern betrifft.

Aus diesen Gründen beantragt der Regierungsrat dem Kantonsrat, die Motion KR-Nr. 76/2018 nicht zu überweisen.

*Lorenz Schmid (CVP, Männedorf):* Zur später Stunde kommen wir jetzt noch zu zwei Vorstössen der CVP. Ich hätte mir eigentlich die Reihenfolge anders vorgestellt, denn dieser Vorstoss ist jetzt ganz präzise auf die Gefässchirurgie gedacht. Die Indikationsqualität, die wir dann im zweiten Vorstoss als Postulat (KR-Nr. 78/2018) besprechen werden, ist allgemein gedacht. Aber wir beginnen gleich, und zwar beginne ich mit allgemeinen Bemerkungen.

Was ist denn Qualität im Gesundheitswesen? Outcome-Qualität ist die entscheidende Qualität, und die Outcome-Qualität ist das Produkt mathematisch der Prozessqualität; die haben wir relativ gut im Griff, Qualität der Leistungserbringer und der Indikationsqualität. Ich komme kurz zur Definition der Indikationsqualität: Die Indikationsqualität definiert sich aufgrund der Angemessenheit und Notwendigkeit von medizinischen Behandlungen. Die Indikationsqualität reflektiert erstens, ob eine Intervention aus medizinischen Gründen zu erfolgen hat oder nicht. Zweitens, ob aufgrund der Begleiterkrankungen und des Allgemeinzustandes, des Alters und so weiter des Patienten, das Risiko betreffend Überleben und Überlebensqualität positiv zu bewerten ist. Wie viele Befunde werden erfolgreich behandelt, zumindest was die Behandlung angeht? In der Todesanzeige steht dann: Er oder sie hat sich nie mehr vom operativen Eingriff erholt und ist verstorben. Das ist der zweite Faktor dieser Indikationsqualität. Der dritte ist, welche Disziplin die Behandlung durchzuführen hat. Die FMH (*Berufsverband der Schweizer Ärztinnen und Ärzte*) sagt zur Indikationsqualität, die Diagnose und Indikation seien Schlüsseldimensionen der Qualität, jedoch auch der Kosten. Die teuerste und qualitativ fragwürdigste Operation ist diejenige, die medizinisch nicht indiziert ist, die es nicht braucht.

Ich komme nun zur Würdigung der regierungsrätlichen Antwort auf die Motion. Ich versuche es ganz sachte zu formulieren, ansonsten ich dann auch mit dicker Post zu rechnen habe. Auf mehreren Seiten wird über Behandlungs- und Prozessqualität ausgeführt, dass die im Kanton Zürich wirklich gut ist. Das mag ich gar nicht bestreiten. Über viele Seiten wird das ausgeführt: Ausführungen über die Einführung eines Zwischenfallmeldesystem, sogenannte «Critical Incident Reporting System», das ist sicher wichtig. Dann wird auf zwei Seiten weiter über die sogenannte Initiative Qualitätsmedizin (IQM) berichtet. Diese Initiative beruht eben auch auf «Peer-Reviews». Sie sind teilweise freiwillig. Ich habe mit Personen aus diesem IQM gesprochen, und sie sagen selber,



dass sie vorwiegend die Prozessqualität und die Qualität der Leistungserbringer überprüfen, aber leider nicht die Indikationsqualität. Bezüglich Indikationsqualität wird erwähnt in der Antwort, es gäbe die Indikationsboards für die Tumore und die Onkologie. In der Tat ist es so, dass die relativ gut funktionieren. Die sind wirklich gut, und die mag ich auch loben. Das können auch die betreffenden Operateure und Fachpersonen bestätigen.

Jetzt komme ich zur Beurteilung der Indikationsqualität für Gefässchirurgie – ich weiss, es ist ein bisschen eine harte Kost für abends um halb fünf – die Beurteilung der Indikationsboards für die Gefässchirurgie, da muss ich der Regierung widersprechen: Die ist mangelhaft. Wir hatten alle die Möglichkeit – zumindest die Personen aus der Kommission – anlässlich einer Ratspause im Oktober Herrn Professor Dr. med. Thomas Rosemann, dem Leiter des Hausärztlichen Instituts am Universitätsspital Zürich, zu lauschen. Ich habe die Präsentation vor mir betreffend Gefässchirurgie. Auf Seite 6 seiner Präsentation «Wachstumsmarkt Herzkatheter» zeigt er, dass in der Realität bei mehr als der Hälfte der Kathetersetzungen kein Krankheitsbefund zu Grunde liegt. Diese Patienten hätten durch einen Veloergometer oder eine Cardio-CT (*Computertomographie*) vorher aussortiert werden können, also gar nicht hätten operiert werden müssen. Ich gehe weiter: Je privater die Klinik, desto eher der teure Katheter, statt die billige Ergometrie. Eine wunderschöne Darstellung mit allen Spitälern, also, mit allen grossen Spitälern in der Schweiz. Das beginnt mit den Universitätsspitalern. Da gibt es noch eine gewisse Berechtigung, aber es geht dann weiter. Je privater desto eher wird man operiert. Das Operationsrisiko steigt, wenn man privat versichert ist. Es geht weiter: 40 Prozent aller elektiven Patienten erhalten direkt einen Katheter. Helsana (*Schweizer Krankenversicherung*) bezeugt, dass von 2714 Helsana-Versicherten, die einen Herzkatheter hatten, 37 Prozent vorher keine ungefährliche, nicht invasive Testings, sogenannte «non invasive testings» erhalten haben, also, ist nicht einmal die Indikation korrekt gestellt. Es geht weiter: Und selbst wenn ein Stent gesetzt wird, wird man nicht länger leben. Das hat die OECD (*Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung*) veröffentlicht, Daten 2009. Da ist schön ausgeführt, wie in verschiedenen Ländern verschieden operiert wird, und die Outcome-Qualität ist überall gleich. Ob man viel oder wenig Stents setzt und sogenannte Revaskularisierungen vornimmt, die Todesrate ist dieselbe über alle Nationen. Ich muss einfach konstatierend feststellen, dass diese Indikationsqualität in der Gefässchirurgie eben nicht gut ist.

Die Gefässchirurgie ist eine Domäne, in der wir die internationalen Standards sehr gut kennen, deshalb: Was will unser Vorstoss? Er will gesetzlich verankerte Mindestkriterien. Und wir sind jetzt anlässlich der Revision des Spitalfinanzierungsplanung am Thema daran, und dieser Vorstoss soll diesbezüglich gleich hineinfließen. Hierzu verlangen wir nicht, dass der Regierungsrat selber dieser Mindestkriterien verfasst, sondern diese Kriterien sind international gegeben und sie müssten zusätzlich über Fachgesellschaften formuliert und überwacht werden. Also, ich fordere die Gesundheitsdirektion nicht auf, dies zu tun, sondern dies den Fachgesellschaften zu übergeben.

Handlungsbedarf ist gegeben, ob das die Regierung so sieht oder nicht. Die Zahlen beweisen, dass wir einfach viel zu häufig Stents-Operationen haben, und dass der Bericht von Professor Rosemann, dass die medizinische Versorgung in der Schweiz eine gute Prozessqualität hat, aber schlechte Indikationsqualität, dass diese Analyse auf die Herzchirurgie zutrifft. Für die Herzchirurgie fordere ich ganz selektiv eben diese Umsetzung über die Motion.

Ich komme dann im zweiten Vorstoss zurück auf die Gebiete, in denen keine internationalen Standards bestehen. Dort gibt es andere Instrumente, über die ich dann sprechen werde, nämlich über die «Peer-Audits». Also, ich bitte Sie, diesen Vorstoss zu unterstützen. Ich weiss, dass ich keine Mehrheit erhalte. Ich hoffe, dass ich dann im nächsten Vorstoss eine Mehrheit in diesem Rat bekomme.

*Lorenz Habicher (SVP, Zürich):* Auf den ersten Blick scheint die Antwort des Regierungsrats auf die Forderung der Motionäre einleuchtend und für die Spitäler des Kantons Zürich sehr zufriedenstellend. Bei genauerer Betrachtung gemäss Erläuterungen von Professor Dr. med. Thomas Rosemann vom Institut für Hausarztmedizin der Universität Zürich – Lorenz Schmid hat das schon angedeutet – stellen diverse Studien die gängige Praxis in Frage.

In der heutigen Gesundheitsversorgung werden viel mehr Eingriffe als nötig vorgenommen. Anhand verschiedener Studien wird aufgezeigt, dass häufig eine konservative Behandlung längerfristig ein vergleichbares oder gleichwertiges Ergebnis erzielt und zu bevorzugen wäre. Uns allen ist bewusst, dass unnötige Eingriffe die Gesundheitskosten in mehrfacher Sicht ausufern lassen. Erstens, weil jeder Eingriff nach genauem Tarif abgerechnet werden kann, zweitens, weil jeder Eingriff ein potenzielles Risiko für Komplikationen wie unerwünschte Reaktionen

oder Infektionen birgt, drittens, weil die Betten in den Akutkliniken unnötig belegt sind, damit verbunden ist ein höherer Personalbedarf an Ärzten und Pflegepersonal.

Nicht zuletzt spielt aber der Patient eine entscheidende Rolle. Im besten Fall werden vom Arzt verschiedene Behandlungsmethoden aufgezeigt und empfohlen, in weniger gutem Fall wird er zugeteilt. Wir fordern deshalb den Regierungsrat auf, die Indikationsqualität einer Abteilung als klare Anforderung für einen Leistungsauftrag zu berücksichtigen. Die Leistungsaufträge sind den neusten Erkenntnissen laufend anzupassen. Wir sind jedoch zuversichtlich, dass das in der neuen Gesundheitsdirektion unter der neuen Führung auch geschehen wird.

Noch vor kurzer Zeit, in der Ära Heiniger (*Altregierungsrat Thomas Heiniger*), hätte die SVP der Überweisung dieser Motion zugestimmt. Zum Glück für den Kanton Zürich oder weil die Gesundheitsdirektion unter neuer Führung (*Regierungsrätin Natalie Rickli*) steht, erhält diese Motion keine Unterstützung mehr.

*Brigitte Rösli (SP, Illnau-Effretikon):* Die Medizin hat sich in den letzten Jahren massiv verändert. Vieles hat sich verbessert, und es können Eingriffe getätigt werden, welche bis vor Kurzem unvorstellbar waren. Manchmal scheint es, dass alles machbar ist und die Spitäler mit ihrem Ersatzteillager alle Leiden behandeln können und müssen. Die Folgen sind, dass wir uns alle auch so verhalten und immer weniger auf unsere Gesundheit achten und nachher den vollen Service über uns ergehen lassen. Für die Volkswirtschaft bleibt dieses Verhalten nicht ohne Folgen. Die Menschen werden immer älter und die Kosten für die Gesundheitsversorgung steigen rasant. Doch wer entscheidet über all die Eingriffe? Wie sinnvoll sind diese? Habe ich das Recht auf jede Behandlung? Wer verdient das viele Geld?

Die Motion von Lorenz Schmid, die Leistungsaufträge an Spitäler mittels Mindestkriterien bezüglich der Indikationsqualität zu erteilen, macht grundsätzlich Sinn. Es braucht Diskussionen und Grundlagen, wann und unter welchen Umständen welche Behandlung getätigt werden. Es macht auch Sinn, dass die Leistungserbringer diesbezüglich überprüft werden, denn damit würde eher erreicht, dass nur dort, wo es Sinn macht, noch kardio-chirurgische Eingriffe getätigt werden würden. Es macht Sinn, zuerst die Audits, welche im Postulat KR-Nr. 78/2018 gefordert werden, durchzuführen, bevor wir im Blindflug und ohne wissenschaftliche Grundlagen den Spitälern weitere Auflagen erteilen.

Deshalb lehnt die SP-Fraktion diese Motion ab.

*Astrid Furrer (FDP, Wädenswil):* Die Indikationsqualität ist unbestreitbar etwas sehr, sehr Wichtiges. Wenn die stimmt, dann können wir nicht nur Kosten sparen, sondern auch die Patienten werden besser versorgt, nicht zu wenig und nicht zu viel. Es ist im Interesse wirklich aller, dass wir hier gute Leistungen erbringen. Wir sind klar der Meinung, dass hier die Fachgesellschaften am Drücker sein sollten und sie sich viel mehr einbringen sollten, was die Qualität anbelangt, sei es Indikationsqualität oder Behandlungsqualität. Wir erhoffen uns von der neuen Spitalplanung, dass solche Faktoren, nämlich Qualitätsfaktoren, auch in den Entscheid einfließen, wer den Zuschlag bekommt für Leistungen, dass die Direktion hier darauf achtet, welche Spitäler mit welchen Fachinputs der Gesellschaften welche Leistungen erbringen. Wir sind nicht der Meinung, dass wir jetzt hier diese Motion überweisen sollten, denn sie greift zu kurz, gerade in nur eine Fachgesellschaft. Man sollte das System wirklich als Ganzes anschauen. Nachfolgend kommt ja noch ein Postulat, das auch mit Indikationsqualität zu tun hat. Deshalb sind wir gegen die Überweisung.

*Daniel Häuptli (GLP, Zürich):* Es scheint im Bereich Indikationsqualität Verbesserungspotenzial vorhanden zu sein, vor allem bei gewissen kardio-chirurgischen Interventionen, Verbesserungen im Interesse der Gesundheit der Patienten, um unnötige Operationen zu vermeiden und unnötige Kosten zu reduzieren. Hierzu waren die Ausführungen von Professor Dr. med. Thomas Rosemann eindrücklich. Eine Präsentation, die unten im Sitzungszimmer organisiert wurde. Mein Dank an dieser Stelle.

Gegen diese Motion spricht aber, dass die geforderte Konsequenz unverhältnismässig und nicht praktikabel ist, Leistungsaufträge nur zu erteilen, wenn die Indikationsqualität stimmt. Was passiert, wenn sie nicht stimmt? Entlässt man dann die ganze Herzchirurgie, weil das Spital den Leistungsauftrag nicht hat? Strafzahlungen wären allenfalls noch eine valable Sanktion. Daher, um es vorwegzunehmen, die Forderungen im nachfolgenden zu behandelnden Postulat sind weitaus praktikabler als die in dieser Motion.

Und es gibt auch andere Alternativen als diese Motion vorschlägt. Man kann die Spitäler strikter führen. Braucht es so viele herz-chirurgische Abteilungen in den Spitälern, wie es sie heute gibt? Eine andere Alternative sind die Massnahmen im Expertenbericht des Bundes wie zum Beispiel ein Verbot von mengenabhängigen Löhnen in Spitälern. Der

Vorstoss ist ja traktandiert. Oder die Gesundheitskompetenz der Patienten ist zu fördern und auch die Zweitmeinung ist zu fördern. Es sind ja mitunter auch Patienten, die Forderungen haben, die nicht den medizinischen Leitlinien entsprechen. In Deutschland ist die Zweitmeinung eine Massnahme zur Verbesserung der Indikationsqualität, und Patienten haben Anspruch auf eine vergütete Zweitmeinung, wenn die Gefahr einer Indikationsausweitung nicht auszuschliessen ist.

Aus diesem Grund werden wir die Motion nicht unterstützen.

*Jeannette Büsser (Grüne, Zürich):* Sich am Herzen operieren zu lassen – kein gemütlicher Gedanke. Da könnte es einem richtig eng ums Herz werden. Braucht es das? Was bringt es mir? Wer soll es machen? Wenn wir diese Fragen beantworten, machen wir eigentlich das, was die Chirurginnen Prüfung der Indikationsqualität nennen und Lorenz Schmid uns eindrücklich erklärt hat. Und unser Wille darf dabei keinesfalls aussen vorgelassen werden.

Der Motionär möchte nun, dass der Fokus darauf gelegt wird, Mindestkriterien zu definieren und durchzusetzen. Und ja, wenn man versucht, die Statistiken von Eingriffen am Herzen der letzten Jahre zu interpretieren, fragt sich, was liegt uns da immer öfter und immer schwerer auf dem Herzen? Ist es, weil die Fragen zur Indikation ökonomisiert wurden? Zum Beispiel: Braucht es das? Ja, für den Profit. Was bringt es mir? Sicherheit. Lieber ein teurer Stent als ein persönliches Gespräch, und das sage nicht ich, sondern der Kardiologe Dr. med. Werner Estlinbaum aus Basel. Und wer soll es machen? Natürlich wir, insbesondere wenn man zusatzversichert ist. Und das ist ganz bestimmt nicht so, weil die Chirurginnen herzlos wären, nein, eher weil das System eben kein Herz hat und insbesondere auch keinen Kopf.

Uns Grünen ist die Sicherung der Qualität wichtig, das heisst, es geht um wissenschaftliche und ethische Argumente bei der Indikationsqualität, und nicht um wirtschaftliche Anreize. Der drohende Systeminfarkt ist mit einer solchen Massnahme kaum abzuwenden. Trotzdem, nochmals zu den drei Fragen: Wir brauchen jede kleine Verbesserung. Es bringt uns bessere Ergebnisse. Das sagen uns internationale Vergleiche. Wir können es tun. Darum scheint es indiziert, die Motion zu überweisen. Danke.

*Kaspar Bütikofer (AL, Zürich):* Ich spreche gleich zu beiden Vorstössen von Lorenz Schmid, sowohl zur Motion wie auch zum Postulat. Die Alternative Liste, AL, wird beide Vorstösse überweisen. Die Motion

behandelt quasi den Spezialfall, das Postulat geht aufs Allgemeine. Ich beginne beim Allgemeinen:

Das schweizerische Gesundheitssystem hat diverse Ineffizienzen. Es gibt Schätzungen, die sagen, dass das etwa 20 Prozent ausmache; es ist das Bundesamt für Gesundheit, das diese Zahl publiziert. Es gibt eine ältere, Obsan-Studie (*Schweizerisches Gesundheitsobservatorium*), die ging sogar davon aus, dass wir etwa 30 Prozent Ineffizienzen haben, und diese Ineffizienzen sind zum grössten Teil Überversorgungen. Das heisst, es wird zu viel behandelt; es werden Behandlungen vorgenommen, die nicht nötig sind. Nun kann man darüber streiten, ob es 20 oder 30 Prozent sind. Das ist, glaube ich, nicht so wichtig. Entscheidend ist, dass wir sehen, dass wir solche Überversorgungen haben. Auch Altregierungsrat Thomas Heiniger hat zwei Monate, bevor er sein Amt verlassen hat, festgestellt, dass es im Kanton Zürich Überversorgung gibt. Nun, die Gründe, weshalb es Überversorgungen gibt, kann einerseits bei den Überkapazitäten festgemacht werden; da haben wir einen ökonomischen Grund. Andererseits haben wir eine mangelnde Indikationsqualität; das wäre der medizinische Grund. Man wäre natürlich ein Schelm, wenn man glauben würde, dass es zwischen beiden Gründen einen Zusammenhang gäbe.

Nun, ich komme zum Spezialfall, zu den kardio-chirurgischen Eingriffen: Lorenz Schmid hat es schon anhand des Vortrages von Prof. Dr. med. Thomas Rosemann gesagt, dass man feststellen kann, dass etwa die Hälfte der gesetzten Katheter überflüssig sind, dass es keinen besonderen Befund gibt, weshalb diese gesetzt werden mussten. Als zweites kann gesagt werden, je privater die Klinik, umso grösser die Fehlversorgung.

Vergleicht man die Schweiz mit dem Ausland, dann sieht man, dass in der Schweiz mehr Katheter gesetzt werden als im Ausland. Und auch hier sehen wir, dass Privatpatienten in der Schweiz stärker behandelt werden als allgemein versicherte Patienten. Aber grundsätzlich kann gesagt werden, die Patientin oder der Patient wird deshalb nicht gesünder, wenn er einen Katheter gesetzt kriegt, den er gar nicht nötig gehabt hätte. Wir haben es also hier mit einem klassischen Fall von Überversorgung zu tun, vielleicht sogar von einer Fehlversorgung, wenn wir bedenken, dass jeder operative Eingriff auch mit Risiken behaftet ist.

Die Stellungnahme der Gesundheitsdirektion dünkt mich ein bisschen am Thema vorbei. Sie spricht stark von Qualität und weniger vom Problem der mangelnden Indikationsqualität. Es braucht deshalb Mindest-

anforderungen an die Indikationsqualität, und die müssen im Leistungsauftrag verankert werden, sei es im Spezialfall der kardio-chirurgischen Eingriffe oder im allgemeinen Fall, wo man diese Indikationsqualität über «Peer-Audits» messen könnte.

Fazit: Wir haben Überversorgung und sollten alles daransetzen, diese Überversorgung zu vermeiden. Wir werden so nicht nur bessere Kosten haben, sondern auch eine bessere Behandlungsqualität. Besten Dank.

*Josef Widler (CVP, Zürich):* Die Ärzteschaft unterstützt das Bestreben, die Indikationsqualität zu verbessern. Deshalb werden wir dieser Motion auch zustimmen, obwohl sie natürlich nur ein ganz kleines Gebiet exemplarisch abdeckt.

Warum ich das Wort noch ergreife, ist nicht etwa, weil ich das schlecht finde, sondern, weil ich einfach sagen muss, es gibt tatsächlich Ärzte, die überbehandeln. Aber ich muss Ihnen sagen, ein ebenso grosses Problem in der Praxis ist heute der Glaube des Patienten an das Machbare. Man muss etwas tun, sei es einen Katheter legen, sei es eine Totalprothese einsetzen, die nicht nötig wäre. Insofern hilft natürlich die Indikationsqualität, denn, wenn die jetzt besser dokumentiert ist, können sich auch die Ärzte gegen solche Überversorgungs-Wünsche wehren, denn die Forderung nach einer Versorgung ist immer sehr hoch. Also, ich muss Patienten vermehrt Antibiotika ausreden, ich muss vermehrt von einer Prothese abraten, als dass ich sie verordnen muss.

Es ist richtig, dass die Indikationsqualität gefordert und gefördert wird, aber zu glauben, dass man damit die Ärzte diszipliniert, ist ein falscher Ansatz.

*Regierungsrätin Natalie Rickli:* Bereits mit der Spitalplanung und der Spitallisten 2012 machte der Regierungsrat den Listenspitälern erste Vorgaben zur Sicherstellung der Indikationsqualität. Diese Vorgaben werden seither laufend aktualisiert und wo sinnvoll ausgebaut. Der Regierungsrat hat darüber eine breite Übersicht in seiner Stellungnahme zur Motion abgegeben.

Die Motion verlangt im SPFG (*Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetz*) Mindestkriterien, allgemein anerkannte Indikationsqualitäten für kardio-chirurgische Eingriffe. Spezifisch für die Herzchirurgie hatte der Regierungsrat bereits im Jahr 2014 besondere leistungsspezifische Anforderungen definiert. So sind Listenspitäler mit Leistungsaufträgen im Bereich Herzchirurgie verpflichtet, dass von der Schweizerischen Gesellschaft für Herz- und thorakale Gefässchirurgie (*SGHC*) beschlos-

sene Monitoring zur Qualitätssicherung in allen Leistungsgruppen dieser Disziplin umzusetzen und die Daten und die Ergebnisse der Gesundheitsdirektion zur Verfügung zu stellen. Das Monitoring umfasst die Erfassung aller Patientinnen und Patienten im nationalen Register für Herzchirurgie, die Definition und der Nachweis von Kenndaten, eine Qualitätskontrolle der Datenerfassung über mindestens 5 Prozent aller erfassten Fälle pro Jahr und ein Warnsystem bei Überschreiten von definierten Grenzwerten zum Beispiel Mortalitätsraten. Die Ergebnisse des Monitorings werden regelmässig mit der Gesundheitsdirektion besprochen.

Zudem bildeten die Spitäler mit Leistungsauftrag Herzchirurgie in Zusammenarbeit mit der Gesundheitsdirektion freiwillige «Peer-Reviews», wo die jährlich erzielten Resultate offengelegt und diskutiert werden. Dort wird auch die Indikationsqualität besprochen und mit aktuellen, nationalen und internationalen Kriterien verglichen. Die Gesundheitsdirektion publiziert übrigens die Ergebnisse der Überprüfung von Qualitätsanforderungen der Listenspitäler auf ihrer Website [www.gd.zh.ch](http://www.gd.zh.ch). Das Qualitätsbewusstsein bei den Spitälern ist bereits heute hoch, nicht nur bei denjenigen, die über einen Leistungsauftrag für kardio-chirurgische Eingriffe verfügen. Es braucht keine zusätzliche neue Regelung. Vielmehr werden den Spitälern in den Leistungsaufträgen, für die sie sich in Bälde neu bewerben müssen, Qualitätsvorgaben in mancherlei Hinsicht gemacht.

Ich bitte Sie darum im Namen des Regierungsrates, die Motion abzulehnen.

**Der Kantonsrat beschliesst mit 116 : 41 (bei 0 Enthaltungen), die Motion KR-Nr. 76/2018 abzulehnen.**

Das Geschäft ist erledigt.

## **6. «Peer Audits» zur Indikationsqualität**

Postulat Lorenz Schmid (CVP, Männedorf) vom 19. März 2018  
KR-Nr. 78/2018, RRB-Nr. 516/6. Juni 2018 (Stellungnahme)

*Das Postulat hat folgenden Wortlaut:*

Die Regierung wird beauftragt, Spitäler mit Leistungsaufträgen gemäss dem Spitalplanungs- und Finanzierungsgesetz (SPFG), bezüglich Indi-



kationsqualität zu auditieren, oder durch die entsprechenden Fachgesellschaften auditieren zu lassen. Die im entsprechenden Jahr verfassten Auditberichte sind im Jahresbericht Gesundheitsversorgung «Akutso-matik Rehabilitation Psychiatrie» zu veröffentlichen.

Begründung:

Die Indikationsqualität definiert sich aufgrund der Angemessenheit und Notwendigkeit von medizinischen Behandlungen (entsprechend dem Z der WZW Kriterien.) Die Indikationsqualität reflektiert erstens, ob eine Intervention aus medizinischen Gründen zu erfolgen hat oder nicht, zweitens, ob aufgrund der Begleiterkrankungen und des Allgemeinzustands des Patienten das Risiko betreffend Überleben und Überlebensqualität positiv zu bewerten ist und drittens, welche Disziplin die Behandlung durchzuführen hat.

Die Behandlungs- und die Prozessqualität sind bereits heute feste Bestandteile des Qualitätsmanagements der Zürcher Spitäler. Deren Mindeststandards werden von allen Zürcher Spitalern mehr oder minder gut erfüllt. Im Gegensatz dazu ist die Indikationsqualität in den heutigen Qualitätsmanagements für stationäre Leistungen unserer Spitäler nicht oder nur im Ansatz abgebildet. Dieser Umstand ist bedenklich, ist doch die Indikationsqualität ein wichtiger Faktor für die Mengensteuerung sowie für sinnvolle medizinische Leistungen, somit ein wichtiger Faktor für eine gute Output-Qualität stationärer Behandlungen.

International und national anerkannte Kriterien zur Bestimmung der Indikationsqualität existieren vorerst nur für wenige medizinische Intervention, wie z.B. für kardio-chirurgische Eingriffe. Für medizinische Interventionen mit heute noch fehlenden international und national anerkannten Kriterien zeigen internationale Erfahrungen, dass Benchmark «Peer-Audits» die Indikationsqualität deutlich erhöhen, die Qualität und Patientenzufriedenheit steigern sowie zu deutlichen Kosteneinsparungen führen.

Der Regierungsrat ist aufgefordert, solche «Peer-Audits» durchzuführen oder als Auftrag an die entsprechenden medizinischen Fachgesellschaften durchführen zu lassen.

*Auf Antrag der Gesundheitsdirektion nimmt der Regierungsrat wie folgt Stellung:*

A. Ausgangslage

Anhand der Indikationsqualität wird die Angemessenheit und Notwendigkeit medizinischer Interventionen beurteilt. Eine Intervention ist dann angemessen, wenn der medizinische Nutzen für die Patientin oder den Patienten grösser ist als das medizinische Risiko. Notwendig ist

eine Intervention, wenn sie der Patientin oder dem Patienten aus wissenschaftlichen und sozialem ethischen Gründen empfohlen und angeboten werden sollte. Die nachfolgenden Ausführungen zeigen auf, dass dem Thema Versorgungsqualität im Allgemeinen und auch der Indikationsqualität im Besonderen im Kanton Zürich bereits heute grosse Bedeutung zugemessen wird, wie die vielfältigen, seitens der Leistungserbringer getroffenen Massnahmen belegen, die zum Teil hoheitlich angeordnet sind, zum Teil von den Spitälern aus eigenem Antrieb ergriffen werden. Alle diese Massnahmen finden sich wieder in der umfassenden Qualitätsstrategie der stationären Versorgung im Kanton Zürich, welche die Gesundheitsdirektion in Zusammenarbeit mit verschiedenen Akteuren des Gesundheitswesens erarbeitet hat (vgl. nachfolgend Abschnitt C).

Zur Verbesserung der Indikationsqualität im medizinischen Alltag gibt es verschiedene mögliche Massnahmen: Eine erste ist die Einrichtung von Indikationsboards. In solchen Boards werden in Anwesenheit von Fachärztinnen und Fachärzten unterschiedlicher Disziplinen die Krankengeschichte der einzelnen Patientin und des einzelnen Patienten in der Gesamtschau mit diagnostischen Resultaten besprochen. Dabei werden alle medizinisch-objektiven Fakten sowie soziale Aspekte der Patientin oder des Patienten dargelegt und erörtert. Ziel ist es, dass die Fachpersonen auf diese Weise gemeinsam die für die Patientin oder den Patienten beste Behandlung in der dafür geeigneten medizinischen Disziplin bestimmen. Die in den Indikationsboards erarbeitete Entscheidung wird anschliessend durch die fallführende Ärztin oder den fallführenden Arzt mit der Patientin oder dem Patienten besprochen und – sofern sie oder er zustimmt – deren Umsetzung in die Wege geleitet. Indikationsboards haben aber nicht nur Vor-, sondern auch Nachteile: In der Regel wird die Indikation für eine Untersuchung oder Behandlung eines Krankheitsbildes im direkten Dialog zwischen Ärztin bzw. Arzt und Patientin bzw. Patient festgelegt. Wird dieses Vorgehen zunehmend durch Indikationsboards ersetzt, besteht die Gefahr, dass die eigenständige und eigenverantwortliche Indikationsstellung bei der behandelnden Ärztin bzw. beim behandelnden Arzt verloren geht. Die Boards führen zudem zu einer enormen Kostenausweitung und eignen sich im Grunde nur für komplexe und interdisziplinäre Erkrankungen. Nur in diesem Fall profitiert die Patientin oder der Patient von verschiedenen fachspezifischen Aspekten und deren Abwägung gegeneinander. Eine andere Möglichkeit zur Verbesserung der Indikationsqualität ist die Durchführung von sogenannten Peer-Reviews oder Peer-Audits (im Folgenden wird der Begriff Peer-Review verwendet, da er geläufiger

ist). Dabei reflektieren Ärztinnen und Ärzte sowie andere Gesundheitsfachpersonen ihr medizinisches und pflegerisches Handeln im Austausch mit Fachkolleginnen und -kollegen. Das Verfahren ermöglicht es, Wissen auszutauschen und voneinander zu lernen. Auffälligkeiten werden in Einzelfallbetrachtungen im kollegialen Dialog auf Qualitätsaspekte geprüft.

#### B. Situation im Kanton Zürich

Bereits im Rahmen der Spitalplanung 2012 definierte der Regierungsrat für die Listenspitäler verschiedene Anforderungen bezüglich des Gesamtqualitätsmanagements (RRB Nr. 1134/2011). Alle Listenspitäler wurden verpflichtet, über schriftliche Konzepte hinsichtlich Qualitätssicherung, Patientenversorgung, Notfall, Hygiene und Grippeimpfung usw. zu verfügen. Weiter bestehen in Abhängigkeit von den jeweiligen Leistungsaufträgen Vorschriften hinsichtlich des notwendigen Fachpersonals oder zu Mindestfallzahlen. Seit 2012 gibt es für die Listenspitäler auch besondere Anforderungen im Bereich der Indikationsqualität: So müssen sie in gewissen medizinischen Fachgebieten obligatorische interdisziplinäre Indikationsboards abhalten, z. B. Tumorboards in der Onkologie und in der Viszeralchirurgie oder Indikationsboards in der Gefässchirurgie und in der Kardiologie. 2015 führten die Listenspitäler mit Leistungsauftrag Herzchirurgie zudem das Qualitätsmonitoring der Fachgesellschaft Herzchirurgie ein (RRB Nr. 799/2014). Dieses diente als Vorlage für das in der Folge aufgebaute Qualitätscontrolling in der Herzchirurgie.

Auf den 1. Januar 2018 sodann erklärte der Regierungsrat für verschiedene Fachbereiche (Angiologie, Gefässchirurgie, Orthopädie, Gynäkologie und Urologie) ein Qualitätscontrolling für obligatorisch, das Peer-Reviews umfasst (RRB Nr. 746/2017). Im Rahmen dieses Qualitätscontrollings werden fachspezifische Kriterien der Indikationsqualität definiert und deren Erfassung in facheigenen Registern sichergestellt. Einmal pro Jahr werden die erzielten Behandlungsergebnisse an einer gemeinsamen Veranstaltung der betroffenen Spitäler in Anwesenheit von Vertreterinnen und Vertretern der Gesundheitsdirektion besprochen (das ist der eigentliche Peer-Review-Vorgang). Dabei werden national und international anerkannte Kriterien der Indikationsqualität berücksichtigt und mit der aktuellen nationalen und internationalen Literatur verglichen. Um die Indikationsqualität weiter zu verbessern, sieht die Gesundheitsdirektion im Rahmen der Spitalplanung 2022 eine Ausdehnung der Verpflichtung zum Qualitätscontrolling auf andere Fachrichtungen vor.

Auf freiwilliger Grundlage sind im Kanton Zürich zudem bereits acht Listenspitäler der Initiative Qualitätsmedizin beigetreten (IQM, [www.initiative-qualitaetsmedizin.de](http://www.initiative-qualitaetsmedizin.de)). In dieser Vereinigung engagieren sich Spitäler aus Deutschland und der Schweiz für mehr medizinische Qualität bei der Behandlung ihrer Patientinnen und Patienten. Die IQM führt Peer-Reviews in Spitälern durch, die sich selber mit eigenen Fragestellungen anmelden. Vor Ort erfolgt in einer Selbst- und Fremdbewertung die strukturierte Analyse der Behandlungsprozesse anhand ausgewählter Fälle. Mögliche Schwachstellen in den Abläufen, Strukturen und Schnittstellen werden geprüft und im kollegialen Dialog zwischen Chefärztinnen und Chefärzten sowie Pflegefachpersonen des Spitals und des Peer-Teams erörtert. Die identifizierten Verbesserungspotenziale dienen danach als Diskussionsgrundlage für die Verbesserung der medizinischen Behandlungsqualität. Das Ziel besteht darin, einen kontinuierlichen internen Verbesserungsprozess und eine offene Lern- und Sicherheitskultur in den teilnehmenden Spitälern zu etablieren.

Zur Sicherstellung einer qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung überprüft die Gesundheitsdirektion zudem periodisch, ob die Qualitätsanforderungen in den Listenspitälern eingehalten werden. 2013 wurde in sämtlichen Listenspitälern nachgeprüft, inwiefern die Anforderungen an die Personalqualifikationen und -verfügbarkeiten erfüllt werden. Dabei zeigte sich, dass die Listenspitäler die Qualitätsanforderungen nicht wie vom Postulanten unterstellt «mehr oder minder» einhalten, sondern dass die Qualitätsanforderungen in allen Listenspitälern gut bis sehr gut etabliert sind. Die Ergebnisse wurden auf der Website der Gesundheitsdirektion publiziert. Sie zeigen einen hohen Erfüllungsgrad von gesamthaft 94,4% (92,5% im Bereich Akutsomatik, 93,3% im Bereich Psychiatrie und 97,7% in der Rehabilitation; <https://gd.zh.ch> → Behörden & Politik → Qualität in Listenspitälern → Qualitätscontrolling).

2016 führte die Gesundheitsdirektion in den Listenspitälern zudem ein Qualitäts-Audit zu den Zwischenfallmeldesystemen CIRS durch, das zu Interventionen bei einzelnen Spitälern wegen ungenügender Resultate führte. Bei einer Nachkontrolle wiesen alle Listenspitäler zufriedenstellende bis sehr gute Ergebnisse auf.

### C. Qualitätsstrategie 2017–2022

Um alle diese Aktivitäten der Spitäler und Vorgaben des Kantons zu bündeln, zu koordinieren und unter einem gemeinsamen Dach zusammenzufassen, erarbeitete die Gesundheitsdirektion in einem partner-

schaftlichen Projekt zusammen mit dem Verband Zürcher Krankenhäuser (VZK) und weiteren Partnern des Gesundheitswesens (Klinik Hirslanden, RehaClinic, Clenia-Gruppe, Chefärzte-Gesellschaft des Kantons Zürich, Patientenstelle Zürich sowie Einkaufsgemeinschaft HSK) die «Qualitätsstrategie der stationären Versorgung im Kanton Zürich 2017– 2022». Sie hat – bei einem Zeithorizont von sechs Jahren – zum Ziel, die Versorgungsqualität in der Zürcher Spitallandschaft weiterzuentwickeln und die Qualitätskultur in der Gesundheitsversorgung zu stärken. Sie schafft dafür den Rahmen und setzt die Prioritäten für künftige Aktivitäten zur Steigerung der Versorgungsqualität. Sie wendet sich in erster Linie an Fachpersonen des Gesundheitswesens, aber auch an andere interessierte Kreise. In der Qualitätsstrategie wird die Versorgungsqualität im Zürcher Gesundheitswesen aus folgenden Perspektiven betrachtet:

- Gesellschaftliche Perspektive: Versorgung der Bevölkerung;
- Institutionelle Perspektive: Organisatorische Umsetzung;
- Professionelle Perspektive: Expertise als Garant für Qualität gegenüber Patientinnen und Patienten;
- Patientenperspektive: Indikationsqualität, Behandlungs- und Ergebnisqualität, Selbstbestimmung, Sicherheit und Koordination.

Die Qualitätsstrategie gilt für die stationäre Versorgung, aber auch für die Schnittstellen zur vor- und nachgelagerten Versorgung, also für die ganze Behandlungskette. Sie besteht aus einer Vision und vier strategischen Grundsätzen. In diesen Grundsätzen sind Ziele definiert, von denen wiederum die konkreten Aktivitäten abgeleitet werden, die zur Verwirklichung der Vision beitragen. Die vier strategischen Grundsätze lauten:

- Qualität als Führungsaufgabe;
- Transparenz & Qualitätswettbewerb fördern;
- Patientenorientiert behandeln; – Systemgrenzen überwinden.

Die Qualitätsstrategie ist einsehbar unter <https://gd.zh.ch> → Behörden & Politik → Qualität in Listenspitälern → Qualitätsstrategie.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Zürcher Listenspitäler im Rahmen der erteilten Leistungsaufträge bereits heute in verschiedenen Fachgebieten zur Durchführung von interdisziplinären Indikationsboards und Peer-Reviews verpflichtet sind. Eine Ausdehnung dieser Verpflichtungen auf weitere Fachgebiete ist punktuell, d. h. dort geplant, wo es für den Patientennutzen gewinnbringend ist. Der Indikationsqualität kommt in den Zürcher Listenspitälern allgemein ein grosser Stellenwert zu.

Aus all diesen Gründen beantragt der Regierungsrat dem Kantonsrat, das Postulat KR-Nr. 78/2018 nicht zu überweisen.

*Lorenz Schmid (CVP, Männedorf):* Wir kommen nun wirklich zum letzten Vorstoss von heute, und zwar ist dieser mutloser; er geht nicht ganz konkret auf die Mindestkriterien für Operation «Gefässchirurgie» ein. Die gibt es zwar international, ich komme nochmals darauf zu sprechen. Es wäre mit vorangegangenen Vorstoss einfacher gewesen, aber jetzt haben wir einen Vorstoss zu den «Peer-Audits». «Peer-Audits» sind auch als Lösung des bundesrätlichen Berichts zur Senkung der Gesundheitskosten, verfasst von Altregierungsrätin Verena Diener und Co-Autoren, als Möglichkeit gegeben und ausgeführt und sie werden empfohlen.

Was sind den «Peer-Audits»? Es sind Fachpersonen, die entweder emeritierte Professoren sind, ausserkantonale oder international tätig, aktive Leistungserbringer. Sie gehen in die Spitäler und sprechen über die Indikationsqualität. War da jetzt eine Operation nötig? War sie nicht nötig? Es sind also Ärzte, die sich nachher mit den Ärzten sehr kollegial austauschen. Die «Peer-Audits» sind nicht bindend; sie haben keine Sanktionen, zumindest bis heute nicht, wie ich es gefordert habe. Sie ziehen keine Sanktionen nach sich. Sie fordern einfach nur – und jetzt komme ich zum wesentlichen Bestandteil, was Frau Regierungsrätin (*Natalie Rickli*) einfach ausblendet –, dass sie publiziert werden; «Peer-Audits» müssen im Jahresbericht, auf das jeweilige Spital runtergebrochen, genannt sein, und die Indikationsqualität müsste transparent den Patienten und Patientinnen zugänglich sein. Es geht hier um Kundentransparenz für Patientinnen und Patienten. Man soll wissen, wo zu häufig oder sehr häufig operiert wird, wo die «Peer-Audits» die Indikationsqualität bemängelt – vielleicht das zweite Mal bemängelt, das dritte Mal bemängelt. Und ich sage Ihnen, das System funktioniert. Ich zeige es Ihnen ganz zum Schluss – oder ich kann es ja auch gleich jetzt nennen: In den USA machen sie es, und sie haben das auch nachgewiesen. Seit 2009 haben sie nämlich bis 2014 für die koronale Re-Muskalisierung «Peer-Audits» gemacht. Aufgrund des «Peer-Audits» haben sich in Kalifornien die nicht gerechtfertigten Eingriffe von 25 auf 14 Prozent gesenkt. Die unsicheren Eingriffe haben sich von 45 Prozent auf 35 Prozent gesenkt und die wirklich guten Interventionen sind natürlich prozentual gestiegen. Also, «Peer-Audits» funktionieren und sie werden in den USA auch publiziert. Ich mache auch darauf aufmerksam, dass auch Ärzte argumentieren, hätte man ein «Peer-Audit»-Bericht, mit dem man auch gegenüber einer Direktion argumentieren könne,

wäre man nicht dem Druck des Leistungserbringens ausgesetzt. Wenn Medienschaffende das wollen, werde ich Personen suchen, die das bezeugen werden, die klar sagen: Wir sind durch Vorgaben der Spitaldirektionen jeweils stark unter Druck, «Peer-Audits»-Berichte wären uns sehr dienlich. Die Indikationsqualität zu erhöhen, erhöht somit die Qualität generell.

Warum ich diese «Peer-Audits» jetzt über die ganze Gesundheitserbringung im Spital fordere, ist simpel und einfach, weil es bei zu vielen Indikationen keine glasklaren Kriterien gibt. Ich komme kurz zu einem Zitat aus meiner Begründung: «International und national anerkannte Kriterien zur Bestimmung der Indikationsqualität existieren vorerst nur für wenige medizinische Interventionen, wie zum Beispiel für die kardio-chirurgischen Eingriffe. Für medizinische Interventionen mit heute noch fehlenden international und national anerkannten Kriterien zeigen internationale Erfahrungen, dass Benchmark «Peer-Audits» die Indikationsqualität deutlich erhöhen.» Es geht vorwiegend um Indikationen, in denen eben die glasklaren Kriterien national und international nicht vorhanden sind.

Ich komme zur Würdigung der Antwort des Regierungsrates: Erneut hat Herr Brunschwiler (*Martin Brunschwiler, ehemaliger Generalsekretär der Gesundheitsdirektion*) sich wieder über Seiten und Seiten und Seiten Mühe gemacht und hat über die Prozessqualität und über die Qualität der Fachpersonen berichtet und so weiter; Seite 3 über die Qualitätssicherung, Patientenverordnung, Notfall, Hygiene, Grippeimpfungen. Das hat doch gar nichts mit Indikationsqualität zu tun. Des Weiteren auf Seite 4 wird berichtet, wie die Direktion periodisch jeweils überprüft, ob die Qualitätsanforderungen in Listenspitälern eingehalten wurden. Sämtliche Listenspitäler sind überprüft worden. Und die Anforderungen an die Personalqualifikation und Verfügbarkeit werden überprüft. Ja, das ist gut, aber es hat nichts mit Indikationsqualität zu tun. Ich komme zum dritten Punkt, zur freiwilligen Grundlage. Auf freiwilliger Grundlage sind im Kanton Zürich bereits acht Listenspitäler der «Initiative Qualitätsmedizin» (*IQM*) beigetreten. Es geht dann weiter: Die IQM führt «Peer-Reviews» in Spitälern durch, die sich selber mit der eignen Fragestellung anmelden. Vor Ort erfolgt in einer Selbst- und Fremdbewertung die strukturierte Analyse der Behandlungsprozesse. Also, auch hier keine Indikationsqualität. Ich habe sie dann doch noch auf Seite 3 gefunden. Im Rahmen dieser Qualitätscontrollings werden fachspezifische Kriterien für Indikationsqualität definiert, aber einmal pro Jahr werden diese gemeinsam mit der Gesundheitsdirektion ein bisschen diskutiert. Ich habe auch Wortmeldungen von Leuten, die

anwesend waren an solchen Sitzungen, aber es wird da bloss ein bisschen diskutiert, das wird nicht publiziert. Also bitte, da braucht es jetzt einfach mehr. Deshalb mein Postulat.

Zum Bericht von Herrn Dr. med. Thomas Rosemann noch kurz: Wir haben da jetzt nicht nur einfach die Gefässchirurgie, sondern ich berichte jetzt über die Knorpelglättung bei Arthrose, Knorpelshaving genannt; es passiert nichts. Die bleiben genau gleich, ob indiziert oder nicht indiziert bleiben die häufig durchgeführten Meniskusschäden, konservative Behandlung langfristig kein Unterschied in Schmerzen und Funktion, keine Thrombosen, keine Infektionen. Also, lieber nicht operieren, weil man keine Risiken für Thrombosen und Infektionen hat. Wollen Sie, dass ich lauter spreche oder .... (*«aufhören» wird gerufen*) Aufhören? Wenn ihr dem Vorstoss zustimmt, dann werde ich sogleich aufhören. Meniskus werden weiter munter entfernt und so weiter und so fort. Die Kosten steigen; es geht einfach munter weiter. Das ist nicht ein Treiben, dem ich weiterhin zuschauen möchte. Der Bundesrat auch nicht, wie der Bericht, erstellt von Frau Altregierungsrätin Verena Dierner, zeigt; nur, er hat hier nichts zu sagen. Wir haben was zu sagen bei den Leistungsaufträgen, die wir erteilen.

Es ist wirklich wichtig. Die Indikationsqualität muss überprüft werden. «Peer-Audits» können dies. Ich hoffe jetzt wirklich..., stimmt diesem weniger mutvollen Postulat zu. Wir werden dann anlässlich der Revision des Spitalfinanzierung – und Planungsgesetzes darüber sprechen können, wie die klare Formulierung im Gesetz aussehen soll. Es muss ins Gesetz. Ich danke.

*Lorenz Habicher (SVP, Zürich):* Kaspar Bütikofer hat es besser gemacht und zu beiden Vorstössen gemeinsam gesprochen. Das ist effizient. Glasklare Kriterien über alles wünscht sich Lorenz Schmid. Einen Vergleich mit dem nordamerikanischen Gesundheitssystem in der USA möchte ich unserer Bevölkerung, den Patienten, nicht zumuten.

Wenn mit den externen Audits, wie diese im Postulat gefordert werden, Leistungsanbieter zu einer zurückhaltenden Praxis angeregt werden können, ist schon viel erreicht. Leistungsanbieter, die sich bereits jetzt an die zur Verfügung stehenden Indikationsqualität halten, werden in ihrer täglichen Arbeit gestärkt. Werden Missstände aufgedeckt, können fehlbare Leistungsanbieter sanktioniert werden. So weit, so gut.

Im vorgehenden Geschäft, der Motion KR-Nr. 76/2018, habe ich die Gründe erläutert, weshalb die SVP dieses CVP-Postulat auch ablehnt. Somit kann ich mich kurzfassen: Wir lehnen ab. Ich bitte Sie, das Gleiche zu tun.



*Brigitte Rösli (SP, Illnau-Effretikon):* Ich habe vorher schon bereits erläutert: Es macht Sinn bezüglich der Indikationsqualität zu auditieren. Dadurch entstehen Vergleichszahlen; diese Resultate können eine Grundlage bilden, wie wir bezüglich den Leistungsaufträgen mit den Spitälern weiter vorgehen wollen. Deshalb unterstützt die SP-Fraktion dieses Postulat.

*Linda Camenisch (FDP, Wallisellen):* Das Postulat verlangt, dass Spitäler mit Leistungsaufträgen bezüglich Indikationsqualität durch den Regierungsrat oder durch die entsprechenden Fachgesellschaften auditiert werden. Die Audit-Berichte sollten dann im Jahresbericht «Gesundheitsversorgung» veröffentlicht werden. Heute stellt sich die Situation als ungenügend dar. Die Indikationsqualität wird im bestehenden Qualitätsmanagement nur im Ansatz oder gar nicht abgebildet. Diese «Peer-Audits» sollen einen festen Bestandteil der Qualitätsstrategie 2017 bis 2022 bilden, so wie es sich die Gesundheitsdirektion selber zum Ziel gesetzt hat. Und die geplante Ausdehnung der Verpflichtungen auf weitere Fachgebiete soll jetzt umgesetzt werden, so, wie vom Regierungsrat deutlich und richtig aufgeführt: Dort, wo der Nutzen für den Patienten gewinnbringend ist. Die FDP unterstützt das Postulat.

*Daniel Häuptli (GLP, Zürich):* Ein spezielles Augenmerk auf die Indikationsqualität zu legen mit «Peer-Audits» hat den Vorteil, dass man einen der relevantesten Grössen im Gesundheitswesen beobachtet. Im Kern stehen der Patient und seine Lebensqualität, das Outcome, wie Lorenz Schmid vorhin ausgeführt hat. Daher erachten wir dieses Postulat als zielführend, um Verbesserungen herbeizuführen. Das Postulat ist auch verhältnismässig. Der Begriff «Audit», wortwörtlich als Revision übersetzt, schreibt vor, dass nicht jeder Fall untersucht werden soll. Es gibt verschiedene Methoden von «Peer-Audits». Ein kurzer Blick in Wikipedia (*Online-Enzyklopädie*) summiert sogar den Vergleich von medizinischen Standards, also die Handlungsleitlinien, oder eben die Untersuchung der Outcomes, des medizinischen Erfolgs von Behandlungen. Systematische «Peer-Audits» können für alle Beteiligten wertvolle Hinweise geben, wenn lokal angewendete Leitlinien oder Praxen von einem unbestrittenen Standard abweichen. Wir werden das Postulat unterstützen.

*Jeanette Büsser (Grüne, Zürich):* Die Antwort des Regierungsrates beziehungsweise die darin erwähnten Leistungen der Spitäler sind sehr beeindruckend. Es wird sehr viel getan.

Sie sagen uns, dass Indikationsqualität definiert und eingefordert wird. Behandlungsergebnisse werden einmal im Jahr mit der Gesundheitsdirektion besprochen. Es wird national und international verglichen. Zusammenfassend hält der Regierungsrat fest, dass die Zürcher Listenspitäler im Rahmen der erteilten Leistungsaufträge bereits heute in verschiedenen Fachgebieten zur Durchführung von interdisziplinären Indikationsboards und Peer-Reviews verpflichtet sind. Der Indikationsqualität komme in den Zürcher Listenspitälern allgemein ein grosser Stellenwert zu. Wir finden das gut. Und wir wollen, dass die Indikationsqualität weiterhin an Bedeutung gewinnt. Darum unterstützten wir die Forderung nach Audits und insbesondere deren Veröffentlichung und werden das Postulat überweisen. Danke.

*Regierungsrätin Natalie Rickli:* Kantonsrat Schmid, wenn Sie dereinst Ihren Job als Apotheker an den Nagel hängen, dann stellen wir Sie gerne als Indikationsqualitätsspezialisten ein.

Jedenfalls ist mir heute klar geworden, dass die Meinungen zu den Vorstössen schon gemacht wurden, bevor wir im Rat debattieren – ist ja eigentlich für die Galerie. Das ist Ihr gutes Recht. Ich war auch einmal Parlamentarierin, aber ich werde Ihnen nur ganz, ganz kurz darlegen: Da kann ich bei Kantonsrätin Büsser anknüpfen, was wir alles bereits machen. Ich sehe aber schon, dass die Mehrheit hier dem Postulat zustimmen wird, möchte aber trotzdem zu bedenken geben: Wenn etwas schon erfüllt ist, warum muss dann die Regierung beziehungsweise die Gesundheitsdirektion noch einen Postulats-Bericht machen? Wir machen das selbstverständlich zusätzlich. Also, nun ganz kurz:

Ich habe vorhin schon darauf hingewiesen, dass in der Herzchirurgie bereits «Peer-Reviews» in gewissen Spitälern bestehen. Auf den 1. Januar 2018 hat der Regierungsrat nun auch für die Fachbereiche «Angiologie», «Gefässchirurgie», «Orthopädie», «Gynäkologie» und «Urologie» ein Qualitätscontrolling für obligatorisch erklärt, das die Peer-Reviews oder eben «Peer-Audits» miteinschliesst. Einmal jährlich werden in den genannten Disziplinen die erzielten Behandlungsergebnisse der Listenspitäler mit der Gesundheitsdirektion besprochen. Im Rahmen der Spitalplanung 2023 ist geplant, diese Massnahme in weiteren medizinischen Fachbereichen auszudehnen, weil es sich bewährt hat. Also, inhaltlich sind wir alle einer Meinung.

Der Regierungsrat ist der Meinung, dass das Anliegen des Postulats somit erfüllt ist. Aber wenn Sie nicht der Meinung sind, dass das so ist, dann werden Sie jetzt zustimmen. Wir werden Ihnen dann berichten.

**Der Kantonsrat beschliesst mit 114 : 44 Stimmen (bei 0 Enthaltungen), das Postulat 78/2018 zu überweisen.** Das Geschäft geht an den Regierungsrat zur Ausarbeitung eines Berichts innert zweier Jahre.

Das Geschäft ist für heute erledigt.

## 7. Verschiedenes

### *Nachruf*

*Regierungspräsident Dieter Kläy:* Ich habe Ihnen die traurige Mitteilung zu machen, dass am 22. September der ehemalige Kantonsrat Vinzenz Bütler verstorben ist.

Neben seinen acht Jahren im Kantonsrat hat unser ehemaliger Ratskollege zwanzig Jahre lange die Politik der Stadt Wädenswil mitgeprägt. Zuerst für vier Jahre als Gemeinderat und ab 1990 als Stadtrat. Dort stand er vier Jahre lang dem Tiefbauamt vor und übernahm danach für zwölf Jahre das Amt des Sozialvorstandes. In jener Zeit war er aufgrund der damaligen hohen Arbeitslosigkeit und der Verschiebung der offenen Drogenszene nach der Schliessung des Zürcher Platzspitzes besonders gefordert. 1999 wurde der bekannte Obstbauer auf der Liste der CVP in den Kantonsrat gewählt. Dort wurde er 1999 Mitglied der Kommission für Justiz und öffentliche Sicherheit und wechselte nach knapp zwei Jahren in die Justizkommission.

Sein Engagement galt während seiner Ratszeit aber nicht einzig der Aufsicht über die Justiz, sondern vielen weiteren Bereichen, unter anderem setzte er sich für die Interessen des linken Zürichsee-Ufers ein und regte beispielsweise an, den Bau einer Mittelschule und die Auslagerung von Hochschulfakultäten in dieser Region zu prüfen. Weiter setzte er sich für eine kantonal organisierte Verkehrserziehung an den Zürcher Schulen ein.

Nachdem er im Jahr zuvor bereits sein Stadtratsmandat abgegeben hatte, beschloss der Wädenswiler 2007 auf eine weitere Kantonsratskandidatur zu verzichten. Im Alter von 72 Jahren ist Vinzenz Bütler von

uns gegangen. Wir halten seinen grossen Einsatz für Kanton und Parlament in Ehren und sprechen den Hinterbliebenen unser herzliches Beileid aus.

Die Trauerfeier findet am Mittwoch, 2. Oktober, um 14 Uhr in der katholischen Kirche Wädenswil statt.

### ***Rücktrittserklärungen***

#### *Rücktritt aus dem Bankrat von Rolf Walther*

*Ratssekretärin Sylvie Matter verliest das Rücktrittsschreiben:* «Bereits bei der Wiederwahl am 25. Juni 2019 haben Sie festgestellt, dass ich mich altershalber nur während einem Teil der Amtsdauer als Bankrat nochmals einsetzen kann. Seit einer ersten Wahl im Jahre 1972, damals in die Kirchenpflege der evangelisch-reformierten Kirchenpflege Zürich-Altstetten, durfte ich verschiedenste weitere öffentliche Mandate wahrnehmen. Im Zürcher Rathaus bewegte ich mich für die Freisinnig-Demokratische Partei als Gemeinderat zwischen 1990 und dem Jahr 2004, 2001/2002 als Gemeinderatspräsident und ab 2003 bis 2010 als Kantonsrat. 2010 nominierte mich die FDP-Fraktion als Bankrat, in Kenntnis der bereits damals vorhandenen Kriterien der FINMA (*Finanzmarktaufsicht*), im Wissen um die Bedeutung und wirtschaftliche Stellung der Zürcher Kantonalbank sowie besonders meiner langjährigen erfolgreichen und anerkannten beruflichen Tätigkeit in entscheidenden Funktionen bei einer Grossbank.

Die Zürcher Kantonalbank ist im Wirtschaftsraum Zürich die anerkanntermassen wichtigste Bank für die Bevölkerung, die Unternehmen und die öffentlichen Institutionen. Die Zürcher Kantonalbank wird erfolgreich geleitet durch eine stabile, kompetente und äusserst engagierte Generaldirektion. Der Bankrat ist zuständig für die Oberleitung der Bank, die Oberaufsicht über die Geschäftsführung, sowie verantwortlich für die Unternehmenspolitik, das Konzernleitbild, die Konzernstrategie und die Organisation der Bank. Die Zürcher Kantonalbank gehört der Bevölkerung des Kantons Zürich. Seit 1997 regelt zudem das schweizweit gültige Bankengesetz die fachliche Aufsicht durch die eidgenössische Bankenkommission, heute Finanzmarktaufsicht.

Mir waren und sind die verschiedensten parteipolitischen Interessen an der Zürcher Kantonalbank sehr bewusst. Doch weder Privatisierungs-

gelüste noch Aushöhlungen durch eigenmächtig zu beschliessende Gewinnausschüttungen oder Einschränkungen der Geschäfte sind durch das Kantonalbankgesetz möglich. Dieses sieht nur vor, dass der Kantonsrat den Bankrat wählt, dessen Entschädigung festlegt und die Organe mit der Kenntnissnahme der Jahresrechnung und des Geschäftsberichtes entlastet. Damit zeigt sich, wie wichtig es ist, wen Sie, geschätzte Damen und Herren Kantonsräte, zukünftig als Bankrätin oder Bankrat wählen. Jeder Bankrat hat auf Augenhöhe mit den verschiedenen vorstehend genannten Stakeholdern zu verhandeln und zu verkehren.

Erlauben Sie mir, als ehemaliger Kollege, vier persönliche Fragen:

- Der Kantonsrat ist nicht Eigentümer der Bank, er vertritt die Bevölkerung des Kantons Zürich. Kundinnen und Kunden der Bank sind wohl in allen Parteien verteilt. Wie kann der Kantonsrat die unterschiedlichsten Interessen der Bevölkerung des Kantons Zürich wahrnehmen?
- Ist sich jedes Kantonsratsmitglied bewusst, wie es – als Vertretung der Eigentümerschaft des wohl grössten finanziellen Aktivums des Kantons – mit seiner Bank umzugehen hat und welche Fragen oder Vorstösse allenfalls reputativ schaden?
- Ist es noch richtig Bankräte wegen ihrer politischen Haltung zu wählen? Wäre es notwendig, vor einer Wahl einen unabhängigen Experten beizuziehen, der feststellt, ob sich das zu wählende Bankratsmitglied für dieses Mandat qualifiziert?
- Entschädigungen: Wer erfolgreich auf Augenhöhe verkehren will, sollte entsprechend bezahlt werden. Innerhalb der Zürcher Kantonalbank sind es die Mitarbeitenden bis zur Generaldirektion, welche mit den wichtigsten Unternehmen und Institutionen des Landes und den vermögendsten Privatkunden Bankgeschäfte in der Schweiz und im Ausland tätigen oder für die Bank wesentliche Aufträge erteilen. Innerhalb der Bank ist der Bankrat für die angemessene Entschädigung zuständig. Für die wesentlich seit 1995 unveränderte Entschädigung des Bankrates und Bankpräsidiums ist der Kantonsrat zuständig und hätte auch zu berücksichtigen, dass sich die Komplexität, gesetzlichen Vorgaben, Geschäftsvolumen, Verantwortung und damit auch der zeitliche Aufwand vervielfacht haben. Finden Sie, mit der heutigen Entschädigung des Bankrates/Bankpräsidiums die geeigneten Nachfolger für diese ausserordentliche Aufgabe?

Ihnen, geschätzte Kantonsrätinnen und Kantonsräte, danke ich für Ihr Vertrauen und Ihre Wahl. Eingangs habe ich erwähnt, wie lange ich mich schon für die res publica gerne und immer wieder eingesetzt

habe, wie Sie auch, — dies stets zu meiner grossen persönlichen Zufriedenheit. Der Einsatz für das Gemeinwohl war und ist die Möglichkeit, immer wieder neues zu lernen, nicht mit der Vergangenheit zu hadern, sondern mit dem heutigen Wissen die Zukunft zu gestalten. Begründet ist dies in der Dankbarkeit dafür, dass meine Eltern, wie viele andere Zuwandernde auch, sich in Zürich niederlassen konnten. So war und ist es mein Anliegen, diesen einmalig schönen, lebenswerten und weltoffenen Lebensraum weiterentwickeln zu können, nun noch bis Ende September 2020, das sind dann zehn Jahre im Bankrat der Zürcher Kantonalbank. Gerne stehe ich den Kantonsratsfraktionen für allfällige weitere Ausführungen zur Verfügung.

Meiner Familie gebührt grosser Dank. Mein doch sehr langjähriger öffentlicher Einsatz war gut möglich dank der in unserer Familie sehr nachhaltig geprägten Lebensauffassung. Meiner seit 1973 immer gleich idealen Freisinnig-Demokratischen Partei, allen beruflichen, gesellschaftlichen und politischen Weggefährten danke ich für die jeweiligen Chancen für neue Aufgaben und die stete Unterstützung. Ihnen allen wünsche ich gutes Gelingen und viele gute Entscheidungen. Von meinem Rücktritt per 30. September 2020 bitte ich Sie Kenntnis zu nehmen und die geeignete Nachfolge in die Wege zu leiten.

Mit freundlichen Grüssen, Rolf Walther»

*Ratspräsident Dieter Kläy:* Bankrat Rolf Walther, Zürich, ersucht um vorzeitigen Rücktritt per 30. September 2020. Gestützt auf Paragraf 35 und folgende des Gesetzes über die politischen Rechte, hat der Kantonsrat über dieses Rücktrittsgesuch zu entscheiden.

Ich gehe davon aus, dass Sie mit dem Rücktritt einverstanden sind. Das ist der Fall. Der Rücktritt per 30. September 2020 ist genehmigt. Ich beauftrage die zuständigen Stellen, die Nachfolge zu regeln.

*Rücktritt aus der Justizkommission von Andrea Gisler.*

*Ratssekretärin Sylvie Matter verliest das Rücktrittschreiben:* «Hiermit gebe ich Ihnen bekannt, dass ich aus der Justizkommission austrete. Der Rücktritt erfolgt auf den Zeitpunkt meiner Nachfolgeregelung.

Die Arbeit in der Justizkommission gefällt mir sehr, mein Rücktritt erfolgt einzig aus Gründen des Parteienproporz. Wie Anfang der Legislatur festgelegt, stehen der SP in der Justizkommission zwei Sitze zu, die Grünliberalen haben Anspruch auf einen Sitz. Mit dem Übertritt von

Claudia Wyssen zu den Grünliberalen hat sich dieses Zahlenverhältnis verschoben. Mit meinem Rücktritt soll die ursprüngliche Sitzverteilung wiederhergestellt werden.

Freundliche Grüsse, Andrea Gisler»

*Neu eingereichte parlamentarische Vorstösse*

- **Betreuungsgutscheine zur Stärkung des Wirtschaftsstandorts und der Chancengerechtigkeit**

Motion *Corina Gredig (GLP, Zürich)*

- **Mitfinanzierung der familienergänzenden Betreuung im Vorschulbereich durch Kanton und Gemeinden**

Motion *Karin Fehr Thoma (Grüne, Uster)*

- **Steuerabzug der tatsächlichen Kinder-Betreuungskosten**

Motion *Katrin Cometta-Müller (GLP, Winterthur)*

- **Kantonspolizistinnen und -polizisten mit Niederlassungsbewilligung C**

Postulat *Laura Huonker (AL, Zürich)*

- **Alternative Standorte für den Bau eines Fussballstadions ausserhalb der Stadt Zürich**

Postulat *Josef Wiederkehr (CVP, Dietikon)*

- **Gleichbehandlung der Verkehrsträger bei Erhebung und Darstellung der Lärmbelastung**

Postulat *Christian Lucek (SVP, Dänikon)*

- **Langfristige Planung und neue Modelle für den Schulraum des Kantons**

Anfrage *Stefanie Huber (GLP, Dübendorf)*

- **Höhere Strafen bei Gewalt gegen Polizisten und Rettungskräfte**

Anfrage *Jacqueline Hofer (SVP, Dübendorf)*

- **Sabbaticals und Wahlkampf und professorale Nebenverdienste**

Anfrage *Paul von Euw (SVP, Bauma)*

- **Stellen Etat in den Verwaltungen der Zürcher Gemeinden**

Anfrage *Christina Zurfluh Fraefel (SVP, Wädenswil)*

- **Begleit- und Transportkosten von Menschen in stationären Einrichtungen**

Anfrage *Jeannette Büsser (Grüne, Zürich)*

- **Reduktion von Food Waste dank steuerlichem Anreizsystem zum Spenden von überschüssigen Lebensmitteln**  
*Anfrage Sonja Gehrig (GLP, Urdorf)*

Schluss der Sitzung: 17.05 Uhr

Zürich, den 30. September 2019

Die Protokollführerin:  
Daniela-Graziella Jauch

Von der Protokollprüfungskommission der Geschäftsleitung genehmigt am  
21. Oktober 2019.