



3. Sitzung, Montag, 20. Mai 2019, 8.15 Uhr

Vorsitz: Dieter Kläy (*FDP, Winterthur*)

Verhandlungsgegenstände

- 1. Mitteilungen 2**
Antworten auf Anfragen
- 2. Genehmigung der Erneuerungswahl des Spitalrates des Kantonsspitals Winterthur 3**
Antrag des Regierungsrates vom 12. Dezember 2018 und gleichlautender Antrag der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit vom 26. März 2019
Vorlage 5512
- 3. Genehmigung der Erneuerungswahl des Spitalrates des Universitätsspitals Zürich 7**
Antrag des Regierungsrates vom 12. Dezember 2018 und gleichlautender Antrag der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit vom 26. März 2019
Vorlage 5513
- 4. Bedarfsgerechte Akutversorgung: Keine Leistungsaufträge für Überkapazitäten..... 12**
Antrag der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit vom 23. Oktober 2018 zur Parlamentarischen Initiative Kaspar Bütikofer
KR-Nr. 142a/2016
- 5. Umsetzung «ambulant vor stationär» in der psychiatrischen Versorgung 33**
Antrag des Regierungsrates vom 13. Juni 2018 zum Postulat KR-Nr. 198/2015 und gleichlautender Antrag der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit vom 8. Januar 2019

Vorlage 5462

- 6. Rollenkonflikt des Regierungsrates in der Kantonsspital Winterthur AG..... 41**

Interpellation Kaspar Bütikofer (AL, Zürich), Andreas Daurù (SP, Winterthur) und Kathy Steiner (Grüne, Zürich) vom 6. März 2017
 KR-Nr. 63/2017, RRB-Nr. 385/26. April 2017
- 7. Gleichbehandlung von nur grundversicherten Patienten in der Klinik Hirslanden..... 47**

Postulat Daniel Häuptli (GLP, Zürich), Michael Zeugin (GLP, Winterthur) und Andreas Hauri (GLP, Zürich) vom 29. Mai 2017
 KR-Nr. 136/2017, RRB-Nr. 745/23. August 2017
 (Stellungnahme)
- 8. Verschiedenes 60**

Begrüssung einer Delegation der FDP-HUT aus München
 Neu eingereichte parlamentarische Vorstösse

1. Mitteilungen

Geschäftsordnung

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

Antworten auf Anfragen

Ratspräsident Dieter Kläy: Der Regierungsrat hat uns die Antworten auf drei Anfragen zugestellt:

- KR-Nr. 82/2019, Gefährdung der Axpo-Kapitalbasis durch die Axpo-Solutions, vormals Axpo Trading
Cyrill von Planta (GLP, Zürich)
- KR-Nr. 85/2019, Weiss der Kanton mehr?
Martin Farner (FDP, Oberstammheim)
- KR-Nr. 87/2019, PV-Anlage auf Laborgebäude in Reidbach
Thomas Wirth (GLP, Hombrechtikon)

2. Genehmigung der Erneuerungswahl des Spitalrates des Kantonsspitals Winterthur

Antrag des Regierungsrates vom 12. Dezember 2018 und gleichlautender Antrag der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit vom 26. März 2019

Vorlage 5512

Claudio Schmid (SVP, Bülach), Referent der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit (KSSG): Die Kommission beantragt Ihnen einstimmig, die vom Regierungsrat vorgenommene Wahl der Spitalrätinnen und -räte des Kantonsspitals Winterthur (KSW) für die Amtsdauer vom 1. Juli 2019 bis zum 30. Juni 2023 zu genehmigen.

Die Kommission hat die Vorlage an drei Sitzungen beraten. Die designierten Spitalratsmitglieder hatten sich in corpore bei einer Anhörung den Fragen der KSSG zu stellen. Gemäss dem Anforderungsprofil müssen die Spitalratsmitglieder über Kenntnisse in gesundheitspolitischen Fragestellungen und über ein profundes Verständnis der betriebswirtschaftlichen Zusammenhänge sowie der strategischen und finanziellen Unternehmensführung verfügen. Sämtliche bisherigen Spitalratsmitglieder treten zur Wiederwahl an, wodurch die Kontinuität in der Zusammenarbeit des obersten Führungsgremiums gewährleistet ist.

Namens der Kommission beantrage ich Ihnen somit, der Wahlgenehmigung jedes einzelnen Spitalratsmitglieds zuzustimmen. Besten Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Andreas Daurù (SP, Winterthur): Sehr geehrte Frau Gesundheitsdirektorin (*Regierungsrätin Natalie Rickli*), ich wünsche Ihnen einen guten Start.

Aufgrund des Beginns einer neuen Legislatur des Spitalrates des KSW muss dessen Wahl durch den Regierungsrat nun vom Kantonsrat genehmigt werden. Der gesamte Spitalrat hat sich im Rahmen einer Kommissionssitzung nochmals kurz vorgestellt beziehungsweise über die Ziele und Herausforderungen der letzten Legislatur berichtet und sich den Fragen der Kommission gestellt. Alle bisherigen Spitalratsmitglieder treten erneut für eine nächste Legislatur an. Vor kurzem haben wir hier im Rat die Wahl von Frau Bettina Huber als Nachfolgerin von Kurt Roth als Gemeindevertreterin bestätigt sowie ebenfalls in der zu Ende gehenden Legislatur Herrn Andreas Diesslin als Fachmann im Bereich

«Immobilien und Bauten» als neuen Spitalrat gewählt beziehungsweise dessen Wahl genehmigt.

Vonseiten SP sind wir der Meinung, der Spitalrat des KSW sei in dieser nun aktuellen Zusammensetzung gut aufgestellt. Die Zusammenarbeit läuft ebenfalls gut. Die SP wird somit die Wahl aller Spitalratsmitglieder unter der Leitung des Präsidenten, Herrn Franz Studer, genehmigen und dankt dem gesamten Gremium an dieser Stelle für seine Arbeit im Interesse des KSW und der entsprechenden Gesundheitsversorgung der Bevölkerung in dessen Einzugsgebiet.

Linda Camenisch (FDP, Wallisellen): Auch wir von der FDP stimmen dieser Gesamterneuerungswahl des Spitalrates des Kantonsspitals Winterthur zu. Ich möchte auch besonders erwähnen, dass sich dieses Vorgehen mit dem Austausch in der KSSG aus unserer Sicht sehr bewährt, und zwar für beide Seiten. Wir können einander persönlich kennen lernen, uns gegenseitig auch bereits Fragen stellen und so einen besseren Eindruck von der jeweiligen Arbeit in diesem Zusammenhang bekommen. Denn gerade im Bereich des Gesundheitswesens und der Spitäler werden grosse und auch schwierige Aufgaben auf uns zukommen. In diesem Sinne stimmen wir dieser Erneuerungswahl sämtlicher Mitglieder zu. Und auch wir wünschen Ihnen allen viel Freude und Erfolg bei dieser sehr verantwortungsvollen Aufgabe. Danke.

Daniel Häuptli (GLP, Zürich): Wir werden dem Vorschlag der Regierung für die Erneuerungswahl des Spitalrates des KSW zustimmen. Ich werde das Votum sehr kurz halten, was dahingehend interpretiert werden darf, dass es keine kritischen oder unglücklichen Aspekte beim Vorschlag der Regierung gibt. Wir wünschen dem Gremium eine erfolgreiche Zusammenarbeit.

Kathy Steiner (Grüne, Zürich): Ich möchte nicht zu jeder einzelnen Person für den Spitalrat sprechen, sondern ich habe etwas Grundsätzliches zu sagen: Es hat sich Erfreuliches getan bei den Wahlen in die Spitalräte der kantonalen Spitäler. Bis letzte Legislatur war der Kantonsrat in dieser Sache mehr oder weniger ein Abnickergremium. Wir bekamen den Vorschlag des Regierungsrates und konnten nur zum Gesamtpaket Ja oder Nein sagen. So sind mehrfach Mitglieder eines Spitalrates wiedergewählt worden, obwohl sie ihren Job nicht immer ganz zur Zufriedenheit erfüllt haben. Ein ganzes Gremium wegen eines Mitglieds abstrafen, wollte dann jeweils doch niemand. Bei den neuen Gesetzen fürs

USZ (*Universitätsspital Zürich*) und das KSW haben wir dann endlich erreicht, dass jetzt der Kantonsrat die Mitglieder der Spitalräte einzeln genehmigen kann. Die Folge dieser Einzelgenehmigung ist, dass immer alle Kandidierenden vorgängig zur Wahl in die KSSG eingeladen werden. Diese Neuerung hat sich sehr bewährt, und ich erachte ein solches direktes Kennenlernen von Spitalrat und Parlament für beide Seiten als wichtig und sehr wertvoll.

Und es gibt noch weitere erfreuliche Entwicklungen: Noch vor vier Jahren wurde vom Regierungsrat für beide Spitäler je ein Wahlvorschlag mit genau zwei Frauen präsentiert. Geschlechterquoten sind hier ja so was von verpönt. Gleichzeitig beobachte ich aber, dass die härteste Quote die ungeschriebene Quote ist, die sich in vielen Köpfen einzementiert hat. Es ist allenthalben akzeptiert, dass zwei Frauen in einem Siebnergremium absolut ausreichend sind. Zwei Siebtel ist in meinen Augen diejenige Quote, die sich am hartnäckigsten hält. Jetzt liegen uns aber zwei Wahlvorschläge mit je drei Frauen vor; immer noch keine ausgeglichene Vertretung, aber die Richtung, die stimmt. Erfreulich ist, wie dieser höhere Frauenanteil erreicht worden ist: Lange Jahre wurden geeignete und bestens ausgewiesene Fachleute direkt angefragt und eingeladen, sich für die Wahl in den Spitalrat zur Verfügung zu stellen. Auf unsere Nachfragen, weshalb unter diesen Fachleuten immer deutlich mehr Männer waren, kam jeweils die Antwort, dass leider zu wenig geeignete Fachfrauen gefunden werden konnten, auch weil diese weniger Interesse an solchen Mandaten hätten. Für die letzten Ergänzungswahlen gab es nun endlich, endlich eine öffentliche Ausschreibung der Spitalratssitze, und es zeigte sich, dass durchaus auch Frauen Interesse an einem Einsitz in Spitalräte haben, und zwar genauso geeignete und bestens ausgewiesene Fachfrauen. In diesem Sinne sehen wir eine gute Entwicklung und wir werden diese auch weiterhin einfordern.

Und jetzt zum Wahlvorschlag: Die beiden Spitalräte für KSW und USZ sind breit und kompetent zusammengesetzt, weshalb wir beide gerne genehmigen.

Mark Anthony Wisskirchen (EVP, Kloten): Das Kantonsspital ist eine Anstalt des kantonalen öffentlichen Rechts mit eigener Rechtspersönlichkeit. Somit hat der Regierungsrat bereits im Dezember 2018 die Mitglieder der neuen Führungscrew, des Spitalrates, gewählt. Das KSW hat diese, wie wir das schon gehört haben, mit seinem bewährten Vorgehen und mehreren Prozessschritten geprüft respektive wir haben Anhörungen gehabt und unsere Beurteilungen ausgetauscht. Persönlich

bin ich aber überzeugt, dass mit der Wahl der bisherigen Spitalratsmitglieder, die fast alle wieder antreten, und mit nur zwei Neumitgliedern in ihrem strategischen Führungsgremium dem Kantonsspital Winterthur die nötige Kontinuität und Ruhe in ihrer strategischen Arbeit verliehen wird.

Die EVP wünscht also der alten neuen Führungscrew den nötigen Weitblick, eine gute Personalpolitik und kollegialen sachlichen Umgang in ihrem strategischen Gremium zum Wohl des KSW und seiner Patienten. Die EVP genehmigt die Erneuerungswahl. Besten Dank.

Kaspar Bütikofer (AL, Zürich): Die Alternative Liste AL wird der Erneuerung des Spitalrates für das Kantonsspital Winterthur zustimmen. Wir haben den Spitalrat in die Kommission eingeladen und speziell die neuen Mitglieder angehört. Es gibt keinen Grund, gegen diese Wahl zu sein. Der neue Spitalrat wird bezüglich der fachlichen Kompetenzen ein ausgewogenes Gremium sein. Es sind die Medizin, die Pflege, die Architektur, die Kommunikation und auch die Region Winterthur in diesem Spitalrat gut vertreten. Handlungsbedarf sehen wir jedoch noch bei der Geschlechterquote: Wir haben fünf Männer und nur drei Frauen, hier gibt es für die Zukunft noch einiges zu tun. Ich wünsche dem alten und neuen Spitalrat viel Erfolg und viel Erfüllung in seiner Tätigkeit. Besten Dank.

Regierungsrätin Natalie Rickli: Ich freue mich sehr, den heutigen Morgen mit Ihnen verbringen zu dürfen. Die vielen Vorstösse zur Gesundheitspolitik haben mich in kurzer Zeit in diese wichtigen Themen einarbeiten lassen. Es freut mich, dass wir gleich beim ersten Geschäft einer Meinung sind. Ich bin froh, dürfen wir für das Kantonsspital Winterthur auf eine eingespielte Mannschaft zählen. Auf Ende dieser Legislatur scheidet der bisherige Gemeindevertreter Kurt Roth aus Wiesendangen aus. Im Namen des Regierungsrates danke ich Herrn Roth für die geleistete Arbeit und wünsche ihm alles Gute. Die Gemeindenaufnahme konnte mit Bettina Huber, Gemeinderätin aus Wiesendangen, bereits geregelt werden. Ihre Wahl wurde von Ihnen im März dieses Jahres genehmigt. Sie und die übrigen bisherigen Spitalratsmitglieder haben sich zur Wiederwahl gestellt und der Regierungsrat hat entsprechend Beschluss gefasst. Ich empfehle Ihnen Genehmigung.

Eintreten

ist beschlossen, nachdem kein anderer Antrag gestellt worden ist.

Detailberatung

Titel und Ingress

I. und II.

Schlussabstimmung

Der Kantonsrat beschliesst mit 167 : 0 Stimmen (bei 0 Enthaltungen), der Vorlage 5512 zuzustimmen und die Erneuerungswahl des Spitalrates des Kantonsspitals Winterthur zu genehmigen.

Ratspräsident Dieter Kläy: Ich gratuliere den Gewählten und wünsche viel Erfolg.

Das Geschäft ist erledigt.

3. Genehmigung der Erneuerungswahl des Spitalrates des Universitätsspitals Zürich

Antrag des Regierungsrates vom 12. Dezember 2018 und gleichlautender Antrag der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit vom 26. März 2019

Vorlage 5513

Claudio Schmid (SVP, Bülach), Referent der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit (KSSG): Die Kommission beantragt Ihnen auch bei diesem Geschäft einstimmig, die vom Regierungsrat vorgenommene Wahl der Spitalrätinnen und -räte des Universitätsspitals Zürich (USZ) für die Amtsdauer vom 1. Juli 2019 bis zum 30. Juni 2023 zu genehmigen.

Die Kommission hat die Vorlage an drei Sitzungen beraten. Die designierten Spitalratsmitglieder mussten sich ebenfalls in corpore in einer Anhörung den Fragen der KSSG stellen. Zwei der sieben bisherigen Spitalratsmitglieder treten nicht mehr zur Wiederwahl an. Das Rekrutierungsverfahren für deren Nachfolge wurde von einem externen Beratungsunternehmen durchgeführt. Insbesondere auch die beiden designierten neuen Spitalrätinnen haben im Gespräch mit der Kommission einen sehr guten Eindruck hinterlassen.

Namens der Kommission beantrage ich Ihnen, der Wahlgenehmigung jedes einzelnen Spitalratsmitglieds zuzustimmen.

Esther Straub (SP, Zürich): Wir bestätigen gerne die Wahl des bewährten und mit zwei kompetenten Frauen ergänzten Spitalrates und bedanken uns bei dieser Gelegenheit auch herzlich bei den bisherigen Spitalräten für ihre gewissenhafte Arbeit. Dass sich bei der Erneuerung der Vakanzen die Gesundheitsdirektion nach unserer deutlichen Kritik diesmal für ein offenes und extern durchgeführtes Verfahren entschieden hat, nehmen wir erfreut zur Kenntnis. Es konnten denn mit Frau Regula Lüthi und Frau Franziska Mattes auch zwei hochqualifizierte und breit abgestützte neue Spitalratsmitglieder gewonnen werden. Von den sieben Spitalratsmitgliedern sind nun neu immerhin drei Frauen. Auch fachlich ist die Zusammensetzung des Gremiums ausgewogen, davon konnten wir uns im direkten Gespräch überzeugen. Wir wünschen dem neuen Gremium viel Freude bei der Arbeit und hoffen auf eine gute Zusammenarbeit.

Linda Camenisch (FDP, Wallisellen): Meine Worte beim KSW (*Kantonsspital Winterthur, vorangehendes Traktandum*) treffen auch beim USZ zu. Auch hier hatten wir in der KSSG einen sehr lebendigen und interessanten Informationsaustausch mit den neuen und mit den bewährten Spitalräten. Es hat sich auch gezeigt, dass wir so nicht nur die neuen Mitglieder kennenlernen, sondern auch die bewährten Mitglieder besser kennenlernen können. Und ich denke, jedes Mal, wenn wir so ein Treffen haben, gewinnen auch sie von uns einen erweiterten Eindruck. Das ist sehr wichtig, auch in diesem Zusammenhang, da wir in diesem Bereich in dieser Legislatur besonders gefordert sein werden. Darum ist ein solcher Austausch eminent wichtig für das gegenseitige bessere Verstehen.

Die FDP stimmt der Erneuerungswahl für das USZ im Gesamten zu, jedem einzelnen Mitglied, und auch ich wünsche allen viel Erfolg und Freude bei dieser verantwortungsvollen Aufgabe und wünsche Ihnen auch ein gutes Händchen in der gesamten Planung. Vielen Dank.

Daniel Häuptli (GLP, Zürich): Auch hier haben wir keine kritischen oder unglücklichen Aspekte beim Vorschlag der Regierung und werden diesem Vorschlag zustimmen. Wir wünschen dem Gremium eine erfolgreiche Zusammenarbeit.

Lorenz Schmid (CVP, Männedorf): Der Prozess der Genehmigung wurde bereits gelobt. Ich glaube, er ist wirklich hervorragend. Er widerspiegelt die Prinzipien der Governance. Sie sind gestärkt, der Spitalrat ist auch gegenüber der Regierung gestärkt, weil er durch die Genehmigung durch den Kantonsrat eine gewisse Unabhängigkeit genießt. Wir wissen, dass wir unsere Institutionen, die wir verselbstständigt haben, über Personen steuern können und über die Eigentümerstrategie. Wir bestätigen ausdrücklich den ganzen Spitalrat und sind erfreut über die Frauenquote, die nun doch ein bisschen ins Lot gekommen ist.

Habe ich beim Geschäft zur Genehmigung der Wahl der Spitalräte KSW noch geschwiegen, schweige ich jetzt nicht, denn ich habe – und das ist eben dieses Governance-Prinzip – klare Fragen an den Spitalrat, die ich auch anlässlich einer KSSG-Sitzung beantwortet haben möchte. Es geht um die Strategie des Universitätsspitals mit dem Willen, sich jetzt auch in Regionalspitäler einzukaufen. Das ist ein Phänomen, das strategischer Natur ist, das natürlich auch über diese Personen, über den Spitalrat, eingeleitet wurde. Dadurch, dass wir den Spitalrat genehmigen, wollen wir diesem auch Fragen zu den Governance-Prinzipien stellen und uns mit dieser Strategie einig erklären oder diesen Prozess über Gesetzesinterventionen stoppen. Deshalb mein Antrag an der KSSG-Sitzung morgen, zwar an die Kommission und nicht an die Regierung, weil uns in diesem Sinne ja die Genehmigung gegeben ist und wir über die Genehmigung eben auch die personelle Zusammensetzung steuern können. Ich danke für den Vorschlag, Frau Regierungsrätin, wir werden die Genehmigung vornehmen.

Mark Anthony Wisskirchen (EVP, Kloten): In der vergangenen Amtsperiode waren zwei Rücktritte aus dem Spitalrat zu verzeichnen. An ihre Stelle wurden bereits 2018 Andreas Tobler und Annette Lenzlinger als neue Spitalratsmitglieder gewählt und durch den Kantonsrat bereits bestätigt. Auf die neue Amtsperiode hin treten also die beiden bisherigen Spitalratsmitglieder Arnold Bachmann und Monika Urfer nicht mehr zur Wahl an. Die restlichen Mitglieder, inklusive des Präsidenten, sowie zwei neue Spitalratsmitglieder sind vom Regierungsrat gewählt worden.

Die KSSG hat auch hier nach bewährtem Prinzip die Kandidatinnen und Kandidaten geprüft und ich kann Ihnen auch hier verraten: Die EVP genehmigt natürlich die Erneuerungswahl. Dennoch erlaube ich mir, ein paar kritische Worte – nicht unbedingt zur Wahl – anzumerken: Persönlich erhoffe ich mir natürlich mit der teilweisen Neubesetzung im

Spitalrat, dass das USZ wieder zu einer nachvollziehbaren Strategie und Führungsposition zurückfinden wird. Die Negativschlagzeilen sind eines renommierten Universitätsspitals nicht unbedingt würdig. Eine selbstkritische Betrachtungsweise der Betroffenen und der Spitalführung würde wahrscheinlich die Glaubwürdigkeit des USZ positiv unterstützen. Eine diesbezügliche noch transparentere und offensivere Kommunikation gegenüber der Öffentlichkeit, aber auch gegenüber dem Kantonsrat, im Speziellen der Kommission, wäre da sicher lobenswert.

Die EVP wünscht aber der Führungscrew des USZ in ihrer neuen, herausfordernden Amtszeit die nötige Weitsicht und alles Gute für eine weiterhin möglichst erfolgreiche Spitalführung zugunsten ihres gesamten Spitals, ihrer Personalpolitik und eben auch ihrer Patientinnen und Patienten. Die EVP, wie gesagt, genehmigt diese Erneuerungswahl.

Kaspar Bütikofer (AL, Zürich): Die Alternative Liste AL wird auch dieser Erneuerungswahl des Spitalrates für das Universitätsspital zustimmen. Wie beim KSW (*Kantonsspital Winterthur*) hat die Kommission auch hier den neuen Spitalrat eingeladen und insbesondere die neuen Mitglieder angehört. Begrüssenswert ist, dass die beiden Vakanzen mit zwei Frauen besetzt werden, zwei Frauen, die einerseits aus dem Pflegebereich kommen, sich aber in Betriebswirtschaft und in Personalführung weiterqualifiziert haben. Ich kann es hier vorwegnehmen: Frau Franziska Mattes und Frau Regula Lüthi haben in der Kommission überzeugt. Begrüssenswert ist weiter, dass wir mit vier Männern und drei Frauen eine annähernd ausgeglichene Geschlechterquote haben. Hier wurden die Hausaufgaben erledigt. Erfreulich ist weiter – und das ist nicht selbstverständlich –, dass kein Mitglied im Spitalrat über 70 Jahre alt ist. Schliesslich möchte auch ich hier meine Verwunderung darüber zum Ausdruck bringen – ähnlich, wie das Lorenz Schmid gemacht hat –, dass das Unispital sich im Spital Männedorf einkauft. Ich glaube nicht, dass es die Aufgabe eines Universitätsspitals ist, kriselnden Regionalspitälern zu Hilfe zu kommen. Ich wünsche dennoch den neuen Spitalratsmitgliedern viel Erfolg und Spass in ihrer Tätigkeit.

Regierungsrätin Natalie Rickli: Seit Jahren wird das Universitätsspital von einem kompetenten Spitalrat geführt. Der Regierungsrat ist dankbar, dass sich von den bisherigen sieben Mitgliedern fünf zur Wiederwahl stellen, zwei haben nach langjähriger Mitarbeit ihren Austritt er-

klärt. Der Regierungsrat spricht diesen beiden, dem Bündner Spitaldirektor Arnold Bachmann, und der Pflegeexpertin Monika Urfer, ein grosses Dankeschön für ihre wertvolle Arbeit aus.

Die beiden vom Regierungsrat neu gewählten Mitglieder, Frau Franziska Mattes und Frau Regula Lüthi, werden sie kompetent ersetzen. Ich wünsche ihnen alles Gute und beantrage Ihnen, die Wahl zu genehmigen.

Noch an Lorenz Schmid, der ja gesagt hat, er möchte dann die Diskussion bezüglich Beteiligungen mit dem Spitalrat führen: Das ist selbstverständlich gut. Ich kann Ihnen aber sagen, dass der Regierungsrat hier natürlich auch mitreden wird, weil diese Beteiligungen ja vom Regierungsrat genehmigt werden müssen.

Eintreten

ist beschlossen, nachdem kein anderer Antrag gestellt worden ist.

Detailberatung

Titel und Ingress

I. und II.

Keine Bemerkungen; genehmigt.

Schlussabstimmung

Der Kantonsrat beschliesst mit 160 : 0 Stimmen (bei 0 Enthaltungen), der Vorlage 5513 zuzustimmen und die Erneuerungswahl des Spitalrates des Universitätsspitals Zürich zu genehmigen.

Ratspräsident Dieter Kläy: Ich gratuliere den Gewählten ganz herzlich und wünsche ihnen viel Erfolg.

Das Geschäft ist erledigt.

4. Bedarfsgerechte Akutversorgung: Keine Leistungsaufträge für Überkapazitäten

Antrag der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit vom 23. Oktober 2018 zur Parlamentarischen Initiative Kaspar Bütikofer KR-Nr. 142a/2016

Claudio Schmid (SVP, Bülach), Referent der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit (KSSG): Die KSSG beantragt Ihnen mit 8 zu 7 Stimmen, der geänderten parlamentarischen Initiative von Kaspar Bütikofer und damit der Änderung des Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetzes zuzustimmen.

In aller Kürze zur Ausgangslage: Mit der Revision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) von 2007 wurden die Kantone verpflichtet, ihre gesetzlichen Vorgaben für die Spitalplanung und -finanzierung zu überarbeiten. So verlangt das neue KVG unter anderem, die freie Spitalwahl für grundversicherte Patientinnen und Patienten zu gewährleisten, ein Finanzierungssystem mit leistungsbezogenen Pauschalen für alle Listenspitäler einzuführen und die Spitalplanung auf den Versorgungsbedarf für Zusatzversicherte auszudehnen.

Für die Kommissionsmehrheit ist entscheidend, dass bei den Spitälern ein besonderer Markt besteht, bei dem das Leistungsangebot über die Nachfrage entscheidet. Deshalb besteht die Gefahr, dass Überkapazitäten zu einer Mengenausweitung und Überversorgung führen können. Und es ist die Mengenausweitung, die einer der grossen Kostentreiber im Gesundheitswesen darstellt. Gemäss einer Studie des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums OBSAN von 2008 ist jede dritte Operation überflüssig.

Die Spitalversorgung ist ein durch das KVG regulierter Markt. Damit eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftliche medizinische Versorgung garantiert werden kann, sind die Kantone angehalten, eine koordinierte und bedarfsgerechte Spitalplanung vorzunehmen. Mit der Spitalplanung sollen kantonsübergreifend Überkapazitäten eliminiert und einer kostspieligen Mengenausweitung vorgebeugt werden.

Laut einer Umfrage der NZZ von Ende 2015 bei den Zürcher Listenspitälern sollen bis 2023 über 2,5 Milliarden Franken in die kantonale Spitalinfrastruktur investiert werden. Dabei wird die Kapazität um rund 400 Betten oder 9 Prozent erhöht. Hinzu kommt noch das Grossprojekt «Berthold» im Hochschulquartier, bei welchem alleine für das Universitätsspital Zürich 2,1 Milliarden Franken vorgesehen sind.

Bereits heute bestehen nach Ansicht der Kommissionsmehrheit Überkapazitäten: Die durchschnittliche Auslastung der Zürcher Spitäler liegt bei 78 Prozent. Werden weitere 400 Betten hinzugerechnet, so käme der durchschnittliche Leerstand auf schätzungsweise einen Drittel der Spitalkapazitäten.

Die Spitalplanung 2012 rechnete bis 2020 mit einer moderaten Zunahme der Patientenzahlen dank einer Verkürzung der Aufenthaltsdauer mit konstanten Pflegetagen. Trotz Bevölkerungszunahme und Alterung prognostizierte die Gesundheitsdirektion infolge des medizinischen Fortschrittes und der Einführung der Fallpauschalen keinen zusätzlichen Kapazitätsbedarf für die Zürcher Spitäler.

Die Kantone sind gemäss KVG verpflichtet, nur Spitäler zuzulassen, die einer kantonalen Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung entsprechen. Diese Vorgabe ist in Paragraph 6 Absatz 1 litera a des SPFG (*Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetz*) stipuliert, wonach Leistungsaufträge an Spitäler vergeben werden, die für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung erforderlich sind.

Der heutige Absatz 2, wonach über den Bedarf hinausgehende Leistungsaufträge erteilt werden können, steht für die Kommissionsmehrheit im Widerspruch zum Bundesauftrag. Die Streichung dieser Bestimmung ist ein kleiner Schritt in die richtige Richtung. Der Passus im Gesetz ist überflüssig, kam er doch bisher nie zur Anwendung und soll gemäss den Ausführungen der Gesundheitsdirektion auch bei der Spitalplanung 2022 nicht angewendet werden.

Die Kommissionsminderheit lehnt die parlamentarische Initiative aus grundsätzlichen Überlegungen ab. Im Kanton Zürich erfolgte der Paradigmenwechsel mit dem 2012 in Kraft getretenen Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetz. Insbesondere wurde die damalige Bettenplanung durch eine Planung ersetzt, welche sich an den Leistungen orientiert. Die Bedarfsplanung stellt die Patientenversorgung unter Berücksichtigung künftiger Entwicklungen sicher.

Der Spitalplatz Zürich ist wegen seiner Zentrumsfunktion und insbesondere auch wegen seines hochspezialisierten Angebots überdurchschnittlich attraktiv. Die Gesundheitsdirektion geht bis 2025 von 42'000 zusätzlichen inner- und ausserkantonalen stationären Patientinnen und Patienten aus. Dafür sind etwa 400 zusätzliche Betten bei einer Erhöhung des Auslastungsgrads von heute 80 Prozent auf 85 Prozent erforderlich. Der im Gesundheitsversorgungsbericht 2016 ausgewiesene stetige Anstieg ausserkantonomer Patientinnen und Patienten – er beträgt derzeit jährlich 5 Prozent – dürfte weitergehen. Prognostiziert wird für

2025 ein Anteil an ausserkantonalen Patientinnen und Patienten von über 20 Prozent.

Für die Kommissionsmehrheit ist die Erhöhung der Bettenkapazitäten angesichts dieser Zahlen moderat und plausibel. Die Spitalwahlfreiheit muss weiterhin gewährleistet sein. An die medizinische Behandlung und deren Qualität werden hohe Erwartungen gestellt und ein Spital muss durch Effizienzsteigerungen seine betrieblichen Abläufe verbessern können. All dies erfordert Reservekapazitäten, die über das absolute Minimum hinausgehen.

Das bereits erwähnte hohe Investitionsvolumen der Spitäler in den kommenden Jahren hat nebst dem Anstieg der Patientenzahlen noch andere Gründe: Viele Spitalbauten stammen aus den 1960er und 1970er Jahren. Deren Einrichtungen lassen keinen effizienten Betrieb mehr zu und entsprechen nicht mehr den Bedürfnissen der modernen Medizin.

Im Rahmen der KVG-Revision erfolgte auch bei der Spitalfinanzierung ein Systemwechsel. Die wichtigste Änderung bestand darin, dass vom bisherigen Kostenabgeltungsprinzip zur Leistungsabgeltung umgestellt wurde. Seither wird den Spitälern ein im Voraus definierter Preis pro Behandlung – die sogenannte Fallpauschale – auf der Basis eines Benchmarkings der Fallkosten bezahlt. In diesem Preis sind auch die Investitionen enthalten. Es werden keine Betten, sondern Leistungen bezahlt.

Als letztes Element der Umsetzung der KVG-Revisionsziele 2007 dient die nach medizinischen Leistungsgruppen gegliederte Spitalliste. Leistungsaufträge werden an diejenigen Spitäler erteilt, die für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung erforderlich sind und mit denen die Planungsziele bestmöglich verwirklicht werden können. Die Spitalliste wird regelmässig überprüft.

Mit den drei Elementen Bedarfsplanung, Fallpauschalen und Spitalliste fördert das SPFG den Wettbewerb durch transparente Leistungen beziehungsweise Angebote. Damit einher geht auch eine Qualitätssteigerung. Durch die gleiche Abgeltung gleicher Leistungen und den Preismassstab «effizientes und kostengünstiges Spital» entsteht zudem ein Druck auf die Preise.

Die Kommissionsminderheit spricht sich in Bezug auf das Kernanliegen der parlamentarischen Initiative dagegen aus, die Möglichkeit aufzuheben, dass über den Bedarf hinausgehende Leistungsaufträge zur Wettbewerbsförderung erteilt werden können. Zwar dürften nach enger Auslegung des KVG grundsätzlich nur so viele Leistungserbringer berücksichtigt werden, wie zur Deckung des ermittelten Bedarfs nötig

sind. Damit würde jedoch das Versorgungssystem zementiert und neue Anbieter wären von vornherein ausgeschlossen. Um die Innovationsbereitschaft zu erhalten und eine qualitätssteigernde und kostensenkende Konkurrenz zu fördern, wurde mit Paragraf 6 Absatz 2 SPFG die Voraussetzung geschaffen, um ausnahmsweise über den eigentlichen Bedarf hinausgehende Leistungsaufträge erteilen zu können.

Ein gegenüber der Konkurrenz wirtschaftlich günstiger arbeitender neuer Leistungserbringer könnte letztlich auch dazu beitragen, die Fallpauschalen zu senken. Obschon es bisher keinen Anwendungsfall zu dieser Bestimmung gibt und gemäss den Ausführungen der Gesundheitsdirektion in der Kommission auch bei der Spitalplanung 2022 voraussichtlich nicht davon Gebrauch gemacht werden soll, wird diese Möglichkeit als sinnvoll erachtet.

Seit dem Abschluss der Kommissionsberatungen im letzten Herbst konnte einiges zur Spitallandschaft in den Medien gelesen werden: Bei den Spitälern in Uster und Wetzikon ist eine Fusion geplant. Im März gab der Zürcher Stadtrat die neue Strategie zu seinen beiden defizitären Stadtspitälern (*Triemli und Waid*) bekannt. Und das Spital in Affoltern am Albis könnte sich nach der gestrigen Abstimmung ebenfalls in eine ungewisse Zukunft entwickeln. Und nicht zuletzt sind auch in den Spitälern der Hirslanden-Gruppe Sparprogramme am Laufen. Meine Kommissionskolleginnen und -kollegen werden in der Debatte sicher auch noch darauf zu sprechen kommen.

Namens der Kommission bitte ich Sie daher, der geänderten parlamentarischen Initiative und somit der Änderung im Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetz zuzustimmen.

Benjamin Fischer (SVP, Volketswil): Sie haben mich hier ja zum Präsidenten der KSSG gewählt für diese Legislatur. Ich werde also in Zukunft nicht mehr im Namen der SVP sprechen, aber für heute hat die Kommission beschlossen, dass noch der ehemalige Präsident für die Kommission spricht. Also werde ich heute wahrscheinlich zum letzten Mal bei diesen Themen für die SVP sprechen. Ich hoffe, das sorgt nicht für allzu viel Irritation.

Die Spitalplanung ist ein Dauerthema, und wir wissen es: Mit dem KVG und dem Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetz – ich hätte fast sagen wollen «haben wir ein neues System», aber neu ist es ja mittlerweile auch nicht mehr, auch wenn da und dort noch einige Kinderkrankheiten auszumachen sind –, mit dieser neuen Spitalplanung und -finanzierung haben wir die WZW-Kriterien, die Institutionen müssen sich an

Wirkung, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit orientieren. Und sie sind auf der anderen Seite einem Wettbewerb ausgesetzt. Die Patienten haben seit 2012 die freie Spitalwahl, können Ärzte und Kliniken selber auswählen. Ich weiss, dieser Wettbewerb und diese freie Spitalwahl, das ist auch eine etwas ideologische Debatte; wir haben sie hier drin und auch in der Kommission schon häufig geführt. Und selbstverständlich ist mir bewusst, dass der Wettbewerb im Gesundheitswesen ein besonderer ist. Es ist ein besonderer Markt, wie viele andere aber auch und von daher auch wieder nicht so besonders.

Mit dieser PI würde nun die Gesundheitsdirektion verpflichtet, nur noch Leistungsaufträge zu vergeben, welche den erwarteten Bedarf decken. Die freie Spitalwahl würde somit empfindlich eingeschränkt. In Zukunft könnten Patienten nicht mehr frei entscheiden, wo sie sich behandeln lassen wollen, sondern einzig das freie Bett entscheidet. Aktuell ist – wir haben es gehört – in Paragraph 6 Absatz 2 eine Kann-Formulierung massgebend. Das heisst, zur Förderung des Wettbewerbs können über den Bedarf hinausgehende Leistungsaufträge erteilt werden. Das ist auch notwendig, weil wir eben in einem solch speziellen Markt sind, wo einerseits eine Spitalplanung gemacht wird, andererseits aber auch ein Wettbewerb angestrebt wird. Dann muss natürlich ein gewisser Spielraum vorhanden sein. Ansonsten müssen wir den Wettbewerbsgedanken ganz abschaffen, ganz streichen. Wenn Sie das wollen, dann braucht es grundlegende Änderungen, dann aber auch auf Bundesebene im KVG.

Wir haben Vertrauen in die Regierung und insbesondere natürlich in die neue Regierungsrätin (*Natalie Rickli*), dass sie diesen Spielraum in der Spitalplanung auch weise nutzt. Nicht nur mittels Spitalplanung, sondern auch über die Mindestfallzahlen kann die Politik Einfluss nehmen, das haben wir auch in der letzten Legislatur gesehen. Die aktuellsten Entwicklungen in der Spitallandschaft stimmen uns zuversichtlich, dass die Institutionen ebenfalls weise genug sind, oder sagen wir, einen gewissen Lernfortschritt machen, dass dieses Wetttrüsten am Ende für niemanden gut sein wird. Claudio Schmid hat es erwähnt, die Verhandlungen zwischen den Spitälern Uster und Wetzikon sind hier zum Beispiel sehr positiv zu erwähnen. Es gibt die Möglichkeit von Kooperationen, von Fusionen für mehr Konzentration. Das ist also auch innerhalb des Wettbewerbs möglich, die Wettbewerbsteilnehmer verhalten sich durchaus rational.

Lassen Sie die Regierung ihre Arbeit in der Spitalplanung machen, auch wenn ich Verständnis habe für das Vorgehen gegen Überkapazität, für

ein gewisses Unbehagen von der linken Seite. Ich habe Verständnis dafür, aber lassen Sie nun die Regierung ihre Arbeit machen. Würde diese PI angenommen, würde der Handlungsspielraum für eine vernünftige Spitalplanung sehr stark eingeschränkt. Das wollen wir nicht und wir sind auch nach wie vor für die freie Spitalwahl.

Aus diesen Gründen lehnt die SVP-Fraktion diese PI ab. Wir wollen den Wettbewerb und auch weiterhin freie Spitalwahl. Besten Dank.

Andreas Daurù (SP, Winterthur): Ja, in den letzten Jahren sind sie unübersehbar geworden, die unruhigen Bewegungen auf dem sogenannten Spitalmarkt, einige sagen auch «speziellen Spitalmarkt». Die Frage ist: Handelt es sich hier überhaupt um einen Markt? Wir haben eine tiefe Baserate, bei der sich die Spitäler oder einige davon nach der Decke strecken müssen. Wir haben einen künstlich angetriebenen Wettbewerb, der eben nicht wirklich einer ist, mit wenig bis keiner Steuerung, bei dem nicht zuletzt einige Spitäler ums Überleben kämpfen müssen. Gestern gab es zum Beispiel eine entsprechende Abstimmung über ein solches Spital. Wiederum andere bauen aus und versuchen, sich mit vorgelagerten Ambulatorien und sogenannten Kleineingriff-Satelliten, beispielsweise in Einkaufszentren und im Flughafen irgendwie am Leben zu erhalten oder Patienten entsprechend früh zu generieren. Das Ziel bei diesen Spitälern ist es, die Auslastung zu erhöhen, gute Risiken beziehungsweise ökonomisch attraktive Diagnosen zu behandeln und so das weitere Bestehen zu sichern oder je nachdem Gewinn zu erwirtschaften, der erneut in den Angebotsausbau investiert werden kann oder gegebenenfalls, bei einem privaten Listenspital (*gemeint ist die Klinik Hirslanden*), dann in die Taschen eines südafrikanischen Konzerns fließt. Die Konsequenz daraus ist ein umgekehrter Markt, bei dem das Leistungsangebot über die Nachfrage entscheidet. Sie können sich vorstellen, was das heisst, wir haben es schon gehört: Es geht um Überversorgung, bei der mittlerweile laut OBSAN-Schätzung 30 Prozent der Eingriffe überflüssig sind. Bis 2023 soll aber noch weiter investiert werden. Und ich rede hier nicht vom Projekt «Berthold» und dem USZ (*Universitätsspital*), bei welchem ja durchaus unbestritten ist, dass es nötig ist. In den letzten fünf Jahren steigerten die Listenspitäler zwar laut Gesundheitsdirektion ihre Belegung auf durchschnittlich 79 Prozent, von 75 Prozent im Jahr 2012. Aber wenn wir dazu die vorhin genannte, durch Fehlanreize verursachte Überversorgung anschauen, darf man davon ausgehen, dass diese Steigerung der Auslastung nicht primär dem Bevölkerungswachstum oder dem demokratischen Wandel geschuldet ist, sondern einfach den falschen Anreizen.

Ein kleiner Lichtblick am Himmel – auch das haben wir hier schon gehört – sind die aktuell angedachten Pläne einiger Spitäler, sich nun langsam doch in Richtung Kooperation zu begeben, gemeinsam zu planen und über das unmittelbare geografische Umfeld hinaus zu denken, Stichwort: Spitäler Uster/Wetzikon, die Stadtspitäler oder aber auch letztthin die Kooperation Männedorf und USZ, die angedacht ist. Es besteht die Frage: Braucht es wirklich noch überall eine 24-Stunden-365-Notfallstation? Müssen wirklich alle Eingriffe überall möglich sein? Und so weiter. Dies würde in die Richtung «Kooperation statt Konkurrenz» gehen, was wir vonseiten SP seit langem fordern. Eine Verbundlösung, wie sie die SP ebenfalls gefordert hat, wäre auch eine Möglichkeit gewesen, hier entsprechend vorzugehen.

Nun haben wir eine zweite Chance mit dieser PI. Wir stehen vor der neuen Spitalplanung, diese muss nun endlich nicht nur «Planung» im Namen haben, sondern eben auch in der Umsetzung. Wir haben – und das ist überraschend und erfreulich – vom abgetretenen Gesundheitsdirektor (*Altregierungsrat Thomas Heiniger*) eine Revision des SPFG zur Vernehmlassung erhalten. Wir von der SP sind mehrheitlich begeistert von dieser Revision. Leider aber geht der neue Entwurf bei Paragraph 6 Absatz 2, über den wir heute sprechen, zu wenig weit. Helfen wir darum hier der neuen Gesundheitsdirektorin bei der entsprechenden Bedarfsplanung und streichen wir schon jetzt den überflüssigen Absatz 2 des Paragraphen 6 – raus damit! Wenn wir endlich die Prämienlast der Bevölkerung nicht nur über die IPV (*Individuelle Prämienverbilligung*) beheben wollen – und das höre ich ja immer wieder in diesem Rat, dass man bei den Gesundheitskosten ansetzen soll, und nicht immer nur die Individuelle Prämienverbilligung anheben –, dann müssen Sie jetzt das Kostenwachstum im Gesundheitswesen ohne Qualitätseinbussen in den Griff bekommen. Und damit können wir zum Beispiel beginnen, indem wir diesen Absatz 2 in Paragraph 6 streichen. Wir brauchen keinen künstlich erzeugten Wettbewerb, wir brauchen eine funktionierende Spitalversorgung. Streichen wir diesen Absatz 2.

Astrid Furrer (FDP, Wädenswil): Die FDP hat diese PI nicht vorläufig unterstützt und wir bleiben bei dieser Haltung, wie Sie sehen. Die FDP ist überzeugt, dass mit einem Konkurrenzverbot – denn darum geht es, wenn man den Absatz 2 aufhebt – eine Überversorgung, sofern sie denn überhaupt besteht, nicht reduziert wird. Denn bekanntlich haben wir ja eine Leistungsplanung und keine Bettenplanung mehr. Wir bedauern, wenn diese PI im Rat durchkommt, und so sieht es ja im Moment aus.

Wir sind überzeugt und warnen davor: Wir erweisen der Gesundheitsversorgung im Kanton einen Bärendienst, wenn diese PI angenommen wird. Die behaupteten Überkapazitäten bei den Betten haben nämlich nicht den Einfluss auf Überbehandlungen, wie die Initianten uns weismachen wollen. Es sind die Fehlanreize im gesamten Gesundheitssystem, die zu einer ungesunden Mengenausweitung führen. Wird die PI umgesetzt, dann heisst das nichts anderes, als dass ein Anbieter seine Alleinposition für immer und ewig behält, da die Gesundheitsdirektion keinem anderen, der vielleicht sogar besser und billiger ist, einen Leistungsauftrag erteilen kann. Andere Anbieter, die diese Leistung erbringen wollen, haben dann gar keinen Zugang und gar keine Chance mehr, diese Leistung auch erbringen zu dürfen. Wir hatten ja eben gerade letzthin den wahrscheinlich ersten Anwendungsfall – das wurde bisher unterschlagen –, und zwar bei der Geschichte mit der Knochentumorchirurgie, wo der Balgrist (*Universitätsklinik Balgrist*) alleiniger Leistungsnehmer war und dann das USZ auch einen Leistungsauftrag bekommen hat. Denn das Problem ist ja – was heisst Problem, es ist einfach so –, dass die Leistungen an eine Institution gebunden sind und nicht an eine Person. Und wenn jetzt die Person halt von diesem Spital weggeht in ein anderes, ja, was macht man dann? Dann ist es doch wichtig, dass man einer anderen Institution diesen Leistungsauftrag geben kann. Zudem wird das Thema im Spitalfinanzierungsgesetz, das sich derzeit in der Vernehmlassung befindet, ja aufgegriffen, und zwar in einem erweiterten Kontext. Dort steht auch wortwörtlich – und das wird den Initianten sicher gefallen –, dass die Sicherung der Gesundheitsversorgung und die Vergabe von Leistungsaufträgen eine Aufgabe sei, bei der nicht primär marktwirtschaftliche, sondern humanitäre Gesichtspunkte gelten sollten.

Die FDP findet, dieses Thema und diese PI sollte man unter dem neuen Aspekt des neuen Spitalplanungsfinanzierungsgesetzes anschauen, in der Kommission betrachten und darüber beraten. Es braucht das Gesamtbild. Wir lehnen also die PI weiterhin ab.

Daniel Häuptli (GLP, Zürich): Im jüngsten Zeitungsinterview wird unser ehemaliger Gesundheitsdirektor mit der Aussage zitiert, dass im Kanton Zürich eine Spitalüberkapazität vorhanden ist und dass das ein Fehler ist. Ich schätze diese Transparenz und Ehrlichkeit unseres ehemaligen Gesundheitsdirektors, und mit dieser Aussage sind wir schon einen wichtigen Schritt weiter. Wie oft haben wir nämlich hier drin gehört, wie gut das Zürcher Gesundheitswesen hinsichtlich Wirtschaft-

lichkeit dasteht, basierend auf einem Benchmarking mit anderen Kantonen. Das Benchmarking, also der Vergleich mit anderen Kantonen, ist irrelevant, wenn ungebremster Kostenanstieg in allen Kantonen ein gravierendes ungelöstes Problem darstellt.

Wir werden dieser PI zustimmen, vor allem weil es den Paragraphen 6 Absatz 2 im Gesetz nicht braucht. Die wettbewerblichen Elemente funktionieren auch ohne Überkapazität. Oder hat jemand das Gefühl, bei Spitälern werde je in sozialdarwinistischer Weise ein «Survival of the Fittest» stattfinden, also dass die am wenigsten wettbewerbsfähigen oder die am wenigsten aufgesuchten Spitäler nicht überleben werden und sich die Überkapazität dann korrigieren wird?

Neben einigen hoch problematischen Aspekten eines solchen Verständnisses möchte ich mit Hinweis auf aktuelle Beispiele in unserem Kanton behaupten, dass in der Realität Spitäler nie aus wirtschaftlichen Gründen von der Trägerschaft zugemacht werden. Und da ist auch in Ordnung so, ich komme später nochmals darauf zurück. Man könnte vielleicht behaupten, es benötige für gewisse Behandlungsmethoden eine Überkapazität, damit sie mindestens an zwei Spitälern durchgeführt werden können und ein Vergleich möglich ist. Vergleiche sind aber auch ohne Überkapazität möglich, man muss nur über die Kantongrenze schauen.

Der zweite und auch wichtige Grund, wieso wir der PI zustimmen, ist unsere Erwartungshaltung an die Revision der Spitalliste. Die Regierung muss mit der Spitalliste eine Grundlage schaffen, welche Überkapazitäten vermeidet. Reservekapazitäten für ausserordentliche Ereignisse sind keine Überkapazität, um das sicherheitshalber zu klären. Und diese PI anzunehmen, heisst auch nicht, dass kein Bett mehr frei sein darf, Benjamin Fischer, das ist doch ein zu vereinfachtes Bild. In unserem Kanton haben wir aktuell zu viele Spitäler, und das ist hochproblematisch. Es befeuert unnötige Behandlungen und Operationen. Für Patienten ist das ungesund und mit tieferer Lebensqualität verbunden. Es kostet uns enorm viel. Spitäler sind einer der grössten Ausgabenposten in unserem Staatshaushalt und es kommen noch die Krankenkassenprämien hinzu, die jeder privat zahlt. Eine von der Spitalliste aufgeblähte Spitallandschaft führt auch dazu, dass die Politik mit Pflasterlipolitik die Auswüchse stoppen will oder muss; «ambulant vor stationär», «Peer Reviews», das ist immer mit administrativen Aufwand für Spitäler und Personal verbunden. Das raubt Zeit, die für die wichtigen Arbeiten am Patienten. Solche flankierenden Massnahmen würde es nicht oder in weniger starkem Ausmass benötigen, wenn die Grundlagen des Ge-

sundheitswesens vernünftig wären. Dazu zählt eine monistische Finanzierung – wir kommen bei einem nächsten Traktandum darauf zurück – und eben auch eine Spitalliste, die Überkapazitäten im Ausmass wie heute gar nicht ermöglicht.

Unsere neue Gesundheitsdirektorin hat eine Direktion übernommen, in welcher das Stellen wichtiger Weichen ansteht. Spitäler zu schliessen macht nicht beliebt und ist für die politische Karriere riskant. Trotzdem hoffe ich, dass unsere Gesundheitsdirektorin den Mut hat, die Spitalliste dahingehend zu revidieren, dass entweder weniger Listenspitäler einen Auftrag erhalten oder, falls zweckmässig, die Listenspitäler weniger umfangreiche Leistungsaufträge haben als heute und sich spezialisieren. Es gilt hierbei auch die Planung mit anderen Kantonen zu berücksichtigen und eine Zusammenarbeit mit anderen Kantonen zu suchen, wie der Expertenbericht des Bundesrates empfiehlt. Und vor dem Hintergrund von «ambulant vor stationär» sowie der relativ aggressiven Expansion mehrerer Listenspitäler mit Ambulatorien an neuen Standorten, zum Beispiel in Einkaufszentren, gilt es auch die ambulante Kapazität mit zu berücksichtigen. Andere Kantone nutzen den Zulassungsstopp stärker als der Kanton Zürich. Das alles ist unumgänglich, um die Überkapazität loszuwerden.

Die Streichung des Paragraphen alleine wird dies nicht ermöglichen, ist aber ein erster kleiner, wichtiger Schritt.

Kathy Steiner (Grüne, Zürich): Für uns kommt diese PI gerade zur richtigen Zeit. Jetzt läuft die Evaluation der Spitäler für die neue Spitalplanung 2022. Und hier sind wir sehr gespannt auf die neue Führung in der Gesundheitsdirektion, wobei der letzte Gesundheitsdirektor, nachdem er zwölf Jahre im Amt war, ganz am Schluss, so wie Daniel Häuptli das gesagt hat, eingestanden hat, dass wir eine Überkapazität haben. Liebe Astrid Furrer, das ist nicht eine linke Behauptung, sondern die Gesundheitsdirektion ist selber zu diesem Schluss gekommen. Die bestehende Spitalliste durfte wegen Planungs- und Rechtssicherheit der Listenspitäler bisher ja nicht angerührt werden. Umso wichtiger also, dass jetzt endlich, da die Spitalliste neu gemacht wird, klare und transparente Kriterien für die Ausgestaltung der Liste geschaffen werden. Jahrelang hat das Mantra des letzten Gesundheitsdirektors ja gelautet, dass er keine Mengensteuerung machen wolle. Zwar sieht das Bundesgesetz vor, dass die Kantone die Spitalversorgung bedarfsgerecht gestalten müssen. Aber der Kanton Zürich fand es immer besser, sich in seinem eigenen Gesetz einen Freipass zu geben. In Zürich werden weit über den

Bedarf hinaus Spitalbetten gebaut, das geht immer noch so weiter. Claudio Schmid hat es am Anfang deutlich gesagt, er hat uns die eindrücklichen Zahlen des geplanten Ausbaus und auch die tiefe Auslastung der Spitalbetten jetzt überall geschildert. Das kommt uns teuer zu stehen: zuerst die Bevölkerung der Spitalgemeinden, dann die Prämienzahlenden und dann auch noch die Steuerzahlenden des Kantons. Das sind aber dreimal die gleichen Leute. Wir zahlen dreifach an eine politisch gewollte Überversorgung, das geht nicht. Und jetzt wird angeführt, dass eine Reserve bei den Spitalbetten nötig sei, um die Wahlfreiheit zu gewährleisten, oder für besondere Ereignisse. Die Spitäler dürfen nicht zu 100 Prozent ausgelastet sein, sonst wäre die Wahlfreiheit gefährdet. Darum geht es aber gar nicht. Eine Reserve ist nötig, und das wissen wir. Aber Benjamin Fischer, du kennst auch die kantonale Bedarfsplanung der Gesundheitsdirektion, in der KSSG schauen wir sie jeweils an. In der Bedarfsplanung gibt es schon eine Reserve, denn die Bedarfsplanung geht davon aus, dass die Wahlfreiheit gewährleistet sein muss. Also umso falscher ist es jetzt zu behaupten, dass Absatz 2 noch einmal irgendetwas mit Reservekapazität zu tun habe. Die Reservekapazität ist in der Bedarfsplanung drin, und diese bestreitet niemand. Es geht aber nicht an, die gleiche Reserve mehrfach anzuführen. In der normalen Bedarfsplanung ist sie schon drin und dort gehört sie richtigerweise auch hin. Paragraf 6 Absatz 2 dient also nicht der Reserve, es ist nur ein einziger Freipass für ein Laissez-faire in der Spitalplanung. Das geht für mich überhaupt nicht auf, Spitalplanung heisst nun einmal Planen. Die Gesundheitskosten dürfen nicht einfach weiterwachsen wie bisher. Da stehen auch die Kantone in der Pflicht und das geht über die Spitalplanung. Die Gesundheitsdirektion hat hier in all den Jahren die Verantwortung nicht wahrgenommen.

Die Entwicklung der Spitallandschaft im Kanton Zürich ist ziemlich ungewiss. Wir haben das jetzt in Affoltern gesehen, wir sehen das in Wetzikon und Uster, jetzt die Kooperation des Universitätsspitals mit Männedorf. Kantonsweit ist es eine unüberschaubare Entwicklung. Ich weiss nicht, wer die Entwicklung im Auge hat und wer die Entwicklung steuert. Überall passiert etwas. Was passiert oder was das Ziel dieser Entwicklung ist, das ist ziemlich ungewiss. Ich muss sagen, ich wäre froh, wenn hinter der Bereinigung der Spitallandschaft – sie ist nötig, diese Bereinigung – irgendein Plan sichtbar wäre. Hier läuft gerade eine Entwicklung, von der wir das Resultat nicht kennen und teilweise nicht einmal kennen wollen. Das geht nicht. Das erwarte ich jetzt klar von der neuen Gesundheitsdirektorin: Die Ausweitung der Spitalkapazität

muss eingedämmt werden und die Entwicklung muss irgendeinem Plan folgen. Alles andere kommt uns viel zu teuer zu stehen.

Diese PI ist nötig, unterstützen Sie sie bitte.

Lorenz Schmid (CVP, Männedorf): Führen Sie sich vor Augen: Heute bestimmt der Regierungsrat den Bedarf, erteilt Leistungsaufträge und setzt zusätzliche On-the-Top-Leistungsaufträge in den Markt. Und er macht dies nicht, um die Versorgungssicherheit zu garantieren – dies muss er so oder so über die normale Bedarfsabklärung –, sondern er macht dies, um den Markt zu fördern. Unser alter KSSG-Präsident hat ausgeführt, der Markt führe nachher zu einem Druck auf die Preise. Er glaubte, so Angebot und Nachfrage in eine gute Balance zu bringen und den Preis dann über die Senkung der DRG (*Diagnosis Related Groups*) – so muss ich seine Worte interpretieren – zu ermöglichen. Es ist eben so, Claudio Schmid, die DRG werden nicht über den Markt bestimmt. Es ist nicht so, dass der Preis sinkt, wenn viel auf dem Markt ist, wie das in Marktgefügen sonst der Fall wäre, wo keine Sozialversicherungen die Leistungen tragen, weil die DRG-Fallpauschalen auf den Entstehungskosten basieren. So werden sie berechnet. Und wer das nicht wahrhaben will, muss sich einmal mit DRG auseinandersetzen. Ich habe diese Diskussion auch mit den entsprechenden Personen, die die DRG berechnen, geführt. DRG führt nicht zu einer Steuerung des Überangebotes. Da ist nix wegzudiskutieren. Deshalb ist die Vergabe von Leistungsaufträgen über der Nachfrage im Gesundheitswesen, in einem Gesundheitswesen, in dem die Leistungen über Sozialversicherungen, sprich über Krankenkassen getragen werden, ein Unding.

Wir diskutieren hier unter Parlamentarierinnen und Parlamentariern. Ich finde, wir sind extrem resistent gegenüber Einsichten, die der Bundesrat uns in seinem Expertenbericht «Massnahme M20» wirklich auf den Tisch legt, «Angebotsinduzierte Nachfrage reduzieren». Dann hat unser alter Gesundheitsdirektor ebenfalls eine Studie «Sparpotenzial im Gesundheitswesen – Massnahmen und Instrumente zur Beeinflussung der Kostenentwicklung» bei der ZHAW (*Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften*) in Auftrag gegeben. Massnahme M3 «Steuerung Kapazität Spital stationär», Fazit: Die Reduktion der Anzahl Spitäler oder Leistungsaufträge – ich spreche nicht über Spitäler – ist eine einfache Massnahme, sie ist politisch unattraktiv. Das ist das Fazit und wir sprechen immer noch so, als ob keine Expertenmeinungen im Raume stünden. Der alte Gesundheitsdirektor Thomas Heiniger hat selber über Überversorgung berichtet, Christian Schär, der Präsident des

VZK (*Verband Zürcher Krankenhäuser*), spricht von Überkapazität, und jetzt haben wir die Revision des SPFG. Ich bin da nicht so pessimistisch wie Andreas Daurù, er spricht da im Grundsatz von bedarfsgerechter Spitalversorgung. Er macht dann in Paragraf 6 doch noch eine Windung, wie ich sie häufig auch in Voten mache. In Absatz 2, Überangebot, kann bei der Auswahl auf das Kriterium «grösstmöglich gemeinnützige Ausrichtung des Unternehmens» abgestellt werden. Stellen Sie sich vor: Wir machen bewusst eine Überversorgung. Und dann haben wir eine Massnahme und wollen dann nur die gemeinnützigen Institutionen fördern. Also liebe Liberale hier im Saale, wollt ihr das? Das ist nicht liberal. Schaut, es gibt sehr viele Kriterien, die wirklich für bedarfsgerechte und nicht überbedarfsgerechte Spital- und Leistungsaufträge sprechen. Wettbewerb der Qualität, nicht der Quantitäten. Die Quantität wird wachsen, sie ist induziert.

Jetzt noch zu den Voten von Benjamin Fischer und Astrid Furrer: Ihr sprecht darüber, dass die freie Spitalwahl dann wirklich bedroht sei. Leistungsaufträge beinhalten nicht die Anzahl Leistungen – noch nicht. Eine der Massnahmen in diesem Bericht ist dann auch noch degressiv für Überleistungen. Wir sprechen dann also von Rationierung. Wollt ihr diesen Prozess wirklich fördern? Nein, das wollen wir nicht. Leistungsaufträge werden erteilt, und nicht die Anzahl ist definiert. Ein guter Leistungserbringer darf dann also auch seinen Leistungsauftrag mit mehr Operationen fördern und leisten. Und wer sie im Wettbewerb der Qualitäten schlechter erbringt, muss halt auf seinem Leistungsauftrag mit weniger Cases rechnen. Das ist Markt der Qualitäten und der fördert dann halt auch, die Quantität in einem Leistungsauftrag auszubauen. Ich habe überhaupt keine Angst, dass die freie Spitalwahl irgendwie durch das Streichen dieses Absatzes, gefordert mit diesem Vorstoss, zu einer Reduktion der Spitalwahl führt.

Deshalb beantrage ich seitens der CVP, dieser PI zuzustimmen und den Absatz 2 zu streichen. Ich danke.

Mark Anthony Wisskirchen (EVP, Kloten): Die Spitalfinanzierung ist momentan wieder in der Vernehmlassung, aber dennoch: Die PI verlangt ja lediglich, in Paragraf 6 die Streichung von Absatz 2, «Zur Förderung des Wettbewerbs können über den Bedarf hinausgehende Leistungsaufträge erteilt werden.» Diese Streichung schränkt in keinsten Weise den freien Markt ein, so es denn überhaupt einer wäre.

Zum Zeitpunkt des vorbehaltenen Beschlusses lehnte ja die damalige Kommissionsmehrheit die PI aus grundsätzlichen Überlegungen ab. Im

Kanton Zürich fand mit dem neuen Spitalfinanzierungsgesetz 2012 tatsächlich ein Paradigmenwechsel statt. Insbesondere wurde die damalige Bettenplanung durch eine Planung ersetzt, welche sich eben, wie schon oft gehört, an Leistungen zu orientieren hat. Der Regierungsrat verweist in seiner Antwort denn auch darauf, dass der Spitalplatz Zürich aufgrund seiner Zentrumsfunktion und seines hochspezialisierten Angebotes überdurchschnittlich attraktiv sei, und die Gesundheitsdirektion geht bis 2022 von 42'000 zusätzlichen inner- und ausserkantonalen stationären Patienten aus. Dafür wären 400 Betten zusätzlich nötig und die Spitalwahlfreiheit müsste somit weiterhin gewährleistet sein. Ich glaube, diese ist unbestritten. Nur verfolgt der Kanton heute vehement «ambulant vor stationär», was dieser Prognose aus meiner Sicht ziemlich widerspricht, auch einer alten OBSAN-Studie oder einer NZZ-Umfrage, bei den Listenspitälern Ende 2015 durchgeführt, welche bis 2023 Investitionen für Spitalinfrastrukturen von über 2,5 Milliarden Franken vorsieht. Mit diesen Mitteln sollen die rund 400 Mehrbetten oder eine Erhöhung um 10 Prozent erreicht werden. Die bereits heute bestehende Überkapazität liegt bei einer durchschnittlichen Spitalauslastung bei 78 oder 79 Prozent, würde ja somit auf einen Bettenleerstand von über einem Drittel der Spitalkapazitäten anwachsen. Es hat also genügend Betten für alle Patientinnen und Patienten und die freie Spitalwahl bleibt somit definitiv gewährt.

Eine Kommissionsmehrheit, der sich auch die EVP angeschlossen hat, versteht nicht, dass von Gesetzes wegen bewusst Überkapazitäten in der Spitalversorgung und den Leistungsaufträgen vorgesehen werden soll. Der gesetzliche Leistungsauftrag für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung und die Spitalwahlfreiheit wird mit der Streichung von Absatz 2 also nicht gefährdet. Ich finde eher, es sollen im Gegenteil unverhältnismässige und kostentreibende Investitionen in infrastrukturelle Kapazitäten, sprich Bettenausbau, vermieden werden. Es geht lediglich darum, die innerbetrieblichen Abläufe zu optimieren und allenfalls zu sanieren, aber nicht um einen nicht zu finanzierenden Bettenausbau, der schlicht unnötig geworden ist. Die neuere Ausgangslage wird mit einer grossen Konzentration vor allem eben auf ambulant und der Umsetzung der Spitalfinanzierungsgesetzes 2020 eine ganze andere sein. Zudem deckt Paragraph 6 die nötige Flexibilität und Reserven in der Planung genügend ab.

Auch wenn die Argumentationen nicht alle dieselben sind, die EVP stimmt der PI beziehungsweise der Gesetzesänderung zu.

Kaspar Bütikofer (AL, Zürich): Die Alternative Liste wird dieser Gesetzesänderung zustimmen, das dürfte ja auch nicht gross verwundern. Nach zwölf Jahren des Laisser-faire hat sich der abgetretene Gesundheitsdirektor Ende März in der NZZ zitieren lassen: «Der Verschleuderung von Prämien- und Steuergeldern müssen wir entgegenwirken.» Er kommt weiter zum Schluss, dass die Überversorgung im Kanton Zürich Folge der nicht ausgelasteten Bettenkapazitäten sei und dass so der Anreiz gross sei, die Betten zu füllen, was eben nicht nötig sei. Deshalb wolle er die Überversorgung eindämmen. Es ist doch erstaunlich, was hier der alte Gesundheitsdirektor gesagt hat.

In der Tat ist Paragraph 6 Absatz 2 eine Fehlkonstruktion, denn er lässt Überkapazitäten auf der Spitalliste zu. Er argumentiert mit der Förderung eines Wettbewerbs. Doch dieser Absatz ist eine Fehlkonstruktion und systemfremd. Er widerspricht nämlich dem übergeordneten Krankenversicherungsgesetz, das den Kantonen ganz klar vorschreibt, dass sie eine bedarfsgerechte Spitalplanung machen müssen und nur so viele Kapazitäten auf die Spitalliste nehmen dürfen, wie es eben braucht. Das hat auch seinen Grund, denn alle Spitäler, die auf der Liste sind, haben das Anrecht auf Zahlungen durch die Krankenkassen und auch Anrecht auf die Beiträge des Kantons.

Paragraph 6 Absatz 2 ist deshalb ein Feigenblatt, damit der Kanton keine Spitalplanung machen muss. Es ist sehr unerheblich, ob dieser Paragraph je angewendet worden ist oder nicht. Das Problem ist, dass der Kanton keine bedarfsgerechte Spitalplanung gemacht hat und dass der Kanton Zürich weit weg von einer bedarfsgerechten Spitalplanung ist. Das zeigt die durchschnittliche Bettenauslastung im Kanton Zürich. Wir haben hier eine Bettenauslastung von 78 Prozent, das heisst, fast jedes vierte oder fünfte Spitalbett ist überflüssig. Zum selben Schluss kommt auch der Präsident des Verbandes der Zürcher Krankenhäuser: Herr Schär (*Christian Schär*) sagt, dass ein Viertel der Spitalbetten überflüssig sei. So liess er sich im Tages-Anzeiger zitieren. Vielleicht übertreibt er ein bisschen, aber wenn wir in die Zukunft schauen, dann muss man sagen: Er hat bestimmt recht, denn die Spitäler sind weiter am Kapazitäten-Ausbauen. Es wird weiter investiert. Es sollen zusätzlich 400 neue Betten im Kanton Zürich erstellt werden. Dies entspricht einem Zuwachs von etwa 9 Prozent. Die Sache wird noch schlimmer, wenn wir bedenken, dass die Strategie «ambulant vor stationär» zu greifen beginnt, das heisst, es werden weitere Betten überflüssig.

Nun kann man darüber streiten, was dann bedarfsgerecht ist. Experten gehen davon aus, dass eine durchschnittliche Bettenauslastung von

etwa 90 bis 85 Prozent bedarfsgerecht ist, damit genügend Vorhalteleistungen gemacht werden können und damit auch die Spitallandschaft elastisch genug ist, damit ein Wettbewerb unter den Spitälern funktionieren kann. Es geht also hier nicht darum, dass die Spitalwahlfreiheit eingeschränkt werden soll, wie uns das Benjamin Fischer weismachen will. Und es geht schon gar nicht darum, dass hier ein Konkurrenzverbot verhängt werden soll, wie das Astrid Furrer zu glauben meint. Aber es ist nun mal so: Die leeren Betten wollen gefüllt werden. Eine ältere OBSAN-Studie aus dem Jahr 2008 kommt gemäss Referent dieser Studie zum Schluss, dass jede dritte Operation überflüssig ist. Und der Grund ist die Überkapazität in unserer Spitallandschaft. Das Problem ist: Wir haben eben keinen freien Markt, sondern wir haben einen nachfrageinduzierten Markt. Es ist der Anbieter, der mir sagt, was ich konsumieren muss als kranke Person. Da heisst, hier spielt eben kein Markt. Da hat auch unser abgetretener Regierungsrat Thomas Heiniger recht, wenn er hier ein grosses Problem ortet. Es gibt auch eine interessante Studie von Professor Rosemann (*Thomas Rosemann, Professor für Hausarztmedizin an der Universität Zürich*) zum Setzen von Herzkathetern. Er hat das international verglichen und kommt zum Schluss, dass in der Schweiz viel häufiger Herzkatheter gesetzt werden, die es gar nicht braucht. Man macht es einfach, weil man die Kapazitäten, die man hat, auslasten möchte. Und hier haben wir den entscheidenden Kostentreiber: Es sind nicht die Kosten der Behandlungen, die steigen, diese sind relativ stabil. Aber es sind die zusätzlichen Behandlungen, die gar nicht nötig sind, die unsere Kosten steigen lassen, und das spüren wir Jahr für Jahr mit den steigenden Krankenkassenprämien, die wir bezahlen müssen.

Die Streichung des Paragraphen 6 Absatz 2 ist somit ein erster Schritt in die richtige Richtung. Es ist ein Zeichen an die neue Gesundheitsdirektorin, dass sie unbedingt in Zukunft eine Spitalplanung machen muss und dass bei der Spitalliste 2022 nur so viel Kapazitäten auf die Liste kommen, wie es effektiv braucht, und nicht mehr. Dann können wir Kosten sparen.

Stimmen Sie also dieser parlamentarischen Initiative zu und helfen Sie, Kosten bei den Steuern, aber auch bei den Krankenkassenprämien zu sparen. Besten Dank.

Josef Widler (CVP, Zürich): Ob Sie diesen Absatz 2 belassen oder ihn streichen, wird sehr wenig ändern. Sicher ist, dass eine Spitalplanung

vonnöten ist, aber die Rezepte, die hier gegeben werden, greifen etwas kurz.

Beginnen wir bei der OBSAN-Studie: 30 Prozent der Eingriffe sind überflüssig. Der einfache Schluss: Die werden nur gemacht, weil es zu viele Betten gibt. Aber der Alltag lehrt mich etwas anderes. Im Pflegeheim, am Freitagabend, ein Patient, der fast im Sterben liegt oder kurz davor. Es kommt der Sohn oder die Tochter auf Besuch und der Patient wird notfallmässig hospitalisiert. Und sämtliche Eingriffe, die man nun noch machen kann, werden verlangt, und der Patient verstirbt dann glücklich drei Tage später im Spital. Die Idee, dass die Anzahl der Betten einen Einfluss auf die Anzahl dieser Eingriffe hat, ist nicht richtig. Es gibt sicher Eingriffe, die überflüssig sind. Aber einfach zu sagen «Das sind die Direktoren der Spitäler und die Ärzte, die da schuld sind», da muss ich Sie enttäuschen. Die Begehrlichkeiten der Patientinnen und Patienten sind hoch. Das ist das eine. Und der Glaube an das Machbare ist unendlich. Wenn Sie schauen, wie viele Wirbelsäulenoperationen heute durchgeführt werden – gegen den Rat zum Beispiel der Hausärzte –, dann werden Sie sehen: Es sind vor allem die Patienten, die finden, es sei zu viel, alle zwei Tage eine Tablette zu nehmen, man müsse den Schaden beheben. Man glaubt einfach an das Machbare, und das kostet Geld. Die Diskussion, die man jetzt in der Versorgungsforschung angeht, um zu eruieren, was Bedarf und was Bedürfnis ist: Ich meine, das ist eine semantische Frage und wird durch die Bevölkerung beantwortet werden.

Sie sagen, es werde zu viel in die Spitäler investiert, man müsse die Betten beschränken. Sprechen Sie doch mit Ihren Gemeindepräsidenten, die sind ja daran, zu schauen, dass man mehr Spitäler baut respektive gut investiert. In Affoltern hat die Bevölkerung gesagt «Nein, nein, wir wollen das». Wir schauen dann, ob Sie die 100 Millionen bereitstellen. Die Stadt Zürich hat zwei Stadtspitäler. Man will nicht die Kapazitäten reduzieren, sondern das Angebot steigern im Sinne der ambulanten Versorgung. Dem sagt man «Markt». Sie wollen Konkurrenz, Sie wollen Wirtschaft. Mehr Betten bedeutet übrigens eine noch grössere Not beim Pflegepersonal. Sie müssen die Betten betreiben können, wir haben schon heute zu wenige Pflegerinnen und Pfleger. Und wenn Sie jetzt sparen respektive die Leute nicht ins Spital nehmen: Ja, wo sind sie dann? In den Pflegeheimen. Und was haben wir dort für ein Problem? Wir haben zu wenig gut ausgebildetes Personal. Wettbewerb heisst Kosten sparen. Die grössten Kosten sind die Personalkosten. Wollen Sie also auf die Löhne der Pflege drücken? Wollen Sie das? Effizienz heisst, den Patienten schneller abzufertigen. Wollen das die

Patienten? Ich sage Ihnen einfach: Seien Sie vorsichtig mit den einfachen Rezepten. Ob Sie diesen Absatz streichen oder nicht, wird nichts ändern. Das System ist komplex. Wenn Sie an der einen Ecke ziehen, passiert auch an der anderen Ecke etwas. Wir werden in den nächsten Jahren ein Problem mit der Versorgung haben, weil uns nicht die Betten fehlen, sondern das gut ausgebildete Personal.

Also: Machen Sie, was Sie wollen mit dieser PI, das Problem werden Sie so oder so damit nicht lösen.

Jörg Kündig (FDP, Gossau): Ich nutze auch die Gelegenheit, eine Lanze für die aktuelle Gesundheitsversorgung zu brechen. Für diejenigen, die es nicht wissen: Ich bin Präsident des Verwaltungsrates eines Regionalspitals (*GZO Spital Wetzikon*). Wir sprechen über diese regionalen Spitäler und es gibt doch einiges anzufügen, was Kollega Widler bereits angesprochen hat.

Zuerst einmal die Aussagen zum Thema «Investitionen und mehr Betten»: Wir sprechen von 400 Betten mehr. Ich habe noch nirgends gesehen, dass mehr Betten geplant werden. Glauben Sie, dass die Verantwortlichen für Regionalspitäler eine Mengenausweitung in einem für sie defizitären Geschäft angehen? Tatsächlich? Wir haben hier drin in den vergangenen Jahren ambulante Eingriffe bevorzugt. Wir sprechen von mehr ambulanten Behandlungen. Und was wir wissen sollten, wenn wir so etwas tun: Diese Eingriffe sind alle defizitär. Kein Spital wird also die Bettenzahl ausweiten, um mehr ambulante Eingriffe zu machen, weil die wirtschaftliche Komponente hier einfach nicht stimmt. Aber was wir wissen müssen: Viele Spitäler sind noch völlig anders aufgestellt. Bei den Investitionsvorhaben geht es vor allem darum, dass wir die Erneuerung erreichen. Viele Häuser sind 40-, 50-jährig und ich glaube, es geht niemand in ein Spital, das so alt ist. Also Umstellung auf ambulant, Ersatzinvestitionen, das sind die grossen Themen. Und wenn dann Kathy Steiner sagt, es gebe keinen Plan, dann muss ich Ihnen sagen: Sie sind herzlich eingeladen, einmal an unserer Verwaltungsratssitzung teilzunehmen. Tatsächlich ist es so, dass wir uns wirklich auf diese Situation einstellen müssen. Wir versuchen, über Kooperationen die Grundversorgung sicherzustellen und gleichzeitig auch zu erreichen, dass unsere Häuser wettbewerbsfähig sind. Und wenn Sie dann mit Freude zur Kenntnis nehmen, dass das Universitätsspital Jahr für Jahr einen tollen Gewinn ausweist, wenn Sie gleichzeitig zur Kenntnis nehmen, dass das Universitätsspital offensichtlich die Mittel hat, um sich extern an Regionalspitälern zu beteiligen, dann muss

ich sagen: Haben Sie sich schon überlegt, welche Differenzen zwischen dem USZ und den Regionalspitälern bestehen? Da geht es um Fragen der Finanzierung, der Sicherheit. Da geht es um die DRG-Geschichte. Universitätsspitäler und unser Universitätsspital haben deutlich höhere DRG-Werte als wir. Wir sind nicht in der Lage, kostendeckend zu produzieren, wollen aber – und auch ich bin Gemeindepräsident – unsere Bevölkerung adäquat versorgen. Also da gibt es verschiedene Themen, und diese Mengenausweitung, die da heraufbeschworen wird, ist einfach nicht richtig. Niemand will das, sondern wir wollen eine gute Grundversorgung erreichen.

Und zum Schluss nochmals die Frage: Wettbewerb oder nicht? Was passiert, ist tatsächlich, dass wir dem Wettbewerb ausgeliefert sind, zunehmend, indem man nämlich an diesen DRG-Finanzierungen dreht. Und wenn Sie einen Wettbewerb haben, in dem Sie für Ihre Produkte immer weniger erhalten, dann ist das das, was sich mittel- und langfristig abzeichnet, nämlich das Aushungern der einzelnen Einrichtungen, das Verhungern am ausgestreckten Arm. Ich glaube, das ist nicht Idee und Sinn und Zweck dieser ganzen Grundversorgung im Gesundheitswesen. Also seien Sie vorsichtig, wie es Josef Widler gesagt hat, dieses einfache Instrument, das wir da vermeintlich jetzt an die Hand nehmen, das wird die Probleme nicht lösen, aber uns viele Probleme schaffen.

Und vielleicht noch eine letzte Bemerkung: Denken Sie doch an die Krankenkassen. Ich bin dann gespannt, was mit den Krankenkassenprämien passiert, wenn diese Ausweitung, wie Sie sie als Teufel an die Wand malen, tatsächlich verhindert wird – oder zumindest geglaubt wird, sie zu verhindern. Ich glaube, die Krankenkassenprämien werden kein Jota sinken, kein Jota. Wir haben es in anderen Bereichen gesehen und es funktioniert nicht so.

Und den Schluss möchte ich machen mit der Verlagerung in die Spitex-Organisationen: Auch diese werden wir finanzieren müssen. Also stellen Sie sich vor: Irgendwo gibt es einfach eine Verlagerung vom Finanzierer Kanton zum Finanzierer bei den Gemeinden. Und am Schluss ist das Gesundheitswesen gleich wie jetzt, nämlich, wie es auch sein sollte, einfach da für die Bevölkerung. Die PI ist falsch. Danke.

Kathy Steiner (Grüne, Zürich) spricht zum zweiten Mal: Ich möchte nur schnell Jörg Kündig antworten: Ich habe gesagt, es fehle an einer kantonalen Planung, und das haben Sie bestätigt. Sie planen in der Region. Sie beklagen sich, dass Sie am gestreckten Arm verhungern werden. Sie beklagen sich, dass das USZ bessergestellt sei. Genau das braucht es ja:

Ich will eine kantonale geplante Spitallandschaft. Wenn die Gemeinden nur für sich planen, dann ist es nicht so, dass es am Schluss zusammenstimmt.

Regierungsrätin Natalie Rickli: Ich habe die Debatte mit Interesse verfolgt. Es gibt Pro und Kontra für diese parlamentarische Initiative. Ich glaube aber, dass man nicht jetzt die Leitplanken, die Parameter verändern sollte, damit wir jetzt wirklich dieses neue Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetz angehen können, auch die Spitalplanung. Frau Steiner hat es angesprochen, sie wünscht eine kantonale Spitalplanung. Ich werde mich dem annehmen. Ganz generell bin ich am Mich-Einarbeiten in alle Dossiers, in die Themen, in das Gesetz, das Thomas Heiniger ja noch in die Vernehmlassung geschickt hat. Aber mit allem, was Sie heute zu dieser parlamentarischen Initiative oder auch zu folgenden Vorstössen beschliessen, geben Sie mir natürlich nicht die Gelegenheit, mich hier wirklich einzuarbeiten und Ihnen hier auch frei Vorschläge unterbreiten zu können. Dies sicher auch etwas an die Mitteparteien. Dass Grün-Links hier für diese PI ist, ist nach vollziehbar für mich, schliesslich kommt sie auch aus ihren Reihen. Ich kann Ihnen versprechen: Ich werde alle Varianten prüfen. Ich werde auch alle Vorschläge prüfen, alle Pro und Kontras, die ich heute gehört habe, und Ihnen dann auch ein Gesetz vorschlagen.

Es wurde auch schon angesprochen: Mit der KVG-Revision 2012 haben das eidgenössische Parlament und in der Folge auch Sie, der Zürcher Kantonsrat, mit dem SPFG ein starkes Zeichen für eine wettbewerbsorientierte Spitallandschaft gesetzt. Und Wettbewerb bedeutet Konkurrenz, und Konkurrenz bedeutet Effizienz und Qualität. Dass gewisse Überkapazitäten nicht zwangsläufig unnötige Hospitalisierungen und Mehrkosten auslösen, hat ja gerade das Zürcher Steuerungsmodell bewiesen. Fallausweitungen wird mit qualitativen Steuerungselementen, wie beispielsweise «ambulant vor stationär» oder Mindestfallzahlen, begegnet. Und ich möchte Ihnen auch sagen: Die freie Spitalwahl wurde verschiedentlich angesprochen, aber leichte Überkapazitäten dienen nicht nur dem Wettbewerb, sondern sie sind erforderlich, um auch gewisse Patientenschwankungen aufzufangen. Die Möglichkeit dieser moderaten Überkapazitäten ist ein zentrales Element des von Ihnen im Jahr 2012 mit grosser Mehrheit verabschiedeten SPFG. Und richtig ist, dass dieses SPFG als Ganzes, wie ja jedes Gesetz, gelegentlich überprüft wird. Genau das hat Ihnen der Regierungsrat noch in der alten Zusammensetzung auch in Aussicht gestellt und eine Vernehmlassung dazu eröffnet. Auch vor diesem Hintergrund macht es meiner

Meinung nach Sinn, heute hier jetzt nicht einen isolierten Eingriff vorzunehmen, sondern dass Sie mir die Chance und die Gelegenheit geben, Ihnen Vorschläge unterbreiten zu können. Ich habe gehört, es sind Erwartungen an mich formuliert worden, auch Hoffnungen, auch Zeichen, die Sie mir senden wollen, und dass Sie meine Arbeit mit Spannung begleiten. Das freut mich sehr.

In diesem Sinne beantrage ich Ihnen, der PI nicht zu folgen, sie abzulehnen. Ich werde die Argumente aber aufnehmen und wieder auf Sie zukommen. Vielen Dank.

Eintreten

ist beschlossen, nachdem kein anderer Antrag gestellt worden ist.

Detailberatung des Dispositivs

Titel und Ingress

Keine Bemerkungen; genehmigt.

I.

Minderheitsantrag von Astrid Furrer, Linda Camenisch, Benjamin Fischer, Ruth Frei, Nadja Galliker, Lorenz Habicher, Claudio Schmid:

I. Die parlamentarische Initiative KR-Nr. 142/2016 von Kaspar Bütikofer wird abgelehnt.

Abstimmung

Der Kommissionsantrag wird dem Minderheitsantrag von Astrid Furrer gegenübergestellt. Der Kantonsrat beschliesst mit 97 : 73 Stimmen (bei 1 Enthaltung), dem Antrag der Kommission und damit der parlamentarischen Initiative zuzustimmen.

Detailberatung der parlamentarischen Initiative KR-Nr. 142/2016

Titel und Ingress

I.

§ 6

Keine Bemerkungen; genehmigt.

Ratspräsident Dieter Kläy: Somit ist die Vorlage materiell durchberaten. Das Geschäft geht an die Redaktionskommission. Die Redaktionslesung findet in etwa vier Wochen statt. Dann befinden wir auch über Ziffer römisch II der Vorlage und Ziffern römisch II und III des Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetzes.

Das Geschäft ist für heute erledigt.

5. Umsetzung «ambulant vor stationär» in der psychiatrischen Versorgung

Antrag des Regierungsrates vom 13. Juni 2018 zum Postulat KR-Nr. 198/2015 und gleichlautender Antrag der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit vom 8. Januar 2019

Vorlage 5462

Claudio Schmid (SVP, Bülach), Referent der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit (KSSG): Die KSSG beantragt Ihnen einstimmig, das im August 2015 eingereichte Postulat als erledigt abzuschreiben. Darin wurde der Regierungsrat ersucht aufzuzeigen, wie er beabsichtigt, die in der «Vision Psychiatrie» festgehaltene Devise «ambulant vor stationär» in der psychiatrischen Versorgung konkret umzusetzen. Weiter soll der Regierungsrat aufzeigen, welche konzeptionellen und finanziellen Bestrebungen diesbezüglich geplant beziehungsweise in der Umsetzung sind.

Der Regierungsrat beleuchtet in seinem Bericht vom 13. Juni 2018 unter anderem das ambulante Angebot im Kanton Zürich, inklusive Tages- und Nachtkliniken, und die Massnahmen des Kantons zur Förderung der spitalgebundenen ambulanten Versorgung. Weiter äussert er sich in der Weisung zu innovativen Versorgungsmodellen bei der PUK (*Psychiatrische Universitätsklinik*) und der ipw (*Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland*).

In seinem Fazit hält der Regierungsrat unter anderem fest, dass der Kanton grosse Anstrengungen unternommen hat, die Finanzierungssituation der ambulanten Angebote zu verbessern. Das Thema «ambulant

vor stationär» in der Psychiatrie wird auch im Rahmen der Spitalplanung 2022 in Bezug auf die Förderung zeitgemässer Versorgungsangebote und hinsichtlich der Steuerung und Finanzierung von Ambulatorien sowie von Tages- und Nachtkliniken thematisiert werden.

Die Abschreibung des Postulates war in der Kommission unbestritten. In der Kommissionsdebatte wurde seitens der Gesundheitsdirektion unter anderem dargelegt, dass die rechtlichen Auseinandersetzungen bezüglich der Tarife für Tages- und Nachtkliniken dazu geführt hätten, dass jetzt auch Versicherer die Angebote zum Teil mitfinanzierten. Namentlich die CSS, Helsana, KPT und Sanitas, die im Verband Curafutura zusammengeschlossen sind, anerkennen den Nutzen teilstationärer Angebote und dadurch die Entlastung der teureren stationären Angebote. Andere Krankenkassen stellen sich weiter auf den Standpunkt, dass es sich um freiwillige Leistungen handelt.

Im Rahmen von Paragraf 11 SPFG (*Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetz*) subventioniert der Kanton spitalambulante Ambulatorien, Tages- und Nachtkliniken sowie innovative Versorgungsmodelle. Dabei ist seit 2015 eine stetige Zunahme zu verzeichnen. Im letzten Jahr wurden Subventionen von gesamthaft 30,4 Millionen Franken ausgerichtet. Für dieses Jahr sind in der Finanzplanung total 41,5 Millionen Franken eingestellt.

Namens der Kommission beantrage ich Ihnen, der Postulatsabschreibung zuzustimmen.

Andreas Daurù (SP, Winterthur): Wir danken dem Regierungsrat für die Beantwortung des Postulates. Im Bericht der Gesundheitsdirektion auf dieses Postulat ist insbesondere eine leider nicht sehr erfreuliche Tatsache zu erkennen: Für eine ambulante beziehungsweise teilstationäre sogenannte intermediäre psychiatrische Versorgung besteht zum aktuellen Zeitpunkt keine wirkliche Rechtsgrundlage. Das erklärt unter anderem auch, warum diese Art der Versorgung von Menschen in psychischen Krisen vielfach ungenügend finanziert ist. Schliessungen von Tageskliniken in den letzten Jahren lassen grüssen. Das kann es nicht sein, denn «ambulant vor stationär» ist nicht nur günstiger, nein, die teilstationäre Behandlung wäre auch vielfach patientenorientierter und effizienter.

Die Tarifproblematik ist also der hauptsächliche Bremsklotz, dass wir nicht mehr intermediäre Angebote im Kanton Zürich in der Psychiatrie haben. Hier erachte ich es demnach als äusserst wichtig, dass die Ge-

sundheitsdirektion in der GDK (*Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren*) und beim nationalen Parlament auf diese Problematik aufmerksam macht und sich für eine entsprechende Revision der Tarifpolitik einsetzt. Denn der TARMED (*Tarifsystem für medizinische Leistungen*) ist zu wenig und TARPSY (*Tarifsystem für psychiatrische Leistungen*) fördert ungleich den stationären Bereich der Psychiatrie. Trotzdem sind andere Kantone bezüglich Aufbau und Angebot von solchen intermediären Angeboten, wie zum Beispiel ein sogenanntes Home-Treatment, teilweise weiter als der Kanton Zürich. Hier möchte ich betonen, dass allein die fehlende Rechtsgrundlage also nicht abschliessend als Grund herbeigeholt werden darf, dass wir hier hinterherhinken. Bis wir nämlich so weit sind, dass endlich eine sinnvolle Tarifstruktur vorhanden ist, soll, ja muss die Regierung die entsprechenden gemeinwirtschaftlichen Leistungen erhöhen. Es darf nicht zu weiteren Schliessungen von Tageskliniken kommen, denn eine ungenügende Behandlung von Menschen in psychischen Krisen, welche notabene immer weiter zunehmen, kommt uns, die Allgemeinheit, sonst teuer zu stehen; nicht nur finanziell, sondern auch gesellschaftlich. Wir werden hier vonseiten SP ein Auge darauf haben.

Wir danken der Gesundheitsdirektion für die Beantwortung des Postulats und stimmen der Abschreibung zu.

Astrid Furrer (FDP, Wädenswil): Der ambulante Bereich in der Psychiatrie hat einen sehr wichtigen Stellenwert in der Behandlung psychischer Krankheiten. Es werden aber noch immer zu viele Patienten stationär behandelt, und das, weil der ambulante und teilambulante Bereich ungenügend finanziert wird. Das Problem dabei ist, dass in der Psychiatrie auch soziale Aspekte berücksichtigt werden müssen, «Sozialpsychiatrie» ist hier das Stichwort. Dieser Einbezug wird von den Krankenkassen nicht bezahlt. Auch die intermediären Angebote, also solche zwischen ambulant und stationär, weisen eine Finanzierungslücke auf und werden daher von den Institutionen zu wenig angeboten. Denn sie machen ein Defizit, wenn sie das tun. Diese Angebote leben also vom Goodwill der Politik, indem sie mit Subventionen gefüttert werden müssen, damit sie überhaupt angeboten werden können. Die TARMED-Gelder reichen nicht.

Es gibt deshalb nach wie vor Fehlanreize, indem psychiatrische Patienten stationär versorgt werden, obwohl es nicht nötig wäre. Beispiel Sanatorium Kilchberg: Es musste ein ambulantes Angebot für Gerontopsychiatrie schliessen und schuf dafür mehr stationäre Plätze, um die

Patienten behandeln zu können. Das darf nicht sein und es ist unwürdig. Es ist nicht nur für die Patienten und deren Umfeld schlecht, es kostet den Staat auch mehr, als nötig wäre.

Immerhin, der Handlungsbedarf wurde von der Regierung erkannt. Die Subventionen – wir haben es vom Expräsidenten der Kommission gehört – für nicht finanzierte, aber notwendige Behandlungsmethoden wurden aufgestockt. In der Psychiatrie sind jetzt im Budget 2019 31 Millionen Franken eingestellt. Das ist gut und bietet der absurden Situation etwas Paroli.

Der Bericht zum Postulat zeigt gut auf, was getan wird. Die Regierung hat die Notwendigkeit erkannt, hier vorwärts zu schreiten. Die Postulanten sind mit dem Bericht zufrieden. Wir sind es auch und schreiben ab.

Daniel Häuptli (GLP, Zürich): Dieses Postulat ist wichtig. Es ist doch bemerkenswert, dass in der Psychiatrie eine weitgehend unbestrittene Finanzierungslücke und damit auch eine Versorgungslücke bei Angeboten besteht, die zwischen den Kategorien «ambulant» und «stationär» sind. Im Gegensatz zur Akutsomatik ist die Abgrenzung in der Psychiatrie zwischen ambulant und stationär nicht eindeutig. Immerhin unterstützen gewisse Versicherungsgruppen nachtklinische Angebote zum Beispiel freiwillig. Trotzdem ist die Situation nicht ganz befriedigend. Der Gesundheitsdirektion möchte ich für den Bericht und damit die zusätzliche Transparenz im Bericht danken. Ich bin gespannt, wie die Ankündigungen hinsichtlich besserer Versorgungsangebote, der Weiterentwicklung von Ambulatorien, Tages- und Nachtkliniken und einer verbesserten Behandlungskette sich im Rahmen der Spitalplanung 2022 konkretisieren werden. Damit stimmen wir dem Antrag der Regierung auf Abschreibung des Postulates zu.

Kathy Steiner (Grüne, Zürich): Ich glaube, alle kennen die Vorteile von «ambulant vor stationär» auch in der psychiatrischen Behandlung. Es verbessert oftmals die soziale und psychische Situation der Betroffenen, aber es ist auch aus der finanziellen Perspektive vorteilhaft.

Aus Sicht der Leistungsanbieter gilt dies aber leider nicht. Es gilt nur, wenn man das gesamthaft anschaut. Leistungen für eine integrierte und differenzierte psychiatrische Versorgung sind von der KVG-Finanzierung leider ausgeschlossen. Und genau wegen dieser Finanzierungslücke sind schon mehrere ambulante Angebote im Kanton Zürich

wieder geschlossen worden. Das Sanatorium Kilchberg, wie schon Astrid Furrer erwähnt, hat die geriatrische Abteilung und die Tagesklinik geschlossen, und auch die Clenia-Gruppe, das Sozialpsychiatrische Ambulatorium und die Tagesklinik in Männedorf.

Wenn die Regierung ihre Ziele der letzten Legislatur ernst nimmt, dann muss sie jetzt dafür sorgen, dass die entstandenen Lücken wieder geschlossen werden. Wir anerkennen, dass hier PUK und ipw schon einiges machen, aber auch deren finanziellen und personellen Ressourcen sind eng. Und es ist so – wir haben die Zahlen bekommen, wie viele Behandlungen gemacht worden sind –, es ist eine sinkende Tendenz spürbar. Die Gelder sind zwar gleichgeblieben, aber die Patientinnen und Patienten und die Behandlungstage haben abgenommen. Uns ist es wichtig, dass die Entwicklung in die richtige Richtung läuft, nämlich in die andere: Es muss einen Ausbau des Angebotes geben. Denn heute ist die Situation so, dass die Leute wieder stationär aufgenommen werden und die Betten für andere Patientinnen und Patienten blockieren, sodass immer wieder Patientinnen und Patienten nicht aufgenommen werden können.

Wir wollen diese Entwicklung beobachten und verfolgen können und haben deshalb in der KSSG den Antrag gestellt, dass auch die Zahlen über die ambulanten psychiatrischen Angebote zukünftig in den Bericht zur Gesundheitsversorgung explizit aufgenommen werden. Das ist die Bitte an die neue Gesundheitsdirektorin (*Regierungsrätin Natalie Rickli*) – eine Bitte mehr –, dies auch zu tun. Wir müssen diese Entwicklung im Auge behalten. Es geht nicht, dass immer gesagt wird, das brauche es nicht, die Entwicklung läuft im Moment falsch.

Wir unterstützen die Abschreibung des Postulates, aber wir werden die Entwicklung weiterverfolgen.

Lorenz Schmid (CVP, Männedorf): Wir haben von der Regierung eine wunderbare Auslegeordnung bekommen, herzlichen Dank. Sie zeigt, dass wir hier in der kantonalen Ohnmacht sind. Das Problem ist tarifär und muss auf nationaler Ebene kuriert werden. Das stellt auch der Bericht der Experten, auf die ich mich berufe, wieder einmal fest. Die Massnahme N26 besagt: Die Aufnahme ambulanter Pauschalen, sogenannter One-Day- oder Zero-Night-DRGs in die Tarifstruktur auch im TARPSY zur Abgeltung spitalambulanter tagesklinischer Fälle in den Spitälern und Kliniken wird dazu führen, dass «ambulant vor stationär» wieder erbracht wird. Es gibt also auch von Experten diese Empfehlung, hier braucht es einen tarifären Eingriff.

Vier Bemerkungen: Die kantonalen Subventionen stellen eigentlich eine Umgehung des KVG dar, sie sind nicht richtig. Subventionen sind willkürlich, zweite Bemerkung. Dritte Bemerkung: Interessanterweise hat sich die Curafutura der Tarif-Suisse-Organisation wieder als innovativer erwiesen, dies mal einfach als Ruf- und Imageförderung für die Curafutura. Und viertens, ich komme zur Bitte an die Gesundheitsdirektion: Es gibt kein Interesse im nationalen Parlament, diese tarifäre Struktur zu ändern. Sie liegt im Interesse der GDK. Und die GDK muss intervenieren, nur schon, um die Entlastung der kantonalen Staatskasse, die unter Subventionen ja belastet wird, zu fördern. Frau Regierungsrätin, dies meine Bitte an Sie.

Mark Anthony Wisskirchen (EVP, Kloten): Wir danken dem alten Gesundheitsdirektor (*Altregierungsrat Thomas Heiniger*) und der gesamten Verwaltung für ihren Bericht. Denn der Regierungsrat hat mit seinem Bericht wirklich differenziert aufzeigen können, dass er die Anliegen der Postulanten auch erkannt hat. In seiner Präsentation konnte er plausibel machen, dass der Kanton auch gewillt ist, Massnahmen zur Förderung ambulanter Versorgung, zur Verbesserung des Angebotes für die Patienten und zur Entlastung von stationären Bereichen voranzutreiben. Auf die Forderungen der Postulanten nach gesetzlich verankerten Massnahmen, Berücksichtigung der KVG-Leistungen für Tages- und Nachtkliniken und die Förderung innovativer Versorgungsmodelle und desgleichen Weiteres, tritt der Regierungsrat tatsächlich ein. Auch hat er in der Finanzplanung entsprechende Budgets eingestellt, allerdings lediglich Subventionsbeiträge.

Die fehlende gesetzliche und Finanzierungslücke soll also geschlossen werden, das ist sicher ein Hauptpunkt. In der Erwachsenen-, Kinder- und Jugend- sowie Alterspsychiatrie in den kantonalen Institutionen der PUK oder ipw werden innovative Versorgungsmodelle, wie beispielsweise aufsuchende Angebote, sogenanntes Home-Treatment, oder für akut psychisch erkrankte Patientinnen und Patienten etwa Fachstellen und Ambulatorien in acht Regionen des Kantons für psychiatrische und psychologische Abklärungen oder aufsuchende gerontopsychiatrische Diagnosen und Therapiedienste angeboten. So weit, so gut. Einige dieser Angebote werden aber eben über Subventionen vom Kanton finanziell unterstützt. Und hier wird erwartet, dass Tarife diese Subventionen ablösen. Im regierungsrätlichen Fazit wird auch versprochen, dass, einhergehend mit der Spitalplanung, die Massnahmen weiterentwickelt werden, um zeitgemässe Versorgungsangebote auch wirklich zu fördern und umzusetzen.

Die EVP begrüsst also das Vorwärtsgen und wünscht sich natürlich auch durch die neue Gesundheitsdirektorin, dass der eingeschlagene Weg besonders auch in der GDK dann auf fruchtbaren Boden fallen wird und diese dann auch die Massnahmen durchsetzen kann und entsprechend die Tarifordnungen in der neuen Spitalfinanzierungsgesetzgebung zum Tragen kommen. Die EVP stimmt der Postulatsabschreibung zu. Besten Dank.

Kaspar Bütikofer (AL, Zürich): Die Alternative Liste ist für Abschreibung. Wir sind für Abschreibung, auch wenn wir von der Antwort des Regierungsrates nicht restlos überzeugt sind. Das Grundproblem ist erkannt, wir haben es schon gehört: Die ambulanten Behandlungen sind nicht kostendeckend. Etwa 25 Prozent werden nicht durch das KVG gedeckt. Insbesondere die Sozialleistungen, die flankierend zu den Behandlungen nötig sind, werden nicht durch das KVG finanziert. Die Folge dieser Unterdeckung ist, dass das Angebot im ambulanten Bereich ausgedünnt wird. Besonders die privaten Kliniken – wir haben es schon gehört – Clenia und Kilchberg haben ihre Ambulatorien beziehungsweise ihre Tageskliniken geschlossen. Es besteht also die grosse Gefahr, dass ambulante Patientinnen und Patienten in Richtung «stationär» verschoben werden. Dies bedeutet, dass die Kosten steigen, auch wenn sie dann für das Haus kostendeckend sind, und dass je nachdem die falsche Behandlungsart gewählt wird. Die Stellungnahme der Gesundheitsdirektion hilft da wenig weiter, wenn sie sagt, der Kanton stehe in diesem Bereich gar nicht in der Pflicht und alle Leistungen im ambulanten Bereich seien freiwillig. Wenig hilfreich ist auch der Verweis darauf, es liege ja in der Verantwortung des Arztes, welche Behandlungsart gewählt wird. Wir haben also nicht nur das Problem der Tarifstruktur, das auf Bundesebene angepackt werden müsste, sondern wir haben auf kantonaler Ebene zwei Probleme: Einerseits ist der Kanton hier gefordert, indem er in die Kostenlücke springt, andererseits haben wir das Problem, dass wir eine private Versorgungsstruktur haben und diese sich jetzt aus der Verantwortung schleicht.

Wir sind für Abschreiben.

Josef Widler (CVP, Zürich): In diesem Bericht ist eigentlich alles wahr, aber ein Begriff wird nicht erwähnt. Es wird zu Recht festgestellt, dass der TARMED die Leistungen im ambulanten Bereich ungenügend abdeckt. Der TARMED ist die Struktur. Und wie Sie sicher alle wissen, kommt dann je nach Kanton ein Taxpunkt看 dazu. Im Kanton Zürich

beträgt dieser zurzeit 89 Rappen. Diesen Taxpunktwert wollten die Versicherer 2016 auf 87 Rappen senken, sowohl für die Spitäler als auch für die Ärzte. Die Ärzte lassen wir jetzt mal weg. Der VZK (*Verband Zürcher Krankenhäuser*) hat im Jahr 2016 deshalb bekanntgegeben, dass zurzeit – das war 2016 – mit dem bestehenden Tarif respektive dem jetzigen Taxpunktwert 60 Prozent aller Spitalambulatorien, inklusive Psychiatrie, defizitär sind. Der VZK hat dann bei der Regierung eine Festsetzung verlangt, Sie wissen sicher, was das bedeutet. Die Regierung hat jetzt einmal für 2017 gesagt, der Taxpunktwert bleibt gleich, 2018 muss er noch einmal festgesetzt werden. Oder anders gesagt: Die Regierung hat verschwiegen, dass sie mit dem Instrument des Taxpunktwertes in der Lage gewesen wäre, die defizitären Behandlungen im ambulanten psychiatrischen Bereich auch mit dem alten TARMED sicherzustellen. Man hat es einfach verschwiegen. Der Rest, der stimmt.

Regierungsrätin Natalie Rickli: Wir sind uns hier wieder weitgehend einig, «ambulant vor stationär» ist ein wichtiges Versorgungsprinzip nicht nur in der Akutsomatik, wo es ja ein Dauerthema ist, sondern auch in der Psychiatrie. Es ist deshalb bereits seit vielen Jahren die Richtschnur des Regierungsrates und wird auch mein Bestreben sein. Im Zentrum stehen dabei nicht Effizienzgewinne, sondern die bestmögliche Versorgung der erkrankten Bevölkerung. Niederschwellige, ambulante, wohnortnahe und teilstationäre Angebote, die es ermöglichen, dass die Betroffenen in ihrem Umfeld verbleiben können, sind entscheidend für eine nachhaltige Behandlung und Betreuung. Ein möglichst frühzeitiger Behandlungsstart mit Einbezug des privaten und beruflichen Umfelds entspricht meist auch den Bedürfnissen und Wünschen der Patienten und Patientinnen. In den Fällen, in denen eine ambulante Behandlung nicht ausreicht, ist sie auch eine wichtige Anschlusslösung an die stationäre Behandlung.

Der Regierungsrat wird an diesem Prinzip «ambulant vor stationär» festhalten. Das SPFG gibt uns die Rechtsgrundlage, über die Finanzierung von Deckungslücken dieses Versorgungsprinzip fortzuführen und umzusetzen. Es wird zweifellos auch bei der Überarbeitung der Spitalliste Psychiatrie mit handlungsleitend sein.

Noch kurz als Antwort auf die Bitte von Kathy Steiner, hier kann ich sagen: Wo möglich, werde ich natürlich Transparenz herstellen. Ich werde mir aber zuerst einen Überblick darüber verschaffen: Was haben wir schon? Und wo ist das auch unkompliziert und schnell möglich?

Und Herr Lorenz Schmid und Herr Wisskirchen haben die GDK angesprochen. Auch hier werde ich mir noch einen Überblick verschaffen. Ich weiss aber, dass das ein grosses Thema ist. Hier ist die Abgrenzung zwischen OKP- (*Obligatorische Krankenpflegeversicherung*) und Nicht-OKP-Leistungen noch unklar. Ich werde diesen Donnerstag/Freitag erstmals auch an den GDK-Sitzungen teilnehmen. Ich bitte Sie, das Postulat als erledigt abzuschreiben.

Ratspräsident Dieter Kläy: Die vorberatende Kommission schlägt die Abschreibung des Postulates vor. Ein anderer Antrag wurde nicht gestellt. Somit ist das Verfahren beendet.

Das Postulat KR-Nr. 198/2015 ist abgeschrieben.

Das Geschäft ist erledigt.

6. Rollenkonflikt des Regierungsrates in der Kantonsspital Winterthur AG

Interpellation Kaspar Bütikofer (AL, Zürich), Andreas Daurù (SP, Winterthur) und Kathy Steiner (Grüne, Zürich) vom 6. März 2017
KR-Nr. 63/2017, RRB-Nr. 385/26. April 2017

Die Interpellation hat folgenden Wortlaut:

In der Weisung 5153 betreffend Kantonsspital Winterthur AG rechtfertigt der Regierungsrat die Umwandlung des als Anstalt geführten KSW in eine Aktiengesellschaft mit dem sogenannten Rollenkonflikt der Gesundheitsdirektion als Besitzerin und Regulatorin. Auf Seite 5 der Weisung schreibt der Regierungsrat: «Andererseits nimmt der Kanton als Regulator, Gewährleister der Spitalversorgung und gleichzeitig Betreiber eigener Spitäler verschiedene, teils widersprüchliche Rollen ein. Er setzt die Rahmenbedingungen für einen regulierten Spitalwettbewerb, an dem er mit eigenen Leistungserbringern teilnimmt, und er vergibt Leistungsaufträge und Subventionen, um die er sich mit eigenen Spitälern in Konkurrenz zu anderen Leistungserbringern bewirbt. Er genehmigt Tarife für seine eigenen Spitäler oder legt Tarife für eigene Spitäler wie für deren Konkurrenten hoheitlich fest. Diese Vermischung der hoheitlichen Funktionen und der Leistungserbringerrolle wird im Gesundheitswesen zunehmend kritisch betrachtet.» Gegen den Vorschlag einer Minderheit, wonach die Aktionärsrechte des Regierungsrates bei

der Finanzdirektion und die Aufgaben als Regulator und Gewährleister bei der Gesundheitsdirektion anzusiedeln seien, wandte der Gesundheitsdirektor in der ersten Lesung der Vorlage durch den Kantonsrat vom 26. September 2016 ein: «Es ist Aufgabe des Regierungsrates, sich zu organisieren. Überlassen Sie es ihr, wann sie wem, wie, welches Mandat und welche Aufgaben überträgt.» Der vom Regierungsrat ins Feld geführte Rollenkonflikt kann allein durch die Rechtsformänderung nicht gelöst werden. Gerne möchten wir vom Regierungsrat wissen, wie er sich inzwischen organisiert hat bzw. sich organisieren wird, damit der sogenannte Rollenkonflikt gelöst werden kann.

Wir bitten den Regierungsrat um Beantwortung folgender Fragen:

1. Ist es zutreffend, dass alleine durch die Umwandlung des KSW von einer öffentlich-rechtlichen Anstalt in eine Aktiengesellschaft der sogenannte «Rollenkonflikt» nicht gelöst ist, wenn sowohl die Aktionärsrechte wie die Aufgaben als Regulator und Gewährleister bei derselben Direktion angesiedelt bleiben?
2. Erachtet der Regierungsrat die Aufteilung der Aktionärsrechte und der Aufgaben als Regulator sowie Gewährleister auf zwei Direktionen als der richtige Weg?
3. Gibt es alternative Möglichkeiten, um den «Rollenkonflikt» zu lösen?
4. Welche Positionen nehmen die Gesundheitsdirektion und die Finanzdirektion bzw. weitere Direktionen in dieser Frage ein?
5. Hat das Stimmvolk im Hinblick auf den Urnengang vom 21. Mai 2017 über das KSW-AG-Gesetz ein Recht darauf zu wissen, wie der «Rollenkonflikt» gelöst werden soll?
6. Welche Direktion hat den Auftrag an eine Head-Hunter-Firma erteilt, damit die Funktion von Spitalrats-/Verwaltungsrats-Präsident/in sowie Mitglieder des Spitalrats/Verwaltungsrates der PUK und ipw ausgeschrieben werden?

Der Regierungsrat antwortet auf Antrag der Gesundheitsdirektion wie folgt:

Zu Frage 1:

Mit der Umwandlung der Anstalt KSW in eine Aktiengesellschaft im Besitz des Kantons und dem damit einhergehenden Erlass einer Eigentümerstrategie (einschliesslich Berichtswesen) sowie der Übertragung der Liegenschaften im Baurecht auf die AG werden die Rollen weiter geklärt, aber nicht vollständig entflochten.

Zu Fragen 2 und 3:

Gemäss Richtlinie 11 des Regierungsrates zur Public Corporate Governance bestehen grundsätzlich zwei Möglichkeiten für die Auseinanderhaltung der Rolle des Eigentümers (zu der auch die Wahrung der Aktionärsrechte gehört) und jener des Gewährleisters bzw. Regulators: a) durch Aufteilung auf zwei Direktionen; b) durch organisatorische Trennung innerhalb einer Direktion. Im Falle der kantonalen Spitäler hat der Regierungsrat entschieden, die beiden Rollen über eine organisatorische Trennung innerhalb der Gesundheitsdirektion auseinanderzuhalten. Für die Versorgungsgewährleistung und -regulierung ist in der Gesundheitsdirektion das Geschäftsfeld «Gesundheitsversorgung», für die Wahrnehmung der Eigentümerrolle das Geschäftsfeld «Dienste» zuständig. Beide Geschäftsfeldverantwortliche sind Mitglieder der Geschäftsleitung der Gesundheitsdirektion.

Zu Frage 4:

Die Frage der Rollentrennung zwischen Eigentümer einerseits und Gewährleister bzw. Regulator andererseits stellt sich bei vielen Beteiligungen des Kantons. Stets wägt der Regierungsrat sorgfältig zwischen den in der Beantwortung der Frage 2 erwähnten beiden Optionen ab und fällt einen entsprechenden Entscheid.

Zu Frage 5:

Der Regierungsrat hat seine Absichten im Zusammenhang mit den Verselbstständigungsvorlagen nie versteckt, sondern vollständig transparent gemacht. Sie sind aus den Gesetzesvorlagen und den dazugehörigen Weisungen und aus den Protokollen der Kantonsratsdebatten ersichtlich. Die Stimmberechtigten wissen um diese Absichten und entscheiden in vollständiger Klarheit über die angestrebten Ziele.

Zu Frage 6:

Die Gesundheitsdirektion.

Kaspar Bütikofer (AL, Zürich): An dieser Stelle möchte ich mich beim Regierungsrat für die Beantwortung der Interpellation bedanken. Auslöser dieser Interpellation war die Argumentation der Gesundheitsdirektion bei der Umwandlung des Kantonsspitals Winterthur in eine Aktiengesellschaft. Die Umwandlung wurde damals damit begründet, dass die Gesundheitsdirektion eine Doppelrolle ausübe. Sie sei einerseits Besitzerin des Spitals, andererseits sei sie Bestellerin und Regulatorin im Gesundheitsmarkt. Ähnlich wurde auch bei der heutigen Vorlage zur Kantonsapothek Zürich argumentiert. Doch muss gesagt werden, dass dieser Rollenkonflikt politisch gewollt ist. Er ist Teil einer Service-

public-Aufgabe. Diesen Rollenkonflikt haben wir nicht nur im Gesundheitswesen, sondern beispielsweise auch in der Stromversorgung. Auch dort ist der Staat einerseits Leistungserbringer und andererseits ist er Regulator im Strommarkt. Dieser Rollenkonflikt ist also dem Service public inhärent. Es ist also nicht die Frage des Rollenkonflikts an und für sich, die sich stellt, sondern es stellt sich die Frage, wie mit diesem Rollenkonflikt umgegangen wird. Hier haben wir nämlich eine Compliance-Thematik, und es stellt sich die Frage, wie diese erkannt und gelöst wird. Denn selbst wenn die Gesundheitsdirektion das Kantonsspital in eine Aktiengesellschaft umgewandelt hätte, wäre sie weiterhin Besitzerin des Spitals und weiterhin auch Regulatorin gewesen. Der Rollenkonflikt hätte also weiter bestanden. Nun, die Privatisierung ist weg vom Tisch, aber das Compliance-Problem besteht weiterhin.

Die Gesundheitsdirektion schreibt denn auch in der Interpellation, dass sie das Compliance-Problem so löse, dass die Besitzerrolle in einer anderen Abteilung angesiedelt sei als die Bestellerrolle. Aber dies ist die unbefriedigendste von allen möglichen Lösungen. Und wo das hinführt, sehen wir bei der Eigentümerstrategie. Dort haben wir beispielsweise eine unbefriedigende Immobilienstrategie, und wir sehen, dass hier die Gesundheitsdirektion mit sich selbst im Konflikt ist: Sie will einerseits eine Immobilienstrategie, die sie als Bestellerin wenig kostet. Andererseits müsste sie als Eigentümer eigentlich dafür sorgen, dass das Spital dem Kanton nicht zusätzliche Kosten aufbürdet. Was dann herausgekommen ist, ist eine nichtssagende Eigentümerstrategie. Ich bin überzeugt, wenn die Eignerrolle beim Spital beispielsweise bei der Finanzdirektion angesiedelt worden wäre, hätten wir eine ganz andere Eigentümerstrategie und eine griffige Immobilienstrategie für das KSW.

Gut, das ist soweit mal Vergangenheitsbewältigung. Ich wünsche mir von der neuen Gesundheitsdirektorin (*Regierungsrätin Natalie Rickli*) in diesem Bereich mehr Transparenz. Besten Dank.

Andreas Daurù (SP, Winterthur): Im Rahmen der Abstimmung über die Privatisierung der beiden Spitäler beziehungsweise Kliniken KSW und ipw war eines der Hauptargumente der Regierung für eine solche Privatisierung, dass hier eben ein Rollenkonflikt bestehe und dieser dringend gelöst werden müsse. Daher brauche es nun diese Umwandlung der Rechtsform in eine AG. Von unserer Seite her haben wir immer gesagt, dass wir keinen Rollenkonflikt sehen und dieser auch nicht wirklich existiert. Der Kanton muss die Gesundheitsversorgung sicherstellen und ist schlussendlich auch dafür zuständig, dass die Spitäler

diese wahrnehmen. Wir haben noch nie ein Problem darin gesehen, dass der Kanton bei seinen Spitälern sowohl Auftraggeber wie auch Auftragnehmer ist sowie die Tarife und Subventionen festsetzt. Das ist unserer Meinung nach – und da möchte ich mich meinem Vorredner anschliessen – eine normale Vorgehensweise bei einem Service public, wie die Gesundheitsversorgung einer ist; genau so wie bei der Bildung, der Polizei und so weiter.

Umso spannender ist es, dass die Regierung anscheinend das Problem ja nun doch auch nicht so schwerwiegend einschätzt. Sie gibt selber zu, dass die Entflechtung auch einer allfälligen AG, die ja dann zum Glück verhindert worden ist, immer noch nicht vollständig gewesen wäre. Und sie sagt damit insgeheim auch, dass das Ziel auch nicht wirklich erreicht worden wäre, bis die Mehrheit der Aktien verkauft gewesen wäre, was wahrscheinlich auch mit der erwähnten Absicht in der Antwort auf Frage 5 gemeint ist.

Ob das übrigens alles damals wirklich so transparent im Abstimmungskampf zum Ausdruck gekommen ist, sei einmal dahingestellt. Wir sind der Meinung, dass vor allem die Referendumsführerinnen und -führer dazu beigetragen haben, dass dies in der Abstimmung dann schlussendlich klar zum Ausdruck kam. Nun gut, wie schon vorher gesagt: Es ist Vergangenheitsbewältigung. Die weise Entscheidung der Bevölkerung im Mai 2017 hat diese Spitäler nicht in eine AG umgewandelt. Die Frage ist daher nun nicht mehr relevant. Es bleibt unserer Meinung nach aber auch im Nachhinein immer noch offen, ob eine anscheinend so wichtige Trennung der Hüte beziehungsweise die Lösung eines anscheinenden Rollenkonflikts nun wirklich gelungen ist. Durch eine lediglich organisatorische Trennung innerhalb der Direktion wäre dem sicher auch nicht – oder nur durch einen kleinen Teil – entsprochen worden, was wiederum zeigt: Der Rollenkonflikt ist anscheinend doch gar nicht so relevant, wie vor der Abstimmung von der Gesundheitsdirektion immer wieder gebetsmühlenartig betont. Zum Glück fiel auch die Bevölkerung nicht darauf herein. Vielen Dank.

Daniel Häuptli (GLP, Zürich): Diese Interpellation wurde bekanntlich vor dem Hintergrund der Volksabstimmung lanciert, der Volksabstimmung zur Umwandlung des KSW in eine Aktiengesellschaft. Heute ist das KSW keine Aktiengesellschaft und von daher möchte ich mich mit Verweis auf die Ratseffizienz sehr kurz halten.

Die Grünliberalen haben immer Anträge unterstützt, die Spitäler unter die Finanzdirektion zu bringen. Wir sind dabei unterlegen, wir respektieren das, werden uns aber, wenn wieder eine Gelegenheit besteht, wieder dafür einsetzen.

Regierungsrätin Natalie Rickli: Wie Kantonsrat Häuptli richtig festgestellt hat, wurde die Interpellation in der Annahme eingereicht – und die Antwort des Regierungsrates basiert auch darauf –, dass das KSW in eine Aktiengesellschaft umgewandelt würde. Dieses Vorhaben ist bekanntlich in der Volksabstimmung vom Mai 2017 gescheitert, und das KSW ist heute weiterhin eine selbstständige öffentlich-rechtliche Anstalt, welchem allerdings durch die per 1. Januar 2019 in Kraft getretene Teilrevision des KSW-Gesetzes umfassendere strategisch-operative Kompetenzen zugestanden wurden. Der Regierungsrat hat sich entschieden, die beiden Rollen des Eigentümers einerseits wie auch des Gewährleisters und Regulators andererseits bei der Gesundheitsdirektion zu belassen. Dort sind sie heute jedoch auf zwei Geschäftsfelder aufgeteilt, womit die Anforderungen der Richtlinien zur Public Corporate Governance, wie auch schon in der Antwort des Regierungsrates ausgeführt, erfüllt sind.

Ich kann Ihnen sagen: Ich kenne das Thema gut aus meiner bisherigen Tätigkeit als Nationalrätin in der Verkehrs- und Fernmeldekommission – dort hat es sich allerdings mehr um die Swisscom (*Schweizer Telekomunternehmen*), die SRG (*Schweizerische Radio und Fernsehgesellschaft*) und die Post gehandelt –, daher weiss ich, dass es wichtig ist, dass die Verwaltung und auch ich als Gesundheitsdirektorin hier die Aufsichtsfunktion korrekt wahrnehmen. Vielen Dank.

Ratspräsident Dieter Kläy: Der Interpellant hat seine Erklärung zur Antwort des Regierungsrates abgegeben.

Das Geschäft ist erledigt.

7. Gleichbehandlung von nur grundversicherten Patienten in der Klinik Hirslanden

Postulat Daniel Häuptli (GLP, Zürich), Michael Zeugin (GLP, Winterthur) und Andreas Hauri (GLP, Zürich) vom 29. Mai 2017

KR-Nr. 136/2017, RRB-Nr. 745/23. August 2017 (Stellungnahme)

Das Postulat hat folgenden Wortlaut:

Der Regierungsrat wird gebeten, die Klinik Hirslanden zu verpflichten, folgende Daten gemäss Ziffer 7 im Anhang zu den Zürcher Spitallisten (Beschluss vom 9. Juli 2014) auf der Spital-Homepage zu publizieren: Datum der Anmeldung sowie Datum und Uhrzeit der Operationen/ Interventionen bei elektiven Eingriffen, aufgeschlüsselt nach Leistungsbereichen der Zürcher Spitallisten 2012 sowie nach Liegeklasse der Patientinnen und Patienten (allgemein/halbprivat/privat) sowie aufgeschlüsselt nach den durchschnittlichen Wartezeiten pro Leistungsgruppe und Liegeklasse.

Begründung:

Eine Voraussetzung für ein Spital, um auf der Zürcher Spitalliste zu stehen und Steuergelder für stationäre Behandlungen in Anspruch nehmen zu können, ist gemäss Anhang zu den Zürcher Spitallisten (Beschluss vom 9. Juli 2014) Folgendes:

«Das Listenspital ist verpflichtet, im Rahmen seiner Leistungsaufträge und Kapazitäten sämtliche Zürcher Patientinnen und Patienten nach rechtsgleichen Kriterien und medizinischer Dringlichkeit und unabhängig von Versicherungsklasse aufzunehmen und zu behandeln. Eine Bevorzugung zusatzversicherter Patienten bei der Aufnahme ist nicht zulässig».

Gemäss NZZ vom 26. Mai 2017 räumt Herr Wiesinger, CEO, ein, dass bei einzelnen Belegärzten Grundversicherte zum Teil tatsächlich längere Wartefristen haben.

Wir bitten daher den Regierungsrat, von seinen Rechten im Rahmen der Spitalliste Gebrauch zu machen und die Transparenz über die Terminplanung bei der Klinik Hirslanden zu erhöhen.

Der Regierungsrat nimmt auf Antrag der Gesundheitsdirektion wie folgt Stellung:

A. Ausgangslage

Die Teilrevision vom 21. Dezember 2007 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG, SR 832.10; AS 2008, 2049) im Bereich

der Spitalfinanzierung und -planung verpflichtete die Kantone, die kantonalen Spitallisten und Spitalplanungen bis spätestens 31. Dezember 2014 den revidierten KVG-Bestimmungen anzupassen. Der Regierungsrat kam dieser Verpflichtung fristgerecht nach und erliess am 21. September 2011 die Zürcher Spitalliste 2012 Akutsomatik und Rehabilitation (RRB Nr. 1134/2011). Auch diese neue Spitalliste hat diejenigen Leistungen sicherzustellen, die für die stationäre Versorgung der kantonalen Wohnbevölkerung erforderlich sind. Heute wird zwischen den folgenden drei Typen von Spitälern unterschieden:

- a. Listenspitäler mit staatlichem Leistungsauftrag und gesetzlichem Anspruch gegenüber dem Versicherer und dem Kanton auf Vergütung gemäss KVG (verbunden mit gewissen Auflagen wie z. B. der Aufnahmepflicht usw.);
- b. Vertragsspitäler ohne staatlichen Leistungsauftrag, aber mit vertraglichem Anspruch gegenüber dem Versicherer auf Vergütung von Leistungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung;
- c. übrige Spitäler ohne Anspruch auf Vergütung gemäss KVG.

Die Kantone übernehmen den gesetzlichen Kostenanteil der stationären Behandlung einer Patientin oder eines Patienten in einem Spital oder einem Geburtshaus nur in einem Listenspital auf der Grundlage des Standards der allgemeinen Abteilung. Dabei muss der kantonale Kostenanteil ab 2017 mindestens 55% betragen. Die Versicherten können für die stationäre Behandlung unter den Spitälern, die auf der Spitalliste ihres Wohnkantons oder jener des Standortkantons aufgeführt sind (Art. 41 Abs. 1^{bis} KVG), frei wählen.

Der Regierungsrat nahm die Klinik Hirslanden auf ihr Gesuch hin auf die Spitalliste 2012 Akutsomatik auf (RRB Nr. 1134/2011). Als Listenspital im Sinne der geltenden Gesetzgebung muss die Klinik Hirslanden insbesondere die Aufnahmepflicht gemäss Art. 41a KVG erfüllen: Im Rahmen ihrer Leistungsaufträge und ihrer Kapazitäten hat die Klinik Hirslanden alle Patientinnen und Patienten nach rechtsgleichen Kriterien und medizinischer Dringlichkeit und unabhängig von Alter, sozialem Status und Versicherungsklasse aufzunehmen und zu behandeln. Eine

Bevorzugung zusatzversicherter Patientinnen und Patienten bei der Aufnahme ist nicht zulässig (vgl. RRB Nr. 1134/2011, E. 6, S. 19; Anhang zu den Zürcher Spitallisten 2012 Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie, Ziff. 6).

B. Bisherige Erfahrungen mit der Klinik Hirslanden

Die Gesundheitsdirektion beobachtet seit Erlass der neuen Spitalliste insbesondere die Einhaltung der Aufnahmepflicht in den Listenspitälern. Wo auffällige Verhältnisse festgestellt werden und/oder sich Beschwerden von Patientinnen und Patienten ergeben, führt die Gesundheitsdirektion eingehende Untersuchungen durch. Dies erfolgte auch 2016 bei der Klinik Hirslanden. Die Klinik Hirslanden hatte dabei verschiedene Daten zu liefern, die es erlaubten, die Einhaltung der Aufnahmepflicht und der Wartefristen aller Patientinnen und Patienten zu prüfen, nämlich:

- den Datensatz aller Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton Zürich mit elektivem Eingriff (Planoperation) im Oktober und November 2015,
- die Operationsplanung und tatsächliche Belegung im Oktober und November 2015,
- die Ärzteliste der Klinik nach Leistungsbereichen der Zürcher Spitalliste 2012 Akutsomatik.

Die vertiefte Analyse dieser Daten ergab, dass die Klinik als solche ihrer Aufnahmeverpflichtung grundsätzlich nachkommt und dass die Wartezeiten für grundversicherte Patientinnen und Patienten nicht deutlich länger sind als für Zusatzversicherte. Allerdings gab es Ausreisser bei einigen Belegärztinnen und -ärzten. Im Durchschnitt aller Fälle aber betrug die Wartefrist für grundversicherte Patientinnen und Patienten nur einen Tag mehr als diejenige für Zusatzversicherte (Grundversicherte: 34 Tage; Zusatzversicherte: 33 Tage).

Antrag auf Nichtüberweisung

Dieses Ergebnis zeigt, dass auch die Klinik Hirslanden im untersuchten Zeitraum bei Direkteintritten von Patientinnen und Patienten wie auch bei von ihren vielen Belegärztinnen und -ärzten zugewiesenen Patientinnen und Patienten keinen Unterschied nach dem Versicherungsstatus machte, der nach einer zusätzlichen staatlichen Intervention rief. Die ein Listenspital betreffende Aufnahmepflicht ist erfüllt. Die Umsetzung des Postulats verursachte daher bloss unnötigen administrativen Mehraufwand. Im Falle einer Überweisung des Postulats würde dessen Umsetzung aus Gründen der Rechtsgleichheit dazu führen, dass sämtliche Listenspitäler verpflichtet wären, Wartefristen zu veröffentlichen.

Die von der Klinik Hirslanden eingestandenen Probleme mit unterschiedlichen Wartezeiten bei einzelnen Belegärztinnen und -ärzten sind von der Klinik zu lösen, und entsprechende Schritte wurden auch bereits eingeleitet.

Der Regierungsrat beantragt dem Kantonsrat deshalb, das Postulat KR-Nr. 136/2017 nicht zu überweisen.

Daniel Häuptli (GLP, Zürich): Im Mai 2017 hat die Spitalleitung der Klinik Hirslanden in einem Zeitungsartikel erläutert, dass auch sie bei einzelnen Belegärzten längere Wartezeiten für obligatorisch versicherte Patienten im Vergleich zu Zusatzversicherten Patienten festgestellt hat. Sie hat sich – ich zitiere – «darüber geärgert». Das war der Grund für mich, mit diesem Postulat aktiv zu werden.

Ja, ich glaube, es gibt ein gewisses Missbehagen hier drin, dass das Listenspital ein übermässiges Verhältnis an Zusatzversicherten Patienten hat und dass gleichzeitig diese für die Quersubventionierung defizitärer Leistungen vor allem im ambulanten Bereich für alle Spitäler notwendig sind. Das ist eine wahrhaftig unglückliche Situation aus Sicht der anderen Listenspitäler.

Was ich jetzt mit dem Postulat fordere, ist nichts Neues, sondern bereits im Anhang zu den Spitallisten unter Punkt A7 als Möglichkeit für die Regierung vorgesehen, wenn ein Spital einen hohen Anteil an Zusatzversicherten Patienten hat, wie es bei der Klinik Hirslanden der Fall ist. Ich fordere, dass die Wartezeiten bis zu einer Behandlung publiziert werden, unterschieden nach Versicherungsklasse und Leistungsbereich. Mit der eingangs erwähnten Aussage im Zeitungsartikel ist die Zeit reif für die Aktivierung dieses Gesetzespassus. Was mich bei der Aussage der Spitalleitung stört, ist, dass sie den Sachverhalt auf die leichte Schulter zu nehmen scheint und sich gleichzeitig als Muster-schülerin in Sachen Spitalmanagement darstellt.

Aber alleine beim Gewinn Musterschüler zu sein, ist heute zu wenig, um Vorbild zu sein. Gerade im Gesundheitswesen, das von Fehlanreizen geprägt ist, ist ein höherer Grad an Verantwortungsbewusstsein gefragt. Im Sinne einer moderneren Corporate Governance wäre es eine erste Chance für Spitalführung, einen härteren Ton für das rechtmässige Verhalten aller Mitarbeiter und Partner anzuschlagen, eine Nulltoleranz bei Compliance. Firmen wie Nestlé (*Schweizer Nahrungsmittelkonzern*) gehen zum Beispiel rigoroser vor als unsere Klinik. Bei Nestlé wurde vorletztes Jahr 131 Leuten gekündigt, nachdem sich im Nachgang zu Hinweisen von Whistleblowern aus dem internen Meldesystem im Verhalten eine fehlende Integrität konkretisiert hatte. Bei der Klinik Hirslanden ist mir ein vorbildliches Verhalten auch in der Compliance wichtig, weil sie als Privatspital mit Auftrag des Kantons als Listenspital besonders im Rampenlicht der Öffentlichkeit steht.

Seit dem Einreichen dieses Postulates hat die Klinik eine unabhängige Ombudsstelle geschaffen, und ich begrüsse diesen Schritt. Eine Ombudsstelle kann helfen, fallbasiert, qualitative Erkenntnisse zu gewinnen, warum die Wartezeiten unterschiedlich sind. Das ergänzt sich sehr gut mit einer Statistik zu den Wartezeiten, die ich hier fordere. Ich erachte diese beiden Instrumente auch als zielführender als die parlamentarischen Initiativen von Kathy Steiner (*KR-Nr. 50/2017*) und Lorenz Schmid (*KR-Nr. 51/2017*). Ich befürchte, dass diese genau das bewirken, was sie zu verhindern versuchen: eine Benachteiligung von gewissen Patientenkategorien. Die parlamentarischen Initiativen sind gutgemeint, werden aber vermutlich nicht funktionieren.

Ich möchte beliebt machen, das Postulat zu unterstützen.

René Truninger (SVP, Illnau-Effretikon): Der Antwort des Regierungsrates ist zu entnehmen, dass die Klinik Hirslanden bereits im Jahr 2016 einer vertieften Analyse unterzogen wurde. Dabei wurde die Einhaltung der Aufnahmepflicht und der Wartefristen geprüft. Bei einigen Belegärzten wurden Abweichungen festgestellt, welche von den Verantwortlichen der Klinik Hirslanden eingestanden und für die mittlerweile Lösungen erarbeitet wurden, zum Beispiel – wir haben es gehört – die Ombudsstelle. Zudem würde das Postulat sehr viel Bürokratie verursachen, dies nicht nur für die Klinik Hirslanden, sondern für alle Listenspitäler, welche zusatzversicherte Patienten versorgen. Die Kliniken gewinnen Patienten nicht durch zusätzliche bürokratische Auflagen, sondern einzig und allein durch eine hervorragende Versorgung und durch Bestehen im Wettbewerb der Leistungsanbieter. Die zuweisenden Ärzte sind dabei ein entscheidender Faktor, denn sie weisen die Patienten den Spitälern zu.

Zusätzlich geforderte Datensammlungen und mehr Bürokratie sind nach Ansicht der SVP-Fraktion der falsche Ansatz. Wir lehnen die Überweisung des Postulates ab. Besten Dank.

Esther Straub (SP, Zürich): Wäre es nach uns gegangen – und nach der Regierung –, wäre der völlig einseitigen Verteilung von grundversicherten und zusatzversicherten Patientinnen und Patienten in der Klinik Hirslanden schon vor zwei Jahren ein Riegel geschoben worden bzw. sie hätte zu einem fairen Ausgleich beitragen müssen. Doch leider machte damals die GLP nicht mit, als es um die «Lex Hirslanden» (*Vorlage 5301*) ging. Diese Massnahme einer Abgabe wäre viel effizienter

gewesen, da sie schlicht mit den direkten Zahlen operiert hätte. Diejenigen Kliniken, die überproportional viel Zusatzversicherte versorgen, hätten eine progressiv gestaltete Rückgabe der Staatsbeiträge leisten müssen, also je weniger Allgemeinversicherte, umso höher der Ausgleich.

Das Postulat will jetzt hinter den klaren Fakten nach Ursachen stochern. Patienten müssen vielleicht länger warten, wenn sie nur allgemein versichert sind, werden zu Randzeiten operiert und so weiter. Aber es sind ziemlich sicher auch weiche Faktoren, die Allgemeinversicherte davon abhalten, die Hirslanden-Klinik aufzusuchen. Es ist die Vorstellung, dort Patientin oder Patient zweiter Klasse zu sein, und das Vertrauen, in einem Spital, wo die Allgemeinversicherten in der Mehrheit sind – wie in der Bevölkerung auch – besser und fairer und auf Augenhöhe versorgt zu werden. Mir jedenfalls geht es so.

Dennoch unterstützen wir das Postulat. Transparenz ist wichtig. Ein Spital, das sich auf das lukrative Segment «Zusatzversicherte» konzentriert und Allgemeinversicherte anderen überlässt und dann mit Kommunikationsmassnahmen und einer eigenen Ombudsstelle vorspielt, das Gegenteil zu tun, ein solches Spital soll verpflichtet sein, die Transparenz zu erhöhen.

Astrid Furrer (FDP, Wädenswil): Das Postulat schiesst explizit auf die Hirslanden-Klinik. Wir sind der Meinung, wenn, dann müssten alle Spitäler verpflichtet werden, diese Daten zu publizieren. Es sollen alle gleichbehandelt werden. Es ist nicht auszuschliessen, dass es auch in anderen Spitälern eine Ungleichbehandlung in Bezug auf die Wartezeiten gibt. Würde das Postulat also umgesetzt, würde eine riesige Bürokratie für die Spitäler generiert, die nichts bringt.

Es stellt sich zwar schon die Frage, inwiefern bei Wahleingriffen, die zeitlich keine Not zeigen, kürzere Wartefristen für Zusatzversicherte berechtigt sind. Schliesslich sollen sie für ihre teure Versicherung auch noch medizinische Vorteile haben. Ich spreche explizit von Wahleingriffen. Dass in Notfallsituationen keine Unterschiede gemacht werden dürfen, das versteht sich von selbst.

Die Voraussetzung, auf der Spitalliste zu sein, ist die Aufnahmepflicht, unabhängig von der Versicherungsklasse. Die Vorwürfe, die das Postulat dem Hirslanden macht, sind solche, die immer wieder zu hören waren. Der Regierungsrat ist diesen Vorwürfen nachgegangen. Er hat eine Ombudsstelle eingerichtet. Es stellte sich tatsächlich heraus, dass es

nicht nur Gerüchte waren. Die Aufnahmepflicht wurde von der Hirslanden-Klinik nicht immer erfüllt. Die Klinik wurde auch gerügt dafür. Diese Kontrolle hat also genützt, und mittlerweile kann dem Hirslanden keine Umgehung der Aufnahmepflicht mehr vorgeworfen werden. Und die Gesundheitsdirektion unter der neuen Gesundheitsdirektorin (*Regierungsrätin Natalie Rickli*) hat sicher weiter ein Auge auf diese Entwicklung.

In der KSSG (*Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit*) hatten wir diese Thematik öfters besprochen. Das neue Spitalfinanzierungsgesetz, das in der Vernehmlassung ist, schärft diese Vorgaben der Aufnahmepflicht noch einmal. Sie sind eng damit verknüpft, ob man Leistungsaufträge bekommt oder nicht.

Wir erachten das Postulat als nicht nötig, weil das Ziel bereits erfüllt worden ist. Die Zahlen der Hirslanden-Klinik zeigen zudem: Sie befindet sich auf dem Weg, die Anzahl Grundversicherter zu erhöhen. Man muss auch sehen, die Klinik ist dazu gezwungen. Wie die anderen Spitäler, so spürt auch die Hirslanden-Klinik, dass mehr Patienten ambulant behandelt werden müssen, sie hatte deutliche Gewinneinbussen zu verzeichnen. Mittlerweile ist auch die Hirslanden-Klinik auf Grundversicherte angewiesen, zumal sich immer weniger Leute die Privatversicherung noch leisten können. Die Klinik hat sehr viel Geld in ihre Infrastruktur investiert, und das muss sie wieder hereinholen – auch mit Grundversicherten. Man muss ein Auge auf die Entwicklung haben, das finden wir auch. Wenn das Hirslanden auf der Spitalliste sein will, wie jedes Spital, dann muss es seine Pflichten erfüllen. Es obliegt dem Regierungsrat, dies zu kontrollieren, und er tut es. Den Postulanten mag die Entwicklung zu wenig schnell gehen, aber die Bürokratie, die im Postulat gefordert wird, macht sie nicht schneller. Viel wichtiger finden wir, dass die Qualität in den Spitälern gewährleistet und überprüft wird. Zusammengefasst: Wir sind gegen die Überweisung, weil die Aufnahmepflicht geprüft wird, das Hirslanden mittlerweile die Vorgaben erfüllt und das eigentliche Ziel des Postulates damit erreicht ist. Alle Spitäler sollen zudem gleich behandelt werden. Danke.

Kathy Steiner (Grüne, Zürich): Gleichbehandlung von nur grundversicherten Patienten – und gerne auch Patientinnen – in der Klinik Hirslanden; dass ich eine überzeugte Verfechterin dieser Forderung bin, muss ich kaum mehr betonen. Für uns ist klar, dass alle Zürcher Listenspitäler der Grundversorgung verpflichtet sind und deshalb auch einen

angemessenen Anteil an nur grundversicherten Patientinnen und Patienten behandeln müssen. Wir alle kennen die Zahlen und wissen, dass die Klinik Hirslanden dieser Pflicht wirklich höchst ungenügend nachkommt. Aus diesem Grund hat die Gesundheitsdirektion vom Hirslanden schon Zahlen zu den Wartefristen eingefordert. Diese Zahlen sind bekannt und liegen vor. Das Hirslanden weiss, wie es diese Zahlen generieren kann. Es geht nicht darum, dass die Bürokratie ausgeweitet wird, die besteht schon genauso jetzt.

Die GLP möchte diese Zahlen jetzt noch auf der Homepage der Klinik veröffentlicht haben. Ehrlich gesagt, das ist ja schön und gut, aber auch absolut unzureichend. Erstens ermöglichen diese Zahlen keinen Vergleich mit anderen Spitälern, und darum geht es ja: Verhält sich das Spital Hirslanden wie die anderen Spitäler oder ist es besser oder schlechter? Wenn kein Vergleich möglich ist, dann ist auch die Aussagekraft sehr klein, weil die Patientinnen und Patienten dann nicht die Wahlfreiheit haben, wenn sie das Kriterium ja gar nicht überprüfen können. Und zweitens müssen sich die Patientinnen und Patienten wahrscheinlich aktiv auf die Suche nach diesen Zahlen machen, weil ich nicht denke, dass das Hirslanden diese Zahlen prominent auf der Einstiegsseite publizieren würde. Drittens – und das ist mein eigentlicher Hauptpunkt – geht es überhaupt nicht nur um kürzere Wartezeiten, sondern um einen angemessenen Anteil an grundversicherten Personen. Es ist nicht nur so, wie in der Begründung beschrieben, dass Grundversicherte im Hirslanden bei einigen Belegärzten längere Wartefristen in Kauf nehmen müssen, es gibt immer noch Belegärzte, die sich grundsätzlich weigern, grundversicherte Patientinnen und Patienten zu behandeln. Und bei denen liegt die Wartefrist logischerweise bei null, und damit verbessern sie sogar die Bilanz des Hirslanden, was mehr als paradox ist. Die Wartefrist ist ein absolut untauglicher Indikator für Gleichbehandlung. Viel wirksamer ist es, von den Leistungsspitälern eine Mindestanzahl an Grundversicherten einzufordern. Wir werden uns auch in der laufenden Vernehmlassung für das SPFG entsprechend meiner PI (*KR-Nr. 50/2017*) so äussern. Es braucht verbindliche Mindestanteile an Grundversicherten. Nur das ist ein Nagel mit Kopf. Alles andere, hat sich gezeigt, sind, ehrlich gesagt, Placebos.

Deshalb, auch wenn wir das Ziel des Postulates ganz klar unterstützen: Wir verlangen verbindliche Massnahmen. Die Forderung nach diesen Zahlen auf der Website beruhigt die Gemüter, löst aber kein Problem. Deshalb unterstützen wir das Postulat nicht, auch wenn wir das Ziel ganz klar teilen. Aber der Weg muss ein Weg sein, der auch handfeste Massnahmen ermöglicht.

Lorenz Schmid (CVP, Männedorf): Wir haben hier einen Vorstoss mit einer wunderbaren Absicht. Er teilt die Absicht unserer beiden Vorstösse, desjenigen von Kathy Steiner und meines Vorstosses, eine Mindestanzahl an Grundversicherten für alle Spitäler im Kanton Zürich zu fordern. Es ist in der Tat nicht einsichtig, warum wir Spitäler mit einer intentionellen Strategie, die sich vorwiegend auf zusatzversicherte Patientinnen und Patienten fokussieren, auf der Spitalliste tolerieren. Denn die Verpflichtung zur Aufnahme wird so offensichtlich hintergangen. Ich komme zu den einzelnen Elementen: Sie (*die Aufnahmequote allgemeinversicherter Patienten*) befindet sich momentan nach Auskunft vom 8. April 2019 bei 33 Prozent. Astrid Furrer, sie wächst momentan beinahe nicht mehr, das ist schade. 2015 dachte ich auch noch – da war sie bei 27 Prozent. Jetzt passiert einfach nicht mehr viel. Und ich kann Ihnen auch sagen – ich habe es hier drin schon mal ausgeführt und anlässlich einer KSSG-Sitzung schon einmal ausgeführt: Es ist eine intentionelle Strategie vorhanden. Ich war da und habe mich über Hirslanden anlässlich eines gesellschaftlichen Anlasses meines Lions-Clubs mit dem ehemaligen Facility-Manager argumentativ berieseln lassen. Die Musik spielt bei den Privatversicherten, das ist sein Wortlaut. Und am 16. April 2019 hat der «Kassensturz» (*Konsumentenschutz-Magazin des Schweizer Fernsehens*) über die zu hohen Honorare berichtet, das war ja schlimm. Ich glaube dem «Kassensturz» nicht alles, aber wenn nur die Hälfte davon stimmt... Ich muss sagen, die Honorare zwischen dem privatversicherten Kantonsspital Aarau und dem Hirslanden betrugen ungefähr Faktor zwei bis vier. Heinz Locher, Gesundheitsökonom sagt dazu: Das trifft auch die Grundversicherung, die Grundversicherten. Denn durch die hohen Honorare besteht eine induzierte Nachfrage, Zusatzversicherte halt eher zu operieren. Die Indikationsqualität lässt nach und diese Zusatzversicherten zahlen Grundversicherung und der Kanton bezahlt seine Staatsbeiträge. Es betrifft eben auch die öffentliche Hand. Würde eine Grenze zwischen Zusatz- und Grundversicherung gezogen, dann dürften Hirslanden oder auch ein anderes Spital, das nicht auf der Spitalliste ist und dann eben keine kantonalen Gelder erhielte, von mir aus so viel operieren, wie sie wollen. Aber es geht mit den Staatsbeiträgen auch an die Staatskasse. Felix Schneuwly (*Krankenkassenexperte des Versicherungsvergleichsportals Comparis*), wohl bester Kenner des KVG, behauptet dies ebenfalls.

So, jetzt zur Zuweisung: Wo und wie wird sie gesteuert? Sie ist sicher historisch bedingt. Die Patientinnen und Patienten kennen Hirslanden als Privatspital. Es ist auch historisch bedingt durch die zuweisende

Ärztenschaft. Da wird mein Banknachbar Josef Widler sicher bestätigen können, die Ärzteschaft macht diesbezüglich halt auch für Grundversicherte nicht sogleich eine Zuweisung ans Hirslanden-Spital. Doktor Philippe Luchsinger, Präsident der Haus- und Kinderärzte, sagt dasselbe. Er ist auch gerne bereit, dies anlässlich einer KSSG-Sitzung zu bestätigen. Es ist so, dass für eine Zuweisung eines Grundversicherten ein Belegarztsystem, das nicht alle angebotenen Leistungsaufträge mit einer permanenten Infrastruktur eines Behandlungsteams benötigt, dass ein solches Belegarztsystem halt einfach weniger Qualität bietet. Ja, das ist so. Du kannst Ole Wiesinger selber fragen, das hat er 2007 als CEO der Hirslanden-Klinik selber gesagt: Wir haben ein Qualitätsproblem. Deshalb haben sie ja diese Behandlungspfade eingeführt, an die sich jetzt jeder Belegarzt zu halten hat, zumindest der Behandlungspfad, aber das Team ändert halt häufig im Belegarztsystem.

Wir werden diesem Vorstoss trotzdem nicht zustimmen können, denn er ist nutzlos. Die Zahlen zeigen, dass er nutzlos ist, da gehe ich mit Herrn Truninger einig. Das ist kein System, um dieses Missding in den Griff zu bekommen. Ich habe grosses Vertrauen in die Revision des SPFG. Dort steht unter Ziffer 5e «Eine nachhaltige Leistungserbringung sicherstellen». Das muss ein Spital tun und aus den Ausführungen der Regierung lese ich dann, dass Gewinne grundsätzlich reinvestiert und nur in bescheidenem Ausmass zur Gewinnbeteiligung der Trägerschaft eines Spitals verwendet werden dürfen. Das ist so ein bisschen eine Gewinnbeschränkung. Ich glaube, die öffentlichen Spitäler oder auch die gemeinnützigen AGs machen das schon, wie Jörg Kündig das sicher auch macht in seiner Institution oder auch Männedorf macht das sicher so. Und es gibt noch eine zweite Ausführung, die müssen wir dann wirklich ein bisschen genauer anschauen: Zur Erfüllung des Leistungsauftrags mit Leitungsgremien mit uneingeschränkten Weisungsbefugnis sicherstellen. Ich habe gefragt, was das genau bedeutet, ob dies dem eigentlichen Vorhandensein permanenter Infrastruktur von Behandlungsteams gleichkommt. Das wurde mir vom abgetretenen Gesundheitsdirektor (*Altregierungsrat Thomas Heiniger*) nicht gleich so bestätigt, aber vielleicht sind das die entscheidenden Elemente, um über die Qualität diesen Missstand in den Griff zu bekommen.

Wir werden – sorry, liebe GLP – den Vorstoss nicht unterstützen, weil er nichts bringt. Er zeigt nicht das Übel. Deshalb werden wir den Vorstoss ablehnen.

Mark Anthony Wisskirchen (EVP, Kloten): Alle sind gleich, nur einige sind gleicher. Aber die gutgemeinte Absicht der Postulanten greift hier so nicht. Das Postulat würde nicht nur die Hirslanden-Klinik mit mehr Administration beschäftigen, denn nicht nur sie, sondern alle Listenspitäler kämen zu diesem unerfreulichen Mehraufwand, ohne dass irgendein Gewinn, ein sicht- oder zählbarer Nutzen zum Vorschein käme. Sie ist sicher angesagt, die Transparenz der Hirslanden-Klinik respektive ihre Akzeptanz bei allen Versicherten. Aber in der Grundversorgung sollen alle Anbieter nach gleichem Massstab behandelt werden. Deshalb kann die EVP dieses Postulat dennoch nicht unterstützen.

Kaspar Bütikofer (AL, Zürich): Auch die Alternative Liste wird dieses Postulat nicht überweisen. Das Postulat zielt zwar in die richtige Richtung, es enthält aber die falschen Massnahmen.

In der Tat haben wir ein Problem bei der Hirslanden-Klinik, indem sie ein Viertel bis maximal ein Drittel allgemeinversicherte Patienten behandelt. Das heisst, sie steht hauptsächlich für privatversicherte Patientinnen und Patienten offen. Dies ist für ein Spital, das auf der Spitalliste steht und eigentlich allen in der Grundversorgung zugänglich sein müsste, so nicht akzeptabel. Es ist aber auch kein Zufall, dass dieses Missverhältnis besteht. Wer hier an einen Zufall glaubt, der glaubt an den Storch. Es ist ganz klar, dass hier eine Patientenselektion stattfinden muss, denn es ist ja rational nicht erklärbar, dass in einer freien Spitalwahl die Zusatzversicherten, die Hirslanden als Hochqualitätsspital einschätzen und dort unbedingt hingehen wollen, die Allgemeinversicherten das Hirslanden aber als schlechtes Spital einschätzen und dort nicht hingehen wollen. Also das ist es sicher nicht, das ist nicht die Ursache. Also kann es höchstens ein Selektionsverfahren geben. Wir wissen auch ungefähr, wie diese Selektion stattfindet. Das geht nicht über das Warten-Lassen von Allgemeinversicherten, sondern das funktioniert zu einem grossen Teil, wie wir das auch schon gehört haben, über das Belegarztsystem. Und es ist auch klar: Wer Geld verdienen will, der macht das mit den Zusatzversicherten und sicher nicht mit den Grundversicherten, die zum Teil defizitär sind.

Wir haben einen Missstand, aber das Postulat hier ist wenig zielführend, weil die vorgeschlagenen Kennzahlen, beispielsweise die der Wartezeiten, keine Kennzahlen sind, die das Problem wirklich benennen. Sie sind auch keine Kennzahlen, die dann auch eine Patientenstrom lenkende Wirkung hätten. Aber selbst wenn die Publikation der Wartezeiten eine Wirkung hätte, dann ist es nicht so, dass hier ein Markt spielen

würde, dass der Patient oder die Patientin dann entscheiden würde: Gehe ich jetzt ins Hirslanden oder nicht? Es ist eben nicht der Patient, der entscheidet, sondern der zuweisende Arzt. Er entscheidet in der Regel, welche Leistung ich brauche und wo ich diese am besten erhalte. Wir haben hier also keinen sich rational verhaltenden und vollständig informierten Konsumenten, wie er in der ökonomischen Theorie vorkommt. Hier ist die GLP viel zu ökonomiegläubig. Aber selbst wenn das so funktionieren würde, wäre die vorgeschlagene Massnahme nicht zielführend. Denn wenn ich als Allgemeinversicherter auf der Homepage der Hirslanden-Klinik sehe, dass ich lange warten muss, bis ich behandelt werde, dann gehe ich sicher nicht ins Hirslanden, sondern dann gehe ich in ein anderes Spital. Der Selektionsmechanismus würde mit diesem Vorschlag noch zusätzlich verschärft.

Wenn wir also das Problem lösen wollen, dann brauchen wir andere Mechanismen, beispielsweise brauchen wir eine Aufnahmequote von 50 Prozent als Voraussetzung, damit die Hirslanden-Klinik überhaupt auf eine Spitalliste kommen kann. Diese PI (KR-Nr. 50/2017) wurde überwiesen und wird jetzt diskutiert. Ich denke, es macht Sinn, wenn man hier eine gute Lösung findet, damit wir der Patientenselektion der Hirslanden Einhalt gebieten können. Besten Dank.

Daniel Häuptli (GLP, Zürich) spricht zum zweiten Mal: Nochmals kurz zu Kathy Steiner: Du hast gesagt, man müsste einen Vergleich mit anderen Spitälern machen, das wäre wichtig. Um das geht es genau nicht, es geht um den Vergleich innerhalb des Hirslanden, es geht um die Gleichbehandlung aller Patienten. Es geht darum, ob Zusatzversicherte weniger lang warten müssen als Patienten ohne Zusatzversicherungen. Wenn man Spitäler vergleichen würde, käme man vielleicht zur paradoxen Situation, dass Patienten mit Zusatzversicherung in einem anderen Listenspital länger warten müssten als Patienten ohne Zusatzversicherung im Hirslanden, einfach weil das Hirslanden vielleicht effizienter ist.

Weiter habe ich verschiedentlich gehört, dass das Postulat nutzlos sei. Ja, das ist nicht meine Idee, so wie ich es formuliert habe, das ist in den Anhängen zu den Spitallisten so vorgesehen, genau für solche Fälle, die wir hier haben. Also muss man sich überlegen, warum das so vorgesehen war.

Dass hier jetzt keine Mehrheit zustande kommt, erachte ich als verpasste Chance, ich bedaure das.

Josef Widler (CVP, Zürich): Das Modell des VVG (*Versicherungsvertragsgesetz*) und des KVG (*Krankenversicherungsgesetz*) ist kein gutes Modell. Sie versuchen es über die Zulassung zu regeln. Das Problem besteht doch darin, dass der VVG-Patient eben nicht sämtliche Leistungen aus dieser Versicherung bezahlen muss. Wenn Sie das lösen möchten, müsste man das in Bundesbern lösen. Man müsste sagen, jawohl, wer VVG hat, der ist von der Pflicht entbunden, in die obligatorische Krankenversicherung einzutreten, aber er hat sämtliche Leistungen aus dem VVG zu bezahlen. Sie wissen, dass Leute, die sich VVG-versichern lassen, eine spezielle Art von Leuten sind. Das sind jene Leute, die sicher sind, dass man, wenn man Geld in die Hand nimmt, die Probleme lösen kann. Das sind auch jene Patienten, bei denen sie mehr Operationen finden, die nicht notwendig wären, weil sie nämlich so lange insistieren, bis sie zu jener Untersuchung respektive jener Operation kommen, die sie benötigen wollen.

Zum andern: Wer von Ihnen möchte gerne Quotenpatient sein? Die Patienten suchen sich ihr Spital aus, häufig zusammen mit ihrem Hausarzt. Häufig geht es ja darum, dass gerade Belegärzte bestimmte Spezialitäten gut abdecken, Spezialisten genau für den einen oder anderen Eingriff sind, deshalb werden sie auch selektiv ausgesucht. Polymorbide Patienten, Patienten, die mehrere Krankheiten haben, gerade allgemein-versicherte Patienten suchen eben sehr häufig grosse Kliniken auf, die über ein grösseres Know-how verfügen respektive eine grössere Infrastruktur haben. Also das Instrument der Spitalliste ist ein taugliches Instrument, um die Verteilung der Patienten in die Privatkliniken zu steuern. Man müsste tatsächlich das Versicherungsmodell infrage stellen.

Ein Problem haben wir eben: Wir sagen, wir haben nur eine Einklassenmedizin, und das ist gar nicht wahr. De facto haben wir eine Mehrklassenmedizin. Und es wäre ehrlich und konsequent, man würde dazu stehen und sagen: Jawohl, wir haben eine Zwei- oder Dreiklassenmedizin. Das wäre ehrlich, transparent, und man könnte dann in der sogenannten untersten Klasse eine optimale Versorgung sicherstellen. Und die Leute würden sicher das bekommen, was sie brauchen und manchmal sich auch wünschen.

Sie versuchen hier also, mit einem untauglichen Mittel einen Fehler im System zu korrigieren, und das wird sicher nicht von Erfolg gekrönt sein.

Regierungsrätin Natalie Rickli: Alle Listenspitäler sind gesetzlich verpflichtet, im Rahmen ihrer Leistungsaufträge und Kapazitäten sämtliche Zürcher Patientinnen und Patienten nach rechtsgleichen Kriterien und medizinischer Dringlichkeit sowie unabhängig ihrer Versicherungsklasse aufzunehmen und zu behandeln.

Wie der Regierungsrat in seiner schriftlichen Stellungnahme ausgeführt hat, gab es bereits 2016 in der vom Postulat zur Diskussion gestellten Klinik Hirslanden praktisch keine Unterschiede zwischen den durchschnittlichen Wartezeiten bis zur Operation von grundversicherten Patienten und Privatpatienten: 34 Tage für Grundversicherte und 33 Tage für Privatversicherte. Diese Zahlen haben Sie der schriftlichen Stellungnahme entnommen.

Ich habe aber auch noch ein paar Zahlen, die wir noch nicht zur Hand hatten und die Sie sicher interessieren: Die Gesundheitsdirektion hat ja im Jahr 2012 die Beschwerdestelle eingerichtet. Seit 2017 sind dort keine Beschwerden mehr eingegangen. Die Klinik Hirslanden hat, wie ausgeführt wurde, eine eigene Beschwerdestelle eingerichtet. Dort sind 2017 13 Beschwerden eingegangen und im Jahr 2018 fünf Beschwerden. Das zeigt meines Erachtens, dass sich die Spitäler ihrer Pflichten bewusst sind. Und noch weitere Zahlen, die Ihnen bisher nicht bekannt waren: Der Anteil an Halbprivat- und Privatpatienten ist bei der Hirslanden zwischen 2012 und 2017 von 85 auf 68 Prozent gesunken. Das heisst umgekehrt, dass der Anteil der grundversicherten Patienten stetig gestiegen ist, von 15 auf 33 Prozent. Das zeigt, dass die grundversicherten Patienten bei der Klinik Hirslanden willkommen sind. Und es ist so, die Forderungen, die Sie im Postulat aufstellen, können natürlich auch andere Spitäler betreffen.

Aus diesen Gründen beantragt Ihnen der Regierungsrat, das Postulat nicht zu überweisen. Vielen Dank.

Abstimmung

Der Kantonsrat beschliesst mit 114 : 56 Stimmen (bei 0 Enthaltungen), das Postulat KR-Nr. 136/2017 nicht zu überweisen.

Das Geschäft ist erledigt.

8. Verschiedenes

Begrüssung einer Delegation der FDP-HUT aus München

Ratspräsident Dieter Kläy: Ich möchte die Gelegenheit nutzen und auf der Tribüne eine Delegation der FDP-HUT-Stadtratsfraktion aus München begrüssen. Sie sind Gäste von Kantonsrat Alexander Jäger. Herzlich willkommen. «HUT» steht für «humanitär, unabhängig und tolerant». Herzlich willkommen in Zürich. (*Applaus.*)

Neu eingereichte parlamentarische Vorstösse

- **Keine unnötigen Krankenkassen-Betreibungen**
Postulat *Céline Widmer (SP, Zürich)*
- **Humusaufbau zur Speicherung von CO₂**
Postulat *Ann Barbara Franzen (FDP, Niederweningen)*
- **Kongruente Regelungen für Hilfestellungen zu Hause**
Interpellation *Silvia Rigoni (Grüne, Zürich)*
- **Kostenfaktor Bienengesundheit**
Anfrage *Christian Zurfluh Fraefel (SVP, Wädenswil)*
- **Zweites Standbein in der Trinkwasserversorgung**
Anfrage *Robert Brunner (Grüne, Steinmaur)*
- **Umklassierung von öffentlichen Gewässern in Drainagen**
Anfrage *Robert Brunner (Grüne, Steinmaur)*
- **Inventar der Standorte der Defibrillatoren**
Anfrage *Hans Egli (EDU, Steinmaur)*

Schluss der Sitzung: 11.50 Uhr

Zürich, den 20. Mai 2019

Die Protokollführerin:
Heidi Baumann

Von der Protokollprüfungskommission der Geschäftsleitung genehmigt am 3. Juni 2019.