



125. Sitzung, Montag, 15. September 1997, 8.15 Uhr

Vorsitz: *Roland Brunner (SP, Rheinau), Kurt Schellenberg (FDP, Wettikon)*

Verhandlungsgegenstände

1. Mitteilungen

- Zuweisung von neuen Vorlagen Seite 9074
- Wahl von Spezialkommissionen Seite 9071
- Antworten auf Anfragen
 - *Arbeitsvergebungen an das einheimische Gewerbe*
KR-Nr. 220/1997..... Seite 9075
 - *Kompostieranlagen und Einhaltung des Energiegesetzes*
KR-Nr. 233/1997..... Seite 9077
 - *Stellenabbau an den Mittelschulen*
KR-Nr. 235/1997..... Seite 9082
 - *Öffnung von Museen an hohen kirchlichen Feiertagen*
KR-Nr. 240/1997..... Seite 9084
 - *Machtmissbrauch von Professoren/Professorinnen an der Universität* KR-Nr. 242/1997 Seite 9085
- Dokumentationen im Sekretariat des Rathauses
 - *Protokollauflage* Seite 9088

2. **Wahl eines Mitglieds des Handelsgerichts (10. Kammer, Verschiedene Branchen: EDV)**

Für den zurückgetretenen Dr. Hans G. Bächler, Uitikon Waldegg
Antrag der Interfraktionellen Konferenz vom 28. August 1997

KR-Nr. 292/1997..... Seite 9089

3. **Wahl eines Mitglieds des Handelsgerichts (10. Kammer, Verschiedene Branchen: EDV)**
Für den zurückgetretenen Hans Rudolf Erzberger, Schwerzenbach
Antrag der Interfraktionellen Konferenz vom 28. August 1997
KR-Nr. 293/1997 Seite 9090

4. **Zukünftige Entwicklung der stationären Medizin im Kanton Zürich / Umsetzung der Krankenhausplanung / Projekt zur Eindämmung der Spitalkosten**
Ergänzungsbericht zu den Postulaten KR-Nrn. 217/1993, 216/1993 und 126/1993 (Antrag des Regierungsrates vom 23. April 1997 und gleichlautender Antrag der Geschäftsprüfungskommission vom 23. Mai 1997) Seite 9090

5. **Gesetzliche Anerkennung traditioneller Medizinalsysteme aussereuropäischen Ursprungs**
Einzelinitiative Alfredo Baratti, Hirzel (Bericht und Antrag des Regierungsrates vom 29. Januar 1997 und gleichlautender Antrag der Kommission vom 27. Mai 1997) **3558** Seite 9104

6. **Suchtprävention**
Interpellation Willy Germann (CVP, Winterthur), Hanspeter Amstutz (EVP, Fehraldorf) und Hans-Peter Portmann (CVP, Zürich) vom 16. September 1996 (schriftlich begründet)
KR-Nr. 259/1996, RRB-Nr. 3254/13. November 1996.. Seite 9111

7. **Steigende Krankenkassenprämien**
Motion Astrid Kugler (LdU, Zürich), Helen Kunz (LdU, Opfikon) und Benedikt Gschwind (LdU, Zürich) vom 21. Oktober 1996 (schriftlich begründet)
KR-Nr. 304/1996, RRB-Nr. 3485 / 11. Dezember 1996 (Stellungnahme) Seite 9133

8. **Fragwürdiges Prämienverbilligungssystem im Kanton Zürich**
Interpellation Ernst Schibli (SVP, Otelfingen), Hans Rutschmann (SVP, Rafz) und Bruno Zuppiger (SVP, Hinwil) vom 28. Oktober 1996 (schriftlich begründet)
KR-Nr. 311/1996, RRB-Nr. 3486/11.12.1996..... Seite 9147

9. **Kapazitätsausbau in der Herzchirurgie am Universitätsspital Zürich**

Interpellation Irene Enderli (SVP, Affoltern a. A.) und Hans Egloff (SVP, Aesch b. Birmensdorf) vom 4. November 1996 (schriftlich begründet)

KR-Nr. 315/1996, RRB-Nr. 3487/11. Dezember 1996 . *Seite 9152*

10. **Ethische Beratung im Gesundheitswesen**

Postulat Regula Ziegler-Leuzinger (SP, Winterthur) und Willy Spieler (SP, Küsnacht) vom 18. November 1996 (schriftlich begründet)

KR-Nr. 333/1996, Entgegennahme, Diskussion *Seite 9166*

Verschiedenes *Seite 9181*

– Fraktions- oder persönliche Erklärungen

- *Persönliche Erklärung Sebastian Brändli zur Interpellation KR-Nr. 78/1996, RRB-Nr. 1500 / 22. Mai 1996..... Seite 9181*

– Neu eingereichte Parlamentarische Vorstösse *Seite 9181*

– Rückzüge

- *Rückzug des Postulates KR-Nr. 24/1997..... Seite 9182*
- *Rückzug der Interpellation KR-Nr. 78/1996 Seite 9182*

Geschäftsordnung

Das Wort wird nicht verlangt. Die Traktandenliste ist in der vorliegenden Form genehmigt.

1. Mitteilungen

Wahl von Spezialkommissionen

Das Büro des Kantonsrates hat in seiner Sitzung vom 11. September 1997 zu Mitgliedern folgender Kommissionen gewählt:

Verbilligung der Krankenkassenprämien

Antrag des Regierungsrates vom 13. August 1997, Vorlage 3597

1. Schwitter Stephan (CVP, Horgen), Präsident
2. Bolleter-Malcom Nancy (EVP, Seuzach)
3. Cahannes Franz (SP, Zürich)
4. Chanson Robert (FDP, Zürich)
5. Derisiotis-Scherrer Elisabeth (SP, Zollikon)
6. Enderli Irene (SVP, Affoltern a. A.)
7. Frey-Wettstein Franziska (FDP, Zürich)
8. Haderer Willy (SVP, Unterengstringen)
9. Hegetschweiler Werner (FDP, Langnau a. A.)
10. Kamm Silvia (Grüne, Bonstetten)
11. Kugler-Biedermann Astrid (LdU, Zürich)
12. Schürch Christoph (SP, Winterthur)
13. Stocker-Rusterholz Ernst (SVP, Wädenswil)
14. Stucki Richard (FDP, Andelfingen)
15. Weisshaupt Crista D. (SP, Uster)

Sekretärin: Spiegelberg Therese, Stadacherstrasse 35, 8320
Fehraltorf

Fehlbeträge bei den Pensionskassen und der AHV

Antrag des Regierungsrates vom 20. August 1997 zum Postulat KR-Nr.
313/1993, Vorlage 3600

1. Weiss Karl (FDP, Schlieren), Präsident
2. Aeschbacher Rudolf (EVP, Zürich)
3. Cahannes Franz (SP, Zürich)
4. Chanson Robert (FDP, Zürich)
5. Enderli Irene (SVP, Affoltern a. A.)
6. Gattiker Caspar-Vital (FDP, Zürich)
7. Gschwind Benedikt (LdU, Zürich)
8. Kamm Silvia (Grüne, Bonstetten)
9. Portmann Hans-Peter (CVP, Zürich)
10. Reber Klara (FDP, Winterthur)
11. Schellenberg Georg (SVP, Zell)

12. Spillmann Charles (SP, Ottenbach)
13. Vonlanthen Peter (SP, Oberengstringen)
14. Weisshaupt Crista D. (SP, Uster)
15. Zweifel Paul (SVP, Zürich)

Sekretärin: Spiegelberg Therese, Stadacherstrasse 35, 8320
Fehraltdorf

Änderung des Gesetzes über den Finanzhaushalt des Kantons Zürich

Parlamentarische Initiative von Anton Schaller (LdU, Zürich), KR-Nr. 258/1996

1. Winkler Ruedi (SP, Zürich), Präsident
2. Berset René (CVP, Bülach)
3. Büsser-Beer Marie-Therese (Grüne, Rüti)
4. Fehr Jacqueline (SP, Winterthur)
5. Frei Hans (SVP, Regensdorf)
6. Gerber-Weeber Doris (SP, Zürich)
7. Götsch Neukom Regula (SP, Kloten)
8. Hartmann Hansruedi (FDP, Gossau)
9. Heinimann Armin (FDP, Illnau-Effretikon)
10. Hess Felix (SVP, Mönchaltdorf)
11. Isler Thomas (FDP, Rüslikon)
12. Jud Ernst (FDP, Hedingen)
13. Krähenbühl Vilmar (SVP, Zürich)
14. Schaller Anton (LdU, Zürich)
15. Scherrer Werner (EVP, Uster)

Sekretärin: Heusi Marianne, Birkenweg 2, 8492 Wila

Standesinitiative zur materiellen Steuerharmonie

Parlamentarische Initiative von Julia Gerber Rüegg (SP, Wädenswil) und Franz Cahannes (SP, Zürich), KR-Nr. 49/1997

1. Schaller Anton (LdU, Zürich), Präsident
2. Briner Lukas (FDP, Uster)
3. Clerici Max F. (FDP, Horgen)
4. Egloff Hans (SVP, Aesch bei Birmensdorf)
5. Fehr Jacqueline (SP, Winterthur)
6. Gerber Rüegg Julia (SP, Wädenswil)
7. Haderer Willy (SVP, Unterengstringen)
8. Heitz Hans-Jacob (FDP, Winterthur)
9. Isler Thomas (FDP, Rüschlikon)
10. Lalli Ernst Emy (SP, Zürich)
11. Mittaz Germain (CVP, Dietikon)
12. Reinhard Peter (EVP, Kloten)
13. Schmid Ingrid (Grüne, Zürich)
14. Stirnemann Peter (SP, Zürich)
15. Zuppiger Bruno (SVP, Hinwil)

Sekretärin: Heusi Marianne, Birkenweg 2, 8492 Wila

Zuweisung von neuen Vorlagen

Zuweisung an je eine Spezialkommission von 15 Mitgliedern:

Bau von Flugzeugstandplätzen auf dem Flughafen Zürich, Beschluss des Kantonsrates, Vorlage 3595

Reduktion von Bewilligungsverfahren/Beschleunigung und Vereinfachung von Bewilligungs-, Rekurs- und Gerichtsverfahren, Bericht und Antrag des Regierungsrates an den Kantonsrat zur Motion KR-Nr. 10/1994 und zum Postulat KR-Nr. 11/1994 vom 20. August 1997, Vorlage 3599

Änderung der Strafprozessordnung, Bericht und Antrag des Regierungsrates an den Kantonsrat zum Postulat KR-Nr. 177/1993 vom 3. September 1997, Vorlage 3601

Antworten auf Anfragen

Arbeitsvergebungen an das einheimische Gewerbe (KR-Nr. 220/1997)
Rudolf Ackeret (SVP, Bassersdorf) und Hans Rutschmann (SVP, Rafz)
 haben am 9. Juni 1997 folgende Anfrage eingereicht:

Gestützt auf GATT/WTO-Übereinkommen, Binnenmarktgesetz und Interkantonales Konkordat ist das Submissionsrecht im Sinne eines umfassenderen Wettbewerbes zu liberalisieren.

Mit der Liberalisierung wird die besondere Berücksichtigung des einheimischen Gewerbes in Frage gestellt. Wie aber diesbezüglich eine vom Gewerbeverband in Auftrag gegebene Studie belegt, ergeben sich für die Gemeinwesen bei der Berücksichtigung einheimischer Bewerber massgebliche finanzielle und sonstige Vorteile. Zu denken ist insbesondere an vermehrte Steuereinnahmen, örtliche Arbeitsplätze, kürzere Transport- und Arbeitswege sowie vereinfachte Nachbearbeitungen.

Wir fragen deshalb den Regierungsrat:

1. Wie kann den erwähnten Erkenntnissen zugunsten von Gemeinwesen und Gewerbe Rechnung getragen werden?
2. Ist der Regierungsrat bereit, die angekündigte Muster-Submissionsverordnung für die Gemeinden in diesem Sinne auszugestalten?
3. Welche weiteren Möglichkeiten sieht der Regierungsrat, um die in der Studie namhaft gemachten Vorteile für die Gemeinden nutzbar zu machen?

Der Regierungsrat antwortet auf Antrag der Direktion der öffentlichen Bauten wie folgt:

Bei der in der Anfrage erwähnten Studie handelt es sich um eine Diplomarbeit von Studierenden der Höheren Wirtschafts- und Verwaltungsschule Winterthur, die knapp fünf Monate Zeit hatten, sich in ein ihnen bisher unbekanntes Fachgebiet einzuarbeiten. Die Ausgangslage für die Beurteilung des Zahlenmaterials war ungünstig, da sich nur drei Unternehmungen aus zwei Gemeinden zur Mitarbeit zur Verfügung stellten. Die Schule weist in einem Begleitschreiben darauf hin, dass weder die Arbeit noch Teile daraus zur Publikation geeignet seien. Zusammenfassend kommt die Diplomarbeit zu folgender Beurteilung:

1. Die Erteilung der öffentlichen Aufträge an das lokale Gewerbe innerhalb der Gemeinde ist ein relativ wirkungsvolles Instrument zur Steigerung der öffentlichen und privaten Einkommen.
2. Die Liberalisierung gemäss GATT soll die Aufhebung von wettbewerbshemmendem Protektionismus herbeiführen und dadurch das Preisgefüge in ein marktgerechtes Gleichgewicht bringen.
3. Die Erteilung von Aufträgen an die lokalen Betriebe zu bevorzugten Konditionen kann kontraproduktive, späteintreffende Folgen herbeiführen. Würden nämlich durch Spezialkonditionen schwache, kaum mehr existenzfähige Betriebe künstlich am Leben gehalten, so könnte dies die natürliche und wirtschaftlich gesehen notwendige Strukturanpassung verzögern.
4. Die Öffnung und Liberalisierung der Märkte ist global, national und lokal bereits in hohem Masse fortgeschritten und bedeutet für sämtliche Unternehmungen eine grosse Herausforderung. Eine schnelle und nachhaltige Anpassung an neue Strukturen und grösser werdende Märkte bedeutet daher für manche Unternehmung eine grosse Entwicklungs- und Wachstumschance.

Abgesehen davon, dass die neuen Rechtsbestimmungen (GATT-Übereinkommen, Binnenmarktgesetz, Interkantonale Vereinbarung) grundsätzlich keine Beschränkungen des freien Zugangs zum Markt für ortsfremde Anbietende mehr zulassen und abgesehen von der sehr schmalen Datenbasis muss der positive Schluss von Ziffer 1 der Gesamtbeurteilung in einen grösseren Zusammenhang gestellt und damit relativiert werden (wie dies in den Ziffern 3 und 4 bereits ansatzweise getan wird). Völlig ausgeklammert werden – soweit ersichtlich – vertuernde Effekte einer protektionistischen Vergabepaxis ohne genügenden Wettbewerb. Ebenso fehlt ein klarer Hinweis darauf, dass durch die Öffnung der Märkte auch lokale Firmen – selber oder als Zulieferer bzw. Subunternehmer – vermehrt offensive Chancen wahrnehmen können, die ihrerseits wieder die öffentlichen und privaten Einkommen steigern. Insgesamt ist daher festzustellen, dass die erste Aussage der Beurteilung zu isoliert wahrgenommen wurde und auch verbreitet wird. In eine vertiefte Behandlung des Themas müssten auch frühere Studien aus anderen Gebieten der Schweiz einbezogen werden.

Aufgrund der Diplomarbeit ergeben sich jedenfalls keine neuen Erkenntnisse über Arbeitsvergebungen an das einheimische Gewerbe. Bei allem Verständnis für die Probleme der im Vordergrund stehenden Baubranche stellt eine Abschottung der Märkte keine geeignete Massnahme

zur Erhöhung der Wettbewerbsfähigkeit der Schweiz und des Wirtschaftsraums Zürich dar. Diese führt zu Fehlallokationen und Mehrkosten, die nicht kompensiert werden können. Abgesehen von der dringenden Sanierung des Staatshaushaltes verpflichtet das Finanzhaushaltsgesetz zu sparsamer und wirtschaftlicher Haushaltsführung. Diese bedingt eine rigorose Kostenkontrolle und damit auch eine möglichst dem Wettbewerb folgende Vergabe der öffentlichen Aufträge. Ausserdem können die langfristigen Einnahmen der öffentlichen Hand nur durch wettbewerbsfähige Unternehmen sichergestellt werden, d.h., die öffentliche Hand muss Rahmenbedingungen setzen, die eine nachhaltige ertragsbildende und substanzstärkende Entwicklung der Unternehmen begünstigen. Diese wird am besten durch einen möglichst freien Wettbewerb sichergestellt.

Zurzeit wird zusammen mit den Zürcher Gemeinden abgeklärt, welcher Regelungsbedarf und Normierungsspielraum aufgrund des übergeordneten Rechts auf kommunaler Ebene besteht. Dabei ist nicht zu verkennen, dass gerade auch harmonisierte, einheitliche und weitreichend geltende Rechtsregeln es Industrie und Gewerbe erlauben, sich mit geringem Aufwand und guten Chancen am Markt zu beteiligen.

Kompostieranlagen und die Einhaltung des Energiegesetzes (KR-Nr. 233/1997)

Helen Kunz (LdU, Opfikon) hat am 16. Juni 1997 folgende Anfrage eingereicht:

Am 16. Mai 1997 wurde die Kompostieranlage «Sürch» in Winkel eingeweiht. Für den Ausbau der Anlage wurde 1996 vom Kantonsrat ein Nachtragskredit von 4 Mio. Franken bewilligt. Dies aber nur unter Protest, da mit den Ausbauarbeiten bereits begonnen worden war. Im «Sürch» werden dem nassen Mähgut Holzschnitzel beigefügt, um den Kompostiervorgang zu verbessern. Für die Kompostierung muss immer Energie aufgewendet werden.

Der auf den 1. Januar 1996 in Kraft gesetzte § 12a des Energiegesetzes verlangt, dass zentral gesammelte kompostierbare Abfälle unter Ausschöpfung des Energiepotentials zu marktfähigen Produkten zu verwerten sind, soweit dies technisch möglich und wirtschaftlich ist.

Für die Holzschnitzel ist die Wirtschaftlichkeit gegeben, bezahlen doch die Abnehmer für Holzschnitzelfeuerungen zwischen 10 und 40 Franken pro Tonne.

Vergärungsanlagen nehmen organische Abfälle zu etwa 150 Franken pro Tonne entgegen. Daraus entstehen etwa 500 bis 700 kWh Gas, was rund 50 bis 70 Liter Benzin entspricht und als Treibstoff für Autos oder den Antrieb von Wärmekraft-Koppelungsanlagen eingesetzt werden kann.

Im Kanton Zürich sind schon mehrere Vergärungsanlagen in Betrieb. Zusätzliche Anlagen wären baureif, könnte ihnen genügend nasses Grüngut angeliefert werden.

In diesem Zusammenhang stellen sich folgende Fragen:

1. Weshalb kompostiert der Kanton Holzschitzel in einer zentralen Anlage, obwohl dies dem Energiegesetz widerspricht und Alternativen vorhanden wären, was dem Regierungsrat – im Gegensatz zum Kantonsrat – bei der Kreditsprechung bekannt war?
2. Wurde die Entsorgung zur Verwertung der biogenen Abfälle ausgeschrieben?
3. Wie hoch sind die Investitionskosten der gesamten Anlage «im Sürch» einschliesslich Grundstück und Erschliessung? Wie wird die Amortisationszeit gerechnet? Wie hoch sind die Betriebskosten pro Tonne? Wie hoch ist der Energieverbrauch (Strom und Diesel)? Wie hoch sind die Entsorgungskosten bei der gegenwärtigen Auslastung?
4. Die Stadt Zürich plant gemäss Pressemitteilung vom 29. Mai 1997 eine Vergärungsanlage und eine Sanierung ihrer Kompostieranlage. Durch Vergärung soll nur etwa die Hälfte des eingesammelten Grüngutes verarbeitet werden. Die Städte Opfikon, Kloten und der Flughafen Zürich haben seit Jahren ein Projekt für eine gemeinsame Vergärungsanlage in der Schublade, die aber nur realisiert werden kann, wenn das Grüngut der Stadt Zürich dort verarbeitet werden könnte. Erfüllt die Stadt Zürich die wirtschaftlichen und technischen Bedingungen gemäss Energiegesetz mit ihrem geplanten Anlagenausbau?
5. Wieso werden vom Kanton immer noch Kompostieranlagen gefördert und ausgebaut, obwohl diese gegen das Energiegesetz verstossen (Dällikon) und grosse Geruchsprobleme verursachen (Eglisau, Winterthur)? Widerspricht dies nicht der Förderung der Vergärertechnologie durch Bund und Kanton mit dem Programm «E 2000»?
6. Wie kontrolliert der Kanton die Einhaltung des Energiegesetzes, und wie prüft er die Energieausbeute der biogenen Abfälle?

Der Regierungsrat antwortet auf Antrag der Direktion der öffentlichen Bauten wie folgt:

Für die Beseitigung von Mähgut aus der Pflege von National- und Staatsstrassen sowie von Naturschutzflächen hat der Regierungsrat 1984 den Bau und Betrieb einer Pilot-Mähgutkompostieranlage im Sürch, Gemeinde Winkel, bewilligt und den dazu notwendigen Baukredit (Fr. 950'000) gesprochen. Dem Projektierungskonzept wurde damals eine Mähgutentsorgungsmenge von rund 4000 m³ pro Jahr zugrunde gelegt, zuzüglich rund 2000 m³ Hackholz als Strukturmaterial. Die Pilot-Kompostieranlage wurde im Frühjahr 1986 in Betrieb genommen.

Die jährlich anfallende Mähgutmenge aus dem Unterhalt der Nationalstrassen und der Staatsstrassen des unteren Glattals hat in den Folgejahren stark zugenommen und sich bei rund 16'000 m³ Mähgut eingependelt. Dazu kommen rund 8000 m³ Hackholz. Am 20. Dezember 1995 hat daher der Regierungsrat das Projekt für die Sanierung und Erweiterung der Mähgutkompostieranlage im Sürch genehmigt. Ende Mai dieses Jahres konnte die erweiterte Kompostieranlage in Betrieb genommen werden.

Zur Schaffung von Natur- und Magerwiesen am Strassenrand sowie zur Erhaltung des Erbgutes der einheimischen Naturgräser werden Grünflächen nicht vor Ende Juli/Anfang August gemäht. Das anfallende Mähgut ist sehr trocken, langstielig sowie verholzt und deshalb für die Vergärung wenig geeignet.

Als Energielieferant für die Entsorgung in einer Kehrlichtverbrennungsanlage (KVA) ist das Mähgut preislich uninteressant. (Für die Verbrennung einer Tonne Mähgut in einer KVA müsste von Kosten in der Grössenordnung von Fr. 250 bis Fr. 300 ausgegangen werden.) Der Energieertrag wird als unbedeutend bis Null beurteilt. Demgegenüber hat sich das nach dem Rottenverfahren aerob arbeitende Kompostierverfahren bewährt. Für die aerobe Kompostierung von verholztem Mähgut ist als Stütz- bzw. Strukturmaterial die Beigabe von Hackholz im Verhältnis von zwei Teilen Mähgut und einem Teil Hackholz notwendig. Die Laboranalysen des anfallenden Kompostes zeigen sehr gute Resultate. Die Problemstoffe im Kompost liegen durchwegs tiefer als etwa 50% der erlaubten Grenzwerte gemäss Stoffverordnung.

Durch den Betrieb der Mähgutkompostieranlage Sürch entstehen keine Entsorgungskosten. Der anfallende Kompost ist aufgrund der vorliegenden Analyseresultate vielmehr ein Reifkompost bester Qualität, der

dem Eigengebrauch dient und auch am Markt abgesetzt wird. In der Anlage Sürch wird nur Mähgut in der Qualität Streu sowie Schilf, die bei fachtechnisch richtiger Behandlung zu keinen Geruchsproblemen führt, verarbeitet.

Es gibt keine tauglichen Alternativen zum aeroben Kompostierverfahren. Vor Jahren hatte eine von der kantonalen Fachstelle Naturschutz für die Mäh- und Entsorgungsarbeiten von Schilfbeständen beauftragte private Unternehmung das anfallende Mähgut an Ort gehäckselt und gleich zu marktfähigen Pellets gepresst. Diese Pellets sollten als Heizmaterial und Konkurrenzprodukt zu Holzschnitzeln für Holzschnitzelheizungen vermarktet werden. Der Energieaufwand für die Herstellung der Pellets war allerdings höher als der Energieertrag bei der Verbrennung. Auch war der zur Kostendeckung notwendige Verkaufspreis höher als der Marktpreis für Holzschnitzel. Auf die Weiterführung dieses Verarbeitungsverfahrens wurde daher sehr bald verzichtet.

Der hauptsächlich aus verholztem Mähgut bestehende Grüngutabfall aus den Unterhaltsdiensten des Kantons hat eine wesentlich längere Verrottungszeit als das normalerweise anfallende Kompostiergut aus Haus- und Gartenabfällen. Der Grüngutabfall aus dem Strassenunterhalt kann im Gegensatz zu jenem aus Haus und Garten geruchsfrei verarbeitet werden. Die längere Rottezeit und das Fehlen von Geruchsimmissionen ermöglichen eine einfache und wirtschaftliche Kompostierung in einer besonderen Grossanlage. Im Einvernehmen mit dem Bundesamt für Strassenbau wurde daher die Entsorgung in einer eigenen Anlage vorgezogen und deshalb auf eine Ausschreibung verzichtet.

Als Bedarfsvorgabe für die Dimensionierung der Mähgutkompostieranlage im Sürch wurde in deren Einzugsperimeter der Mähgutentsorgungsbedarf aus dem National- und Staatsstrassenunterhalt ermittelt. Die Mähgutertragserhebungen haben nachstehendes Resultat ergeben:

Nationalstrassenunterhalt

rund 11'200 m³/Jahr = 70% vom Gesamtanteil

Staatsstrassenunterhalt

rund 4800 m³/Jahr = 30% vom Gesamtanteil

Der Zeitwert der 1984 vom Regierungsrat bewilligten und mit Mitteln aus dem Strassenfonds erstellten Pilotanlage (Bau einschliesslich Maschinenbeschaffung) betrug im Zeitpunkt der Bewilligung der erweiterten Anlage durch den Regierungsrat im Jahre 1995 2 Mio. Franken.

Dieser Betrag konnte am Staatsanteil der Kosten der Gesamtanlage als Vorinvestition angerechnet werden.

Anlagekosten:

Kosten bestehende Pilotanlage

Erstellung 1984 (Zeitwert) Fr. 2'000'000

Kosten der Erweiterung und Sanierung

Erstellung 1996/97 Fr. 6'500'000

Gesamtkosten der Anlage einschliesslich

Landerwerb Fr. 8'500'000

Kostenaufteilung:

Nationalstrassen: 70% von Fr. 8'500'000

(Bundesanteil 80 % = Fr. 4'760'000;

Kantonsanteil 20% = Fr. 1'190'000): Fr. 5'950'000

Staatsstrassen: 30% von Fr. 8'500'000: Fr. 2'550'000

Fr. 8'500'000

Für die Realisierung der erweiterten Anlage mussten somit – nach Abzug des Bundesanteils von 4,76 Mio. Franken und der vom Bund anerkannten Vorinvestition von 2 Mio. Franken – noch 1,74 Mio. Franken durch den Kanton aufgewendet werden.

Die Kapitalfolgekosten (Amortisation und Verzinsung) der kantonalen Nettoinvestition von insgesamt 3,74 Mio. Franken (2,55 Mio. und 1,19 Mio.) berechnen sich nach § 46 der Verordnung über die Finanzverwaltung (VFV) und gemäss Weisung der Finanzdirektion über die Ermittlung der Folgekosten vom 20. Januar 1997.

Aufgrund der Betriebsergebnisse der letzten Jahre in der Pilotanlage und der entsprechenden Vorkalkulationen für die Gesamtanlage wird mit einem Kostenaufwand von Fr. 150 pro Tonne Mähgut gerechnet. Demgegenüber beträgt zurzeit der Preis für die Entsorgung von für die Vergärung geeigneten biogenen Abfällen in einer Vergärungsanlage Fr. 164 pro Tonne.

Insgesamt erweist sich der Betrieb der zentralen aeroben Kompostieranlage Sürch unter Berücksichtigung der damaligen Situation als auch mit dem heute geltenden Energiegesetz vereinbar.

Die erweiterte Mähgutkompostieranlage Sürch wurde Ende Mai 1997 in Betrieb genommen. Eine Nachkalkulation über die den Betriebskostenannahmen zugrundeliegenden Angaben ist daher noch verfrüht. Dies

gilt ebenso für den Energieverbrauch. Eine erste Nachkalkulation erfolgt nach dem ersten Betriebsjahr.

Der in der Stadt Zürich geplante Ausbau der Vergärungs- und Kompostieranlage liegt in der alleinigen Bewilligungskompetenz der Stadt. Das Amt für technische Anlagen und Lufthygiene des Kantons Zürich wird die zuständigen Stellen der Stadt Zürich jedoch beraten.

Der Kanton fördert den Bau von Kompostieranlagen nicht. Seit der Inkraftsetzung des Abfallgesetzes am 1. Januar 1996 gibt es für Abfallanlagen keine Staatsbeiträge mehr. Das Amt für Gewässerschutz und Wasserbau und das Amt für technische Anlagen und Lufthygiene arbeiten zurzeit ein Merkblatt aus, welches Entscheidungsgrundlagen für die möglichst vollständige Nutzung der in den biogenen Siedlungsabfällen enthaltenen Energie liefern soll.

Stellenabbau an den Mittelschulen (KR-Nr. 235/1997)

Nancy Bolleter (EVP, Seuzach) hat am 16. Juni 1997 folgende Anfrage eingereicht:

Am 22. September 1996 hat das Volk der Verkürzung der Mittelschuldauer zugestimmt. Diese Verkürzung ist nun ein Hauptgrund, dass an den Mittelschulen Lehrerstellen gestrichen werden. Der Regierungsrat hat bekanntgegeben, dass 130 bis 140 Vollpensen gestrichen werden sollen. Der Stellenabbau soll insbesondere durch Frühpensionierungen ab dem vollendeten 60. Altersjahr vollzogen werden.

In diesem Zusammenhang möchte ich den Regierungsrat folgendes fragen:

1. Zu welchem Zeitpunkt soll der Abbau beginnen?
2. Wie viele Lehrerinnen und Lehrer befinden sich zu diesem Zeitpunkt in der betroffenen Altersgruppe?
3. Wie viele Stellen müssten jedes Jahr abgebaut werden, um das erwünschte Niveau zu erreichen?
4. Im heutigen Arbeitsmarkt sind neue Arbeitszeitmodelle gefragt. Eine Möglichkeit zur Arbeitsverteilung wäre ein gleitender Übergang zur Pensionierung. Ist ein gleitender Übergang, z.B. ab 60. Altersjahr 50%-Pensum mit verkürzter Lohnsumme, aber Kompensation für Pensionsleistungen, statt Stellenabbau oder in Ergänzung zum Stellenabbau in Betracht gezogen worden?
5. Ist im gleichen Sinn ein gleitender Übergang für einsteigende Lehrerinnen und Lehrer in Betracht gezogen worden?

6. Wäre ein gleitender Übergang zur Pensionierung eine längerfristig denkbare Alternative für Mittelschullehrerinnen und -lehrer?

Der Regierungsrat antwortet auf Antrag der Direktion des Erziehungswesens wie folgt:

Der Stellenabbau an den Mittelschulen hat bereits vor längerer Zeit begonnen, ohne allerdings gegen aussen deutlich sichtbar zu werden, da dieser durch die steigenden Schülerzahlen teilweise wieder kompensiert wurde. Der Stellenabbau ist nicht nur auf die Verkürzung der Mittelschuldauer zurückzuführen, sondern auch auf früher getroffene Massnahmen – wie beispielsweise die Reduktion der obligatorischen Lektionenzahl pro Klasse oder die Aufhebung der Altersentlastung für Teilzeitbeschäftigte. Die Abbauphase umfasst im wesentlichen den Zeitraum 1996 bis 2002. Frühpensionierungen ab dem vollendeten 60. Altersjahr stellen dabei eine Massnahme zur sozialen Abfederung dar und können erstmals auf Beginn des Herbstsemesters 1997/98 erfolgen. Zurzeit befinden sich rund 100 Lehrpersonen in dieser Alterskategorie. Bis ins Jahr 2004 fallen rund 300 Lehrpersonen in die fragliche Altersgruppe, wovon etwa 40% teilzeitbeschäftigt sind. Der Umfang des jährlichen Abbaus ist aufgrund der verschiedenen Verhältnisse an den Schulen sowie der noch nicht in allen Details bekannten Auswirkungen der Umsetzung des neuen Maturitätsanerkennungsreglements auf die Stundentafeln der einzelnen Kantonsschulen zurzeit nicht genau bestimmbar. Hinzu kommt, dass Frühpensionierungen in der Regel auf freiwilliger Basis erfolgen. Immerhin wäre es wünschenswert, pro Jahr 20 bis 25 Frühpensionierungen vornehmen zu können.

Teilzeitarbeit ist an den Mittelschulen sehr stark verbreitet. Der durchschnittliche Beschäftigungsgrad der Lehrkräfte liegt je nach Schule zwischen 42% und 65%. Eine weitere Reduktion des Beschäftigungsgrades ist aber nicht zuletzt aus sozialen und pädagogischen Gründen unerwünscht. Auch bei Neueinsteigerinnen und Neueinsteigern sind Teilzeitpensen seit jeher Realität. Es kommt nur in seltenen Fällen vor, dass Junglehrerinnen und Junglehrer von Anfang an ein volles Unterrichtspensum erhalten. Viele erteilen über Jahre hinweg als Lehrbeauftragte, vor allem in Fächern mit Lehrkräfteüberschuss, ein derart kleines Pensum, dass eine gute Integration in den Schulbetrieb kaum möglich ist und die Existenz ohne Nebenerwerb nicht gesichert werden kann. Von einer weiteren Senkung der Unterrichtspensen von neu beginnenden Lehrkräften ist deshalb abzusehen.

Der vorgeschlagene gleitende Übergang zur Pensionierung ist aufgrund der geltenden Bestimmungen der Beamtenversicherungskasse (BVK) nicht möglich. Die neuen Statuten der BVK sehen indes die Möglichkeit einer Frühpensionierung in höchstens drei Teilschritten vor.

Öffnung von Museen an hohen kirchlichen Feiertagen
(KR-Nr. 240/1997)

Andreas Honegger (FDP, Zollikon) hat am 23. Juni 1997 folgende Anfrage eingereicht:

Ich frage den Regierungsrat an, ob er nicht auch der Meinung sei, dass bei nächster Gelegenheit das kantonale Gesetz über die öffentlichen Ruhetage und über die Verkaufszeit im Detailhandel vom 14. März 1971 dahingehend geändert werden sollte, dass generell Veranstaltungen, welche dem Charakter eines hohen Feiertags Rechnung tragen, auch an solchen bewilligt werden müssen. Insbesondere glaube ich, dass es sinnvoll wäre, wenn Museen auch an solchen Tagen geöffnet werden könnten.

Begründung:

Das Gesetz verbietet das Offenhalten von Museen an hohen Feiertagen (§1 lit. b Abs. 2). Ein solches Verbot ist unseres Erachtens nicht mehr zeitgemäss.

Es mag verständlich sein, dass man an derartigen Tagen den Kommerz etwas einschränken möchte und deshalb das Offenhalten von Geschäften verbietet. Dass es aber den Leuten auch verwehrt wird, Ausstellungen und Museen zu besuchen, kulturelle Veranstaltungen insgesamt nicht möglich sind, ist schwer zu verstehen, wird doch gerade damit der um sich greifenden Vereinsamung an derartigen Tagen noch Vorschub geleistet. Die Stadt präsentiert sich öde und ausgestorben, und gerade alleinlebende ältere Menschen werden gezwungen, in ihren vier Wänden zu bleiben und mit dem Fernsehprogramm vorlieb zu nehmen, das ja auch an derartigen Tagen ungehindert auf sie niederprasselt.

Der Regierungsrat antwortet auf Antrag der Direktion der Volkswirtschaft wie folgt:

Das Gesetz über die öffentlichen Ruhetage und über die Verkaufszeit im Detailhandel vom 14. März 1971 (RLG) regelt im ersten Teil die öffentlichen Ruhetage und im zweiten Teil das Offenhalten der Verkaufsgeschäfte des Detailhandels. Durch eine Gesetzesänderung soll erreicht

werden, dass Museen an hohen Feiertagen geöffnet werden können. Dieses Anliegen ist berechtigt.

Verschiedene Vorstösse zielen auf eine Liberalisierung des erwähnten Gesetzes ab: Zwei parlamentarische Initiativen, eine Behördeninitiative des Gemeinderats der Stadt Zürich sowie eine kantonale Volksinitiative verlangen verschiedene Änderungen bzw. Ergänzungen des RLG. Damit ist eine breit angelegte Diskussion über die Vorschriften des RLG in Gang gekommen, welche eine grundlegende Überprüfung, allenfalls eine Aufhebung der fraglichen Bestimmungen unumgänglich macht.

Das Anliegen der Anfrage soll im Rahmen dieser Vorstösse behandelt werden. Eine Änderung einer einzelnen Bestimmung des RLG, welche bestimmte Veranstaltungen an hohen Feiertagen grundsätzlich verbietet (§3 RLG), wäre unter den gegebenen Umständen nicht zweckmässig.

Machtmissbrauch von Professoren/Professorinnen an der Universität (KR-Nr. 242/1997)

Anjuska Weil (FraP, Zürich) hat am 23. Juni 1997 folgende Anfrage eingereicht:

Die Professoren und Professorinnen sind gegenüber ihren Assistentinnen und Assistenten gleichzeitig Lehrende und de facto Arbeitgeber bzw. Arbeitgeberinnen in Personalunion. Sie bewerten die Leistungen ihrer Untergebenen und entscheiden über die Verlängerung des zeitlich befristeten Arbeitsverhältnisses. Damit übernehmen sie auch Entscheidungskompetenzen der Erziehungsdirektion. Oft beurteilen sie gleichzeitig die Dissertation ihrer Doktorandinnen oder Doktoranden. Vor allem in Konfliktfällen schafft diese doppelte Abhängigkeit sehr heikle Situationen, die Machtmissbrauch auf der einen, ein Klima der Angst auf der andern Seite zur Folge haben können.

Nun ist ein Fall bekannt geworden, bei dem eine Assistentin nach einem bewilligten, unbezahlten Urlaub unter Druck gesetzt wurde, ihre Stelle am Englischen Seminar aufzugeben. Sie war eine der zehn Personen, die vom Eidgenössischen Departement für auswärtige Angelegenheiten für das Schweizer Kontingent der «Temporary International Presence in Hebron» ausgewählt worden war und hat an dieser Mission erfolgreich teilgenommen.

Ich frage nun den Regierungsrat:

- Wie kommt ihre Chefin, Frau Prof. Bronfen, Vorsteherin des Englischen Seminars dazu, ein vom EDA hoch geschätztes Engagement

als «unermesslichen politischen Schaden» für ihren Lehrstuhl hinzustellen?

- Wie kommt Frau Prof. Bronfen dazu, bereits einen Nachfolger für diese Stelle zu bestimmen, während der einjährige Arbeitsvertrag noch bis Ende April 1998 gültig ist?
- Wie ist es möglich, dass Frau Prof. Bronfen einer ehemaligen Assistentin nach nunmehr 18 Monaten noch kein Arbeitszeugnis ausgestellt hat?
- Wie stellt sich die Erziehungsdirektion zur Problematik des «Mobbing am Arbeitsplatz» unter besonderer Berücksichtigung des Verhältnisses doppelter Abhängigkeit von Assistentinnen und Assistenten gegenüber ihren Vorgesetzten?
- Was sind die Ausbildungspflichten von Professoren und Professorinnen gegenüber ihren Doktorandinnen und Doktoranden, welche die Arbeit bereits begonnen haben? Sind sie befugt, ein solches Verhältnis jederzeit aufzulösen, wie dies im Rundbrief von Prof. Hughes an Lizentiandinnen und Lizentianden, an Doktorandinnen und Doktoranden festgehalten ist?
- Ist eine Regelung der Situation von Assistentinnen und Assistenten bzw. Doktorandinnen und Doktoranden vorgesehen, z.B. mittels der Einsetzung eines Personalchefs, einer Personalchefin für die Institute?

Der Regierungsrat antwortet auf Antrag der Direktion des Erziehungswesens wie folgt:

Es trifft zu, dass am Englischen Seminar der Philosophischen Fakultät I ein Arbeitskonflikt besteht. Zuständig für dessen Abklärung und Bewältigung ist das Rektorat der Universität. Aus Gründen des Persönlichkeitsschutzes können im Rahmen einer parlamentarischen Anfrage keine Detailangaben gemacht werden. Festzuhalten ist jedoch, dass es sich beim erwähnten Konflikt um einen Einzelfall handelt. Zum grundsätzlichen Verhältnis zwischen den Assistierenden bzw. den Doktorierenden und der Professorenschaft kann folgendes ausgeführt werden.

Bei Anstellungen von Assistentinnen und Assistenten entscheiden sich die Professorinnen oder Professoren nach den durchgeführten Vorstellungsgesprächen und aufgrund der eingereichten Unterlagen (Lebenslauf, Zeugnisse usw.) für die geeignetste Kandidatin oder den geeignetsten Kandidaten. Daraufhin verfügt die Personalabteilung der Universität auf entsprechenden Antrag der Professorin oder des Professors die Anstellung, sofern dieser aus personalrechtlichen oder

organisatorischen Gründen nichts entgegensteht. Die Anstellung von Assistierenden ist befristet (vgl. § 17 der Angestelltenverordnung vom 26. Juni 1991; AVO), wobei die Kündigungsfristen gemäss § 22 in Verbindung mit § 8 AVO gelten. Die Kündigung kann nur von den Assistierenden oder von der Personalabteilung der Universität – nicht aber von der Professorin oder vom Professor – ausgesprochen werden.

Zwischen der Professorenschaft und den Assistierenden besteht eine enge Zusammenarbeit. Diese ergibt sich vor allem aus dem besonderen Aufgabenbereich der Assistierenden. Als wissenschaftliche Angestellte haben sie die Professorin oder den Professor bei der Lehr- und Forschungstätigkeit zu unterstützen und bei den Dienstleistungen des Instituts mitzuwirken. Bei der Anstellung und Beschäftigung der Assistierenden ist sodann der Förderung des akademischen Nachwuchses Rechnung zu tragen (vgl. § 84b der Universitätsordnung der Universität Zürich vom 11. März 1920; UO). Neben der anspruchsvollen Arbeit wird von den Assistentinnen und Assistenten aber auch die Erledigung von Verwaltungsaufgaben (z.B. Erledigung der laufenden Korrespondenz) erwartet (vgl. § 15 AVO). Für personalrechtliche Angelegenheiten der Assistierenden ist die Personalabteilung der Universität zuständig.

Entscheiden sich Assistierende, an der Universität eine Dissertation zu verfassen, haben sie eine Professorin oder einen Professor zur Betreuung ihrer Dissertation zu suchen. Es ist durchaus möglich, dass die Dissertation von einer Professorin oder einem Professor betreut wird, die oder der nicht Vorgesetzte oder Vorgesetzter des Assistenten oder der Assistentin ist. Betreuung einer Dissertation bedeutet, dass mit den Doktorandinnen und Doktoranden Probleme besprochen, Hinweise gegeben sowie einzelne Teile der Dissertation gelesen und anschliessend diskutiert werden. Eigentliche Ausbildungspflichten gegenüber den Doktorandinnen und Doktoranden bestehen neben diesen Betreuungsaufgaben jedoch nicht. Die Arbeit an der Dissertation soll im wesentlichen ausserhalb der entsprechend dem Beschäftigungsumfang zu leistenden Arbeitszeit erledigt werden (vgl. § 18 Abs. 1 AVO). Entstehen zwischen Doktorandinnen und Doktoranden und den sie betreuenden Professorinnen und Professoren vor Abschluss der Dissertation unüberwindbare Schwierigkeiten (z.B. bezüglich Arbeitsweise), können letztere den Doktorandinnen und Doktoranden mitteilen, sie seien ausserstande, die Dissertation weiterhin zu betreuen. Gemäss § 42 Abs. 1 der Universitätsordnung verleihen die Fakultäten den Dokortitel. Sie sind daher auch für die Schlichtung von fachlichen Konflikten bei der Ausarbeitung von Dissertationen zuständig.

Gemäss § 52 Abs. 1 AVO in Verbindung mit Art. 330a Abs. 1 des Obligationenrechts kann jederzeit ein Zeugnis verlangt werden, das sich über Art und Dauer des Arbeitsverhältnisses sowie über die Leistungen und das Verhalten ausspricht. Dieses Recht reicht über die Anstellungsdauer hinaus.

Dokumentationen im Sekretariat des Rathauses

Protokollauflage

- Protokoll der 121. Sitzung vom 25. August 1997, 08.15 Uhr
- Protokoll der 122. Sitzung vom 25. August 1997, 14.30 Uhr

Ratspräsident Roland Brunner:

Der Standesweibel hat abgeklärt, dass 1997 erstmals ein Mädchen Schützenkönigin wurde. (Applaus)

Es wird noch zweimal Fussball gespielt, nämlich am Mittwoch 8. Oktober 1997 und am Mittwoch 29. Oktober 1997 jeweils um 18.00 Uhr. Ich nehme an, dass es nicht nur um die Teilnehmer geht, sondern dass diese auch Zuschauer wünschen.

2. Wahl eines Mitglieds des Handelsgerichts (10. Kammer, Verschiedene Branchen: EDV) für den zurückgetretenen Dr. Hans G. Bächler, Uitikon Waldegg, Antrag der Interfraktionellen Konferenz vom 28. August 1997, KR-Nr. 292/1997

Kurt Schreiber (EVP, Wädenswil), Präsident der Interfraktionellen Konferenz:

Die Interfraktionelle Konferenz schlägt Ihnen als Ersatz für den zurückgetretenen Dr. Hans G. Bächler vor:

Heinz Willy Furter, Verkaufsberater für Wiederverkäufer
von Zürich und Staufen/AG
Schibenwisstrasse 5, 8174 Stadel

Ratspräsident Roland Brunner: Gemäss § 70 ist die offene Wahl möglich. Vorgeschlagen ist Heinz Willy Furter, Stadel.

Das Wort aus dem Rat wird nicht verlangt. Ich erkläre Willy Furter für gewählt und wünsche ihm in seinem neuen Amt viel Erfolg und Befriedigung.

Das Geschäft ist erledigt.

3. Wahl eines Mitglieds des Handelsgerichts (10. Kammer, Verschiedene Branchen: EDV) für den zurückgetretenen Hans Rudolf Erzberger, Schwerzenbach, Antrag der Interfraktionellen Konferenz vom 28. August 1997, KR-Nr. 293/1997

Kurt Schreiber (EVP, Wädenswil), Präsident der Interfraktionellen Konferenz:

Die Interfraktionelle Konferenz schlägt Ihnen als Ersatz für den zurückgetretenen Hans Rudolf Erzberger vor:

Kurt Blättler, selbständiger Berater
Glärnischstrasse 3, 8805 Richterswil

Ratspräsident Roland Brunner: Vorgeschlagen ist Kurt Blättler, Richterswil. Das Wort aus dem Rat wird nicht verlangt. Ich erkläre Kurt Blättler für gewählt und wünsche ihm in seinem neuen Amt viel Erfolg und Befriedigung.

Das Geschäft ist erledigt.

4. Zukünftige Entwicklung der stationären Medizin im Kanton Zürich / Umsetzung der Krankenhausplanung / Projekt zur Eindämmung der Spitalkosten

Ergänzungsbericht zu den Postulaten KR-Nrn. 217/1993, 216/1993 und 126/1993 (Antrag des Regierungsrates vom 23. April 1997 und gleichlautender Antrag der Geschäftsprüfungskommission vom 23. Mai 1997)

Der Ergänzungsbericht hat folgenden Wortlaut:

Auf Antrag der Direktion des Gesundheitswesens beschliesst der Regierungsrat:

I. Schreiben an den Kantonsrat:

A. Am 5. Juli 1993 haben Sie uns folgendes von Kantonsrat Dr. Josef Gunsch, Russikon, eingereichte Postulat zur Überprüfung überwiesen:

Der Regierungsrat wird gebeten,

1. über die vermutete zukünftige Entwicklung der stationären Medizin im Kanton Zürich zu berichten,
2. darzulegen, wie und bis wann er die überflüssigen Betten abbauen will,
3. aufzuzeigen, welche Konsequenzen er aus Punkt 1 und 2 für die laufenden Spitalplanungen, Neu- und Umbauten ziehen will.

Wir bitten um detaillierte Angaben zu den einzelnen Spitälern, zu Kurzzeit-, Rehabilitations- und Langzeitpatientinnen und -patienten sowie zu den wichtigsten medizinischen Spezialitäten.

Begründung:

Die medizinische Entwicklung verläuft in jeder Hinsicht rasch. Das verlangt rasche Anpassungen, nicht zuletzt, um Kosten zu sparen. Im Vordergrund stehen im Moment die Möglichkeiten der ambulanten Abklärungen und Eingriffe, neue Rehabilitationsmöglichkeiten, so in Alterspflege (Geriatric) und Psychiatrie, die Integration psychisch Kranker in die somatischen Kliniken auch bei Betagten, die Wünsche einer grossen Zahl Erkrankter nach Behandlung mit komplementären Methoden usw. Vermutlich haben wir genügend Spitalbauten, vermutlich geht es nun darum, den bestehenden Raum sinnvoll und beweglich zu nutzen.

B. Am 5. Juli 1993 haben Sie uns folgendes von den Kantonsräten Willy Haderer, Unterengstringen, und Ernst Stocker, Wädenswil, eingereichte Postulat zur Überprüfung überwiesen:

Der Regierungsrat wird ersucht, dem Kantonsrat konkrete Anträge zu unterbreiten bezüglich Einhaltung der (in der Krankenhausplanung 1991 dargelegten) Planungsziele gemäss Pt. 5, Seite 116.

Die Vorlage hat insbesondere zu beinhalten:

1. Die Reduzierung der Akutspitalbetten (in Befolgung des Planungszieles 5.2.1)

2. Den Vollzug der Aufgabenteilung (gemäss Planungsziel 5.2.2).
3. Es ist zu prüfen, in welchen Spitälern auf unnötige Spezialisierungen in Berücksichtigung von Kosteneffizienz und medizinisch verantwortbarer Distanz zu Nachbarspitälern verzichtet werden kann.

Begründung:

Die Sozialkosten im Bereich Krankenpflege und Gesundheitswesen haben in den letzten Jahren eine Dimension erreicht, die unverantwortbar ist. Zunehmend werden grössere Gruppen unserer Gesellschaft in eine Situation gedrängt, welche diesen das Tragen der Versicherungs- und Krankenkassenkosten erschwert. Dazu kommt, dass die Öffentlichkeit durch Staats- und Gemeindebeiträge im Bereich Gesundheitswesen einen ständig steigenden Kostenanteil des Steueraufkommens bindet.

Die Spital-Investitions- und -Betriebskosten bilden dabei einen erheblichen Anteil. Mit einer vernünftigen Reduzierung dieser Kosten und einer gezielten Förderung der Spitex-Leistungen, welche wesentlich geringere Kosten verursachen, lässt sich eine dringend erwünschte Entspannung der Finanzsituation erreichen.

C. Am 14. Februar 1994 haben Sie uns folgendes von den Kantonsräten Dr. Bernhard A. Gubler, Pfäffikon, und Karl Weiss, Schlieren, eingereichte Postulat zur Überprüfung überwiesen:

Um ein kostengünstiges, effizientes und leistungsorientiertes Spitalwesen zu gewährleisten, wird der Regierungsrat ersucht, Voraussetzungen zu schaffen, so dass:

1. die öffentlichen und beitragsberechtigten Spitäler die Kosten für typische Behandlungsfälle effizient erfassen können;
2. die jetzige Defizitabdeckung der öffentlichen Hand abgelöst werden kann, in einem ersten Schritt durch leistungsorientierte (analog jetzigem Halbprivattarif), in einem zweiten Schritt durch fallorientierte Beiträge (Normkosten abdeckend – wobei die durch die Spitäler erbrachten gemeinwirtschaftlichen Leistungen, wie Notfallaufnahmen, separat zu entschädigen sind);
3. die Spitalträger ihren Auftrag selbständiger erfüllen können (als «Profit-Center», dem beispielsweise Selbstfinanzierung, Abschreibungen, Amortisationen usw. ermöglicht werden, falls die öffentliche Hand lediglich Beiträge leistet).

Begründung:

Seit Jahren wird eine überproportionale Steigerung der Spitalkosten kritisiert. Eine Analyse dieser Kostenentwicklung zeigt, dass einerseits der Behandlungserfolg in Spitälern qualitativ wesentlich verbessert sowie die Aufenthaltsdauer verkürzt werden konnte, aber andererseits durch das heutige System bedingt kaum Anreize für kostengünstiges Verhalten bestehen.

Die Krankenhäuser führen keine patientenorientierte Kostenrechnung. Zwar wurde eine Kostenrechnung eingeführt, die aber nur die Kostenstellen und nicht die eigentlichen Kostenträger (Patienten bzw. Behandlungsfälle) erfasst. Die öffentliche Hand (Kanton und Gemeinden) soll gemäss den neuesten Erlassen die Hälfte der Kosten für die Allgemeinpatienten abdecken. Im Kanton Zürich deckt sie aber immer noch die gesamte Unterdeckung («Defizit») ab.

In einem ersten Schritt soll auch für Patienten der allgemeinen Klasse ein leistungsorientiertes Verrechnungssystem (anstelle der Tagespauschalen) eingeführt werden, analog demjenigen für Halbprivatpatienten, welches zwischen Hotellerie-, Pflege- und Behandlungskosten unterscheidet. Damit wird eine unnötig lange Behandlungsdauer für das Spital finanziell unattraktiv und die gesamten Spitalkosten nehmen demzufolge ab.

In einem zweiten Schritt sind die typischen «Standardfälle» vorerst zu bezeichnen, in ihrem Ablauf zu analysieren und deren normaler Diagnose- und Behandlungsweg zu beschreiben. In einer nächsten Phase werden die durchschnittlichen Kosten (Arbeits-, Raum-, Energie-, Verwaltungskosten, Abschreibungen, Verbrauchsmaterial usw.) für jeden Diagnose- und Behandlungsschritt ermittelt. Aufgrund dieser empirischen Untersuchungen können Standardkosten (= Sollkosten) festgelegt werden.

Dies erlaubt den Spitälern einerseits, stets die Ist- mit den Sollkosten zu vergleichen und in der Folge Kosten unmittelbar einzusparen. Andererseits bieten die Standardkosten die Basis zur Festlegung der Fallpauschalen, welche den Spitälern anstelle der bisherigen Pflegeentschädigung entrichtet werden können. Damit werden zu aufwendige Behandlungen für das Spital unattraktiv und zwingen zu unmittelbaren Massnahmen, um das finanzielle Gleichgewicht der Spitäler zu erhalten.

Den Spitalträgern wird mit diesem System mehr Verantwortung aufgebürdet – sie müssen im Gegenzug auch mit mehr Kompetenzen ausgestattet werden. Falls ihnen nur noch leistungs- und später nur noch fallorientierte Beiträge ausgerichtet werden, so ist ihnen die selbständige

Mittelbeschaffung, das Abschreiben/Amortisieren von Investitionen, die Öffnung von Rückstellungen und die Kompetenz für zukünftige Investitionen zu ermöglichen.

Die durch die Spitäler erbrachten gemeinwirtschaftlichen Leistungen wie zum Beispiel die Pflicht, Patienten jederzeit aufzunehmen (Notfallaufnahmen), oder fürsorglicherisch zu betreuen, sind separat oder pauschal abzugelten.

D. Wir haben Ihnen mit dem Geschäftsbericht 1995 die Abschreibung der drei Postulate beantragt. Sie sind dem Antrag nicht gefolgt und haben am 4. November 1996 im Sinne von §24 Abs. 3 des Kantonsratsgesetzes je einen Ergänzungsbericht verlangt. Wir kommen hiermit diesem Auftrag nach. Da die drei Postulate materiell im gleichen Zusammenhang stehen, werden die Ergänzungsberichte zusammengefasst.

Die Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen haben sich seit der Einreichung der Postulate im Jahr 1993 deutlich verändert. Das Gesundheitswesen befindet sich in einer Umbruchphase.

Die Medizin hat sich in den letzten Jahren unvermindert weiter entwickelt, was zu einer Zunahme der Behandlungen und der Kosten geführt hat. Dabei sind die Kosten weit stärker als das Wirtschaftswachstum gestiegen. Die hohe Qualität der Leistungen wird zwar allgemein anerkannt, doch sind Höhe und Wachstum der Kosten für weite Teile der Bevölkerung zunehmend schwerer tragbar geworden. Auf Bundesebene sind neue Gesetze geschaffen worden, die eine Planungspflicht sowie vermehrte Transparenz vorschreiben. Zu nennen sind das neue Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) und die damit verbundenen Aufträge an die Kantone zur bedarfsgerechten Planung der stationärmedizinischen Versorgung sowie zur Erstellung der auf den 1. Januar 1998 in Kraft zu setzenden Spitalliste und das Bundesstatistikgesetz (BStatG), welches gesamtschweizerisch die Erhebung von Betriebsdaten, Kosten und medizinischen Statistiken verlangt. Diese Herausforderungen und Vorgaben verlangen gesamthaft ein Umdenken und ziehen einen grossen Handlungsbedarf nach sich.

Zukünftige Entwicklung der stationären Medizin:

Die zukünftige Entwicklung der stationären Medizin im Kanton Zürich kann nicht isoliert, d.h. von der generellen medizinischen Entwicklung der letzten Jahre und Jahrzehnte losgelöst, betrachtet werden. Diese

Entwicklung weist verschiedene zum Teil gegenläufige Charakteristiken auf:

- Die Behandlungsmöglichkeiten haben sich vervielfacht. Das Wissen über die Vorgänge im menschlichen Körper bis auf molekulares und submolekulares Niveau hinunter wächst stetig, und mit ihm die Möglichkeiten, Krankheiten besser zu verstehen und entsprechend therapieren zu können. Die Medizin wurde durch diese Entwicklung teilweise technisiert und wegen des weiterhin exponentiell anwachsenden Wissens in zunehmendem Mass spezialisiert.
- Viele hochkomplexe, risikoreiche Eingriffe, die noch vor wenigen Jahren nur an bestimmten Universitätskliniken und anderen spitzenmedizinischen Instituten durchgeführt werden konnten, sind mittlerweile zu Standardverfahren geworden. Krankheiten, die vor einem oder zwei Jahrzehnten kaum therapier- oder gar heilbar waren (wie z.B. gewisse Nieren- oder Krebserkrankungen), können heute mit gutem Erfolg behandelt werden.
- Eingriffe, die bisher mit grossem Aufwand verbunden waren, können in zunehmendem Mass durch minimalinvasive Verfahren ersetzt werden. Diese Verfahren bewirken in der Regel eine geringere operative Belastung der Patientinnen und Patienten und dadurch eine kürzere Heilungszeit. Einige solcher Eingriffe können bereits ambulant durchgeführt werden; d.h., der Patient bleibt während höchstens 24 Stunden im Behandlungszentrum und wird nicht stationär aufgenommen.

Teilweise ersetzen diese Methoden herkömmliche Verfahren, teilweise kommen sie als zusätzliche Möglichkeiten zum Katalog des Machbaren dazu. Die vorhandenen Möglichkeiten der Diagnose und Therapie werden in der Regel auch wahrgenommen, u.a. wegen entsprechender Erwartungen und Anspruchshaltungen der Patientinnen und Patienten.

Krankenhausplanung:

In die Beurteilung der mengenmässigen Entwicklung der stationärmedizinischen Versorgung im Kanton sind in Anlehnung an die vorhergehenden Erwägungen verschiedene Aspekte einzubeziehen. Der Zeithorizont für diese Hochrechnungen muss knapp gefasst sein, da bei längerfristigen Prognosen der Ungenauigkeitsgrad zunimmt. Bei der Planung sind folgende Entwicklungen zu berücksichtigen:

- Die Einwohnerzahl wird weiterhin leicht zunehmen, ebenso die Überalterung der Bevölkerung.

- Die Spitalhäufigkeit wird im Prinzip aufgrund des weiter anwachsenden medizinischen Katalogs, aber auch aufgrund von Morbiditätsentwicklungen infolge der erhöhten Lebenserwartung der Bevölkerung, weiter ansteigen.
- Dem steht eine zunehmende Verlagerung von der stationären Akutversorgung in den Bereich der ambulanten und tageschirurgischen Behandlung entgegen. Dadurch wird die Spitalhäufigkeit wieder reduziert.
- Durch die Intensivierung der medizinischen Behandlung und die Entwicklung neuer Rehabilitations- und Langzeitpflegekonzepte kann die durchschnittliche Aufenthaltszeit der stationären Patientinnen und Patienten weiter reduziert werden.

Zur Planung des benötigten Angebotes richtet der Kanton Zürich seine Krankenhausversorgung seit mehr als 40 Jahren nach einem einheitlichen, in der jeweiligen Krankenhausplanung festgelegten Konzept aus. Die heute gültige Planung stammt aus dem Jahr 1991. In ihr wird u.a. festgehalten, dass der Kanton Zürich mit Spitalbetten übertersorgt, die Auslastung der Betten zu gering und die Aufgabenteilung unter den Spitälern noch zu bereinigen sei. Zur Lösung dieser Probleme werden in der Zürcher Krankenhausplanung 1991 folgende Massnahmen vorgeschlagen: der Abbau der Betten, der Ausbau der Aufgabenteilung und die Verbesserung der Planungs- und Vergleichsgrundlagen in der Form systematischer statistischer Erhebungen in den Spitälern.

Die Umsetzung dieser Planungsziele ist naturgemäss mit Schwierigkeiten verbunden:

- Einer Bettenreduktion bzw. einer Reorganisation der Aufgabenteilung müssen sorgfältige, differenzierte Bedarfsabklärungen zugrunde liegen, denn diese Massnahmen dürfen nicht zu Versorgungsengpässen führen.
- Der disperse, gleichmässige Abbau von Betten an allen Spitälern ist nicht sinnvoll, da dabei weder die konkrete Angebots- und Bedarfs-situation noch die funktionell optimale Grösse der Spitäler, Kliniken und Abteilungen berücksichtigt wird. Bei einer Bettenreduktion muss darauf geachtet werden, dass sinnvolle Grössen erhalten bleiben. Deshalb sind nicht einzelne Betten, sondern ganze Abteilungen, Kliniken oder Spitäler zu schliessen.
- Die Schliessung von Abteilungen, Kliniken oder Spitälern ist aus verschiedenen Gründen sehr schwierig zu realisieren. Ausser dem Universitätsspital Zürich und dem Kantonsspital Winterthur werden

die Spitäler von Gemeinden, Zweckverbänden, Stiftungen oder anderen, privatrechtlich organisierten Trägerschaften geführt. Nur diese können direkt in den Betrieb ihrer Spitäler eingreifen. Der Kanton subventioniert je nach Finanzkraft der Trägerorganisation in unterschiedlichem Mass den Bau und Betrieb der benötigten Spitäler. Eine Schliessung kann deshalb nur indirekt, durch den Entzug von Subventionen bzw. von Leistungsaufträgen, in die Wege geleitet werden.

- Begreiflicherweise ist es für die Betroffenen oft schwer zu verstehen und zu akzeptieren, dass gerade sie von den Restrukturierungsmaßnahmen betroffen sein sollen. Auch der Bevölkerung liegt das eigene Spital in der Regel mehr am Herzen als eine bedarfsgerecht optimierte kantonale Versorgungsstruktur.

Im Rahmen des neuen Krankenversicherungsgesetzes hat der Kanton Zürich die in der Zürcher Krankenhausplanung 1991 festgelegten Grundlagen überprüft und einer Teilrevision unterzogen. Die Ergebnisse zeigen in bezug auf die Überkapazitäten eine verschärfte Situation. Gesamthaft ist, auch unter Berücksichtigung verbesserter Effizienz des Spitalbetriebs (Wettbewerb), mit einem weiteren Rückgang des Bettenbedarfs für die stationärmedizinische Versorgung im Kanton Zürich zu rechnen. Gemäss Bedarfsplanung ist im Jahr 1998 mit einem Bettenüberschuss von rund 600 bis 800 Betten zu rechnen. Im Jahr 2005 beträgt der Bettenüberschuss gemäss Hochrechnungen rund 1200 Betten.

Spitalliste:

Die neuen Bedarfsrechnungen bilden die Basis für den Entwurf zur kantonalen Spitalliste, die auf den 1. Januar 1998 in Kraft treten soll. Die Vernehmlassung zum Entwurf ist abgeschlossen; die Stellungnahmen werden zurzeit ausgewertet.

Der Entwurf beruht auf den folgenden Grundsätzen:

Die Gesundheitskosten sind gesamthaft zu senken. Damit sollen die Krankenkassenprämien und die Steuerbelastung stabilisiert bzw. wenn möglich gesenkt werden. Weiterhin benötigte, ungenügend ausgelastete Leistungserbringer sollen durch eine regionale Konzentration der Versorgung wieder besser ausgelastet werden und damit ihre Leistungen wirtschaftlicher erbringen. Anstelle der bisherigen vierstufigen Versorgungsstruktur tritt daher eine gestraffte, dreistufige Struktur. Am Prinzip der dezentralen Grundversorgung wird festgehalten; sie wird jedoch neu in den regionalen Schwerpunktspitälern zusammengefasst.

Gleichzeitig soll die nichtstationäre Versorgung im ambulanten Bereich gestärkt werden. Die Spitäler aller Stufen erhalten neu definierte, dem ermittelten Bedarf entsprechende Leistungsaufträge.

Die konkreten, über die Spitalliste einzuleitenden Massnahmen sind:

- Entzug der Berechtigung für die Behandlung allgemeinversicherter Patientinnen und Patienten zu Lasten der Krankenkassen bei sechs Spitälern (Adliswil, Bauma, Dielsdorf, Pfäffikon, Thalwil und Wald). Die daraus resultierenden Ertragsausfälle werden aller Voraussicht nach Betriebsschliessungen unumgänglich machen. Die bisher von den genannten Spitälern erbrachten Leistungen (Pflegetage) können durch verbesserte Auslastung an den benachbarten regionalen Schwerpunktspitälern erbracht werden.
- Verlust der Selbständigkeit der Schweizerischen Pflegerinnenschule.
- Abbau von insgesamt 170 Betten am Universitätsspital Zürich und am Stadtspital Triemli.
- Aufforderung zur besseren Zusammenarbeit bzw. Zusammenlegung an die Spitäler Balgrist und Klinik Wilhelm Schulthess, Stadtspital Triemli und Maternité Inselhof sowie Horgen und Wädenswil.

Insgesamt sollen durch diese Massnahmen im ganzen Kanton in einem ersten Schritt 600 Betten abgebaut werden (Stadt und Land je 300). Durch die Erhöhung der von den verbleibenden Spitälern erbrachten Leistungen werden diese angehalten, sich auf ihre stufenspezifische Kernaufträge zu konzentrieren; Doppelspurigkeiten und die Erbringung von spezialisierten Leistungen, die nicht der Versorgungsstufe des Spitals entsprechen, können dadurch unterbunden werden.

Die Aufgabenteilung gemäss Zürcher Krankenhausplanung 1991 wird laufend umgesetzt. Zudem wird bereits seit einiger Zeit vermehrtes Augenmerk auf eine medizinisch und betrieblich optimierte Aufgabenteilung zwischen akutmedizinischer Erstversorgung und anschliessender rehabilitativer Versorgung einschliesslich Spitex geachtet. Darüber hinaus sind im Rahmen der Ausarbeitung der Leistungsaufträge auf verschiedenen Ebenen Bemühungen für eine bessere Leistungs- und Kostentransparenz und eine bessere Koordination der Spitalangebote im Gang.

Eine Inkraftsetzung der Spitalliste auf den 1. Januar 1998 gemäss Vernehmlassungsentwurf der Gesundheitsdirektion muss zwangsläufig auch Einfluss auf die hängigen und sich in Realisation befindenden Spitalplanungen haben. Aufgrund der Neustrukturierung der akutmedizinischen Versorgung im Kanton Zürich müssen die Leistungsaufträge

und Kapazitäten der Spitäler kritisch überprüft und gegebenenfalls der veränderten Situation angepasst werden. Welche Auswirkungen dies jedoch konkret auf die Spitalplanungen hat, kann erst nach Verabschiedung der endgültigen Spitalliste durch den Regierungsrat bestimmt werden.

Trotz Bettenabbau und Bereinigung der Versorgungsstrukturen sind Unterhaltsarbeiten und Sanierungen zur Werterhaltung und Modernisierung der weiterhin unterstützten Spitäler unumgänglich. Nur so können diese ihre Aufträge erfüllen und betriebswirtschaftlich optimal betrieben werden.

Spitalreform:

Noch vor Inkrafttreten des neuen Krankenversicherungsgesetzes hat die Gesundheitsdirektion eine Spitalreform in Gang gesetzt. Mit dem wif!-Projekt LORAS (Leistungsorientierte Ressourcenallokation im Spitalbereich), welches in zehn Pilotspitälern umgesetzt wird, soll ein leistungsorientiertes Steuerungsmodell geschaffen werden, welches die bisherige ressourcenorientierte herkömmliche Steuerung ersetzt.

Ziel der Reform ist es, eine qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung mit tragbaren Krankenversicherungsprämien und öffentlichen Ausgaben sicherzustellen. Dies muss bei der angespannten Finanzlage primär durch bessere Wirtschaftlichkeit erreicht werden.

Mit dem Projekt LORAS wird der Staat via Leistungsaufträge und Globalbudgets zum «Einkäufer» von Leistungen für die Versorgung allgemeinversicherter Patienten sowie weiterer gemeinwirtschaftlicher Leistungen (z.B. Notfalldienst, Aus- und Weiterbildung, Lehre und Forschung). Die strategische und die operative Ebene werden im Sinne des New Public Managements getrennt.

In Leistungsauftrag und Jahreskontrakt werden diejenigen Leistungen bezeichnet, die der Staat einem Spital für die Kontraktperiode jeweils «in Auftrag gibt». Diesen Leistungen wird ein gewisser finanzieller Betrag als «Leistungswert» gegenübergestellt. Der Staat vergütet den gesetzlichen Anteil an diesem Wert (z.B. 100% bei Lehre und Forschung und mindestens 50% für die Versorgung allgemeinversicherter Patienten).

Die Summe der Vergütungsanteile für die vereinbarten Leistungen bestimmt die Höhe des Globalbudgets. Mit dem Globalbudget sind die Ansprüche des Spitals vollumfänglich abgedeckt. Die automatische Defizitdeckungsgarantie fällt weg.

Nach Vollzug der Spitalreform übernehmen die Leistungsgremien die Verantwortung für Über- oder Unterschreitungen des Budgets. Das Prinzip des Globalbudgets verlangt, dass Budgetunterschreitungen («Gewinne») zum Teil vom Betrieb in eigener Regie verwendet werden können, z.B. für Rückstellungen. Auf der anderen Seite hat das Spital eventuelle Budgetüberschreitungen («Verluste») selber zu tragen, z.B. mittels Auflösung von Rückstellungen oder Verlustvorträgen auf das Folgebudget.

Die Spitalverantwortlichen haben selber zu beurteilen, ob die Entschädigung die Kosten der Leistungserbringung zu decken vermag. Am sinnvollsten geschieht dies mittels einer Kostenträgerrechnung. Die Kostenträgerrechnung ist ein betriebsinternes Kontroll- und Steuerungsinstrument, welches jedoch im Sinne einer erhöhten Transparenz in den Grundzügen harmonisiert werden soll.

Im Rahmen des Globalbudgets entscheidet das Spital über den Mitteleinsatz autonom. So fallen z.B. Stellenplanbewilligungen seitens der Gesundheitsdirektion künftig weg. Das Spital muss der Gesundheitsdirektion lediglich im Rahmen der Auftragserfüllung (Art, Menge und Qualität der Leistung) Rechenschaft ablegen.

Die Leistung wird nicht nur in ihrer Art und Menge vereinbart, sondern auch zu einer bestimmten Qualität. Die Qualität ist integrierter Bestandteil des Leistungswertes. Wird die Qualität gemindert, so rechtfertigt sich die Höhe der Vergütung nicht länger. Aus diesem Grund werden im Projekt LORAS diverse Instrumentarien zur Qualitätssicherung und -kontrolle aufgebaut.

Die Verwirklichung der Grundgedanken des Projekts LORAS setzt eine umfassende Definition und Dokumentation der «Spitalleistung» sowie Instrumente zur deren Bewertung voraus. Diese liegen derzeit noch nicht vor. Aus diesem Grund werden parallel zum Projekt LORAS verschiedene Begleitprojekte durchgeführt:

Mittels des Patientenrecord (PATREC), der die medizinische Statistik gemäss Bundesstatistikgesetz (BStatG) abdecken muss, wird – schweizerisch einmalig – eine vereinheitlichte, umfassende Dokumentation über die Klientel der Spitäler (medizinische, soziodemographische und aufenthaltsbezogene Daten) erstellt, die zudem eine flexible Falldefinition ermöglicht. Die Einführung des PATREC stellt hohe Anforderungen an die Spital-EDV und an administrative Abläufe, wie diszipliniertes, korrektes und vollständiges Codieren von Diagnosen und Behandlungen sowie die Verknüpfung der verschiedenen Ebenen der

Fallbetrachtung (Klinikaufenthalt, Spitalaufenthalt, medizinischer Spitalfall, Patient) sämtlicher Patienten und Patientinnen eines Spitals. Der PATREC wird ab 1. Januar 1998 eingeführt. Kantonsweite Daten stehen teilweise ab Mitte 1999, vollständig im Jahr 2000 erstmals zur Verfügung.

Die Dokumentation der Spitalklientel genügt für eine Fall- bzw. Leistungsdefinition sowie deren monetäre Bewertung noch nicht. Aus diesem Grund werden im Rahmen eines weiteren Projekts die Behandlungspfade der 50 häufigsten Behandlungen aufgrund von Krankengeschichten ausgewertet und mittels Expertengesprächen validiert. Diesen «Standardbehandlungen» werden Norm- bzw. Standardkosten zugeordnet. Die Ergebnisse werden als Basis für die Verhandlungen mit den Kassen – primär im Halbprivatbereich – im Sinne von Standardfallpauschalen verwendet.

Da die standardisierte Dokumentation von Diagnosen und Behandlungen künftig zentralen Stellenwert besitzen wird, und nicht zuletzt aufgrund gesetzlicher Vorgaben im Rahmen der Verordnungen zum Bundesstatistikgesetz (BStatG), unternimmt der Kanton Zürich gemeinsam mit dem Verein Zürcher Krankenhäuser (VZK) und der Vereinigung «Spitäler der Schweiz» (H+) alle Anstrengungen, um eine Schulung der Spitalärzteschaft in den beiden neuen Klassifikationssystemen (ICD-10 und ICD-9-CM) auf Herbst 1997 zu ermöglichen.

Der Standardisierung und Pauschalierung der häufigsten Behandlungen sind Grenzen gesetzt: Diese Behandlungen beziehen sich in aller Regel auf operative Eingriffe an Akutpatienten. Der übrige medizinisch-pflegerische Bereich kann nicht ausreichend standardisiert und somit auch nicht normativ bewertet werden. Aus diesem Grund verfolgt der Kanton Bestrebungen zur Einführung einheitlicher, umfassender Patientenkategorisierungssysteme. Mittels dieser Systeme werden Einzelfälle in Fallgruppen eingeteilt, welche über eine Gruppenpauschale oder ein bestimmtes Kostengewicht verfügen. Dadurch wird es möglich, einen Grossteil der im Spital versorgten Fälle mittels Pauschalen abzugelten. Eine Koordination mit andern Kantonen wird angestrebt.

Das Projekt LORAS soll Ende 1998 abgeschlossen werden. Die Ergebnisse aus den Modellversuchen mit den zehn Pilotspitalern fliessen in den Geschäftsgang der Gesundheitsdirektion ein, und die Spitalreform wird in allen Akutspitalern umgesetzt.

Gestützt auf diesen zusammenfassenden Ergänzungsbericht beantragen wir Ihnen erneut, die Postulate KR-Nr. 217/1993, 216/1993 sowie 126/1993 abzuschreiben.

Richard Stucki (FDP, Andelfingen): Die drei Postulate KR-Nrn. 126, 216, 217/1993 wurden vom Regierungsrat bereits mit dem Geschäftsbericht 1995 zur Abschreibung beantragt. Die GPK stimmte der Abschreibung ebenfalls zu, da die gewünschten Massnahmen damals schon in Aussicht standen. Dies befriedigte den Rat jedoch nicht. Er entschied anders und verlangte Ergänzungsberichte, welche nun in zusammengefasster Form vorliegen. Alle drei Postulate entstanden aus der berechtigten Sorge heraus, dass uns die stetig wachsenden Gesundheitskosten davon laufen würden. Sie hatten folgende Hauptziele im Visier:

- Erfassung der Kosten von typischen Behandlungsfällen in beitragsberechtigten Spitälern mit dem Ziel, Vollpauschalen festlegen zu können.
- Abbau von Überkapazität an Akutbetten gleichzeitig mit dem Vollzug von Aufgabenteilung unter den Spitälern.
- Auswirkung der Beurteilung der künftigen stationären Medizin.

Inzwischen hat der Regierungsrat die Spitalliste festgelegt, doch die Einsprachen sind noch nicht bereinigt. Der Weg für den Abbau von Akutbetten zeichnet sich ab, und die Forderung nach Aufgabenteilung hat bereits Fuss gefasst. Leider hängt vieles von der nicht gerade sprichwörtlichen Entscheidungsfreudigkeit der Bundesbehörden ab.

Die gesteckten Ziele und der Zwischenstand des vielversprechenden Projektes LORAS wurden einer Prüfung durch ein externes Büro unterzogen. Die Hauptpunkte wie Abbau von Überkapazitäten, Erarbeiten einer Methodik für die Erfassung von Leistung, Finanzierung und Qualität sowie wirkungsorientierte Verwaltungsführung werden nach wie vor angestrebt.

Die GPK wird sich das LORAS-Projekt im kommenden Monat zusammen mit je einer Delegation der Finanz- und Reformkommission an einer Klausurtagung von deren Leiter und Mitarbeitern, mit dem Ziel einer kritischen Beurteilung, vorstellen lassen. Auf die Geschehnisse der letzten 12 Monate zurückschauend, braucht es eine gehörige Portion Optimismus, davon überzeugt zu sein, dass die gesteckten hohen Ziele erreicht werden. Trotzdem bin ich sicher, dass die Gesundheitsdirektion es schaffen wird, die Gesundheitskosten wenigstens zu stabilisieren.

Dies nicht nur zur Zufriedenheit der Prämien- und Steuerzahler, sondern auch zum Wohle der mannigfaltig betroffenen Patienten. Es ist selbstverständlich, dass alle am Gesundheitswesen Interessierten mitziehen müssen. Andernfalls werden wir alle im Krankenwesen stecken bleiben.

Aus dieser Sicht betrachtet, und in Kenntnis des Inhalts des Ergänzungsberichtes des Regierungsrates, beantragt die GPK einstimmig, die drei Postulate KR-Nrn. 126, 216, 217/1993 abzuschreiben. Die FDP-Fraktion stimmt der Abschreibung ebenfalls zu.

Christoph Schürch (SP, Winterthur): Vor einem Jahr waren wir gegen die Abschreibung dieser Vorstösse, weil wir via diese Vorstösse respektive deren Berichte in einer Kommission nochmals über die Spitalliste diskutieren wollten, bevor sie vom Regierungsrat endgültig verabschiedet wurde. Wenigstens vorläufig ist der Weg gespurt. Einmal mehr zeigt sich, dass das Parlament von der Gesundheitspolitik ausgeschlossen ist, da wir keine Gesundheits- und Fürsorgekommission haben. Wir von der SP-Fraktion bedauern dies ausserordentlich.

Schlussabstimmung

Der Kantonsrat stimmt den Ergänzungsberichten mit 106 : 0 Stimmen zu. Die Vorstösse sind damit abgeschrieben.

Das Geschäft ist erledigt.

5. Gesetzliche Anerkennung traditioneller Medizinalsysteme ausereuropäischen Ursprungs

Einzelinitiative Alfredo Baratti, Hirzel (Bericht und Antrag des Regierungsrates vom 29. Januar 1997 und gleichlautender Antrag der Kommission vom 27. Mai 1997) 3558

Der Kantonsrat hat am 4. September 1995 folgende am 16. März 1995 eingereichte Einzelinitiative von Alfredo Baratti, Hirzel, vorläufig unterstützt und dem Regierungsrat zur Berichterstattung und Antragstellung überwiesen:

Antrag:

Ich bitte Sie, das bestehende Gesundheitsgesetz wie folgt zu ergänzen:

- 1.1 Das Gesetz anerkennt das Bestehen traditioneller Medizinalsysteme, deren Wurzeln ausserhalb des europäischen Kulturraumes liegen.
- 1.2 Der Gesetzgeber schafft Raum und Voraussetzungen, um dieses Wissen und die daraus abgeleiteten Behandlungsstrategien zu sichten und zu verifizieren.
- 1.3 Der Gesetzgeber schafft die zur Integration dieses Wissens nötigen Voraussetzungen und Rahmenbedingungen.
- 2.1 Der Gesetzgeber unterscheidet zwischen Heilkundigen, die das Wissen in umfassender Ganzheit verkörpern und solchen, deren Wissen einzelne Fachbereiche abdecken.
- 2.2 Heilkundigen, die das Wissen in umfassender Ganzheit verkörpern, wird die Möglichkeit geboten, das Wissen in authentischer Weise anzuwenden und zu lehren.
Heilkundigen, die das Wissen in partieller Weise verkörpern, wird eine entsprechende Anerkennung und die eigenständige Ausübung ihres Berufes ermöglicht.
- 2.3 Der Gesetzgeber schafft an Spitälern angeschlossene Ambulatorien, in denen der Bevölkerung diese medizinischen Dienstleistungen angeboten werden.
- 3.1 Der Gesetzgeber anerkennt Heilkundige dieser medizinischen Traditionen als medizinische Fachleute.
- 3.2 Der Gesetzgeber anbietet diesen Fachleuten die Ausübung ihrer Tätigkeit in Zusammenarbeit mit bestehenden und neu zu schaffenden Institutionen.
- 3.3 Der Gesetzgeber ermöglicht im Rahmen der Integration dieses Wissens eine entsprechende Ausbildung und Zulassung, verbunden mit dem Recht auf eigenständige Berufsausübung.

Übergangsbestimmungen

- 4.1 Der Gesetzgeber schafft in der Anerkennung der Not und der Leiden der Patientengruppen, die mit chronisch oder tödlich verlaufenden Krankheiten konfrontiert sind, baldmöglichst an Spitälern angeschlossene Ambulatorien und Institute, die Raum zur Begegnung mit den nach 1.1 umschriebenen Medizinalsystemen bietet.
- 4.2 Der Gesetzgeber schafft ein Gremium, das die fachliche Qualifikation einer Person nach 2.1 prüfen und anerkennen kann. Bei entsprechender beruflicher Qualifikation und einer ausgewiesenen Praxis ist die eigenständige Ausübung des Berufes zulässig. Für Personen

mit entsprechender Qualifikation ohne praktische Berufserfahrungen ist eine Arbeit in den Ambulatorien möglich.

4.3 Zur Sichtung und Verifizierung des Potentials der nach 1.1 umschriebenen Medizinalsystemen werden Studien durchgeführt, die beobachtend eine bestmögliche Behandlung der Patienten gewährleisten.

Begründung:

Es bestehen mit dem Ayurvedischen, dem Chinesischen und dem Tibetischen drei verschiedene, traditionelle Medizinalsysteme, deren Wissen und therapeutischer Erfahrungsschatz ein bisher wenig genutztes Potential bietet. Diese Systeme unterscheiden sich von westlicher medizinischer Betreuung in folgenden Punkten: neben einer dem Patienten entsprechenden Verschreibung von Medikamenten einer jeweils spezifischen Kräuterapotheke, betonen die Ärzte und Heilkundige der verschiedenen Systeme die Erziehung des Patienten zur Eigenverantwortlichkeit und zur Steuerung seines eigenen Wohlergehens. Alle Traditionen weisen auf den Einfluss und die Möglichkeit des therapeutischen Ansatzes der Ernährung hin, betonen die Bedeutung des bewusst gelenkten Atems zur Schöpfung und Wiedererlangung von Lebenskraft und Harmonie und besitzen ein Wissen um spezielle Massagetechniken, um Körper und Geist in tiefgehender Weise zu entspannen und zu revitalisieren.

Mit der Akupunktur im Besonderen steht ein therapeutischer Ansatzpunkt der Traditionell Chinesischen Medizin zur Verfügung, dessen Möglichkeiten und Anwendungsbereich bis heute noch weitgehend unterschätzt werden. Je tiefer und umfassender das Verständnis des energetischen Zustandes und Ablaufes im Körper des Patienten ist, je wirkungsvoller können die Nadeln zur Regulierung und Steuerung der Lebenskraft, des Chi, gesetzt werden. Neue Techniken erlauben die Revitalisierung in bisher nicht bekannter Weise.

Die Ausübung der Akupunktur ist bis heute im Kanton Zürich bedauerlicherweise ausschliesslich der Ärzteschaft vorbehalten. Fachpersonen, die wohl auf eine kompetente, qualifizierte Ausbildung verweisen können, die aber keine Ärzte sind, wird die Möglichkeit der Berufsausübung verweigert. Selbst in Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft des Universitätsspitals wird die Erteilung einer Bewilligung verweigert.

Die moderne Technologie liefert heute die Möglichkeit, auch Medikamente, die sich ausschliesslich aus natürlichen Bestandteilen zusammensetzen, zu verifizieren. So lassen sich auch Kräuterkombinationen

mit über dreissig verschiedenen Ingredienzen auf einen "Fingerabdruck" reduzieren.

Die traditionellen Systeme bieten mit ihren Möglichkeiten therapeutische Ansatzpunkte, die mit nur geringem Kostenaufwand bedeutende Erleichterungen für eine Vielzahl von Patienten mit chronisch oder tödlich verlaufenden Krankheiten schaffen können. Linderung des Leidens hin zur bestmöglichen Erträglichkeit kann eine erweiterte, neue Perspektive bedeuten.

Der Gesetzgeber sollte prüfen, ob er dem "Gott im weissen Kittel" eine weitere Facette anfügen will. Es sollte der studierenden Jugend an unserer Universität in nicht allzu ferner Zukunft möglich sein, ihren Dokortitel in einer dieser Medizintraditionen zu erlangen.

Prüfen Sie einen solchen Gedanken. Lehnen Sie ihn nicht gleich ab. Am Universitätsspital in Zürich wird im Rahmen einer Doppelblindstudie der Einfluss Chinesischer Kräuter auf das Wohlergehen von Patienten mit HIV erforscht werden. Die Ergebnisse dieser Forschungen werden 1996 im Rahmen des Aids-Kongresses der Weltgesundheitsorganisation in Genf der Öffentlichkeit präsentiert werden. Voraussichtlich werden es sehr erfreuliche Resultate sein. Diskutieren Sie die ethischen Aspekte, die für die vermehrte Durchführung von Beobachtungsstudien sprechen.

Halten Sie sich die Option offen, diesen Forschern mit Ihrem politischen Weitblick neue Perspektiven mit tragfähigem Rückhalt zu eröffnen.

Der Regierungsrat erstattet hierzu folgenden Bericht:

Nach dem Gesundheitsgesetz vom 4. November 1962 ist die umfassende Berechtigung zur Diagnosestellung und Behandlung den eidg. dipl. Ärzten vorbehalten. Die übrigen Berufe des Gesundheitswesens wie die Zahnärzte, Chiropraktiker, Apotheker, Physiotherapeutinnen sind in ihrer Tätigkeit auf die entsprechenden Berufsgebiete eingeschränkt. Einzig die Ärzte sind innerhalb ihres umfassenden Zulassungsbereichs zu sämtlichen konventionellen und alternativen Diagnose- und Behandlungsarten berechtigt. Diese Regelung hat zur Folge, dass die Ausübung der Naturheilkunde in ihren wesentlichen Bereichen ebenfalls ausschliesslich den Ärzten vorbehalten ist.

Die Naturheilkunde bzw. Komplementärmedizin hat in den letzten Jahren in der Schweiz und im Kanton Zürich zunehmend an Bedeutung und Anerkennung gewonnen. Bei vielen Ärzten gehört sie heute mit

zum Berufsalltag. Bei den Patientinnen und Patienten zeigt sich vermehrtes Bedürfnis an diesen anderen Formen der medizinischen Versorgung, und auch das neue Krankenversicherungsgesetz sieht eine Leistungspflicht der Kassen in diesem Bereich vor. Vor diesem Hintergrund ist in der derzeit in Vernehmlassung stehenden Zürcher Spitalliste 1998 ein Leistungsauftrag für Komplementärmedizin an die Paracelsus-Klinik in Richterswil vorgesehen. Zusätzlich ist dem Umstand Rechnung zu tragen, dass zur Berufsausübung im Bereich der Naturheilkunde wegen ihrer Herkunft und besonderen Ausrichtung nicht nur die Ärzte in Frage kommen. Das bedeutet, dass die Gesundheitsgesetzgebung mit Bezug auf die Berufe des Gesundheitswesens gesamthaft zu überprüfen und in ihrem Zusammenspiel und ihren Rahmenbedingungen wie Patienteninteressen, Qualitätsfragen, Ausbildungsrichtlinien, Weiterbildung, Kompetenz- und Fähigkeitsbereiche neu zu strukturieren ist. Die Einzelinitiative Alfredo Baratti bezweckt lediglich eine Liberalisierung des Segments aussereuropäischer Medizinalsysteme und ist insoweit zu eng. Der Kantonsrat hat am 22. April 1996 die Motion KR-Nr. 128/1995 dem Regierungsrat zur Berichterstattung und Antragstellung überwiesen. Die Motion zielt auf eine umfassende Liberalisierung von Gesetzen und Vorschriften für Verkauf, Anbietung, Ausübung, und Zulassung von Naturmedizin, Naturheilverfahren sowie Naturheilprodukten und deckt insoweit auch die Anliegen der Einzelinitiative Alfredo Baratti ab. Die Gesundheitsdirektion hat nach der Fertigstellung des Entwurfs zur Zürcher Spitalliste 1998 erste Abklärungen getroffen und wird im ersten Halbjahr 1997 eine Arbeitsgruppe einsetzen, welche einen Gesetzesentwurf zur Neuregelung der Berufe des Gesundheitswesens vorbereiten wird. Den Anliegen der Einzelinitiative kann in diesem Rahmen angemessen Rechnung getragen werden.

Der Regierungsrat beantragt dem Kantonsrat, gestützt auf die vorstehenden Ausführungen, die Einzelinitiative Alfredo Baratti, Hirzel, KR-Nr. 86/1995, nicht definitiv zu unterstützen.

Irene Enderli (SVP, Affoltern a. A.), Präsidentin der vorberatenden Kommission: Unser Rat hat die Einzelinitiative Baratti betreffend gesetzliche Anerkennung traditioneller Medizinalsysteme aussereuropäischen Ursprungs am 4. September 1995 mit 64 Stimmen vorläufig unterstützt. Aus den damaligen Voten geht klar hervor, dass das Anliegen des Initianten in der Stossrichtung zwar den zunehmenden Bedürfnissen der Bevölkerung nach Alternativ- oder Komplementärmedizin entgegenkommt, sich jedoch einseitig nur auf die Liberalisierung von aussereuropäischen Medizinalsystemen begrenzt und damit viel zu eng formuliert ist. Am 22. April 1996 hat der Rat die Motion KR-Nr. 128/1995, die die Liberalisierung der Gesetze und Vorschriften für Ankauf, Anbietung, Ausübung und Zulassung von Naturmedizin, Naturheilverfahren sowie Naturheilprodukten fordert, oppositions- und diskussionslos an den Regierungsrat überwiesen, nachdem dieser Bereitschaft zur Entgegennahme signalisiert hatte.

Hieraus geht eindeutig hervor, dass die Naturheilkunde beziehungsweise Komplementärmedizin sowie auch die Homöopathie bei unserer Bevölkerung in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung und Anerkennung gewonnen haben, und dass unzweifelhaft ein Bedürfnis besteht, neben der gut verankerten Schulmedizin, auch andere Heilmethoden anwenden zu können. Dazu bedarf es allerdings einer umfassenden Revision des Gesundheitsgesetzes, da nicht allein die Zulassung oder Anerkennung weiterer Medizinalsysteme, sondern weitere damit im Zusammenhang stehende Fragen, wie zum Beispiel Ausbildung, Kassenzulässigkeit, gesundheitspolizeiliche Vorschriften und so weiter ebenso geprüft und geklärt werden müssen.

Die vorberatende Kommission hat in einer einzigen Sitzung die verschiedenen Problemkreise diskutiert und sich von Regierungsrätin Verena Diener und Doktor Ulrich Gabathuler, Kantonsarzt, über den derzeitigen Stand der Vorarbeiten zur Revision des Gesundheitsgesetzes orientieren und Fragen beantworten lassen. So wurden wir informiert, dass in der Gesundheitsdirektion zur Zeit eine Arbeitsgruppe dabei ist, das Gesundheitsgesetz umfassend zu überarbeiten. Es bestehen vier Untergruppen, wovon sich eine speziell mit dem Thema Naturheilkunde / Gesundheitsberufe / Zulassung befasst. Von den drei weiteren widmet sich die eine dem Thema Heilmittel / Selbstdispensation / Heilmittelgesetz des Bundes, eine weitere dem Bereich Krankenhäuser / Finanzierung / Langzeitpatienten, und die letzte befasst sich schliesslich mit dem Thema Gesundheitsförderung / Prävention / Sucht. Die Arbeiten sollen nach Ansicht der Kommission rasch vorangetrieben werden.

Der Handlungsbedarf ist ausgewiesen und die Gesetzesrevision dringend. Regierungsrätin Verena Diener beabsichtigt denn auch, den Entwurf zum revidierten Gesundheitsgesetz im zweiten Halbjahr 1998 in die Vernehmlassung zu schicken.

In der materiellen Diskussion wurden in der Kommission Gedanken zur Handels- und Gewerbebefreiheit einerseits und zur Frage von Zulassungsprüfungen für neue Berufsgruppen oder Berufspraktiken im Gesundheitswesen andererseits angesprochen. Die Selbstverantwortung jedes Einzelnen muss einen hohen Stellenwert behalten. Sie kann nicht durch den Staat ersetzt werden. Dennoch sind Kranke vor unsachgemässen Heilpraktiken oder gar Scharlatanen so weit als möglich zu schützen. Deshalb müssen Qualitätsmerkmale festgelegt werden. Auch die Frage der Ausbildung inklusive «Schulsack» und, falls der Staat diese anerkennt, die wohl unweigerlich darauf folgende Forderung nach Mitfinanzierung der Ausbildung durch den Staat, sind genau zu überprüfen. Im weiteren werden Widersprüche bei der Beurteilung homöopathischer Heilmittel zu lösen sein, welche teilweise belächelt werden, bei denen dennoch seitens der interkantonalen Heilmittelkontrolle die Absicht besteht, sie der Rezeptpflicht zu unterstellen.

Der Spielraum des Kantons gegenüber dem Bund muss ausgelotet werden. Abgrenzungen zum KVG, die Kassenzulässigkeit bei Anerkennung weiterer Methoden und Systeme sowie deren allfällige finanziellen Auswirkungen für die Versicherten sind ebenfalls in die Diskussion miteinzubeziehen. Erfahrungen weiterer Kantone wie St. Gallen, Thurgau, Schaffhausen, Graubünden und neuestens auch Basel-Stadt, die in diesem Bereich ebenfalls nach Lösungen suchen, und in denen die Bewilligungspflicht mittels Prüfungsverfahren im Vordergrund steht, sind widersprüchlich. Die Resultate sind nicht sehr befriedigend, wie Kantonsarzt Gabathuler in der Kommission ausführte.

Es waren also sehr grundsätzliche Überlegungen, die von unserer Kommission der damaligen Diskussion bei der Gesetzesrevision teilweise vorweggenommen wurden, und die bei der Ausarbeitung des Revisionsentwurfs von der Arbeitsgruppe der Gesundheitsdirektion, im speziellen von der Subgruppe Naturheilkunde, und später natürlich in der politischen Diskussion miteinbezogen werden müssen. Regierungsrätin Diener wird die in der Kommission angesprochenen Punkte und Probleme der Subgruppe zur Verfügung stellen. Damit ist dem Anliegen der Kommissionsmitglieder, die wünschten, den Druck zur dringenden Revision des kantonalen Gesundheitsgesetzes aufrechtzuerhalten, Rechnung getragen.

Ich fasse zusammen: Das Bedürfnis nach alternativen medizinischen Systemen, europäischen und aussereuropäischen, ist unbestritten. Die Zulassungspraxis ist kantonal, wohl aber auch gesamtschweizerisch, zu prüfen und gesetzlich zu regeln. Die Revision des kantonalen Gesundheitsgesetzes mit Berücksichtigung der Schnittstellen zum KVG ist rasch voranzutreiben. Die Gesundheitsdirektion hat die Arbeiten bereits aufgenommen, sie will die ganze Zulassungspraxis überprüfen und einer Lösung zuführen. Der Entwurf des revidierten kantonalen Gesundheitsgesetzes wird im zweiten Halbjahr 1998 in die Vernehmlassung gehen. Die Einzelinitiative Alfredo Baratti ist viel zu eng gefasst. Sein Anliegen kann jedoch im Rahmen der Revision des Gesundheitsgesetzes angemessen berücksichtigt werden.

Die vorberatende Kommission beantragt deshalb dem Kantonsrat einstimmig, dem Antrag des Regierungsrates zu folgen und die Einzelinitiative Alfredo Baratti nicht definitiv zu unterstützen. Die Mitglieder der Kommission haben ebenso einstimmig beschlossen, aus Effizienzgründen heute im Rat auf eine Diskussion zur Einzelinitiative Baratti zu verzichten.

Zum Schluss bleibt mir noch, den Mitgliedern der vorberatenden Kommission für die engagierte und effiziente Behandlung dieser Vorlage sowie Regierungsrätin Diener und Kantonsarzt Gabathuler für die umfassende und offene Information bestens zu danken. Wir sehen dem Gesetzesentwurf gespannt entgegen und hoffen, der von der Gesundheitsdirektion gesetzte Zeitplan können eingehalten werden.

Schlussabstimmung

Der Kantonsrat beschliesst mit 106 : 0 Stimmen, die Einzelinitiative Baratti nicht definitiv zu unterstützen.

6. Suchtprävention

Interpellation Willy Germann (CVP, Winterthur), Hanspeter Amstutz (EVP, Fehraldorf) und Hans-Peter Portmann (CVP, Zürich) vom 16. September 1996 (schriftlich begründet)

KR-Nr. 259/1996, RRB-Nr. 3254/13. November 1996

Die Interpellation hat folgenden Wortlaut:

Suchtprävention wird von allen Parteien als ein wichtiger Pfeiler der «Drogenpolitik» erachtet. Die erschreckende Zunahme des Suchtmittelkonsums (insbesondere Tabak und Cannabis) bei immer jüngeren Volksschülern wirft nun aber die Frage auf, ob die bisherigen Kampagnen des Bundes und des Kantons eine wirkungsvolle Präventionsstrategie verfolgen.

Wir bitten deshalb den Regierungsrat um die Beantwortung der folgenden Fragen:

1. Welche staatlichen, städtischen und privaten Stellen befassen sich im Kanton Zürich mit Suchtprävention? Wie werden deren Bemühungen koordiniert?
2. Wie viele Mittel der öffentlichen Hand flossen im Kanton Zürich insgesamt in die Suchtprävention? Wie beurteilt der Regierungsrat den Erfolg der bisherigen Bemühungen im Vergleich zu nordischen Staaten (z.B. Schweden)?
3. Wie beurteilt der Regierungsrat die Kampagnen des Bundesamtes für Gesundheit, die den Jugendlichen u.a. die Botschaft vermittelt, Drogenkonsum sei nicht so schlimm, die meisten schafften ohnehin den Ausstieg?
4. Wie beurteilt der Regierungsrat laufende Kampagnen mit dem Schwergewicht auf einer diffusen strukturellen Drogenprävention? Sollten künftige Kampagnen nicht vermehrt die Eigenverantwortung der Jugendlichen stärken anstatt zahlreiche Entschuldigungsgründe für einen Einstieg in den Suchtmittelkonsum bieten (Arbeitslosigkeit, Stress, Umweltverschmutzung, Schulklima usw.)?
5. Ist strukturelle Primärprävention (Verbesserung eines suchtfördernden negativen Umfeldes) nicht eine stete Aufgabe aller Erziehenden und Entscheidungsträger? Sind Fachstellen mit struktureller Primärprävention letztlich nicht überfordert? Besteht nicht die Gefahr einer teuren Sisyphusarbeit, bei der nur falsche Erwartungen geweckt werden?
6. Erachtet der Regierungsrat die bisherige Information z.B. über die Gefahren des Suchtmittelkonsums als genügend (z.B. Gefahren des Mehrfachkonsums, Langzeitwirkungen von Suchtmitteln, Drogen und Medikamente im Verkehr)?

7. Wo liegen nach Ansicht des Regierungsrates die Ursachen des um sich greifenden Suchtmittelkonsums in vielen Klassen der Oberstufe?
8. Erachtet der Regierungsrat offene, ungeschminkte Information über die Gefahren des Suchtmittelkonsums bei Jugendlichen im «Einstiegalter» nicht auch als eine der vordringlichsten Aufgaben der Suchtprävention? Sollte nicht auch über Einstiegsszenarien informiert werden (Gruppendruck, Verharmlosung, Prestige, Handel, Flucht aus Problemen usw.)?
9. Könnte sich der Regierungsrat vorstellen, eine Ausbildung von Opinion-leaders aus einzelnen Schulklassen nach dem SMAT-Modell zu fördern?
10. Wie stellt sich der Regierungsrat zur Meinung einiger Drogenfachleute, Abschreckung wirke in der Suchtmittelprävention kontraproduktiv (z.B. Abschreckung durch Einzelschicksale)?
11. Ist der Regierungsrat nicht auch der Meinung, dass die Frustrationstoleranz und die Belastbarkeit der Kinder gestärkt werden sollten, damit sie in Problemsituationen nicht schnell zu Suchtmitteln greifen? Wie kann dieses Ziel angesichts hedonistischer Tendenzen in Gesellschaft, Wirtschaft und Bildung erreicht werden?

Begründung:

Vieles deutet darauf hin, dass die bisherige Suchtprävention ihr Ziel verfehlte. Viele Kinder sind über die Gefahren des Suchtmittelkonsums erschreckend schlecht informiert, viele sogar desinformiert (Verharmlosung). Kinder und Jugendliche werden durch die laufenden Kampagnen kaum angesprochen und erhalten sogar durch die Primärprävention Entschuldigungsgründe für einen möglichen Einstieg. Noch vor Ausarbeitung eines Präventionsgesetzes (Vorstoss Schürch) sollten die verfügbaren Mittel zur Suchtprävention wirkungsvoller eingesetzt werden. Der *Regierungsrat* antwortet auf Antrag der Direktion des Gesundheitswesens wie folgt:

Allgemeines, Koordination:

Prävention ist ein wichtiger Pfeiler im Vier-Säulen-Modell (Prävention, Repression, Therapie, Überlebenshilfe) der Drogenpolitik des Bundes und des Kantons Zürich. Bei der Suchtprävention handelt es sich um eine gesellschaftliche Querschnittsaufgabe, die jede einzelne und jeden einzelnen betrifft und immer wieder im Alltag der Familie, der Schule, der Betriebe, der Behörden und in politischen Gremien berücksichtigt

werden muss. Auch die Jugendsekretariate, die Einrichtungen der Elternbildung sowie die Sozialdienste leisten äusserst wichtige Präventionsarbeit. Suchtprävention kann deshalb nicht allein die Aufgabe von Spezialisten sein.

Zwei umfangreiche Konzepte, welche im Auftrag der Gesundheitsdirektion vom Institut für Sozial- und Präventivmedizin herausgegeben wurden, bilden die Grundlage für die suchtpreventive Arbeit im Kanton Zürich. 1991 erschien das Suchtpräventionskonzept, welches die theoretische und wissenschaftliche Grundlage für die Suchtprävention im Kanton Zürich bietet. Dieser Bericht wurde 1994 durch das Konzept «Sicherstellung der Suchtprävention in allen Regionen des Kantons Zürich» ergänzt, welches das Organisationsmodell für die regionalen Suchtpräventionsstellen enthält. Das Rahmenkonzept «Suchtprävention an Berufsschulen» wurde 1991 im Auftrag der Volkswirtschaftsdirektion erstellt. Zurzeit ist eine Arbeitsgruppe unter Leitung des kantonalen Präventionsbeauftragten dabei, ein Organisationskonzept für die kantonsweit tätigen Fachstellen für Suchtprävention auszuarbeiten.

Im Kanton Zürich existieren acht regionale Suchtpräventionsstellen mit Sitz in Andelfingen, Bülach, Meilen, Thalwil, Urdorf, Uster, Winterthur und Zürich und elf kantonsweit tätige, spezialisierte Fachstellen für Suchtprävention. Die Regionalstellen werden zur Hauptsache von den Gemeinden getragen und befassen sich mit allen Bereichen der Suchtprävention. Die kantonsweit tätigen Fachstellen bearbeiten spezielle Bereiche wie Prävention des Alkoholmissbrauchs oder spezielle Zielgruppen wie die Volksschule. Sie stellen ihre Spezialkenntnisse den Regionalstellen zur Verfügung. Die kantonsweiten Fachstellen haben zumeist private Trägerschaften (Blaues Kreuz, Abstinentenverband, Caritas, Gesundheitsstiftung Radix, Centro Scuola e Famiglia, Geschäftsstelle «Alkohol am Steuer Nie!», Züri Rauchfrei, Schweizerische Arbeitsgemeinschaft Nichtraucher). Der Kanton unterhält die Fachstelle Suchtprävention des Amtes für Berufsbildung, welche für die Berufsschulen zuständig ist, sowie die Fachstelle Suchtprävention am Pestalozzianum, welche für die Volks- und Mittelschulen zuständig ist. Zusätzlich hat der Regierungsrat 1991 das Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich zuständig erklärt für die Planung, Förderung und Verbreitung von Prävention und Gesundheitsförderung, soweit diese dem Staat obliegen. Anfang 1992 wurde am Institut die Stelle eines kantonalen Beauftragten für Prävention und Gesundheitsförderung geschaffen. Zu den vorrangigsten Aufgaben des Präventionsbeauftragten gehört die Koordination der suchtpreventiven

Aktivitäten im Kanton. Der Präventionsbeauftragte präsidiert die mehrmals jährlich tagenden Konferenzen der Regionalen Suchtpräventionsstellen sowie der kantonsweiten Fachstellen.

Die Arbeitsgruppe Prävention der kantonalen Kommission für Drogenfragen trifft sich regelmässig, um anstehende Fragen der Suchtprävention zu bearbeiten.

Vielfältige Ansätze in der Suchtprävention:

Das Konzept zur Suchtprävention sieht vor, dass Suchtprävention auf drei Ebenen betrieben wird: Auf der Ebene der allgemeinen Gesundheitsförderung werden eine Stärkung des Individuums und Verbesserungen der Lebensbedingungen angestrebt, welche nicht auf die Suchthematik beschränkt sind; auf der Ebene des Suchtverhaltens wird nicht zwischen substanzgebundenem und substanzfreiem Suchtverhalten unterschieden, sondern auf süchtiges, d.h. eingeschränktes Verhalten als solches abgezielt; auf der Ebene des Suchtmittelmissbrauchs sollen schliesslich Verhaltens- und Einstellungsänderungen zu spezifischen Suchtmitteln erreicht werden. Sowohl Gesundheitsförderung wie Suchtprävention können sich entweder an der einzelnen Person oder aber an der Umwelt und der Gesellschaft orientieren. Im ersten Fall spricht man vom personenorientierten Ansatz, der auf individuelles Verhalten wie Wahrnehmung der Eigenverantwortung als Jugendlicher und Erwachsener zielt, im zweiten Fall vom strukturellen Ansatz, der auf die Verhältnisse zielt. Beide Ansätze bedingen einander, so wie Person und Gesellschaft/Umwelt aufeinander bezogen sind. Die Kombination der drei obengenannten Ebenen mit beiden Ansätzen ergibt ein Sechs-Felder-Modell. Dieses ist in den weiter obenerwähnten Berichten dargestellt.

Dieses Modell zielt auf eine breite Kombination der verschiedensten Methoden und zeitigt dadurch bessere Ergebnisse als der isolierte Einsatz einzelner Massnahmen. Das Suchtpräventionskonzept aus dem Jahr 1991 ist damit eine bewährte und gute Grundlage für die Vermeidung von Einseitigkeiten in der Suchtprävention. Die Suchtprävention im Kanton Zürich orientiert sich inhaltlich an den zur Verfügung stehenden wissenschaftlichen Ergebnissen und organisatorisch an Konzepten, welche unter Mitwirkung breiter Kreise erarbeitet und angepasst worden sind. Die zahlreichen und vielfältigen Aktivitäten – zu denen auch Informationsvermittlung gehört – sind auf die jeweiligen, teilweise rasch ändernden Bedingungen abgestimmt. Das Pestalozzianum sowie die Fachstelle Suchtprävention Berufsbildung bieten für die

Schulen die verschiedensten Modelle der Suchtprävention an. Das Modell der Schülermultiplikatorenkurse Alkohol, Tabak (SMAT) gehört dazu. Diese Methode ist allerdings sehr kostenintensiv.

Die Methoden der Suchtprävention werden zunehmend auch evaluiert. Die bisherigen Ergebnisse sind ermutigend. Ein brauchbarer Wirksamkeitsvergleich der Suchtprävention im Kanton Zürich mit derjenigen in anders strukturierten skandinavischen Ländern wäre finanziell sehr aufwendig und methodologisch kaum machbar.

Kampagnen:

Die Wirkung von Werbekampagnen zur Suchtprävention wird durch die Aussage, die Zielgruppe, das Umfeld und das gewählte Medium bestimmt. Kampagnen können nicht Probleme lösen, aber diese aufzeigen. Sie können die breite Bevölkerung sensibilisieren und so Ausgangspunkte für Massnahmen bilden. Sie ersetzen aber keinesfalls konkrete Massnahmen auf persönlicher oder struktureller Ebene.

Der Regierungsrat hat regelmässig Mittel sowohl für die individuell orientierte Kampagne «Sucht hat viele Ursachen» als auch für die aktuell laufende, strukturell orientierte Kampagne «Sucht beginnt im Alltag» bewilligt. Die letztere hat folgende Ziele:

- Information über Suchtphänomene und Aufzeigen von Zusammenhängen bei der Suchtentstehung.
- Förderung präventiver Orientierungen und Hinweise auf das Netz von Suchtpräventionsstellen.
- Senkung der Hemmschwelle, alltägliche (eigene) Suchtphänomene zu thematisieren.
- Verschiebung des Aufmerksamkeitsfokus vom Suchtmittel hin zum Suchtverhalten und zu suchtbegünstigenden Bedingungen; von der Beschränkung auf illegale Drogen hin zu allen Suchtmitteln.

Ausgehend von der Tatsache, dass die Gemeinschaft und deren Strukturen Suchtverhalten begünstigen, aber auch vor Sucht schützen können, wurde die Kampagne visuell mit nüchtern wirkenden Textaussagen gestaltet. Die meisten Aussagen sind durch wissenschaftliche Studien untermauert. Die Kampagne bietet nicht Entschuldigungen für Suchtmittelkonsum, sondern macht die Umstände sichtbar, die Suchtmittelkonsum begünstigen, und fordert so auf, dagegen vorzugehen. So konnten Plakate zum illegalen Alkoholausschank an Jugendliche die Wirteverbände bewegen, gegen solche Missstände anzugehen. Die Kampagne will aber auch Strukturen stärken, die vor Sucht schützen

können. Die Aussagen der Kampagne zielen nicht speziell auf Jugendliche, sondern auf die ganze Bevölkerung, wobei entscheidungsbefugte Personen besonders angesprochen werden sollen. Die Kampagne wird wissenschaftlich vom Seminar für Publizistikwissenschaft der Universität Zürich evaluiert. Die Ergebnisse der Evaluation dieser neuen Kampagne liegen noch nicht vor. Die Suchtpräventionsstellen von Nidwalden und Obwalden haben Sujets der Kampagne übernommen. Weitere Kantone zeigen ebenfalls Interesse.

Die Kampagne des Bundesamtes für Gesundheit aus dem Jahre 1995 «Einmal süchtig, immer süchtig?» wollte mit Aussagen wie «Drogensüchtige Menschen haben eine gute Chance auszusteigen, eine sehr gute sogar, wenn wir sie nicht im Stiche lassen» nach der Schliessung der offenen Drogenszene in Zürich Süchtige motivieren, Therapien zu beginnen, bei Angehörigen Hoffnung wecken und bei Behörden und privaten Geldgebern an die Solidarität appellieren, um die nötigen Einrichtungen für den Ausstieg bereitzustellen. Diese Zielsetzungen sind zu begrüßen. Allerdings ist es fraglich, ob es angemessen war, diese Aussage unterschiedslos an die gesamte Bevölkerung zu richten.

Strukturelle Prävention:

Strukturelle Prävention ist immer auch Aufgabe der Erziehenden und sollte vorab bei Entscheidungsträgern immer mitberücksichtigt werden. Stellen für Suchtprävention sind tatsächlich überfordert, wenn die Erwartung an sie herangetragen wird, sie sollten Strukturen massgeblich verändern. Präventionsstellen können aber Impulse setzen, Initiativen auslösen und versuchen, mit fundierten Informationen über Zusammenhänge der Suchtentwicklung, Entscheidungsträger auf ihre suchtpreventiven Möglichkeiten hinzuweisen.

Informationsvermittlung:

Eine blosser Informationsdarbietung stösst in der Suchtprävention an Grenzen. Kenntnisse über Wirkungsweisen und Gefahren von Suchtmitteln führen allein selten zu Verhaltensänderungen. Emotionales Erleben, unmittelbare Erwartungen, Werbung, Vorbilder und andere soziale Einflüsse haben ebensoviel Auswirkungen auf unser Verhalten wie blosses Wissen. Eine vom Deutschen Bundesministerium für Gesundheit herausgegebene Expertise kommt gar zum Schluss, dass Informationsvermittlung über psychoaktive Substanzen im günstigsten Falle ineffektiv, im ungünstigsten Fall sogar schädlich im Hinblick auf die Reduzierung eines Missbrauchsverhaltens sei. Letzteres gelte insbesondere, wenn Abschreckung Teil der Informationsvermittlung sei.

Eine offene, durch Fakten gestützte und weder verharmlosende noch sensationsheischende Information über die Gefahren des Suchtmittelkonsums ist deshalb bei allen suchtpreventiven Aktivitäten eine Selbstverständlichkeit. Diese Informationen sollten nüchtern und den Zielgruppen angepasst dargeboten werden. Die Stellen für Suchtprevention im Kanton haben seit je verschiedene Broschüren, Flugblätter verteilt und auch den Lehrkräften, Lehrmeistern und Eltern angeboten. In den letzten Monaten wurden zusätzlich auf breiter Basis aktuelle Informationen wie ein Informationsblatt zum Ecstasy-Konsum gezielt in der Technoszene verteilt; ein ähnliches Informationsblatt zu LSD ist in Vorbereitung. Über andere, neue Phänomene wie Softspirituosen für die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen soll ebenfalls informiert werden.

Bei der Informationsvermittlung über Suchtmittelwirkungen kommt der Schule eine überragende Bedeutung zu. Der neue Lehrplan für die Volksschule sieht vor, dass stufengerecht über die einzelnen Suchtmittel informiert wird. Das persönliche, durch Kontinuität geprägte Verhältnis zwischen Lehrkräften und Schülerinnen und Schülern ermöglicht eine gezielte Informationsvermittlung.

Der neue Lehrplan für die Volksschule legt auch grosses Gewicht darauf, den Kindern nicht nur Wissen und Fertigkeiten zu vermitteln, sondern ihre persönlichen und sozialen Fertigkeiten auszubilden und zu stärken. Dabei ist die Frustrationstoleranz, die Belastbarkeit und die Konfliktfähigkeit bei Jugendlichen zu stärken. Das Akzeptieren, das Ziehen und das Aushandeln von Grenzen sind pädagogische Zielsetzungen mit wichtiger suchtpreventiver Bedeutung. Dass Belastungen besser ausgehalten werden, wenn sich Betroffene durch die Gemeinschaft der Familie, der Klasse und des Freundeskreises solidarisch getragen wissen, ist unbestritten. Eltern- und Lehrerbildung spielen für diese Zielsetzungen eine wichtige Rolle.

Suchtmittelkonsum in den Klassen der Oberstufe:

Es sind keine wissenschaftlich gesicherten Resultate über einen gesteigerten Suchtmittelkonsum in den Klassen der Oberstufe bekannt. Allerdings zeigen Einzelbeobachtungen von Lehrkräften wie auch die Resultate der Schweizerischen Fachstelle für Alkohol und andere Drogenprobleme gewisse Anzeichen, dass ein solcher Trend bestehen könnte. Sollte sich dies bestätigen, so wären die Ursachen dafür nicht leicht auszumachen. Der Frage der Zunahme des Suchtmittelkonsums ist aber angesichts widersprüchlicher Hinweise weiterhin eine hohe

Aufmerksamkeit zu schenken. Deshalb war der Zürcher Präventionstag im Frühjahr 1996 dem Alkohol- und Tabakkonsum von Kindern und Jugendlichen gewidmet.

Finanzierung:

Für Suchtprävention wendete der Kanton (Gesundheits-, Volkswirtschafts- und Erziehungsdirektion) 1995 knapp 3 Mio. Fr. auf. Aus dem Fonds für die Bekämpfung des Alkoholismus, der zur Hauptsache aus dem Alkoholzehntel des Bundes gespiesen wird, flossen 1995 1,6 Mio. Fr. Damit wurden hauptsächlich privat getragene, kantonsweite Fachstellen subventioniert. Die Gemeinden wendeten 1995 für die Regionalen Suchtpräventionsstellen rund 2,9 Mio. Fr. auf. 1995 wurden demnach durch Bund, Kanton und Gemeinden insgesamt 7,5 Mio. Fr. für Suchtprävention im Kanton Zürich eingesetzt. Dabei sind die Ausgaben der Jugendhilfe und Elternbildung für die Suchtprävention nicht berücksichtigt, da sie sich nicht separat ausweisen lassen.

Willy Germann (CVP, Winterthur) gibt folgende Erklärung ab: Ich war zuerst nicht so glücklich, dass unsere Interpellation vor der emotionsgeladenen Abstimmung über die Initiative «Jugend ohne Drogen» behandelt wird. Doch dieser Zeitpunkt kann durchaus auch eine Chance darstellen. Wir wollen bei der Prävention bewusst keine Grenze zwischen legalen und illegalen Drogen ziehen. Man kann darlegen, dass man mit der herrschenden Drogenpolitik nicht in allen Teilen einverstanden sein muss, die Initiative aber trotzdem, wegen der unverzichtbaren Überlebenshilfe für nicht mehr so jugendliche Schwerabhängige, ablehnt. Wenn die Initiative trotz VPM vom Volk angenommen würde, dann müsste dies nicht zuletzt als ein Votum gegen eine verfehlte Prävention, gegen die Verharmlosung, ja sogar die Verherrlichung von Drogen aufgefasst werden.

Ich danke dem Regierungsrat für die ausführliche Antwort, welche durchaus Aussagen enthält, die ich voll unterstützen kann. Ich möchte aber vor allem auf Widersprüche und Lücken der Suchtmittelprävention hinweisen. Die Aussage auf Seite 5, die bisherigen Ergebnisse der Suchtprävention seien ermutigend, kann ich überhaupt nicht teilen. Das Gegenteil ist der Fall. Der Suchtmittelkonsum unter Jugendlichen hat massiv zugenommen. Ich wage zu behaupten, die bisherige Suchtprävention stehe vor einem Fiasko. Die Zeitschrift Facts sprach von einer Präventionspleite. Gründe für diese Präventionspleite gibt es mehrere. Die Schuld kann nicht bloss einzelnen Fachstellen zugewiesen werden.

Entscheidend ist nämlich die gesellschaftliche Grundstimmung gegenüber Suchtmitteln. In der Schweiz ist diese suchtfördernd. Es wird gerne gesagt, dass dafür vor allem suchtfördernde Megatrends, denen wir machtlos gegenüber stehen, verantwortlich seien. Megatrends wie Arbeitslosigkeit, Zukunftsangst, Technologisierung, Leistungsdruck, und so weiter.

Die kantonalen Plakatkampagnen setzen dementsprechend auf strukturelle Prävention und prangern diese suchtfördernden Faktoren an. Auch wenn die Kampagne stark verbessert wurde, fragt sich, ob eine Kampagne, die an den Jugendlichen vorbei wirkt und sich vor allem an Entscheidungsträger, also an uns, richtet, bei den Jugendlichen nicht sogar kontraproduktiv wirkt. Jugendliche fanden auf den teuren kantonalen Plakaten vor allem Entschuldigungsgründe für Suchtverhalten. Auch wenn ich die suchtfördernden Faktoren unserer Gesellschaft durchaus nicht verharmlosen möchte, sollten uns folgende Tatsachen zu denken geben: Es kommt häufig vor, dass im gleichen Schulhaus und unter den gleichen suchtfördernden Megatrends völlig unterschiedliches Konsumverhalten festzustellen ist. Es gibt Klassen, in welchen mehr als die Hälfte der 14-jährigen regelmässig Alkohol, Nikotin oder Drogen konsumiert. Daneben gibt es Klassen, in welchen dies nur ein sehr kleiner Teil tut. Das hängt vom Prestigeverlust oder -gewinn ab, den der Suchtmittelkonsum in einer bestimmten Gruppe mit sich bringt. Das heisst also, es hängt ab vom Gruppendruck, von «Opinionleadern», die ganze Cliques gängeln und ganze Klassen beeinflussen können. Jugendliche im Einstiegsalter bis etwa 14 Jahre konsumieren Suchtmittel nur selten zum Genuss, eher selten auch als Fluchtmittel aus einer bestimmten Situation. Sie konsumieren Alkohol, Nikotin oder Hasch, weil sie damit «cool» sind, weil sie dabei sind, weil sie damit mehr Beachtung finden und nicht mehr als Schwächlinge verspottet werden. Hier liegt die wichtigste Ursache der sogenannten Präventionspleite. In der Schweiz steigern Kinder und Jugendliche im Einstiegsalter ihr Prestige, indem sie Suchtmittel konsumieren. Die Werbung, viele Politiker – auch im Kantonsrat – und die Medien tun so, als ob alle Jugendlichen kiffen und söffen. Beinahe wöchentlich werden abenteuerliche und immer unterschiedlichere Zahlen vom Cannabiskonsum herumgeboten, so dass sich die noch abstinenten Kinder und Jugendlichen als weltfremde Aussen-seiter vorkommen müssen. Da ist sich ein Magazin sogar nicht zu schade, genaue Anleitungen zum Cannabiskonsum zu geben und Polo Hofer ausführen zu lassen, wer kiffe, verhalte sich besser im Strassenverkehr.

Ein weiterer Kapitalfehler der Prävention in der Schweiz ist, dass man sich fast ausschliesslich an den 10 bis 30 Prozent «Kiffern» oder «Paffern» zwischen 12 und 18 Jahren orientiert und eben nicht an den 80 bis 90 Prozent der Jugendlichen, die abgesehen von vielleicht einem einmaligen Neugierkonsum dem Suchtmittelkonsum widerstehen konnten. Widerstehen dank Ich-Stärke, Frustrationstoleranz, höherer Belastbarkeit und vor allem haltgebender Erziehung im Elternhaus und in der Schule. Letzteres, eine stützende Erziehung, ist aus eigener Beobachtung die beste Prävention. Doch intakte stützende Familien werden ja dauernd zu Tode geredet. Es müsste doch das Ziel staatlicher Prävention sein, dafür zu sorgen, dass aus den 80 bis 90 Prozent der abstinenten Volksschüler nicht allmählich nur noch 70, 60 oder 50 Prozent werden. Abstinenzwillige Jugendliche lässt man weitgehend im Regen stehen. Auch die Eltern, die ihren Erziehungsauftrag noch ernst nehmen und von klein auf Grenzen setzen, die also nicht bloss auf die Selbstverantwortung der Jugendlichen, nach dem Motto: «Du musst selber lernen mit Drogen umzugehen» setzen, bleiben dabei auf der Strecke. Wohlverstanden, ich spreche nicht von 20jährigen Jugendlichen, die es verstehen, mit Genussmitteln massvoll umzugehen.

Ein extremes Beispiel von minderheitsorientierter Prävention stellt die Kampagne des Bundes dar. Erziehenden und Jugendlichen wird von Plakatwänden herab eingimpft, dass es nicht so schlimm sei, wenn jemand in den Drogen lande, da die meisten den Ausstieg eh schaffen würden. In Schweden mit seinen schlimmen Drogenerfahrungen bis in die Siebzigerjahre hinein, würde man über eine solche Kampagne nur lachen. Dort laufen alle Kampagnen auf die Ächtung von Suchtmitteln bei Jugendlichen hinaus. Nicht nur Schweden beweist, dass Prävention dazu beitragen kann, das Prestige jener Jugendlichen zu heben, die auf den Suchtmittelkonsum verzichten. Warum wird bei uns in der Prävention nicht vermehrt mit Vorbildern gearbeitet? Warum nicht mit Bonus und Belohnung, wie das zum Beispiel in Holland der Fall ist? Warum wird Abschreckung a priori als negativ dargestellt? Warum gelingt es einzelnen Schulen, Regeln in bezug auf Suchtmittel durchzusetzen und anderen nicht? Das hat auch mit Sanktionen zu tun. In der Schweiz sind eben immer noch ideologische Barrieren vorhanden. In der Stadt Zürich werden lieber Jonglier- und Schminkkurse als Prävention verkauft, oder in Winterthur ein Waldkindergarten. Es wird über die Liberalisierung weiterer Suchtmittel gestritten, während Präsident Clinton gleichzeitig Nikotin für Jugendliche unter die Drogengesetzgebung stellt und sich dabei grösstem Druck der Tabak-Lobby aussetzt.

In der Schweiz setzt man die Verbote, beim Alkoholausschank zum Beispiel, nur halbherzig um. Im Kanton Zürich lässt man zu, dass über Kultursponsoring Tabakwerbung gemacht wird. Philip Morris darf sich auf öffentlichem Raum in der Stadt Zürich in Szene setzen. Ich gebe dem Regierungsrat Recht, wenn er einer vernetzten Prävention das Wort spricht. Einer Prävention jenseits von bestehenden Rivalitäten zwischen wildwuchernden Präventionsstellen. Ich gebe ihm Recht, wenn er verschiedene Ansätze der Prävention ins Auge fasst. Aber bitte setzen Sie dort an, wo man zuerst ansetzen müsste: Bei der Rückenstärkung der abstinenzwilligen Kinder und Jugendlichen im Volksschulalter, der grossen Mehrheit der Jugendlichen also, die nicht zur Minderheit werden darf.

Hanspeter Amstutz (EVP, Fehraltorf) stellt Antrag auf Diskussion – ein anderer Antrag wird nicht gestellt – und führt aus:

Zwischen 1986 und 1994 hat sich der Anteil regelmässig rauchender Jugendlicher unter 16 Jahren in der Schweiz verdoppelt, wie eine wissenschaftliche Studie der Schweizerischen Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA) in Lausanne festhält. Vor drei Jahren war die Lehrstellensituation noch nicht angespannt. Man kann also durchaus annehmen, dass die Anzahl der jugendlichen Raucherinnen und Raucher unterdessen einen neuen Rekordwert erreicht hat. Die negative Entwicklung beim Rauchen ist symptomatisch und gilt auch für den Suchtmittelkonsum vieler Jugendlicher in anderen Bereichen. Bei Klassenfesten und Jugendpartys sind zur Zeit die stark alkoholhaltigen Süssgetränke, die sogenannten «Alkopops», die grossen Renner. Mit ihrer poppig frechen Aufmachung und dem fruchtig süssen Geschmack entsprechen sie ganz den jugendlichen Konsumbedürfnissen. Das Lieblingsgetränk vieler 12- bis 16jähriger ist «Hooch» mit einem Alkoholgehalt von rund 5 Prozent. Für erwachsene Gaumen geschmacklich eher ein Graus finden die Hooch-Getränke bei unserer Schuljugend reisenden Absatz. Obwohl ein Verkaufsverbot an unter 16jährige besteht, sind «Alkopops» für Jugendliche in vielen Läden frei erhältlich.

Bei der Suchtprävention wird zwischen einem personenorientierten und einem strukturellen Ansatz unterschieden. Anhänger eines grenzenlos liberalen Prinzips halten meistens nicht viel von struktureller Prävention. Der Mensch trage ja letztlich für sich selber die alleinige Verantwortung und dürfe in keiner Weise bevormundet werden. Prävention müsse personenorientiert bleiben und dürfe sich auch bei

gesundheitsschädigenden Produkten nicht mit gesetzlichen Vorschriften in den freien Markt einmischen. So denken viele in unserem Land. Könnten Sie sich vorstellen, dass der Zigarettenpreis bei uns auf 5 Franken pro Päckli angehoben, der Verkauf an unter 16 jährige verboten würde, und der Mehrwert direkt dem durch Tabakmissbrauch stark belasteten Gesundheitswesen zufließen könnte? Weil strukturelle Prävention aus diversen Gründen unbeliebt ist, erwarten wir fast alles von personenorientierten Anstrengungen. Die Schule soll den jungen Menschen auf den rechten Weg bringen. Wenn nötig, sollen für die Präventionsarbeit Fachleute beigezogen werden. Die meisten Lehrkräfte bemühen sich zwar redlich, in Suchtfragen ihre Vorbildfunktion wahrzunehmen, und verzichten beispielsweise ganz auf das Rauchen, damit ihre Präventionsbotschaften glaubwürdig bleiben. Wie die neuesten Trends im Suchtmittelbereich aber zeigen, sind die Resultate der an Institutionen delegierten bisherigen Präventionsanstrengungen niederschmetternd. Dafür gibt es einleuchtende Gründe.

Erstens: Prävention kann nicht einfach an einzelne Spezialisten delegiert werden. Sie geht uns alle an. Prävention hat vielmehr mit einem massvollen Lebensstil, sozialer Verantwortung und sinnerfülltem Leben zu tun. Sie beginnt mit dem Eingebettetsein der Kinder ins volle Leben, aber auch mit dem Masshalten beim allgemeinen Konsumverhalten und dem Akzeptieren gesunder Grenzen. Prävention setzt soziale Verantwortung aller im Jugendbereich tätigen Personen voraus und betrifft den Fussballtrainer genauso wie die Eltern oder die Jugendhausleiter. Das Prinzip der Eigenverantwortung in der Prävention ist grundsätzlich sicher richtig. Aber es kann sich beim Heranwachsenden nur dann voll entwickeln, wenn ein verantwortungsbewusstes Umfeld vorhanden ist.

Zweitens: Ohne gewisse strukturelle Massnahmen im Bereich des Jugendschutzes ist die rein personenorientierte Prävention überfordert. Die Widersprüchlichkeit unserer Gesellschaft im Übergangsbereich vom Genuss- zum Suchtmittelkonsum ist gewaltig. Die offene und verdeckte Werbung für gesundheitsschädigende Produkte und die hohe Anfälligkeit unserer Gesellschaft für Suchtmittel wird von pubertierenden Jugendlichen sehr schnell wahrgenommen. Somit steht die Prävention in den Schulen häufig völlig isoliert da. Junge Menschen spüren nur allzugut, dass bedeutsame Fragen des modernen Lebensstils von unserer Gesellschaft beharrlich ausgeklammert werden. Wirkungsvolle Präventionspolitik müsste sich als gesamtgesellschaftliche Aufgabe mit diesen Fragen auseinandersetzen, und als Zeichen gegenüber den noch

nicht voll in Eigenverantwortung stehenden schulpflichtigen Jugendlichen gewisse strukturelle Präventionsmassnahmen durchsetzen. Wie Sie eingangs gehört haben, hapert es im Alltagsbereich des Jugendschutzes aber ganz bedenklich.

Drittens: Im Vergleich zu den durchaus notwendigen repressiven Massnahmen, für welche Hunderte von Millionen Franken ausgegeben werden, fliessen die Mittel recht spärlich in die Suchtprävention. Mit mehr Geld nur für die Prävention allein, ist es aber trotzdem noch nicht getan. Vor allem braucht es eine bessere Verankerung und Vernetzung der Präventionsanstrengungen im täglichen Leben. Neben den präventiven Massnahmen ersten Ranges, wie der Sicherstellung guter Schulbildung oder dem Bereitstellen von genügend Ausbildungsplätzen für alle Jugendlichen, müssen gezielte Suchtpräventionsanstrengungen unternommen werden. Erfolgversprechende Modelle, wie das «Spitz» im Bezirk Pfäffikon können nicht ohne eine minimale finanzielle Unterstützung existieren. Es ist daher kaum verständlich, dass der Regierungsrat die Mittel für dieses Projekt streichen wollte. Ein grosser Teil engagierter Präventionsfachleute, vor allem im Tabak- und Alkoholbereich, beklagt sich zu Recht, dass die Zuschüsse aus dem Alkoholzehntel immer spärlicher fliessen und für die Präventionsarbeit immer weniger Mittel zur Verfügung stehen. Dieser Zustand steht in krassem Gegensatz zum Bekenntnis von uns allen hier im Rat, der Prävention komme höchste Bedeutung zu.

Soviel zu den wichtigsten Gründen. Die Suchtpräventionsstellen im Kanton stehen vor dem Hintergrund der Widersprüchlichkeit unserer Gesellschaft in Suchtfragen vor einer unerhört schwierigen Aufgabe. Der Versuch, strukturelle Massnahmen über Plakataktionen auszulösen, ist wohl nicht so recht gelungen. Das Zielpublikum waren nicht die Abnehmer der Suchtmittel, sondern Politiker und Leute aus der Wirtschaft. Für Jugendliche mögen einige Plakattexte fast wie Entschuldigungsgründe gewirkt haben. Es wäre aber nicht ganz fair, dem schon fast übermenschlichen Versuch der Präventionsstellen, Politiker zum Handeln im strukturellen Bereich zu bewegen, als völlig fehlgeschlagenes Manöver abzuqualifizieren. Es liegt an uns, neben verbesserter personenorientierter Prävention gewisse strukturelle Massnahmen im Bereich des Jugendschutzes endlich zu beschliessen und dafür zu sorgen, dass diese durchgesetzt werden.

Silvia Kamm (Grüne, Bonstetten): Es ist immer schwierig, den Erfolg einer Kampagne zu beurteilen. Und es scheint ein Ding der Unmöglichkeit zu sein, eine Kampagne zu machen, an welcher sich niemand stört. Es wird immer Leute geben, die finden, dass man es besser oder anders hätte machen können, dass man die falschen Schwerpunkte gesetzt oder die falsche Methode gewählt habe.

Angesichts der knappen finanziellen Mittel, die für Suchtprävention zur Verfügung stehen, finde ich es nicht weiter erstaunlich, dass nicht alle Möglichkeiten ausgeschöpft werden. Den Verantwortlichen bleibt nichts anderes übrig, als sich auf einzelne Schwerpunkt-Kampagnen zu beschränken.

Es ist in meinen Augen völlig richtig, den Blick vom einzelnen Suchtmittel wegzunehmen und auf die suchtauslösenden und suchtfördernden Gründe hinzuweisen. Die Kampagne «Sucht hat viele Ursachen» zeigt zum Beispiel deutlich auf, dass Süchtige nicht nur Versagerinnen und Versager sind, denen es lediglich an genügend starkem Willen fehlt, und die man mit ein bisschen Zwang schon wieder normal machen könnte. Die Gründe für eine Sucht sind vielfältig, und es ist gut, dass dies einer breiten Öffentlichkeit einmal klargemacht worden ist. Herr Germann, es ist absurd, dies als eine Entschuldigungskampagne hinzustellen, die quasi zur Sucht einlade. Bewusst oder unbewusst blenden Sie mit dieser Behauptung aus, dass unser gesamtes Gesellschaftssystem, sozusagen als Nebenwirkung des Mottos «immer schneller, immer mehr und immer billiger», süchtige Menschen produziert. Wer dies nicht sehen will, verschliesst die Augen vor der Realität. Bei unserer Art zu leben, zu arbeiten und miteinander umzugehen, muss es zwingend Menschen geben, die auf der Strecke bleiben. Wenn wir das wirklich nicht mehr wollen, dann müssen wir an unseren Gesellschaftsstrukturen einiges ändern. Um es mit den Worten von Willy Germann auszudrücken: Wir müssen weniger «cool» werden, auch wir Erwachsenen.

Es genügt nicht, nur träumerische Initiativen mit verheissungsvollen Titeln zu lancieren, dies an die Adresse der SVP.

Wer Suchtproblematik wirklich lösen will, muss für gesellschaftsverändernde Massnahmen bereit sein. Doch genau das wollen Sie nicht. Genau darum sind Ihnen die Drögeler so ein Dorn im Auge, weil sie spüren, dass diese Leute eine andere, eine menschlichere, liebevollere Gesellschaft bräuchten, in welcher es nicht nur um Macht und Kohle

geht. Sucht hat viele Ursachen, das stimmt, doch die Angst vor den Süchtigen auch, das möchte ich hierzu bemerken.

Der Betrag von 7,5 Millionen Franken für Präventionsaufgaben erscheint mir lächerlich. Eine Umverteilung der Mittel, nämlich von der Repression, die erst am Ende des Problems zum Zuge kommt, weg, und hin zur Prävention, die schliesslich ganz am Anfang steht, ist unabdingbar. Gesamtschweizerisch besteht das selbe Problem. Von einer Milliarde Gesamtkosten fliessen nur gerade 30 Mio. bis 35 Millionen Franken in die Prävention, dafür rund 500 Millionen Franken in die Repression. Von den Horror-Szenarien, die auf uns zukämen, wenn die Initiative «Jugend ohne Drogen» angenommen würde – was ich nicht hoffe – ist gar nicht zu reden. Es ist eindeutig, dass bei der Mittelverteilung einiges falsch läuft, und dieses Missverhältnis sollte dringend korrigiert werden.

Zum Schluss möchte ich betonen, dass die Grüne Fraktion davon überzeugt ist, dass die verschiedenen Fachstellen ausgezeichnete Arbeit leisten, für welche wir uns an dieser Stelle herzlich bedanken möchten.

Vilmar Krähenbühl (SVP, Zürich): Frau Kamm, Sie haben die liebevollere Gesellschaft erwähnt. Ich bin froh, dass Sie darauf hingewiesen haben. Diese liebevollere Gesellschaft beginnt für mich aber in der Familie. Jeremias Gotthelf hat einmal folgendes gesagt: «Zuhause muss beginnen, was gedeihen soll im Vaterland». Dies galt nicht nur zu seiner Zeit, sondern erlangt auch heute immer grössere Bedeutung. Wenn wir es nicht fertig bringen, unsere Familien zu stärken, dann werden wir über kurz oder lang niemanden mehr haben, der diesen Staat trägt, sondern nur noch Leute, die von ihm profitieren wollen und ihr Verhalten mit dem Staat entschuldigen. Das Sprichwort von Gotthelf gilt ganz besonders in der Prävention. Die wirksamste Prävention erfolgt für mich in der Familie. Dort sind Wertmassstäbe zu vermitteln und ist vorbeugend auf die Gefahren aller Suchtmittel – damit meine ich auch Alkohol und Tabak – hinzuweisen. In diesem Sinne danke ich dem Regierungsrat, dass er die Familie immer zuerst nennt, auch wenn er die Suchtprävention als Querschnittsaufgabe betrachtet.

Zu den Ansätzen der Suchtprävention: Das Individuum muss gestärkt werden; es hat zu lernen, vermehrt Nein zu sagen. Das ist etwas, was man von der SVP durchaus lernen kann. (Heiterkeit) Es ist vor allem wichtig, im richtigen Moment Nein zu sagen und sich nicht von einer Masse treiben zu lassen. Bei der Definition des Suchtverhaltens ist

darauf hinzuarbeiten, die Süchte zu verhindern beziehungsweise Verhaltensweisen zu ändern, die unserem Körper Schaden zufügen können. Dabei leisten Aussagen, wie «Zucker hat schlimmere Auswirkungen auf den Körper als Heroin», wie meiner Tochter durch die Suchtmittelpräventionsstelle vermittelt wurde, wohl eher keinen Beitrag zur Prävention. Positive Aussagen sind vermehrt nötig, nicht etwa Verbote. Aussagen, die den Süchtigen die Entschuldigung für ihr Verhalten gleich mitliefern, sind sinnlos. Der personenorientierte Ansatz der Suchtprävention ist zu intensivieren. So kann man Menschen in einer Weise ansprechen, dass sich der Betroffene auch gemeint fühlt.

Man darf den Einfluss der Schule nicht überbewerten. Sie kann und darf nur unterstützend wirken. Die Hauptverantwortung soll bei den Eltern und der Familie bleiben. Es kann nicht darum gehen, die Einflussnahme der Eltern durch staatliche Institutionen einzuschränken. Ich bin mir bewusst, dass dadurch viele Eltern überfordert sind. Es ist schade, dass die Eltern bei diesem schwierigen Unterfangen, die Prävention an die Hand zu nehmen, nicht mehr einbezogen werden.

Zu den Finanzen: Es ist bedauerlich, dass ein grosses Missverhältnis zwischen Prävention, die ja schliesslich der gesamten Bevölkerung zugute kommt, und den anderen Hilfsangeboten besteht. Jede Suchtvermeidung spart enorm Geld, weshalb die Verhältnismässigkeit im Vergleich zu den anderen Massnahmen gewahrt werden müsste. Für Jugendliche gibt es nur einen richtigen Umgang mit Suchtmitteln, nämlich die Hände davon zu lassen. Unser persönliches Verhalten, das als Beispiel vorangehen sollte, ist für die Jugendlichen am besten und am wirksamsten.

Christoph Schürch (SP, Winterthur): Ich nehme vorweg, dass ich die Interpellationsantwort als ausserordentlich differenziert erachte. Die Fragen hingegen sind äusserst tendenziös, scheinheilig, ja geradezu unnötig. Die Fragen suggerieren, dass in der Prävention jetzt alles falsch laufe. Doch die Interpellanten machen nicht einen einzigen Vorschlag, wie man es besser machen könnte. Die Fragen sind Wasser auf die Mühlen derjenigen, die Wasser predigen aber Wein trinken, weil sie Prävention predigen, aber gleichzeitig immer überall sparen wollen. Diejenigen scheinheiligen, besserwisserischen Kreise sind es auch, die hinter der Initiative stehen, die in knapp 14 Tagen zur Abstimmung kommt. Scheinheilig und unnötig sind die Fragen auch, weil sie fast alle in offiziellen Berichten der Fachstellen Suchtprävention nachgelesen

werden können. Solche Berichte werden seit Jahren herausgegeben und liegen immer wieder auf. Insofern erstaunt es, dass die Antwort auf die Interpellation so ausführlich und differenziert ausgefallen ist.

Über die Kampagnen des Bundes kann man sich tatsächlich streiten. Doch ist es gerade der Sinn dieser Kampagnen, dass man sich darüber streitet. Das gibt nämlich den multiplikatorischen Effekt in den Medien, damit man sich über Sucht überhaupt unterhält. Ich finde es etwas erstaunlich, dass Willy Germann das Beispiel Schweden anführt, wo die Sucht seiner Meinung nach sehr geächtet sei. Ich weiss nicht, Herr Germann, ob Sie schon einmal in Schweden waren oder dort einmal an einem Fest teilgenommen haben, an welchem so richtig viel Alkohol genossen wurde. Haben Sie schon einmal die Alkoholleichen gesehen, die nach einem solchen Fest dort herumliegen? Haben Sie an all die Unfälle gedacht, die die Schweden verursachen, wenn sie mit ihren Fähren in ein benachbartes Land fahren, wo es Alkohol wesentlich billiger zu kaufen gibt, und dann zum Teil über Bord fallen? Jährlich fallen dort einige Dutzend Leute besoffen über die Reling, weil sie sich nicht mehr unter Kontrolle haben. Dies alles in Schweden, in demjenigen Land, das Sie als gutes Beispiel für die Ächtung von Sucht hinstellen wollen.

Ich gehe mit allen Vorrednerinnen und Vorrednern einig, dass das Geld für Prävention absolut unverhältnismässig zu den anderen drei Säulen der Drogenpolitik ist. Natürlich müsste viel mehr Geld in die Prävention investiert werden. Aber wann sind Sie denn da, wenn es darum geht mehr Geld für diese Stellen auszugeben? Dann sind Sie wieder die Ersten, die sparen wollen.

Ich bin mit Willy Germann einig, was die Werbung im Kultursponsoring anbelangt, und bin für ein absolutes Werbeverbot für alle Sucht- und Genussmittel. In dieser Angelegenheit müsste tatsächlich etwas geschehen. Vielleicht lässt sich auf dieser Basis ein gemeinsamer Vorstoss lancieren. Über den Erfolg von Kampagnen kann man sich immer streiten. Man könnte auch fragen, wie das Suchtverhalten heute ohne diese Kampagnen aussehen würde. Es wird immer nur geschaut, was trotz der Kampagnen geschehen ist, doch man müsste sich hie und da auch fragen, was passiert wäre, wenn diese Kampagnen nicht gemacht worden wären.

Zur SVP: Es ist richtig, dass die Jugendlichen lernen müssen, Nein zu sagen. Es ist auch richtig, dass sie das von der SVP lernen können. Doch es ist nicht richtig, dass sie den Zeitpunkt des Neinsagens von der SVP lernen können, wie Vilmar Krähenbühl das vorher gesagt hat.

Ich habe noch eine Frage an Regierungsrätin Diener. Mich würde interessieren, wo das Postulat Suchtprävention und Suchthilfegesetz zur Zeit liegt. Aus gut informierten Kreisen habe ich vernommen, dass dieser Vorstoss zur Zeit in einer Schublade liegt, weil Sie warten, bis der Bund ein solches Präventions- und Suchtgesetz gemacht hat. Es würde mich interessieren, wo der Vorstoss zur Zeit liegt.

Esther Zumbrunn (DaP/LdU, Winterthur): Es fällt mir schwer die richtigen Worte zu finden. Ich bin, denke ich, der Worte zu diesem Thema einfach überdrüssig. Auch heute wurde uns wieder die Lehre erteilt, warum und was an der Prävention bisher alles krumm gelaufen ist. Alles gut und recht. Gut bezüglich des Inhalts und recht bezüglich der Übermittlung. Doch was nehmen wir davon mit, und wie gehen wir damit um? Ich meine, dass es Vorbilder braucht. Mehr Vorbilder als Kritisierende. Seien wir Vorbild im massvollen und ehrlichen Umgang mit Drogen. Stehen wir dazu, dass auch wir gegen einen gewissen Konsum nicht gefeit sind. Beschränken wir uns doch beispielsweise an öffentlichen Apéros. Warum nicht einmal alkoholfreie Apéros einführen? Warum nicht rauchfreie Apéros einführen? Stehen wir dazu und bauen wir keine persönlichen Fassaden auf, sondern gestehen wir Schwäche ein. Es braucht Vorbilder, und gerade kürzlich ist ein grosses Vorbild verunfallt. Ich denke, Prinzessin Diana war ein Vorbild, weil sie ihre Fassade für die Welt öffnete, weil sie ihre menschlichen Schwächen nicht unter Verschluss hielt. Ich wünsche mir, dass wir alle mehr Persönlichkeit hinüberbringen. Ich erlaube mir darum, uns alle aufzurufen. Seien wir Vorbilder für unsere Kinder und Jugendlichen. Stehen wir zu unseren Schwächen; erst dann zeigen wir nämlich Stärke.

Das ist echt präventionsfördernd und erst noch besser als tausend Worte und abertausend Franken.

Hans-Peter Portmann (CVP, Zürich): Wenn Christoph Schürch dem Interpellanten hier vorwirft, die Fragen seien heimtückisch, und man könne daraus eine gewisse drogenpolitische Haltung suggerieren, dann hoffe ich dass er das nicht auf mich bezogen hat. Ich glaube, meine drogenpolitische Haltung ist bekannt. Die Fragen sind kritisch, und nur kritische Fragen bringen eine Diskussion in Gang. Ich glaube, eine Diskussion zur Prävention ist einmal mehr sehr notwendig. Wir dürfen die Augen vor der Entwicklung in diesem Land nicht verschliessen. Wenn ich in der vergangenen Woche in einem Artikel des Tages-Anzeigers –

ich zitiere Herrn Uchtenhagen – lesen musste, dass wir täglich 5000 Schulkinder haben, die Alkohol konsumieren und dies oft bis zum Rausch, dann ist das für mich erschreckend. Die Voten, die ich heute morgen bis jetzt hier in diesem Hause gehört habe, sind für mich jedoch erfreulich. Wenn man diese Voten zusammenbringt, müssten wir fähig sein, in der Prävention einiges mehr zu tun. Denn die Übereinstimmung scheint mir hier doch sehr gross zu sein.

Mehr zu tun, Frau Regierungsrätin, das würde für mich heissen, die Zeitspanne der Prävention auszudehnen. Es würde heissen, Konzepte zu haben, wo die Prävention für die Eltern bereits zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes beginnt. Es würde für mich heissen, dass man Eltern in die Verantwortung nimmt und diese in den verschiedensten Altersperioden ihrer Kinder erfasst. Prävention heisst für mich aber auch, und an dieser Stelle möchte ich der laufenden Prävention ein Kränzlein binden, nicht mit Angst, sondern mit Realitäten zu arbeiten und diese aufzuzeigen. Letztendlich muss die Prävention dann aber den Erfolg ausweisen, den Modetrend von Suchtmitteln bei Jugendlichen brechen zu können. Dazu brauchen wir, und darüber sind wir uns einig, einiges mehr an finanziellen Mitteln. Es mag sein, dass die Umverteilung von finanziellen Mitteln das eine ist. Doch ich könnte mir ebenso vorstellen, dass man auf gute Vorschläge der Gesundheitsdirektion hin auch neue finanzielle Mittel schafft. Ich glaube zum Beispiel, dass auf Genuss- oder Suchtmitteln nach wie vor ein Potential liegt, um nach dem Verbraucherprinzip gewisse Abgaben erheben zu können. Ich denke dabei an einen Präventionszehntel, den man zusätzlich noch ausschlagen könnte. Ich weiss nicht, ob der Kanton als Kanton solche Wege gehen kann oder nicht, aber es wäre überlegenswert.

An dieser Stelle bitte ich Sie, wenn wir uns schon so einig sind, dass Prävention in der Drogenarbeit einer der wichtigsten Punkte ist, dass wir uns hier zusammenfinden um einiges mehr zu tun. Unterstützen wir die Gesundheitsdirektion in ihren Bemühungen.

Ulrich E. Gut (FDP, Küssnacht): Wenn ich einige der Voten aus der SVP, aber auch CVP, EVP höre, dann habe ich ein bisschen den Eindruck, man habe einen idealen Präventionsadressaten vor Augen. Eine Person, die die Prävention eigentlich nicht nötig hat. Ich möchte das Augenmerk auf die intellektuelle und die moralische Radikalität der Jugend richten. Ich möchte es richten auf die emotionalen Kräfte, welche auf den Jugendlichen einwirken, welche ihn schütteln und aus der Bahn

werfen können. Prävention muss vor allem ehrlich sein. Aus der Sicht dieser intellektuellen und moralischen Radikalität der Jugend muss sie ehrlich sein. Zu dieser Ehrlichkeit gehört doch auch, dass die Erwachsenenwelt Genussmittel bejaht. Sie bejaht sie zu Recht; sie bejaht sie als gesunde Kompensation des Drucks, den jeder Mensch während seines Lebens erfährt. Genuss ist nicht nur positiv an sich, sondern eben auch notwendig, um diesem Druck, dem man standhalten muss, standzuhalten. Ein ganz wichtiges Ziel der Prävention besteht deshalb darin, geniessen zu können ohne süchtig zu werden. Darüber und über Prävention sollte man sprechen; es scheint mir wichtig, dass viel darüber gesprochen wird.

Ich denke, wir verbauen uns den Weg zum Ziel Prävention, zum Ziel, die Jugendlichen an die Unterscheidung zwischen Genuss und Sucht heranzuführen. Wir verbauen uns diesen Weg durch die verkrampfte Art, mit welcher wir über das Verhältnis von legalen und illegalen Drogen sprechen. Die einen sagen apodiktisch, Alkohol erzeuge viel mehr Elend und Not, als illegale Drogen, die anderen werfen jenen an den Kopf, dass es eine Frechheit sei, Alkohol mit illegalen Drogen zu vergleichen oder überhaupt nur in Zusammenhang zu bringen, weil die grosse Mehrheit der Alkoholkonsumentinnen und Konsumenten ihre sozialen, familiären und beruflichen Pflichten tadellos erfülle. Bei diesem Austausch bleiben wir stehen. Dabei wäre es fruchtbar, an die Feststellung anzuknüpfen, dass es vielen Menschen, die Alkohol geniessen, gelingt, nicht süchtig zu werden und ihre Aufgaben im Leben zu erfüllen. Es wäre fruchtbar, darüber nachzudenken, ob und wie es im Umgang mit den illegalen Drogen möglich sein könnte, wenigstens für einen Teil der Betroffenen diesen Weg zu öffnen. Wir sollten von der kategorischen Gleichsetzung zwischen Genussmittel und Suchtmittel in diesem ganzen illegalen Bereich Abstand nehmen.

Regierungsrätin Verena Diener: Ich danke Ihnen, dass Sie heute keine endlose Debatte zum Abstimmungssonntag geführt haben, sondern sich auf das Thema Prävention beschränkt haben.

Die Regierung hat Ihnen dargelegt, wie im Kanton Zürich und auf Bundesebene im Rahmen der Prävention gearbeitet wird. Sie konnten den Unterlagen entnehmen, dass wir interdisziplinär arbeiten, dass dies eine Querschnittsaufgabe ist und dass es der Regierung ein grosses und wichtiges Anliegen ist, im Rahmen der Prävention ein möglichst breites und gutes Angebot zu machen. Prävention ist einer der vier Pfeiler der Vier-

Säulen-Politik im Drogenbereich. Auch die Regierung bestätigt, dass es sich dabei um einen ausserordentlich wichtigen Bereich handelt. Sie haben verschiedentlich darauf hingewiesen, dass Prävention letztlich nicht nur eine politische Aufgabe ist, sondern auch die Aufgabe unserer Gesamtgesellschaft und der Familie. Bis zu diesem Punkt haben wir als Regierungs- und Kantonsräte und -rätinnen nur auf der persönlichen Ebene Einflussmöglichkeiten. Verbesserungen sind aber sicher immer wieder möglich, und ich möchte an diesem Punkt nochmals darauf hinweisen, dass eine Beschränkung der finanziellen Mittel auch eine Beschränkung der Präventionsmöglichkeiten beinhaltet. Ich möchte Sie bitten, bei der Budgetdebatte im Dezember daran zu denken, wie wichtig Prävention ist und dort die entsprechenden Mittel für das nächste Jahr zur Verfügung zu stellen.

Christoph Schürch hat mir die Frage gestellt, wie weit wir in den Arbeiten betreffend Suchthilfegesetz seien; er habe gehört, dass es in der Schublade ruhe. Dazu muss ich sagen, dass Sie Recht haben, es ruht im Moment, weil wir in der Gesamtbeurteilung zum Schluss kamen, dass wir warten wollen, bis wir sehen, was auf Bundesebene wirklich eingeleitet wird. Zum einen geht es um die Erarbeitung eines Gesetzestextes, zum anderen um die gelebte Realität. Wir können hier feststellen, dass der Kanton Zürich in der gelebten Realität der Drogenpolitik einen guten und gangbaren Weg gefunden hat. Er führt die Vier-Säulen-Politik des Bundes weiter. Wir befinden uns in der Umsetzungsphase und sind im Vergleich mit anderen Kantonen in der Schweiz im Bereich der dezentralen Drogenhilfe wahrscheinlich führend. Neben dem für mich nachvollziehbaren Wunsch nach einem Suchthilfegesetz, ist es vor allem wichtig, dass wir unsere bewährte Politik fortsetzen können. Ich hoffe, dass sich die Zürcher Bevölkerung am Abstimmungssonntag für diese bewährte Politik aussprechen wird, indem sie ein klares Nein zur Initiative «Jugend ohne Drogen» in die Urne legt.

Der Interpellant hat seine Erklärung abgegeben. Das Geschäft ist erledigt.

7. Steigende Krankenkassenprämien

Motion Astrid Kugler (LdU, Zürich), Helen Kunz (LdU, Opfikon) und Benedikt Gschwind (LdU, Zürich) vom 21. Oktober 1996 (schriftlich begründet)

KR-Nr. 304/1996, RRB-Nr. 3485/11. Dezember 1996 (Stellungnahme)

Die Motion hat folgenden Wortlaut:

Der Regierungsrat wird aufgefordert, ein Konzept vorzulegen, in welchem er aufzeigt, mit welchen Mitteln der Kanton die Krankenkassenprämien stabilisieren kann. Das Konzept muss mögliche Massnahmen sowohl auf der Angebotsseite, auf seiten der Krankenkassen als auch auf seiten der Konsumentinnen und Konsumenten beinhalten.

Begründung:

Die Krankenkassenprämien steigen weiter, ungeachtet der Versprechungen, die im Hinblick auf das neue KVG gemacht wurden. Insbesondere stimmt es nicht, dass das neue KVG zu mehr Wettbewerb führt und damit zur Kostensenkung beiträgt.

Da der Bund offensichtlich nicht in der Lage oder willens ist, die nötigen Schritte zu unternehmen, muss der Kanton im Interesse der Bevölkerung tätig werden.

Die Krankenkassenprämien sind von Kanton zu Kanton verschieden, stehen also in engem Zusammenhang mit dem Angebot und der Nachfrage an medizinischen Leistungen eines Kantons. Das heisst, dass in den einzelnen Kantonen für die Ausgestaltung des Gesundheitswesens ein grosser Spielraum besteht. Im Kanton Zürich wird dieser Spielraum zur Stabilisierung der Prämien nicht ausgenutzt. Die Regierung ist zwar dabei, vor allem auf der Spitalseite die Kosten in den Griff zu bekommen. Doch dieses Vorgehen ist zu einseitig. Da und dort werden Einzelrezepturen angeboten, doch fehlt nach wie vor ein Konzept, das sich in aller Breite den prämiendämpfenden Möglichkeiten annimmt.

Die Stellungnahme des *Regierungsrates* lautet auf Antrag der Direktion des Gesundheitswesens wie folgt:

Das neue Krankenversicherungsgesetz (KVG) ist am 1. Januar 1996 in Kraft getreten. Das Gesetz als solches enthält einen umfassenden Massnahmenkatalog zur Straffung des medizinischen Angebots und zur rationelleren Leistungserbringung und damit zur Kostendämmung in der sozialen Krankenversicherung. Daneben sind den Kassen durch das KVG auch neue Zahlungsverpflichtungen im Bereich der Krankenpflege durch die Krankenhäuser und durch die Spitex-Organisationen erwachsen. Die Prämien müssen von den Krankenkassen dem Bund zur Genehmigung vorgelegt werden. Auch die generelle Aufsicht über die

Krankenkassen liegt beim Bund. Die Leistungen, welche von den Krankenkassen zwingend bezahlt werden müssen, werden vom Bund in einer Verordnung geregelt. Auch die Preise, welche von den Kantonen über ihre Tarife für Behandlungen in den öffentlichen oder öffentlich subventionierten Krankenhäusern verlangt werden dürfen, sind vom Bundesrat im Grundsatz vorgegeben. Innerhalb des gesetzten Rahmens erarbeitet die Gesundheitsdirektion mit den Krankenkassen und Unfallversicherern derzeit neue Entschädigungsmodelle im Bereich der Grundversicherung und der Privatversicherung, welche die Kosten transparenter machen und senken sowie den Spitälern leistungsgerechtere Angebote ermöglichen sollen. Den Kantonen wird vom KVG die Aufgabe zugewiesen, eine Spitalplanung zu erstellen und das Angebot in der Grundversicherung über die Spitalliste auf das notwendige Mass zu beschränken. Mit dem vom Regierungsrat in die Vernehmlassung gegebenen Entwurf zu einer Zürcher Spitalliste 1998 wird dieser Aufgabe nachgelebt. Insbesondere werden die Versorgungsstruktur bereinigt, das Angebot gestrafft und weitere Rationalisierungsmassnahmen getroffen. Mit der Umsetzung der Spitalliste können sowohl für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer als auch die Prämienzahlerinnen und Prämienzahler wesentliche Einsparungen erzielt werden. Auf seite der Konsumentinnen und Konsumenten muss ein Umdenkprozess stattfinden, der von einer übermässigen Anspruchshaltung wegführt hin zu verantwortungsbewusstem Verhalten auch beim Bezug medizinischer Leistungen. Dieser Umdenkprozess wird durch die Spitallistendiskussion und die neuen Versicherungsmodelle der Krankenkassen gefördert.

Der Regierungsrat beantragt daher dem Kantonsrat, die Motion nicht zu überweisen.

Ratspräsident Roland Brunner: Der Regierungsrat hat dem Kantonsrat seine ablehnende Stellungnahme schriftlich bekannt gegeben. Der Rat hat zu entscheiden.

Benedikt Gschwind (LdU, Zürich): Die immer höher steigenden Krankenkassenprämien belasten unsere Bevölkerung mehr und mehr. Das Monatsbudget wird nicht nur in ärmeren Familien, sondern bis weit in den Mittelstand hinein, stark beeinträchtigt. Dies betrifft vor allem jene, die sich knapp über der Grenze der Prämienverbilligung befinden. Die Krankenkassen haben mit dem Inkasso immer mehr Mühe. Die Zahl

der Betreibungen hat zugenommen. Wenn in einem Monat irgendwelche aussergewöhnlichen Kosten, wie Zahnarzt oder Anschaffungen anfallen, dann fehlt plötzlich das Geld für die Krankenkassenprämien. Kurz gesagt, die Krankenkassenprämien sind für die Bevölkerung ein ganz entscheidender Kostenfaktor. Um so ohnmächtiger fühlt sich die Bevölkerung, weil sie dagegen kaum etwas ausrichten kann. Wenn der Wechsel von der privaten in die allgemeine Versicherung einmal vollzogen ist, und die Franchise an der für den Betroffenen obersten Schmerzgrenze festgelegt worden ist, gibt es keinen Spielraum mehr. Die am Gesundheitswesen beteiligten Ärzte, Spitäler und Krankenkassen, aber auch die Politik sind gefordert.

Der Kanton Zürich erfüllt bis jetzt vor allem seine, durch das neue Krankenversicherungsgesetz bestimmte, Aufgabe der Spitalplanung. In diesem Punkt gibt es ganz bestimmt ein grosses Sparpotential. Bei der ganzen Übung wird man aber den Eindruck nicht los, dass es dem Kanton dabei in erster Linie um die Entlastung der Staatsrechnung und weniger um die Prämienzahlerinnen und -zahler geht. Die Sicht auf die Spitäler, die es zweifellos braucht – das möchten wir von der LdU-Fraktion betonen –, genügt nicht. Deshalb haben wir die Motion für ein Konzept, wie der Kanton die Krankenkassenprämien stabilisieren kann, eingereicht. Es geht uns um die Konsumentensicht und nicht in erster Linie um diejenige der Staatsfinanzen. Es ist uns allen klar, dass die Konsumentensicht letztendlich auch einen Einfluss auf die Staatsfinanzen hat. Wenn unsere Bevölkerung die Krankenkassenprämien nicht mehr bezahlen kann, die Betreibungen und später dann die Verschuldungen zunehmen, ist der Weg zur Fürsorge und damit zur Staatskasse nicht mehr weit. Der Kanton hätte also genügend Anlass, um hier zu handeln. Es gibt genügend Ansätze. Die Aufsicht der Krankenkassen betreffend die Verwaltungskosten, die Bezüge des obersten Managements wie auch die Effizienz der internen Abläufe und die teuren Paläste unserer Krankenkassen wären, zum Beispiel, bestimmt ein öffentliches Thema. Unsere Krankenkassen sind im Gegensatz zu den Versicherungen effektive Kassen. Rechnungen werden bezahlt und andernorts wieder eingefordert. Solange die Buchhaltung stimmt, ist alles in Ordnung. Auf den Rechnungen werden viel zu wenig Tarifpositionen hinterfragt und zurückgewiesen, wie dies die Schadenabteilung der Privatversicherungen im Interesse der Prämienzahler seit Jahrzehnten tun. Es gibt auch Fälle, in denen die Krankenkassen Leistungen bezahlen, die eigentlich die Unfallversicherung tragen müsste; dabei denke ich insbesondere an Folgekosten von Unfällen. Wenn die Krankenkassen dann aber

wirklich einmal unternehmerisch handeln und neue Versicherungsmodelle entwickeln, werden sie nicht selten vom Staat zurückgepiffen.

Ein anderes Thema sind die Honorare unserer Ärzte. Man spricht zwar immer wieder darüber, doch es ändert sich wenig. Der Kanton als Grossabnehmer hätte zum Beispiel bei den Medikamentenpreisen gewiss einen Einfluss. Sie sehen also, dass es an Möglichkeiten nicht fehlt. Wenn Sie jetzt mit dem Einwand kommen, dass in diesem Bereich viele Kompetenzen beim Bund liegen, dann haben Sie zwar Recht, aber wir müssen feststellen, dass der Bund einfach viel zu wenig unternimmt und den Ernst der Lage noch immer nicht erkannt hat. Deshalb braucht es eben die Kantone, die dem Bund Beine machen und sich nicht einfach vor dieser Aufgabe drücken. Der Kanton Genf hat dies erkannt. Der bevölkerungsreichste Kanton – ein Siebtel der Schweizerbevölkerung – kann nicht einfach ein weiteres Mal zaghaft zuwarten. Sie, Frau Regierungsrätin Diener, haben ja als Nationalrätin sowie als Mitglied der Gesundheitsdirektoren-Konferenz gewiss Ihre Möglichkeiten.

Es ist der Bevölkerung völlig egal, ob der Bund, die Kantone oder die Gemeinden etwas gegen die hohen Krankenkassenprämien unternehmen. Sie will ganz einfach Taten sehen. Vor diesem Hintergrund bedauern wir die ablehnende Haltung des Regierungsrates gegenüber unserer Motion sehr. Für die Regierung gibt es neben der Spitalliste im Moment offensichtlich keinen Handlungsbedarf. Sie, meine Damen und Herren, können dies verhindern, indem Sie mit uns diese Motion überweisen.

Stephan Schwitter (CVP, Horgen): Astrid Kugler und Mitunterzeichnende senden sehr widersprüchliche Signale in die politische Landschaft des Kantons Zürich hinaus. Einerseits wird die Motion betreffend steigende Krankenkassenprämien eingereicht, andererseits wird die erste Massnahme, die aufgrund des KVG im Kanton ergriffen wurde – weil sie ergriffen werden musste – mit Volksinitiative und Sternlauf in die Regionen hinaus torpediert. Gleichzeitig werden dem Kantonsrat Zensuren ausgeteilt, weil er angeblich seine Hausaufgaben nicht gemacht habe.

Die CVP hat das KVG ihrerseits in der vorliegenden Fassung nicht unterstützt. Ich weiss nicht wie der Landesring damals votiert hat, kann ihnen aber versichern, dass auch wir Massnahmen gegen die steigenden Krankenkassenprämien begrüssen. Wir tun dies jedoch mit einer konsequenteren Politik. Ich erinnere an unsere Motion zur

familienfreundlichen Ausgestaltung der Prämienverbilligung – Benedikt Gschwind hat die Probleme, die in der Gesellschaft entstehen können, vorhin bereits geschildert –, die Ihre Unterstützung leider nicht fand. Oder erinnern Sie sich an die Motion von Richard Hirt betreffend eine separate Versicherung der Spitalhotellerie, die immerhin als Postulat überwiesen worden ist.

Die Legiferierung im Rahmen des Einführungsgesetzes des KVG wird weiter Gelegenheit geben, Massnahmen der öffentlichen Hand zu prüfen. Zur Eindämmung der Gesundheitskosten wird aber viel Spielraum beim einzelnen Menschen bleiben, da der Staat nicht alles vorschreiben kann. Hier wird unter anderem die Selbstverantwortung der Ärzte, aber auch der einzelnen Bürger spielen müssen. In diesem Zusammenhang erinnere ich auch an die soeben diskutierten Präventionsbemühungen auf allen Stufen und an die Eigenprävention jedes Einzelnen. Wir werden die Motion nicht unterstützen und bitten den Landesring, seine Widersprüche auszuräumen.

Susanne Frutig (SP, Dielsdorf): Astrid Kugler fordert mit ihrer Motion ein Konzept, welches aufzeigt, mit welchen Mitteln der Kanton die Krankenkassenprämien senken will. Sowohl auf der Seite der Anbieter, der Krankenkassen als auch der Konsumentinnen und Konsumenten sollen mögliche Massnahmen aufgezeigt werden. Man kann dazu eigentlich nur Ja sagen, trotzdem tut sich die SP mit diesem Vorstoss schwer und lehnt ihn ab.

Einerseits wissen wir nicht genau, was Astrid Kugler nun wirklich will. Will sie einen Bericht, der aber nicht Gegenstand einer Motion wäre? Will sie verbindliche Rahmenbedingungen, welche im Gesundheitsgesetz definiert sind? Dann müsste sie diese konkreter benennen. Sind Massnahmen auf seiten der Anbieter etwa Rationierung von Leistungen? Dazu könnten wir sicher nicht Ja sagen. Will sie eine Entlastung der Prämienzahlerinnen und Prämienzahler durch volle Ausschöpfung der Prämienverbilligung?

Andrerseits fordert Astrid Kugler etwas, das es bereits gibt. Im Ergänzungsbericht zu den heute morgen abgeschriebenen Postulaten können Sie nachlesen, dass die Regierung bereits ein Konzept hat. Die Regierung macht es sich mit ihrer Antwort aber etwas einfach. Sie schiebt jegliche Verantwortung auf den Bund ab und präsentiert als einzigen Leistungsausweis die Spitalliste. Tatsächlich ist der Spielraum des Kantons einigermaßen klein und im KVG klar geregelt. Ich erinnere daran, dass der Kanton Zürich im Streit um die Spitaltarife bereits eine Niederlage einstecken musste. Das in den Augen von Regierung und Parlament gewichtigste Instrument für den Kanton, um die Gesundheitskosten zu senken, ist die Spitalliste. Das Parlament hat die Regierung in dieser Hinsicht gestützt und mit ihr zusammen bei allen sehr hohe Erwartungen geweckt. Es wird sich zeigen, ob die Bedenken der Kritiker und Kritikerinnen der Spitalliste, nämlich dass sich der Kanton zu Lasten der Prämienzahlerinnen und Prämienzahler finanziell entlastet, gerechtfertigt sind.

Weitere Instrumente, welche die Regierung in der Antwort jedoch nicht erwähnt, sind die Projekte LORAS und PATREC. Wir sind der Meinung, dass die Regierung ein Konzept hat, dessen Wirksamkeit sich aber erst noch bestätigen muss. Wie die Regierung feststellt, sind die Gründe für die massiven Prämienhöhungen vor allem in einer Umverteilung der finanziellen Lasten zu suchen. Das heisst, die Krankenkassen wurden durch das neue KVG gezwungen, höhere Beiträge an die Kosten der Krankenheimaufenthalte und der Spitex-Leistungen zu zahlen. Wenn sich die öffentliche Hand nicht in grösserem Masse, wie

wir dies immer wieder gefordert haben, beteiligt, wird sich in nächster Zeit nichts ändern. Eine höhere Beteiligung der öffentlichen Hand kann zum Beispiel über den Ausbau der Prämienverbilligung oder die stärkere Finanzierung der Spitex erfolgen. Wie gesagt, hat die Regierung mit dem Inkraftsetzen der Spitalliste und der Einsetzung der Projekte LORAS und PATREC einen Teil ihrer Hausaufgaben gemacht. Es besteht nach unserer Meinung jetzt vor allem noch Handlungsbedarf im Bereich der Arzthonorare. In diesem Zusammenhang fordern wir die Gesundheitsdirektion auf, mit dem gleichen energischen Vorgehen wie bei der Spitalliste, den Tatbeweis zu erbringen, dass es ihr mit der Opfersymmetrie ernst ist.

Nancy Bolleter-Malcom (EVP, Seuzach): Die EVP unterstützt diese Motion aus grundsätzlichen Überlegungen. Nach wie vor müssen von allen Seiten Möglichkeiten gesucht werden, um die Gesundheitskosten auf tragbare Weise zu regeln. Die EVP anerkennt, dass vieles in Bewegung ist. Das Projekt LORAS soll Kostentransparenz schaffen. Die Erarbeitung von neuen Entschädigungsmodellen der Versicherungen sollen gerechtere und leistungsorientierte Angebote ermöglichen. Die Überkapazität im Spitalbereich soll mit der Spitalliste gesteuert werden. Trotzdem bleiben aber Fragen offen.

Wie können Konsumentinnen und Konsumenten aufgefordert werden, ihren Teil an der Ursache der Kostenexplosion zu überdenken. Im Konzept sollten Möglichkeiten erarbeitet werden, um die Anspruchshaltung der Konsumenten aufzuzeigen. Was kostet eine Behandlung, und wie steht es mit dem Kosten/Nutzen-Verhältnis? Was will man dafür bezahlen? Gesundheitskosten, oder besser gesagt Krankheitskosten, die durch verantwortungsloses Verhalten, zum Beispiel durch übermässigen Konsum von Alkohol oder Rauchen verursacht werden, sollen transparent gemacht werden. Die daraus resultierenden Krankheitskosten sollten durch höhere Abgabe auf Alkohol- und Tabakprodukte mitgetragen werden. Der Wettbewerb zwischen öffentlichen und privaten Spitälern soll überprüft werden. Wird mit gleichlangen Spiessen gekämpft? Findet echte Konkurrenz statt? Sind Verträge für ausserkantonale Leistungen keine Belastung für Zürcher Steuerzahler?

Es ist vieles bereits im tun. Die Motion wird unterstützt, damit weitere Möglichkeiten überprüft werden.

Silvia Kamm (Grüne, Bonstetten): Einmal mehr müssen wir uns mit dem leidigen Thema der Krankenkassenprämien befassen. Das neue

KVG hält überhaupt nicht, was es im Abstimmungskampf versprochen hat. Das merken jetzt alle, auch diejenigen, die sich von den schönen Versprechungen von mehr Wettbewerb und so weiter, einlullen liessen. Durch die im neuen KVG vorgeschriebene Übernahme der Pflege in den Krankenheimen üben wir jetzt zwar Solidarität mit den Chronischkranken und den Langzeit-Pflegebedürftigen in unserem Land, doch dies hat seinen Preis. Damit könnte ich eigentlich noch leben. Ich finde es viel schlimmer, dass mir der Bundesrat vorschreibt, wofür ich mich in der Grundversicherung zu versichern habe, unabhängig davon, ob ich diese Leistungen je beanspruchen will oder nicht. Ich habe Mühe mit diesem Versicherungszwang, bei welchem mir der Inhalt diktiert wird, und ich ein ganzes Haus kaufen muss, obwohl ich nur eine Zweizimmerwohnung benötige. Wenn ich aber schon ein Haus kaufen und bezahlen muss, liegt doch auf der Hand, dass ich mich in allen Zimmern etwas breit mache. Doch auf genau dieses Phänomen haben die Kantone keinen Einfluss. Hier bedarf es eines radikalen Umdenkens in der Bevölkerung. Man sollte nicht mehr wegen jedem «Boboli» zum Arzt, oder womöglich gar zu verschiedenen Ärzten, von welchen einem jeder eine andere Therapie vorschlägt, rennen. Dies macht die Verunsicherung des Patienten komplett. Man sollte lernen, dass sich mit ein bisschen Geduld und Vertrauen in die Selbstheilungskräfte des Körpers die Sache oft von selbst erledigt. Wenn dies nicht der Fall ist, so lohnt es sich vielleicht auch einmal, über den Grund einer Krankheit nachzudenken und allenfalls am eigenen Verhalten etwas zu ändern. Krankheiten sind nämlich nie ganz sinnlos.

Wie gesagt, haben die Kantone darauf keinen Einfluss, doch ist dies der grösste Teil des Problems. Bei der Festsetzung der Krankenkassenprämien sind die Kantone aus dem Spiel. Sie ist Sache der Kassen, wobei die Prämien vom Bund genehmigt oder abgelehnt werden.

Die Kantone können regulieren bei der Spitalplanung, bei der Kreditbewilligung von teuren High-Tech-Geräten, der Zulassung zum Medizinstudium und allenfalls noch bei der Festsetzung der Spitaltaxen, doch auch in diesem Bereich hat Bern das letzte Wort.

In Sachen Spitalplanung ist Zürich vorbildlich und packt das heisse Eisen an, während andere Kantone mehr als nur zögern. Der Grund dafür liegt auf der Hand: Wer Spitäler schliesst, wird allenfalls nicht mehr gewählt. Ausser unserer Grünen Regierungsrätin scheint niemand dieses Risiko eingehen zu wollen. Wie schwierig dieser Weg ist, brauche ich niemandem in diesem Saal zu sagen. Wir haben über das Thema

Spitalliste schon des öfteren diskutiert und werden es auch weiterhin tun müssen, da der Widerstand der Betroffenen sehr gross ist.

Bei den Kreditbewilligungen für teure Geräte ist man auf der Gesundheitsdirektion sehr zurückhaltend, auch daran haben die Spitäler nicht immer nur Freude. Das Beispiel des nicht bewilligten MRI-Gerätes in Wädenswil sei hier angeführt.

Zum Numerus Clausus werden wir im Rahmen der Beratungen zum neuen Unigesetz noch diskutieren können. Doch wenn man die Ärztedichte wirklich verringern will, dann bleibt einem wohl nichts anderes übrig, als dem Numerus Clausus zuzustimmen. Es bleibt dann aber die Frage, auf welche Art der Numerus Clausus eingeführt werden soll. Wie dies zu geschehen hat, ob durch einen Intelligenztest oder eine Eignungsprüfung, ist noch ungewiss.

Mit dem LORAS Projekt werden die Fakten ermittelt, die es braucht, um genaue Kostenstellen- und Kostenträgerrechnungen für die Globalbudgets erstellen zu können. Aufgrund dieser Daten sollen dann die übrigen 600 Betten geschlossen werden. Darüber hinaus plant die Gesundheitsdirektion eine Strukturanalyse des Unispitals, auf deren Ergebnisse ich gespannt bin.

Die Grüne Fraktion wird die vorliegende Motion nicht unterstützen, weil wir glauben, dass die Regierung gemacht hat, was in ihrer Macht steht. Es bringt nichts, schöne Konzepte zu fordern, die nachher nicht umgesetzt werden können, weil die Kompetenzen dazu fehlen. Man muss keine Prophetin sein, um voraussagen zu können, dass es wahrscheinlich noch Jahre dauern wird, bis die Kosten des Gesundheitswesens sinken werden, und dass es dazu eine Art Kulturwandel in der Bevölkerung braucht.

Bis zu diesem Zeitpunkt fordern wir einmal mehr die hundertprozentige Ausschöpfung der Prämienverbilligungsgelder, damit die Leute mit tiefem Einkommen entlastet werden, solange die Prämien so hoch sind. Längerfristig aber sollten die Prämien sinken und wieder für alle bezahlbar werden.

Irene Enderli (SVP, Affoltern a. A.): Am 25. Juni 1997 hat der Regierungsrat die Zürcher Spitalliste festgesetzt. Er kommt damit dem Anliegen der Motionäre in einem wesentlichen Mass entgegen. Es gilt nun, auch die nachfolgende zweite Phase mit dem Abbau weiterer 600 Spitalbetten effizient durchzuziehen. Durch den Betten- und entsprechenden Personalabbau können wesentliche Einsparungen erzielt werden, und durch Vollkostenrechnung wird vermehrte Kostentransparenz angestrebt. Damit werden in einem Teilbereich wesentliche Ansätze zur Prämienreduktion vollzogen. Die Problematik im Gesundheitswesen ist komplex, und es bedarf weiterer Anstrengungen, um die Kosten in den Griff zu bekommen. Alle Beteiligten sind gefordert. Versicherte müssen ihre Eigenverantwortung wahrnehmen und selber nicht nur bei den Krankenkassenprämien Kostensenkungen verlangen, sondern auch entsprechend handeln. Sobald ein Versicherter krank wird, verlangt er von Ärzten und Spitälern nur beste Leistungen, oft ohne nach dem Sinn und dem Preis zu fragen. Dann setzt sich die Anspruchshaltung jeweils durch. Höhere Selbstbehalte und Franchisen könnten wenigstens teilweise Abhilfe schaffen. Der Regierungsrat weist in seiner Antwort auf Seite 2 auf einen weiteren wichtigen Punkt hin: «Die Leistungen, welche von den Krankenkassen zwingend bezahlt werden müssen, werden vom Bund in einer Verordnung geregelt». Dieser Leistungskatalog in der Grundversicherung wurde bisher von Bundesrätin Ruth Dreifuss ohne Notwendigkeit ständig ausgeweitet. Somit müssen die Prämien ja verteuert werden, und dem müssen wir Einhalt gebieten. Unsere eidgenössischen Parlamentarier sind aus diesem Grund gefordert.

Den kürzlich veröffentlichten Presseberichten zufolge hat die Schweiz das teuerste Gesundheitswesen in Europa und das zweitteuerste weltweit. Nur die Amerikaner geben noch mehr Geld dafür aus als wir. Sind wir gesundheitlich denn so viel schlechter dran als die übrige westliche Welt? Bestimmt ist bei uns ein Sparpotential vorhanden.

Auch auf der standespolitischen Ebene besteht Handlungsbedarf. Heute schon haben wir die höchste Ärztedichte. Es war kürzlich zu lesen, dass 300 Patienten auf einen Arzt entfallen. Dennoch bilden wir weiterhin zu viele Ärzte aus. Mit dem neuen Universitätsgesetz, dessen Beratung in der vorberatenden Kommission abgeschlossen ist und das im Rat demnächst behandelt wird, haben wir die Chance, mit den Zulassungsbeschränkungen im § 14, dem Numerus Clausus, konkret Abhilfe zu schaffen. Ich bin gespannt, welche Haltung der Rat zu dieser Frage einnimmt. Daran wird sich dann wohl zeigen, wie ernst es uns allen mit der Senkung der hohen Gesundheitskosten und Prämien wirklich ist.

Der Regierungsrat hat jedenfalls bewiesen, dass er den Handlungsbedarf erkannt hat. Die SVP-Fraktion erklärt sich mit seiner Antwort zufrieden und wird die Motion nicht überweisen.

Helen Kunz (LdU, Opfikon): Ich möchte etwas auf die CVP-Erklärung erwidern. Erstens wurde die Motion vor einem Jahr, als es die Spitalliste noch nicht gab, eingereicht. Diese kam erst später und ist eine Massnahme, die wir als Fraktion tragen und auch unterstützt haben. Wenn Astrid Kugler nachher eine Volksinitiative mitlanciert, dann ist das eine Tatsache. Dies macht sie als Einzelperson, die Fraktion aber steht klar hinter der Spitalliste. Sie dürfen diese zwei Dinge nicht durcheinanderbringen. Doch es gibt viele andere Massnahmen, die sehr wichtig sind, und die Benedikt Gschwind erwähnt hat. Genau darum geht es. Die verschiedenen Vorstösse, die wir im Rat schon behandelt haben – Stephan Schwitter hat sie vorhin auf den Tisch gelegt – bringen uns dazu, dass wir ein Konzept möchten. Wir möchten nicht mehr alle paar Monate einen neuen Vorstoss zu diesem Thema auf den Tisch gelegt bekommen. Übrigens betrachten wir die Massnahme betreffend Hotellerie in den Spitälern als eine gute Massnahme, welche wir unterstützt haben. Gerade weil es viele gute Ideen gibt, bitte ich Sie, diese einmal zusammenzutragen und nicht nur einen Bericht zu liefern, der dann in der Schublade verschwindet. Wir müssen Massnahmen ergreifen, die zur Kostensenkung beitragen können. In diesem Sinne bitte ich Sie, den Vorstoss zu unterstützen.

Christoph Schürch (SP, Winterthur): Das Hohelied auf die Selbstverantwortung der potentiellen Patientinnen und Patienten stört mich. Ein Laie kann schlichtweg nicht beurteilen, welches der beste Weg zur Genesung im Falle einer Krankheit oder eines Unfalles ist. In der Praxis ist es doch gerade umgekehrt. Die Ärzte und Ärztinnen schlagen einem irgendwelche Massnahmen vor. Manchmal sind diese übertrieben, und man muss sich dagegen wehren. Ich selbst habe kürzlich ein solches Beispiel erfahren, doch ich unterlasse es hier an dieser Stelle, das doch recht ausführliche Beispiel zu erzählen. Aber ich hatte Mühe, mich als Fachperson gegen die Vorschläge der Ärzte zu wehren und mich von einer Untersuchung zur anderen schicken zu lassen. Die Selbstverantwortung liegt vor allem bei den Ärzten und dem medizinischen Personal und nicht bei den potentiellen Patienten und Patientinnen.

Regierungsrätin Verena Diener: Die Regierung teilt mit Ihnen die Sorge über die wachsenden Krankenkassenprämien. Trotzdem bittet sie Sie, der Motion nicht Folge zu geben, weil die Regierung die Ansicht vertritt, dass sich der Kanton schon bei einer breiten Palette von Massnahmen engagiert, um Prämiensteigerungen möglichst klein zu halten. Ein weiteres Paket liegt schlicht nicht in den Händen des Kantons.

An dieser Stelle möchte ich Ihnen vielleicht nochmals in Erinnerung rufen, welche Aktivitäten der Kanton in den letzten Monaten unternommen hat, um dem Ansteigen der Kosten im Gesundheitswesen Einhalt zu gebieten.

Ich möchte hier nicht mehr auf die Diskussion über die Spitalliste zurückkommen. Auch haben Sie von den Medien erfahren, dass die Regierung die Spitalliste so verabschiedet hat. Wir stehen jetzt in den Rekursverfahren mit den Spitälern und Zweckverbänden, die sich mit dieser regierungsrätlichen Entscheidung nicht einverstanden erklären können. Wie schnell wir in diesem Punkt wirklich in eine Umsetzungsphase kommen, kann ich Ihnen im Moment nicht sagen. Die Einsprachen von den Spitälern an den Bundesrat sind erfolgt und befinden sich in der Phase des Schriftenwechsels mit ihm. Wie schnell der Bundesrat seine Entscheidung zu den Rekursverfahren fällt, ist momentan noch offen. Ich hoffe aber für alle Beteiligten in diesem Zusammenhang, dass der Bundesrat seine Entscheidung noch in diesem Jahr fällen wird, damit wir im nächsten Jahr dann wirklich auch zur Umsetzung der Spitalliste schreiten können.

Auf der Gesundheitsdirektion haben wir mit den Mitbeteiligten eine Diskussion zum Halbprivatvertrag und zur Abgeltung der Leistungen in diesem Zusammenhang geführt. Sie hat der Regierung beantragt, die Abgeltung für die ärztlichen Leistungen zu reduzieren. Auch hier hat der Kanton Zürich eine Vorreiterrolle eingenommen, indem er im Halbprivatbereich auf dem Spitalleistungskatalog eine Reduktion von 155 auf 145 Prozent vorgenommen hat. Nicht alle Beteiligten haben dies mit gleicher Begeisterung aufnehmen können, was ja auch nicht zu erwarten war. Der Anspruch, den Susanne Frutig gestellt hat, nämlich dass man die Abgeltung der ärztlichen Leistung sehr kritisch hinterfragt, ist als ein ganz klares Signal zu deuten. In diesem Bereich hat der Kanton Zürich dieses Jahr seine Verantwortung wahrgenommen. Im nächsten Jahr werden wir die Diskussionen weiterführen. Letzte Woche habe ich mich vom Präsidenten der FMH, Doktor Hans Heinrich Brunner, über die ganzen Diskussionen des neuen Arzttarifs, nämlich des GRAT, informieren lassen. Das ist ein zehnjähriges Werk, bei welchem

es darum geht, die ärztliche Leistung neu abzugelten. Die sehr zähen und auch schwierigen Verhandlungen stehen vor dem Abschluss und werden bis Ende dieses Jahres fertig sein. Bis Ende Dezember 1997 scheint der neue Tarif zu stehen und kommt dann in die politische Ausmarchung. In jenem System wird es eine starke Umverteilung geben. Die Hausärzte, Kinderärzte und Psychologen werden eine bessere Abgeltung der ärztlichen Leistung erfahren, während die Spitzenverdiener in diesem Bereich, die ganze Chirurgie, die Anästhesie, und so weiter markante Einbussen erleiden werden. Es ist zu verstehen, dass dies nicht ohne heftige Diskussionen über die Bühne gehen kann. Die Diskussion wird jedoch gesamtschweizerisch angegangen und wird später einmal die Grundlage für die Abgeltung der medizinischen und ärztlichen Leistung auch für den stationären Bereich in der Medizin bilden. Wir befinden uns in enger Zusammenarbeit und sobald die Grundlagen vorhanden sind, wird der Kanton Zürich zusammen mit den Kassen die neuen Abgeltungen ausdiskutieren. Wir sind also wirklich am Ball.

Auf der anderen Seite – das habe ich Ihnen bei der Spitalistendiskussion bereits angedeutet – werde ich eine Überprüfung des Angebots der spezialisierten und hochspezialisierten Medizin einleiten. Während des Sommers habe ich all diese Diskussionen geführt. In der NK-Serie finden Sie einen Antrag für einen Nachtragskredit, damit wir noch in den nächsten Monaten mit der Analyse beginnen können. Es hängt nun von ihrer Diskussion ab, ob Sie den Nachtragskredit gutheissen oder nicht.

Ein weiterer Aspekt ist die Zulassung zum Medizinstudium, den Sie im Rahmen des Universitätsgesetzes diskutieren werden. Es ist klar, je grösser die Angebotspalette ist, desto mehr besteht die Gefahr einer weiteren Mengenausweitung. Da liegt der politische Ball nun bei Ihnen.

Im weiteren sind wir am Erarbeiten weiterer Fallpauschalen. Dazu möchte ich das LORAS-Projekt erwähnen, das mithelfen soll, zu Globalbudgets und mehr Kostentransparenz, zu Kostenträger- und Kostenstellenrechnung, zu kommen. Wir haben die EDV-Implementierung in den Spitälern sehr stark vorangetrieben. Der PATREC hilft uns, alle erforderlichen Daten zu sammeln, und wir sind auf der Gesundheitsdirektion am Aufbau einer Statistik, um all diese Daten auswerten zu können. Denn es nützt nichts, wenn wir nur Daten sammeln; wir müssen sie auswerten und in eine vergleichbare Form bringen.

Auch sind wir beim Bund vorstellig geworden und haben Einsicht in die Prämienaufschläge erhalten, die bei den Krankenkassen für das nächste Jahr zur Diskussion stehen. Wir sind mit dem Bund ins

Gespräch gekommen und verlangen vor allem mehr Transparenz seitens der Krankenkassen. Wir wollen wissen, wie sie überhaupt zu ihren Prämienrechnungen kommen. Es genügt nicht, dass nur der Staat, sprich die Spitäler, mehr Transparenz in ihre Leistungen bringen. Ebenso wichtig ist es, dass die Krankenkassen transparent aufzeigen, wie sie zu ihren Berechnungen kommen. Auch auf dieser Seite besteht noch grosser Handlungsbedarf.

Daneben werden die Kassen ihre Verantwortung in Sachen neuer Versicherungsmodelle vermehrt wahrnehmen. Ich bin in regelmässigen Gesprächen mit den Krankenkassen im Kanton Zürich, um in einer engen Zusammenarbeit zu neuen Lösungen zu kommen. Diese sind nicht immer ganz so einfach zu finden, wie wir uns das wünschen. Das Hotelleriemodell, das Sie angesprochen haben, ist zum Beispiel ein Modell, das von der Bevölkerung gewünscht wird. Sie können dann quasi allgemein versichert in den Spital gehen, aber den Konfort eines Halbprivataufenthaltes im Sinne eines Einer- oder Zweierzimmers in Anspruch nehmen. Die Berechnung der Abgeltung, ist in diesem Fall nicht ganz einfach. Sobald wir an einem Teil des bisherigen Systems etwas verändern, wird es betreffend Abgeltung der anderen Systeme Folgeaktionen geben. Wir können nicht nur ein einzelnes Element herausbrechen, weil dann das ganze System in Bewegung kommt, und somit die Gesamtkosten, die in diesem Spital entstehen, eine Neuverteilung erfahren. Auch besteht die Frage, zu welcher Form von Abgeltung es kommt. Wird sie über die Kasse abgewickelt, dann kommt dies am Schluss in der Prämienrechnung zum Ausdruck. Wird sie vom Kanton über die Steuergelder entsprechend abgegolten, kommt dies auf jener Seite zum Ausdruck. Sozialpolitisch gesehen ergibt sich das Problem – da gebe ich Ihnen absolut Recht –, dass alles, was über die Kassen abgewälzt wird, sich letztlich in einer anderen Form über die Prämien niederschlägt. Wird es über Steuerprozente abgewälzt, ergibt sich über die Progression natürlich eine andere soziale Verlagerung als über die Prämien. Das macht mir Sorgen, und wir müssen immer wieder gut prüfen, welche Schritte am Schluss für unsere Bevölkerung welche Auswirkungen haben.

Vom Kanton, von der Gesundheitsdirektion und der Regierung ist in den letzten Monaten viel in die Wege geleitet worden. Wir haben ein sehr umfangreiches Paket in Bearbeitung und möchten Sie deshalb bitten, die Motion, die in ihrer Sorge um die steigenden Prämien durchaus eine Berechtigung hat, in dieser Form abzulehnen.

Schlussabstimmung

Der Kantonsrat beschliesst mit 126 : 13 Stimmen, die Motion nicht zu überweisen.

Das Geschäft ist erledigt.

Nach der Ratspause findet ein Präsidiumswechsel statt. Der erste Vizepräsident Professor Kurt Schellenberg (FDP, Wetzikon) leitet den zweiten Teil der Sitzung.

**8. Fragwürdiges Prämienvverbilligungssystem im Kanton Zürich
Interpellation Ernst Schibli (SVP, Otelfingen), Hans Rutschmann (SVP, Rafz) und Bruno Zuppiger (SVP, Hinwil) vom 28. Oktober 1996 (schriftlich begründet)**

KR-Nr. 311/1996, RRB-Nr. 3486/11. Dezember 1996

Die Interpellation hat folgenden Wortlaut:

Die Gesundheitsdirektion hat die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich angewiesen, automatisch – unabhängig vom Bedarf – allen Bürgern mit geringerem Vermögen und geringerem Einkommen eine Prämienvverbilligung (bis Fr. 1140) auszusahlen. So kommen beispielsweise auch Studenten, welche diese Voraussetzung erfüllen, weil sie logischerweise weder Einkommen noch Vermögen haben, automatisch in den Genuss solcher Zahlungen. Sie werden damit der «neuen Armut» zugerechnet. Dies auch dann, wenn sie sehr gut situierte Eltern haben. Nur wenn der Empfänger ausdrücklich auf die Beiträge verzichtet, wird die Zahlung nicht ausgerichtet.

Wir bitten den Regierungsrat um Beantwortung folgender Fragen:

1. Ist es für die Regierung verantwortbar, dass der Kanton Zürich mit der Giesskanne Geld verteilt in Anbetracht der katastrophalen Finanzlage?
2. Welcher Gesamtbetrag wurde bis heute schon für diese Prämienvverbilligung ausbezahlt, an welche Empfänger und nach welchen Kriterien?

3. Wurden bei den Studenten die Empfänger von Stipendien ebenfalls berücksichtigt? Wenn ja, mit welcher Begründung?
4. Wie viele Empfänger haben bis heute von sich aus auf diese Verbilligung verzichtet?
5. Wird dieses Vorgehen zur Unterstützung von angeblichen Fürsorgefällen noch in andern Fällen von der Gesundheitsdirektion und der Fürsorgedirektion angewendet?
6. Was gedenkt die Gesamtregierung zu tun, damit sich ab sofort solche budgetunverträglichen Aktionen nicht wiederholen?
7. Wie stellt sich der Regierungsrat zu dieser verfehlten Methode, die nicht zuerst Fürsorgefälle abklärt und dann begleitet, sondern das untaugliche Prinzip der Verteilung von Geldern mit der Giesskanne anwendet?
8. Wie hoch beläuft sich diese Krankenkassenprämien-Verbilligung (Kantonsanteil und Bundesanteil) für den Kanton Zürich pro Jahr?
9. Wie viele Empfänger sind fürsorgepflichtig?
10. Ist es richtig, dass die Gesundheitsdirektion allein für diese Verteilaktion während Tagen 20 Personen zur Abwicklung einsetzen musste? Wie hoch sind die Gesamtkosten einschliesslich Gemeinden?
11. Ist es richtig, dass die Höhe der Prämienverbilligung allein aufgrund des versteuerten Einkommens und Vermögens möglich ist? Warum ist dies dann nicht in allen übrigen Bereichen der Fürsorge gleichermassen angewendet worden (beispielsweise bei den Empfängern der Ergänzungsleistungen)?

Begründung:

Eine derart unsinnige Geldverteilungsübung ist nicht verantwortbar. Die Prämienverbilligung muss ausschliesslich den Bedürftigen zugute kommen.

Der *Regierungsrat* antwortet auf Antrag der Direktion des Gesundheitswesens wie folgt:

Der Kanton bzw. die Gemeinden ermitteln die Berechtigten der Prämienverbilligung aufgrund der Steuerfaktoren (steuerbares Einkommen und Vermögen). Das Prämienverbilligungssystem, welches auf der Steuergesetzgebung basiert, kann dabei nicht gerechter sein als das Steuersystem selbst. Die Berechtigten werden von Amtes wegen ermittelt, ohne dass ein Gesuch gestellt werden muss. Es sollen alle Personen die Prämienverbilligung erhalten, die aufgrund ihrer Steuerfaktoren mutmasslich in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen leben. Die Behörden im Kanton Zürich haben aus einer Gesamtbevölkerung von über einer Million Menschen die Prämienverbilligungsberechtigten zu ermitteln. Bei der geltenden Regelung der Bezugsberechtigung sind dies rund 200000 Menschen.

Derzeit sind statistische Angaben zu den erfolgten Auszahlungen 1996 erst für die Stadt Zürich (März und August 1996) möglich, wo bisher ein Betrag von total 83 Mio. Franken an rund 75000 Personen ausbezahlt wurde. 327 (1. Halbjahr 1996) bzw. 529 (2. Halbjahr 1996) Personen haben gegenüber der Stadt Zürich den Verzicht auf die Prämienverbilligung erklärt. Von den 75000 Prämienverbilligungsberechtigten haben 5172 Personen (1. Halbjahr 1996) zugleich Anspruch auf Fürsorgeleistungen. Im übrigen Kantonsgebiet sind die Auszahlungen bzw. die Erhebungen dazu noch im Gange. Die Hauptkriterien für die Anspruchsberechtigung sind in der Einführungsverordnung zum Krankenversicherungsgesetz (EVO) vom 6. Dezember 1995 geregelt.

Für Studentinnen und Studenten, die Stipendien beziehen, gilt bisher keine separate Regelung. Im Hinblick auf den Erlass des Einführungsgesetzes zur Bundesgesetzgebung über die Krankenversicherung (EG KVG) wird die Frage einer Sonderregelung jedoch vertieft geprüft.

Allgemein gilt, dass die Prämienverbilligung nicht primär die Unterstützung von Personen bezweckt, die Fürsorgeleistungen beziehen, sondern das Ziel verfolgt, mit vertretbarem administrativem Aufwand Beiträge an die Krankenversicherungsprämien von Personen in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen zu leisten. Diese Prämienverbilligungen gelten nicht als Fürsorgeleistungen. Sowohl Fürsorgeleistungen

als auch Zusatzleistungen zur AHV/IV werden nur nach genauer Klärung der individuellen Verhältnisse und im Rahmen des jeweiligen Normbedarfs ausgerichtet. In Übereinstimmung mit dem fürsorgerechtlichen Subsidiaritätsprinzip geht die Prämienverbilligung allfälligen Fürsorgeleistungen vor. Viele Personen mit Anspruch auf Prämienverbilligungen beziehen keine Fürsorgeleistungen. Die Prämienverbilligung umfasst einen grösseren Kreis von Berechtigten. Ihre Durchführung muss deshalb in einem einfacheren Verfahren erfolgen. Es wäre administrativ mit vertretbarem Aufwand nicht realisierbar und für die betroffenen Personen unzumutbar, den Anspruch auf Prämienverbilligung analog zum Verfahren der Sozialhilfe abzuklären.

Die Einführungsverordnung zum Krankenversicherungsgesetz (EVO) ist seit 1. Januar 1996 in Kraft. In dieser Zeit konnten erste Erfahrungen mit dem neuen System gesammelt werden. Im Rahmen einer Überprüfung der EVO werden die Schwachstellen überprüft und Änderungsvorschläge diskutiert. In den Vorbereitungsarbeiten zum Erlass des EG KVG besteht eine weitere Möglichkeit, die gemachten Erfahrungen einfließen zu lassen.

Für 1996 standen dem Kanton Zürich total 271 Mio. Franken für die Prämienverbilligung zur Verfügung. Dieser Betrag setzte sich aus einem Bundesanteil von 123 Mio. Franken, einem Kantonsanteil von 85 Mio. Franken und einem einmaligen Beitrag der Mehrwertsteuer von 62 Mio. Franken zusammen. Der Bundesbeitrag verändert sich von Jahr zu Jahr (vgl. Art. 106 KVG). Er ist abhängig von der kantonalen Bezugsgrösse (vgl. Art. 66 Abs. 5 KVG) sowie der Finanzkraft, der Bevölkerungszahl und der kantonalen Durchschnittsprämie (vgl. Verordnung über die Beiträge des Bundes zur Prämienverbilligung in der Krankenversicherung).

Das Verfahren über die Auszahlung der Prämienverbilligung ist in §5 Abs. 3 EVO geregelt. Demzufolge ist es Aufgabe der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich (SVA) bzw. der Stadt Zürich, die erforderliche Infrastruktur zur Verfügung zu halten. Für den entsprechenden Aufwand muss die SVA – gestützt auf die Bundesgesetzgebung – kostendeckend entschädigt werden. Die Auszahlung der Prämienverbilligung hat für die Gesundheitsdirektion somit keine Personalkosten zur Folge.

Ernst Schibli (SVP, Otelfingen): Das Sozialwesen ist in unserem Staat ein wichtiger Bereich, um die sozialen Unterschiede in unserer Gesellschaft, auch von der Öffentlichkeit her, in einer vertretbaren Bandbreite zu begrenzen. Dabei ist jedoch zu bedenken, dass ein Staat in guten wie in schlechten Zeiten die Not nur lindern aber nicht heilen kann. Die Selbstverantwortung eines jeden Menschen ist bei der Beurteilung des ihm zustehenden sozialen Beitrages immer eine ganz entscheidende Grösse. Es darf niemals so weit kommen, dass der Staat Gelder nach dem Giesskannenprinzip austeilte. Gelder, die nach dem Giesskannenprinzip verteilt werden, vermindern die Wertschätzung der Beiträge ganz massiv und lenken das nötige Verständnis für staatliche Leistungen in eine völlig falsche Richtung. Mit der Vernehmlassung zum Einführungsgesetz zur Bundesgesetzgebung über die Krankenversicherung hat die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich im § 17 Absatz 3 eine wichtige Forderung aufgenommen: Die Sozialversicherungsanstalt teilt den berechtigten Personen den Betrag der Prämienverbilligung mit. Dann müssen diese bei der Sozialversicherungsanstalt die Ausrichtung der Prämienverbilligung auf der Mitteilung mit ihrer Unterschrift beantragen. Zudem sollte im § 16 Absatz 3 ergänzt werden, dass Prämien von versicherten Personen, die auf dem Betreuungsweg nicht eingebracht werden konnten, nicht von den Gemeinden bezahlt werden müssen, sondern zu Lasten des Gesamtbetrages der Prämienverbilligung gehen.

Die Eigenverantwortung, der vernünftige Umgang mit finanziellen staatlichen Leistungen sowie das Selbstbewusstsein jedes Menschen, ein wichtiges Glied in einer langen Kette zu sein, werden damit gefördert. Soziale Leistungen müssen ganz generell restriktiv ausgeschüttet werden. Der Dank für die Verbesserung der momentan schwierigen Situation durch den vom Staat erhaltenen Überbrückungsbeitrag ist dabei wesentlich grösser, als wenn einem die gebratenen Tauben ohne eigenes Dazutun direkt in den Mund fliegen. Er spornt viele zur Eigeninitiative an.

Ich bitte die Regierung, darauf zu achten und darauf hinzuwirken, dass der Staat nicht als Milchkuh Furore macht, sondern als Kuh, die bei entsprechender Pflege eben auch Milch gibt, betrachtet werden kann.

Silvia Kamm (Grüne, Bonstetten): Ich stelle Antrag auf Diskussion.

Benedikt Gschwind (LdU, Zürich): Ich stelle Antrag, auf die Diskussion zu verzichten. Erstens ist das Problem erkannt, zweitens kommt die Interpellation viel zu spät, und drittens haben die Kinder ihres Präsidenten, Herr Schibli, die Beiträge zurückbezahlt.

Abstimmung:

Der Kantonsrat beschliesst mit 55 : 28 Stimmen auf Diskussion zu verzichten.

Der Interpellant hat seine Erklärung abgegeben.

Das Geschäft ist erledigt.

9. Kapazitätsausbau in der Herzchirurgie am Universitätsspital Zürich

Interpellation Irene Enderli (SVP, Affoltern a. A.) und Hans Egloff (SVP, Aesch bei Birmensdorf) vom 4. November 1996 (schriftlich begründet)

KR-Nr. 315/1996, RRB-Nr. 3487/11. Dezember 1996

Die Interpellation hat folgenden Wortlaut:

Die Antwort des Regierungsrates vom 2. Oktober 1996 auf die Anfrage KR-Nr. 217/1996 betreffend Herzchirurgie-Vertrag mit dem Kanton St. Gallen befriedigt keineswegs, da die gestellten Fragen entweder unvollständig oder gar nicht beantwortet wurden. Insbesondere ist nicht nachvollziehbar, wie der Regierungsrat den durchschnittlichen Preis pro Eingriff in der Herzchirurgie für grundversicherte Patientinnen und Patienten von Fr. 29500 belegen kann, da unseres Wissens am Universitätsspital keine aussagekräftige Kostenrechnung geführt und somit keine Fallkosten errechnet werden können. Dadurch fehlt die Kostentransparenz. Der Regierungsrat hat zwar einen absoluten Personalstopp verfügt, dennoch werden nun am Universitätsspital sukzessive 50 neue Stellen für die Herzchirurgie geschaffen, ohne dass ersichtlich wird, wo diese Stellen andernorts abgebaut werden. Auch werden acht Normalbetten aufgebaut und vier bisher stillgelegte Intensivbetten reaktiviert. Andererseits will der Regierungsrat im Kanton Zürich 450 Spitalbetten abbauen, verschweigt aber in der erwähnten Beantwortung der Anfrage, wo nun der Ausgleich erfolgen soll.

Wir bitten deshalb den Regierungsrat, uns folgende aus der erwähnten Anfrage noch hängige sowie weitere, durch die ersten Antworten neu aufgekommene Fragen vollständig zu beantworten:

1. Aufgrund welcher Kennzahlen ergibt sich der durchschnittliche Preis pro Eingriff von Fr. 29500 für grundversicherte Patientinnen und Patienten? Welche Zahlen liegen der vom Regierungsrat erwähnten betriebswirtschaftlichen Kostenanalyse zugrunde?
2. Bietet der Regierungsrat Gewähr dafür, dass die Staatsrechnung und die Zürcher Steuerzahler durch den beabsichtigten Ausbau der Herzchirurgie nicht zusätzlich belastet werden?
3. Behandelt das Universitätsspital künftig auch grundversicherte St. Galler Herzpatientinnen und -patienten, die über eine Zusatzversicherung verfügen? Wie erfolgt die Zahlung des Wohnortkantons bei zusatzversicherten Patientinnen und Patienten für die Deckungsdifferenz zwischen der Grund- und der Zusatzversicherung?
4. Wie gedenkt der Regierungsrat jährlich über die Leistungen für andere Kantone zu informieren?
5. In welcher Abteilung oder in welchem Spital erfolgt der Personalausgleich, nachdem in der Herzchirurgie ein Ausbau um 50 Stellen vorgesehen ist und andererseits ein absoluter Personalstopp besteht?
6. In welcher Abteilung oder in welchem Spital erfolgt der Ausgleich der Spitalbetten, da in der Herzchirurgie ebenfalls ausgebaut wird, obwohl doch der Regierungsrat 450 Spitalbetten im Kanton Zürich abbauen will?
7. Bestehen heute am Universitätsspital Wartezeiten für Herzpatientinnen und -patienten? Wenn ja, wie lange sind diese?
8. Was gedenkt der Kanton Zürich mit den aufgebauten Kapazitäten zu tun, wenn der Kanton St. Gallen eine notwendige Preiserhöhung nicht akzeptieren will? Wie wird ein Kostenschub in der Zwischenzeit aufgefangen?
9. Zu welchem Zeitpunkt ist im Kanton Zürich mit der Verabschiedung der Spitalliste durch den Regierungsrat zu rechnen?

Begründung:

Zurzeit werden die Versicherten von ihren Krankenkassen über die erneuten zum Teil massiv steigenden Prämien für das Jahr 1997 orientiert. Enttäuschung und Unmut in der Bevölkerung wachsen weiter, und das neue Krankenversicherungsgesetz schafft grosse Verunsicherung. Anstatt marktwirtschaftlichem Wettbewerb mit voller Kostentransparenz

hält planwirtschaftliches Vorgehen Einzug. Obwohl in der Herzchirurgie im Kanton Zürich heute schon gesamthaft genügend Kapazität vorhanden ist, baut nun der Regierungsrat wegen des Vertrags mit dem Kanton St.Gallen weiter aus, ohne jedoch gleichzeitig aufzuzeigen, wo der entsprechende Betten- und Stellenabbau erfolgt und wo Kosten gespart werden können. Auch ist nicht klar, was mit den aufgebauten Kapazitäten geschieht, wenn der Kanton St. Gallen allenfalls die alle zwei Jahre neu kalkulierten Fallpauschalen nicht akzeptiert und den Vertrag mit nur sechs Monaten kündigen sollte. Die Bevölkerung hat ein Anrecht darauf, dass der Regierungsrat mit vollständigen Antworten auf unsere Fragen so bald als möglich Klarheit schafft.

Der *Regierungsrat* antwortet auf Antrag der Direktion des Gesundheitswesens wie folgt:

Die Tarifierung der Leistungen des Vertrags der Gesundheitsdirektion mit dem Kanton St. Gallen über die Versorgung von Patienten aus dem Kanton St. Gallen in den Bereichen Herzchirurgie und interventionelle Kardiologie ist eine Fallpauschalen-Kalkulation. Das Kalkulationsschema zur Berechnung der Pauschalen beruht auf einer Auflistung aller Leistungen und deren Bewertung. Die fragliche Methode gelangt auch bei der Bewertung von neuen medizinischen Leistungen zur Anwendung. Sie ist allgemein anerkannt und für den Entwurf zu einem Handbuch des Bundesamtes für Sozialversicherung zur Standardisierung der medizinischen und wirtschaftlichen Bewertung medizinischer Leistungen vorgesehen.

Für die Analyse der Leistungen und Kosten in Zusammenhang mit der Offertstellung an den Kanton St. Gallen wurden über 200 Patientendossiers analysiert, strukturiert und kalkuliert. Dabei wurde mit Kennzahlen gearbeitet wie durchschnittliche Aufenthaltsdauer, Anzahl Prämedikations-Visiten, Anzahl Operationsbesprechungen, zeitliche Beanspruchung von Pflege und Ärzteschaft, der Intensivstation, Anzahl Radiologieaufträge, Anzahl Sterilisationen. Weiter wurden auch Analysen über den Kostenverlauf bei Patienten mit und ohne Komplikationen für die Preisberechnung durchgeführt. Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass der Preiskalkulation eine umfassende Kosten- und Prozessanalyse zugrunde liegt. Der ermittelte Preis umfasst nebst der Deckung der zusätzlichen Kosten auch einen Anteil Fixkosten. Dadurch wird auf die Anzahl behandelter Patienten eine Gesamtkostenreduktion bewirkt und damit indirekt wiederum eine Entlastung der Staatsrechnung.

Das Universitätsspital Zürich behandelt aufgrund seines universitären Auftrages seit jeher einen Anteil von über 20% Patientinnen und Patienten aus anderen Kantonen. Die Hospitalisationen aus anderen Kantonen sind in den Jahresberichten dokumentiert. Der Vertrag bezieht sich ausschliesslich auf allgemeinversicherte Patienten der obligatorischen Grundversicherung nach Krankenversicherungsgesetz. Bei Privatpatienten steht das Universitätsspital im freien Wettbewerb mit anderen Leistungserbringern. Das Universitätsspital stellt sich dieser Herausforderung und behandelt entsprechend im Rahmen seiner Kapazitäten weiterhin Privatpatienten auch aus dem Kanton St. Gallen. Die Kosten dieser Privatpatienten gehen nach der von den Krankenkassen teilweise bestrittenen Auffassung der Kantone voll zu Lasten der Krankenversicherung.

Die vertragliche Regelung mit dem Kanton St. Gallen für das Universitätsspital Zürich löst eine Vereinbarung mit einem Privatspital ab. Das Defizit am Universitätsspital Zürich wird wegen der kostendeckenden Pauschalen durch die zusätzlichen Patientinnen und Patienten nicht belastet, auch wenn dafür ohne Kompensation neue Stellen geschaffen werden. Der Kapazitätsausbau erfolgt naturgemäss im spezialisierten Leistungssegment der Herzchirurgie. Der vorgesehene Spitalbettenabbau wird dagegen in Abteilungen und Kliniken erfolgen, wo die Kapazitäten nicht voll ausgelastet sind. Wartezeiten in der Herzchirurgie bestehen nicht. Die Patientinnen und Patienten werden bei der Eintrittsplanung in eine der drei folgenden Risikogruppen eingeteilt:

- Risikogruppe 1 (Notfallpatienten): Diese Patienten werden unmittelbar nach dem Eintritt operiert.
- Risikogruppe 2 (beschleunigter Eingriff notwendig): Diese Patienten werden innerhalb einer Woche operiert.
- Risikogruppe 3 (übrige Patienten): Diese Patientinnen und Patienten werden je nach Diagnose in der zeitlichen Grössenordnung von zwei bis sechs Wochen nach der Anmeldung operiert.

Sollte der Kanton St. Gallen die Vereinbarung kündigen, wären die Kapazitäten wieder abzubauen. Ein Preisschub gegenüber dem Kanton St. Gallen ist nicht zu erwarten, nachdem die Kosten im Detail kalkuliert worden sind. Die Zürcher Spitalliste 1998 soll im Sommer 1997 vom Regierungsrat verabschiedet werden.

Irene Enderli (SVP, Affoltern a. A.): Wir nehmen die Antwort des Regierungsrates zur Kenntnis und müssen einmal mehr feststellen, dass es

– obwohl die Antwort ausführlicher ausgefallen ist, als diejenige auf unsere vorhergehende Anfrage – nicht möglich ist, die Berechnungen für die Pauschale von 29'550 Franken als durchschnittlicher Preis pro Eingriff in der Herzchirurgie für grundversicherte Patienten im Universitätsspital Zürich nachzuvollziehen. Nach wie vor gibt es leider wegen fehlender Kostenträgerrechnung im Universitätsspital Zürich (USZ) keine vollständige Kostentransparenz. Dies geht auch aus der Antwort auf die Anfrage KR-Nr. 65/1997 von Dorothee Fierz hervor. Die Regierung schreibt dort im dritten Abschnitt auf Seite 2, dass das USZ die Kostenstellenrechnung erst Ende 1997 realisiert haben wird. Die Kostenträgerrechnung soll im USZ erst im Jahre 1998 realisiert werden. Auch wenn die Regierung in der Interpellationsantwort darstellt, welche Fakten sie zur Analyse der Leistungen und Kosten für die Herzchirurgie im Zusammenhang mit der Offertstellung an den Kanton St. Gallen beigezogen hat, haben wir einige Zweifel, dass der errechnete Durchschnittspreis tatsächlich kostendeckend ist. Er ist zwar gleich hoch, wie derjenige der Offerte der Klinik Hirslanden, doch diese Privatklinik kann eben aufgrund ihrer Kostenträgerrechnung viel genauere Berechnungen anstellen. Im USZ ist heute aufgrund der immer noch fehlenden Kostentransparenz gar nicht auseinanderzuhalten, welche Kosten wo anfallen. Ich denke hierbei auch an die Vermischung der Kosten von medizinischer Leistung, Lehre und Forschung. An dieser Angelegenheit beschäftigt uns die Tatsache, dass einerseits – trotz der unbestrittenen Notwendigkeit, Spitalbetten abzubauen, was mit der vom Regierungsrat am 25. Juni 1997 verabschiedeten Spitalliste geschieht – am USZ im Bereich Herzchirurgie, sowohl im Personal- wie auch im Bettenbereich, aufgebaut wurde. Zur Erfüllung des Vertrags mit dem Kanton St. Gallen musste also erst neue Kapazität geschaffen werden. Das USZ konnte nicht bereits vorhandene Kapazität besser ausnützen. Frau Regierungsrätin Diener, Sie haben sicher Verständnis, dass dies von den Regionen, deren Spitäler von der Schliessung betroffen sind, und von deren Personal mit etwelcher Bitterkeit zur Kenntnis genommen wird. Die kürzlich stattgefundene unglückliche und aggressive Inserate- und Werbespotkampagne des USZ hat darüber hinaus grosse Verärgerung und Ängste ausgelöst.

Ich möchte mich nun aber nicht mehr weiter mit dem Herzchirurgievertrag mit dem Kanton St. Gallen beschäftigen. Dieser ist eine Tatsache, und wie aus der Antwort und aus der Staatsrechnung 1996 mit der Differenzbegründung hervorgeht, in Bezug auf den Ausbau am USZ vollzogen. Zudem haben Sie, Frau Regierungsrätin Diener, in Ihren

Aussagen vor dem Rat am 16. Juni 1997 bezüglich der Behördeninitiative zur Spitalliste erklärt, dass über den Stand des USZ eine Analyse erstellt werden soll, und dass das Leistungsangebot des USZ politisch zu diskutieren sei. Damit sind wir einverstanden und begrüssen Ihr Vorhaben. Es geht darum, die Weichen für die nächsten Schritte der Umsetzung der revidierten Spitalplanung zu stellen. Die SVP hat bereits in ihrer Fraktionserklärung zur seinerzeitigen Vernehmlassung zur Spitalliste gefordert, dass weitere Bettenreduktionen, vor allem in der Stadt, und zudem eine Konzentration der Spezialbereiche erfolgen müssen.

In diesem Zusammenhang komme ich nicht darum herum, ein weiteres Mal auf das Stadtspital Triemli zu sprechen zu kommen. Mit einem immensen Kostenaufwand soll dieses sanierungsbedürftige Krankenhaus saniert und erweitert werden. Dabei steht offenbar auch ein Ausbau der Herzchirurgie auf dem Programm. Allerdings haben Sie mein Postulat betreffend Planungs- und Baustopp sowie dem erwünschten zusätzlichen Akutbetten-Abbau am Triemlispital anlässlich der Budgetdebatte im Dezember 1996 leider nur reduziert übernommen. Ich bin überzeugt, dass sich die Regierung, in Anbetracht der im Kanton in der zweiten Phase gesamthaft noch weiter zu reduzierenden 600 Betten, auch ernsthaft über einen weiteren Bettenabbau am Triemlispital Gedanken machen muss. Auch wenn der Stadtrat gemäss Tages-Anzeiger vom 16. Juni 1997 davor warnt.

Nachdem die Kostenexplosion im Gesundheitswesen von allen Seiten beklagt wird, die Rechnung der Stadt Zürich eine Gesamtschuld von über einer Milliarde Franken ausweist, und die Staatsrechnung unseres Kantons nicht viel besser dasteht, ist eine Renovation und ein Ausbau des Triemlispitals im vorgesehenen Ausmass gar nicht verantwortbar. Im kostenintensiven Herzbereich sind in der Stadt Zürich überdies auch im Privatbereich Kapazitäten vorhanden, die problemlos aktiviert werden könnten. Ein Leistungseinkauf bei diesen unbestrittenermassen qualitativ hochstehenden Anbietern wäre in betriebs- und volkswirtschaftlicher Hinsicht sinnvoll und würde zudem die Rechnung der öffentlichen Hand entlasten. Die Investitions- und Betriebskosten des Triemlispitals sind möglichst tief zu halten. Wir können es uns wohl kaum mehr leisten, in öffentlichen Spitälern Kapazitäten teuer auszubauen und die private Konkurrenz auszuschalten. Auch im Gesundheitswesen schafft erst der Druck durch den Wettbewerb die dringend erforderlichen Kostensenkungen. Deshalb bitte ich Sie, Frau Regierungsrätin Diener, einen Leistungseinkauf im Bereich Herzchirurgie und Kardiologie bei privaten Kliniken zu prüfen und so rasch als

möglich entsprechende Offerten einzuholen. Sofern dies in Anbetracht der zukünftigen Spitalplanung mit laufend zu überprüfenden Leistungsaufträgen im Sinne der rollenden Planung nicht bereits geschehen ist, bitte ich Sie, mein Anliegen bezüglich Leistungseinkauf auf dem Markt zu prüfen. Dafür danke ich Ihnen im voraus.

Über das Problem Herzchirurgie hinaus muss nun aber unbedingt – auch gegen den Widerstand des Zürcher Stadtrates – generell geprüft werden, ob nicht ein massiver Bettenabbau im Triemlispital angebracht wäre und für die Zukunft eine starke Redimensionierung für dieses Spital anzustreben ist. Mit der Verteilung der Akutpatienten auf die bestehenden Spitäler auf dem Platz Zürich könnten mit den bestehenden Kapazitäten massiv Kosten gespart werden. Das Triemli könnte dann beispielsweise als gut ausgebauter polyklinischer Notfallbetrieb weitergeführt werden. Ich danke Ihnen für die Prüfung meiner Anliegen.

Silvia Kamm (Grüne, Bonstetten) beantragt Diskussion – ein anderer Antrag wird nicht gestellt – und führt aus:

Die Aussagen von Irene Enderli in Bezug auf das Triemlispital teile ich voll und ganz. Darin möchte ich sie unterstützen. Die Fragen betreffend Herzchirurgie waren sicher berechtigt, und ich verstehe gut, dass sie mehr darüber wissen wollte. Die Antwort der Gesundheitsdirektion ist in unseren Augen aber überzeugend und erweckt den Eindruck, dass man auf der Gesundheitsdirektion (GD) wisse, was man tut. Die Herzchirurgie scheint ein Markt zu sein, ein Geschäft, wo etwas zu verdienen ist. Vorher waren es nicht umsonst Privatkliniken der Hirslandengruppe, die sich dieses Business unter den Nagel gerissen haben. Scheinbar waren sie aber zu teuer, und das USZ konnte die gleichen Leistungen billiger anbieten. Der Markt hat gespielt, und die Unterlegenen sollen das bitte zur Kenntnis nehmen. Man kann nicht immer nur nach Markt schreien, und wenn es soweit ist, die Entscheide des Marktes nicht akzeptieren.

Zum Spitalbettenabbau im Kanton einerseits, und der Aufstockung von Personal und Betten in der Herzchirurgie andererseits, ist genau das selbe zu sagen. Auch dies ist marktwirtschaftlich erklärbar. Wenn eine vermehrte Nachfrage nach einer bestimmten Leistung besteht, wird das Angebot eben aufgestockt. Wird ein Angebot aber nur mässig genutzt, dann wird es reduziert oder abgebaut. Dass ausgerechnet ich als Grüne Ihnen den Markt predigen und erklären muss, ist irgendwie seltsam. Kurz und gut, die Grünen sind mit der getroffenen Regelung zufrieden.

Zum Werbespot vom Unispital möchte ich Irene Enderli sagen, dass alle Spitäler dies machen. Auch das Spital Affoltern hat eine sehr aufwendige Werbekampagne durchgeführt, die aus Fondsgeldern bezahlt wurde. In dieser Hinsicht steht das USZ überhaupt nicht alleine da.

Christoph Schürch (SP, Winterthur): Ich habe zwei Bemerkungen und eine Frage.

Erstens: Die meisten Parlamentarier und Parlamentarierinnen der rechten Seite reden Montag für Montag dem Markt das Wort.

Zweitens: Das Universitätsspital macht das Rennen um St. Galler Herzpatienten, das heisst, das Universitätsspital besteht auf dem von Ihnen so viel gelobten Markt.

Drittens: Warum hat Irene Enderli diese Anfrage und diese Interpellation gemacht? Warum setzt sie sich so vehement für die Hirslandengruppe ein? Ich bitte Irene Enderli in der Folge die Frage zu beantworten, ob es richtig ist – wie ich gehört habe –, dass ihr Ehemann im Verwaltungsrat der Hirslandengruppe ist. Wohlverstanden, ich bin nicht für Sippenhaftung, doch ich bin für die Offenlegung von Interessen.

Zum Bettenabbau, der in der heutigen Diskussion einige Male genannt wurde, habe ich gehört, dass in Zukunft weitere 600 Betten abgebaut werden sollen. Es erstaunt mich eigentlich, dass hier im Rat alle wissen, wieviele Betten in Zukunft abgebaut werden. Ich glaubte von Regierungsrätin Diener gehört zu haben, dass im zweiten Teil der Umstrukturierung die Projekte LORAS und so weiter abgeschlossen und evaluiert werden sollen, und erst dann darüber entschieden wird, ob und wieviele Betten noch abgebaut werden müssen. Die Antwort des Regierungsrates befriedigt unsere Fraktion. Wir sind damit einverstanden.

Ich bitte Irene Enderli, die Frage noch zu beantworten.

Nancy Bolleter-Malcom (EVP, Seuzach): Die Antwort auf diese Interpellation ist einerseits befriedigend, hinterlässt aber trotzdem einige Ungewissheiten. Die Berechnungsmethode für die Vollpauschalen im Bereich der Herzchirurgie und Kardiologie ist nachvollziehbar. Dass eine Analyse der Leistungen und Kosten für über 200 Patientendossiers inklusive Kostenverlauf mit und ohne Komplikationen durchgeführt worden ist, gibt eine glaubwürdige Basis für die Kalkulation der Kosten. Es ist aber auch zu lesen, ich zitiere: «Der ermittelte Preis umfasst, nebst der Deckung der zusätzlichen Kosten, auch einen Anteil

Fixkosten». Hier liegen die Gründe für die Unsicherheiten. Ohne die Resultate der umfassenden Analyse, die aus dem Projekt LORAS zu erhoffen sind, bleibt wenig Transparenz dieser Fixkosten. Zudem wird die Kostenanalyse durch die Aufgaben der Ausbildung neben dem Spitalbetrieb im USZ erschwert. Äusserungen aus dem Bereich von Privatspitälern, nicht nur im Fall der Herzchirurgie, sind verständlicherweise auf jeden Fall kritisch. Es wird bemängelt, der Kanton Zürich gehe ausserkantonale Vereinbarungen ein, die unter den Kosten der Privatspitäler liegen. Das heisst also, zu Lasten der Zürcher Steuerzahler. Die Notwendigkeit des Kapazitätsausbaus in der Herzchirurgie ist eine logische Folge der Vereinbarung, weil zusätzliche Aufgaben übernommen werden. Die Umstrukturierungen können nicht ohne Folgekosten sein. Diese Kosten müssen auf jeden Fall irgendwo bezahlt werden. Vermögen die Wettbewerbsvorteile die Umstrukturierungskosten wirklich zu überwiegen?

Ein unbefriedigendes Thema im Privatversicherungsbereich betrifft den Zugang von Privatversicherten zu den Subventionen der Allgemeinversicherung. Das Problem muss weiter überprüft werden. Die unterschiedlichen Kosten zwischen den Regionen im Gesundheitswesen verdienen eine intensivere Analyse und könnten Hinweise zur Ursache der Kostenexplosion geben. Die Fragen im Gesundheitswesen bleiben offen. Schnelle Antworten sind leider nicht zu erwarten.

Franziska Frey-Wettstein (FDP, Zürich): Ich denke, grundsätzlich ist es richtig, dass wir künftig ein Konzept entwickeln, das die Konkurrenzfähigkeit zwischen den Spitälern verbessert. Das bedeutet in erster Linie, dass die Kostentransparenz verbessert werden muss. Wir müssen endlich wissen, welche Grössen in den einzelnen Spitälern wir vergleichen können und welche vergleichbar sind. Dies würde für das USZ natürlich auch gelten. Es ist nun aber so, dass das Projekt LORAS seine Fallkostenpauschalen, offensichtlich ohne das USZ einzubeziehen, berechnet. In diesem Punkt möchte ich Regierungsrätin Verena Diener fragen, wie dies auf das Universitätsspital weiterübersetzt werden kann. Denn gerade hier ist die Kostentransparenz ein Problem. Bei den 29'000 Franken, die eine Herzoperation kosten soll, haben wir das unguete Gefühl, dass die Rechnung nicht vollständig ist und dieser Betrag nicht wirklich als Betrag, der alle anfallenden Kosten beinhaltet, betrachtet werden kann. Es geht nicht um eine Ausmarchung zwischen Universitätsspital und Privatspitälern, Herr Schürch. Es geht um die gleichlangen Spiesse und darum, dass für die Herzchirurgie im Raum

Zürich letztlich genügend Betten bereitstehen. Man muss sich fragen, ob man nicht gemeinsam mit den Privatspitälern eine Rechnung oder eben eine Transparenz aufstellen soll. Im Artikel 39 des KVG steht, dass die private Trägerschaft angemessen in die Spitalplanung einbezogen werden soll.

Ohne Einbezug von anderen Anbietern hat man eher das Gefühl, es bestehe eine Konkurrenzsituation mit ungleichen Spiessen. Das ist das unguete Gefühl, das einem beschleicht, weil dieser Exklusivvertrag mit St. Gallen abgeschlossen wurde. Man weiss, dass zum Beispiel Graubünden und andere Ostschweizer Kantone diesen Exklusivvertrag abgelehnt haben. Sie möchten sich auch weiterhin auf die privaten Träger stützen. Hier passiert also etwas, das nicht ganz klar ist. Es ist nicht offengelegt, wie solche Rechnungen zustande kommen. Die Kostenträgerrechnung des Universitätsspitals fehlt. Es wäre sehr begrüssenswert, wenn wir sie hätten, und ich möchte Regierungsrätin Diener bitten, diese Rechnung dann offenzulegen.

Die Ängste, die im Hintergrund lauern, sind nicht nur auf die Herzchirurgie bezogen. Die Ängste bestehen darin, dass man das Gefühl bekommt, sich mehr und mehr einer Staatsmedizin zu nähern, einer Medizin, die vorschreibt, welche Operationen wo angeboten werden sollen und können. Die freie Arzt- und Spitalwahl wird so je länger je mehr in Frage gestellt.

Meine Bitte geht dahin, dass wir Transparenz schaffen, dass die Analyse, der sich auch das Universitätsspital unterziehen wird, vorangetrieben wird und dass die Eckpfeiler so stehen, dass wirklich klar ersichtlich ist, welche Kosten für welche Operationen anfallen und welches Angebot wie durchgeführt werden soll. Dann sind wir einen Schritt weiter.

Ich möchte mich dagegen verwehren, dass man sich von SVP-Seite ausschliesslich auf einen Bettenabbau im Triemlispital einschiesst. Darum kann es nicht gehen. Das Triemli hat in allererster Linie einen ganz grossen Renovationsbedarf, einen Nachholbedarf in der Sanierung des Bestehenden. Die Ausbauforderungen werden diskutiert und sind zum Teil notwendig, weil das Platzangebot zu klein ist. Es soll aber nicht so sein, dass in einer zweiten Runde solche zu bluten hätten, von denen man jetzt meint, sie seien nicht genügend zur Kasse gebeten worden. Ich denke, eine zweite Runde muss die Kostenleistungssituation genau anschauen und dann eben diejenigen honorieren, die ein gutes, transparentes und preiswertes Angebot haben. Es sollten nicht einzelne Spitäler

aus irgendwelchen politisch motivierten Gründen zur Kasse gebeten werden.

Stephan Schwitter (CVP, Horgen): Ich glaube, das Universitätsspital hat Werbespots zur Zeit nötig. Zur Interpellation ist zu sagen, dass sie zu einem guten Stück überholt ist. So ist leider das Schicksal von Interpellationen. Aus diesem Grund drängt sich eine Regelung zur Behandlung von Interpellationen im Rat wirklich auf.

Meiner Meinung nach ist die interkantonale Zusammenarbeit der Kantone Zürich und St. Gallen in diesem speziellen Fall sinnvoll. Der Kapazitätsausbau bei bereits bestehender Spitzenmedizin bringt letztlich auch vermehrte Einnahmen. Der Wettbewerb ist gegeben, und es wäre unfair, ihn zu Ungunsten des Universitätsspitals einzuschränken.

In der Diskussion von heute morgen werden nun zusätzliche Fragen gestellt, auf welche die Antwort auf die Interpellation logischerweise nicht eingehen konnte. Mit der Beantwortung der in der Interpellation gestellten Fragen erklären wir uns zufrieden.

Irene Enderli (SVP, Affoltern a. A.): Herr Schürch, ich gebe Ihnen die Antwort auf ihre Frage gern. Sie sind falsch informiert. Mein Mann ist nicht im Verwaltungsrat der Hirslandengruppe. Er hat kein einziges Verwaltungsratsmandat inne. Dagegen ist er Präsident der Aufsichtskommission des Bezirksspitals Affoltern, also eines subventionierten Regionalspitals. Diesbezüglich hatte ich keine Interessenbindung offenzulegen.

Christoph Schürch (SP, Winterthur): In diesem Fall, Frau Enderli, entschuldige ich mich bei Ihnen für die Unterstellung. Ich hatte falsche Informationen.

Zu Franziska Frey-Wettstein: Sie können nicht alles haben; Sie können nicht Kostenreduktion im Gesundheitswesen und freie Arzt- und Spitalwahl gleichzeitig haben. Das sind Widersprüche, die sich nicht so einfach ausmerzen lassen, wie es hier drin oft dargestellt wird. Eine staatliche Steuerung der Leistungen ist unseren Erachtens unerlässlich. Im Moment wird dies einigermaßen gut gemacht. Ein anderer Widerspruch, der hier immer wieder auftaucht, ist die Forderung nach Kostentransparenz. Ich bin auch für die Kostentransparenz. Doch dann können Sie nicht gleichzeitig immer über die Bürokratie, die in der

kantonalen Verwaltung oder in den Spitälern herrscht, herziehen, denn die Schaffung von Kostentransparenz bedeutet mehr Bürokratie. Dutzende, wenn nicht Hunderte von Fachleuten müssen Tag für Tag Zahlen erarbeiten, damit wir eine Kostentransparenz haben. Es würde mich einmal interessieren, wieviele Mann/Frau-Arbeitsstunden pro Jahr für die Erarbeitung der Kostentransparenz aufgewendet werden müssen.

Regierungsrätin Verena Diener: Ich habe von Franziska Frey-Wettstein eine Frage erhalten und ergreife die Gelegenheit, noch kurz zwei drei Ergänzungen zur Interpellationsantwort der Regierung anzubringen. Ich möchte hier noch einmal auf die wachsenden Schwierigkeiten in Bezug auf die ausserkantonalen Hospitalisationen hinweisen. Sie haben von mir und auch von den Medien erfahren, dass der Kanton Zürich in zum Teil recht unerfreulichen Auseinandersetzungen mit anderen Kantonen bezüglich ausserkantonalen Hospitalisationen steht. Die Auseinandersetzungen gehen dahin, dass die Kantone, die ihre Patientinnen und Patienten zur medizinischen Behandlung in den Kanton Zürich schicken, nachher das Bezahlen der Rechnung verweigern. Das heisst, sie sind nicht bereit, die entstehenden Kosten auch wirklich zu übernehmen. Es zeigt sich zunehmend, dass für die Abgeltung der ausserkantonalen Hospitalisationen nach neuen Lösungen gesucht werden muss.

Die Frage betreffend die Patientinnen und Patienten in der Herzchirurgie stellt eine solche Problematik dar. Ursprünglich hat St. Gallen seine Patientinnen und Patienten der Hirslandengruppe zugewiesen. Dabei kam es zu Spannungsfeldern, weshalb der Kanton St. Gallen begann, nach neuen Lösungen zu suchen. Er wünschte eine Paketlösung und wollte quasi einen Exklusivvertrag abschliessen. Für das Universitätsspital ist es bei der Kalkulation natürlich sehr wichtig, dass es sich um ein Gesamtpaket handelt. Das heisst, alle Patienten und Patientinnen in diesem Bereich werden zugewiesen. Somit kann das Universitätsspital das Paket zu einem wesentlich tieferen Preis anbieten. Von den anderen Kantonen wurde angeboten, nur die schwierigsten Fälle ans Universitätsspital zu überweisen. Das ist ein grosser Unterschied. Es war der politische Entscheid des Kantons St. Gallen, das USZ zu berücksichtigen.

Ich habe vom USZ Transparenz zu den bestehenden Kosten verlangt und werde über den Aufbau und den Patientenstrom quartalsmässig informiert. Die Berechnungen in Bezug auf die St. Galler Patientinnen und Patienten stimmen mit den Prognosen eigentlich überein. Im

Moment zeichnet sich in der Herzchirurgie hingegen ein rückläufiger Patientenstrom aus dem Kanton Tessin ab. Die Auseinandersetzungen mit dem Kanton Tessin haben dazu geführt, dass er sich einerseits nach Mailand orientiert und andererseits versucht, mit dem Inselspital eine Lösung zu finden. Dem Universitätsspital ist es nicht möglich, kostengünstige Pauschalen anzubieten, wenn aus den verschiedenen Kantonen nur vereinzelte Patientinnen und Patienten kommen. Dies führt zur Befürchtung, dass die Steuerzahlerinnen und Steuerzahler des Kantons Zürich letztlich die ausserkantonalen Hospitalisationen mitsubventionieren, und das geht natürlich nicht an.

Gesamtschweizerisch befinden wir uns momentan in einer regen Aushandlung, denn die Nichtuniversitätskantone wünschen natürlich ein möglichst einfaches Abrechnungssystem mit den Universitätsspitalern. Auf der anderen Seite können wir dem einzelnen Fall häufig nicht gerecht werden, wenn wir mit Pauschalen abrechnen. In den Universitätsspitalern werden in der Regel die kompliziertesten und komplexesten Fälle behandelt. Aus diesem Grund sind wir bis jetzt eigentlich immer wieder bei den Einzelleistungsverrechnungen stehen geblieben, sofern es sich nur vereinzelt um Patientinnen und Patienten aus anderen Kantonen handelt. Die Universitätsspitäler und die entsprechenden Kantone haben sich zusammengetan und diskutieren im Moment, wie eine Vereinfachung der Berechnungen und letztlich dann der Abgeltungen vorgenommen werden kann. Die Diskussionen sind mitten im Gange, und es gibt noch kein endgültiges Resultat. Es stellt eindeutig ein grosses Problem dar, dass die Universitätsspitäler die komplexesten und schwierigsten Fälle zu behandeln haben. Die Pauschalen können aber nur dort greifen, wo ein Exklusivvertrag vorhanden ist, und somit sowohl die ganz leichten als auch die ganz schweren Fälle zur Behandlung kommen.

Zur Frage, wie sinnvoll es ist, am Universitätsspital die Kapazität zu festigen oder noch auszubauen, möchte ich darauf hinweisen, dass ein Zukunftsprojekt in Form von Kompetenzzentren in der Schweiz besteht. Ein Kompetenzzentrum verlangt allerdings, dass pro Jahr eine grössere Anzahl von Fällen zur Behandlung ansteht. Nur so kann es sein Wissen und seine Möglichkeiten in der Weiterbildung voll und ganz nutzen. Eine gute Auslastung trägt in diesem Sinne natürlich wesentlich zur Wirtschaftlichkeit bei, indem pro Jahr eine stabile Patientenzahl vorhanden ist. Im Moment bin ich dabei, die letzten Zahlen, die ich erhalten habe, zu analysieren.

Franziska Frey-Wettstein hat die Frage gestellt, ob die Resultate vom LORAS-Projekt nicht auch für das USZ eingesetzt werden können. Ich glaube, dass hier ein Missverständnis besteht. Das LORAS-Projekt arbeitet mit Pilotspitälern, und das Universitätsspital ist kein Pilotspital. Das hat aber nichts damit zu tun, dass nicht auch das Universitätsspital eine Kostenstellen- und eine Kostenträgerrechnung einführen muss. Diese ist für alle Spitäler verbindlich. Die Instrumente, die durch LORAS erarbeitet werden, werden nachher im Universitätsspital ebenfalls angewendet. Das sind also Instrumente, die auch für das Universitätsspital gelten. Die Abgeltung in Form von Pauschalen – das hat aber nicht primär mit dem LORAS-Projekt zu tun – wird am USZ wohl nicht in der gleichen Intensität eingesetzt werden können wie an anderen Spitälern, weil dort die vernetzten Fälle behandelt werden, die häufig mit Einzelleistungen abgerechnet werden müssen. Die Pauschalen sind im Grunde genommen Durchschnittspauschalen für alle Fälle. Doch es ist ein ganz klares Ziel, auch im Universitätsspital, Kostentransparenz zu schaffen, und die mit dem LORAS-Projekt erarbeiteten Instrumente auf alle Spitäler anwenden zu können.

Zur Bitte von Irene Enderli betreffend die Triemlisanierung: Ich habe Sie schon einmal informiert, dass dieses Geschäft bei mir sistiert ist, bis wir die Analyse in Bezug auf die spezialisierte und hochspezialisierte Medizin vorliegen haben. Ich weiss, dass dies für das Triemlispital eine schwierige Situation darstellt, da der Sanierungsbedarf wirklich dringend ist. Trotzdem möchte ich kein Bauprojekt – auch wenn es ein Sanierungsprojekt ist – behandeln, solange wir über die Notwendigkeit der Kapazitäten in diesem Bereich nicht wirklich Aufschluss haben.

Die Frage betreffend Herzchirurgie, inwieweit Leistungen bei Privatanbietern eingekauft werden können, wird im Zusammenhang mit der Diskussion um die Triemlisanierung neu überprüft werden müssen.

Das Geschäft ist erledigt.

10. Ethische Beratung im Gesundheitswesen

Postulat Regula Ziegler-Leuzinger (SP, Winterthur) und Willy Spieler (SP, Küsnacht) vom 18. November 1996 (schriftlich begründet)

KR-Nr. 333/1996, Entgegennahme, Diskussion

Das Postulat hat folgenden Wortlaut:

Der Regierungsrat wird eingeladen, die ethische Beratung im Gesundheitswesen zu gewährleisten. Diese soll an den anerkannten Spitälern sowohl den Patientinnen/Patienten und deren Angehörigen als auch den Ärztinnen/Ärzten und dem Pflegepersonal zur Verfügung stehen. Zu prüfen wäre sodann die Schaffung einer kantonalen Ethikkommission, um Regierung, Parlament und Öffentlichkeit bei gesundheitspolitischen Entscheidungen von grosser ethischer Tragweite zu beraten.

Begründung:

Durch neue Entwicklungen im Gesundheitswesen (Organtransplantation, pränatale Diagnostik, Gentechnologie, Sterbehilfe etc.) stossen wir in Bereiche vor, die unsere Gesellschaft vor ganz neue ethische Fragen stellt. Der ethische Aspekt dieser neuen Möglichkeiten der Medizin wurde lange vernachlässigt und muss heute aufgearbeitet werden. Betroffene Patienten und Patientinnen und deren Angehörige sowie die Verantwortlichen in den Spitälern sollten das Recht haben, sich im konkreten Anwendungsfall ethisch beraten zu lassen.

Die kantonale Politik trägt eine ethische Verantwortung für das Gesundheitswesen. Wird zum Beispiel die medizinische Versorgung der Bevölkerung angesichts zunehmender Knappheit an Ressourcen nicht nur rationalisiert, sondern auch rationiert, so stellt sich immer dringender die Frage nach ethischen bzw. ethisch verantwortbaren Grenzen im Bereich der Spitzenmedizin und insbesondere der Biotechnologie.

Eine ethisch-medizinische Beratung auf verschiedenen Ebenen unserer Gesellschaft ist nicht nur wünschbar, sondern dringend und notwendig.

Jörg N. Rappold (FDP, Küssnacht): Wir sind der Auffassung, dass die Postulanten irren. Weder die sogenannte kantonale Politik, noch die kommunale oder eidgenössische, tragen eine ethische Verantwortung für das Gesundheitswesen. Es ist auch nicht Sache des Kantons Zürich, sich legislativ mit den Fragen der Grenzbereiche der Ethik bei der Spitzenmedizin oder Biotechnologie zu befassen. Wo kämen wir hin, wenn jeder Kanton eigene Beratungsgesetze bezüglich der Ethik im Gesundheitswesen oder seine eigene Praxis in Fragen der Gesundheit der sogenannten neuen Möglichkeiten der Medizin hätte. Der Kanton benötigt keine kantonale Ethikkommission, um Regierungsrat, Parlament oder die Öffentlichkeit bei gesundheitspolitischen Entscheidungen zu beraten. Der Bürger soll durch den Staat nicht beeinflusst werden, denn

Beratung durch den Staat bedeutet oft, nicht immer, auch Beeinflussung des Ratsuchenden.

In diesen Fragen gibt es unserer Auffassung nach zwei Ebenen. Einerseits gibt es die Bundesebene im Rahmen einer allfälligen gesetzlichen Regelung, die natürlich über den Kanton hinausgehen müsste. Medizinisch-ethische Fragen müssen, wenn schon, für das ganze Land, noch schöner wäre es für den gesamten Kulturkreis, beantwortet werden. Für unser Land gibt es Richtlinien der schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaft, die in folgenden Bereichen wirken: Medizinisch-ethische Richtlinien zur Organtransplantation, zur Sterilisation, für die ärztlich assistierte Fortpflanzung, für Forschungsmassnahmen und Untersuchungen am Menschen, für genetische Untersuchungen am Menschen, für ärztliche Betreuung sterbender und zerebral schwerst geschädigter Patienten, und letztlich gilt die Standesordnung der schweizerischen Ärzte FMH. Diese Richtlinien stützen sich auf die neuesten Überlegungen und Studien des Europarates und der WHO sowie die sogenannte Helsinki-Deklaration des Weltärztebundes. Eine 1979 in der Schweiz gegründete zentrale medizinisch-ethische Kommission steht bereits zur Verfügung. Regierung, Parlament und die von den Postulanten sogenannte Öffentlichkeit können sich damit bereits auf mehrere Beratungsstellen abstützen, wenn sie dies wollen. Natürlich gibt es das auch bei unserem Universitätsspital.

Die zweite Ebene ist die Individualebene. Auch in diesem Bereich braucht es keine kantonale Ethikkommission. Im Gegenteil, eine solche wäre sogar verfehlt. Bei Fragen der Ethik gibt es keinen Instanzenzug, und es wäre sogar schädlich, wenn es einen solchen gäbe. Nehmen wir beispielsweise den Instanzenzug Patient/Arzt, dann gäbe es vielleicht die medizinische Ethikkommission des Spitals, die medizinische Ethikkommission des Kantons und zu guter Letzt womöglich noch eine des Bundes. Das spezielle Vertrauensverhältnis Arzt/Patient darf durch die in der Politik übliche Kommissionitis nicht ausgehöhlt und zerstört werden.

Im Übrigen sind die Postulanten, so meine ich, nicht richtig informiert. Die ethischen Aspekte der neuen Entwicklungen im Gesundheitswesen werden keineswegs vernachlässigt, müssen aber absolut nicht staatlich ausgearbeitet werden. Die FMH ist in dieser Beziehung à jour. Die Möglichkeit der ethischen Beratung ist bereits heute sehr gut aufgebaut. Organtransplantation, pränatale Diagnostik, Gentechnologie und Sterbehilfe sind in ihrer ethischen Dimension längst erkannt und von Ärzten, Spitalern, lokalen Kommissionen und auch von der

Bundeskommision soweit geregelt. Diese Stellen sind auf die Abgabe von Information durchaus vorbereitet. Es braucht in diesem Sinne keine neue Kommission mehr.

Eine solche Kommission wäre zudem ein weiteres Gremium, das den betroffenen Entscheidungsträgern in diesen Dingen, das heisst, sowohl den Ärzten als auch den Patienten, Eigenverantwortung abnimmt, was es nicht sollte. Durch Ärzteschaft, Fakultät, Standesorganisation und die bereits bestehenden Gremien der Spitäler ist jegliche Beratung, abgestützt auf die Richtlinien der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften, gewährleistet.

Die FDP-Fraktion lehnt das Postulat ab und bittet Sie, es nicht zu überweisen.

Regula Ziegler-Leuzinger (SP, Winterthur): Wie dringlich dieser Vorstoss ist, zeigt sich unter anderem am kürzlich erschienenen Jahresbericht 1996 des Universitätsspitals Zürich. Weder unter Sozialdienst, Seelsorge noch Forschung wurde die medizinische Ethik angeschnitten, ganz zu schweigen von einem eigenen Kapitel Ethik. Mit keiner Zeile wurde sie erwähnt. Dass es an den Spitälern unausgearbeitete ethische Fragen zuhauf gibt, wissen wir aus unserem Ratsbetrieb. Die Frage der lebensverlängernden Massnahmen bei Sterbenden, der Umgang mit Sterbenden, der Umgang mit Sterbenden, die bereit sind ein Organ zu spenden, die Auswahl der Menschen, die ein Organ transplantiert bekommen, chirurgische Eingriffe an Behinderten, die pränatale Diagnostik, all diese Fragen finden keinen Eingang in den Jahresbericht. Dies scheint unglaublich, aber eigentlich verwundert es nicht.

Dem Thema Ethik wird auch in der täglichen Praxis nicht der nötige Stellenwert eingeräumt. Dennoch müssen sich die meisten in Spitälern Arbeitenden mit ihren Patienten und Patientinnen zusammen laufend diesen ethischen Fragen stellen, Entscheidungen treffen und handeln. Dies meistens ohne Fachbegleitung. Daraus ergibt sich eine heute völlig unbefriedigende Situation. Aus der Not heraus haben sich an verschiedenen Spitälern engagierte Pflegende, Ärztinnen und Ärzte zu selbsthilfeartigen Arbeitsgruppen zusammengetan, so gibt es zum Beispiel das Ethikforum am Universitätsspital Zürich. Das ist sehr lobenswert, aber genügt es? Was passiert an kleineren Spitälern? Heute ist es gänzlich dem Zufall überlassen, ob sich solche Ethikarbeitsgruppen bilden. Die ethische Fachkompetenz ist in solchen selbsthilfeartigen Gruppen nicht gewährleistet. Eine Qualitätssicherung ist aber gerade in ethischen Fragen unerlässlich. Um dies zu gewährleisten, braucht es eine kompetente unabhängige Begleitung. Unsere Bevölkerung muss in medizinisch ethischen Fragen besser beraten werden. Vielerorts haben traditionelle Werte ausgedient. Unsere Gesellschaft war noch nie einem so starken Wertewandel ausgesetzt wie heute. Die damit verbundene Eigenverantwortung ist positiv, geht aber mit einer grossen Verunsicherung der Einzelnen einher. Gerade in ethischen Fragen braucht es daher ein Angebot von offener Betreuung, die nicht direktiv ist, sondern eine freie Meinungsbildung zulässt. Ich denke hierbei zum Beispiel an Angebote für Schwerstkranke und deren Angehörige, an die Fragen um den Schwangerschaftsabbruch, an die pränatale Diagnostik und an vieles mehr.

Im Zusammenhang mit den Sparmassnahmen drohen die Rationalisierungsbestrebungen zu Rationierungen zu verkommen. Es wird heute

zum Beispiel die Frage laut, welche Behandlung mit welchem Aufwand an welcher Altersgruppe vorgenommen werden soll. Bei solchen Fragestellungen scheint mir der Bedarf nach einer kompetenten, unabhängigen ethischen Beratung gross zu sein. Eine Regierung und ein Parlament sollten ein in ethischen Fragen kompetentes Gremium besitzen, das ihnen zur Verfügung steht. Dies scheint mir kein Luxus, sondern ein Grundbedürfnis zu sein. In Zukunft dürfte es wohl öfter solche Fälle geben.

Zu Jörg Rappold: Wenn ich Ihnen zuhöre, dünkt mich, die Schweiz oder vielmehr unser Kanton sei in ethisch medizinischen Fragen ein Entwicklungsland. Sie sagen, dass Richtlinien bestehen. Richtlinien sind eines; oft wird über ethische Fragen philosophiert. Was wir hier erreichen möchten, ist aber ein Handeln und nicht ein Philosophieren. Jenen Menschen, die täglich an die Spitäler gelangen und vielleicht vor der Frage eines Schwangerschaftsabbruchs stehen, jenen die keinen Schutz oder Halt in kirchlichen Organisationen finden, jenen Menschen möchten wir etwas anbieten können. Dies ist eine Qualitätssteigerung, an die zu wenig gedacht wird. Sie ist jedoch wesentlich und gibt den Menschen, die sich in ein Spital begeben – was schon stark verunsichert, das müssen Sie wahrnehmen – Halt. Wir gehen als Laien in den Spital; die Krankheiten und Fragen, mit denen wir uns auseinandersetzen müssen, verunsichern uns bis ins innerste. Was ich von Ihnen gehört habe, ist eine recht abgehobene Sache. Einmal mehr schiebt man die Verantwortung dem Bund zu, mit der praktischen Ausrede, dass diese Frage nicht auf unserer Ebene geregelt werden müsse und dass Richtlinien bereits bestünden. Der Kanton wird vom Bund sehr oft als Instanz zur Umsetzung gebraucht. Gerade an diesem Punkt stehen wir jetzt, nämlich beim Umsetzen.

Dass Handlungsbedarf besteht, bestätigt der Regierungsrat, indem er den Vorstoss zur Prüfung entgegennehmen will. Gesundheitsdirektorin Verena Diener äussert sich sogar dahingehend, dass sie dem gesamten Regierungsrat den Vorschlag unterbreiten werde, eine Ethikkommission mit erweitertem Pflichtenheft zu bilden und ein minimales Sekretariat mit 1,25 Stellen einzurichten. Herzlichen Dank für diesen Schritt und die konkreten Pläne, Frau Gesundheitsdirektorin. Ich hoffe nicht, dass der Rat den sehr theoretischen Ausführungen von Jörg Rappold Unterstützung geben wird. Vielmehr bitte ich ihn, das Postulat – wohlverstanden, es handelt sich um ein Postulat – zu überweisen, damit gehandelt werden kann.

Stephan Schwitter (CVP, Horgen): Wir sind durchaus für Prüfung des Anliegens der Postulanten, um so mehr als die Regierung bereit ist, das Anliegen entgegenzunehmen. Eine vermehrte Berücksichtigung ethischer Fragen im Bereich des Gesundheitswesens ist bei der immer rascher werdenden Entwicklung der medizinischen Wissenschaften mehr als berechtigt. Dies gilt insbesondere für die Aus- und Fortbildung auf möglichst breiter Basis. Trotz des Bestehens entsprechender Gremien, wird diese nach wie vor vernachlässigt. Es ist für uns allerdings fraglich, ob hierfür eine neue Institution in Form einer Ethikkommission nötig ist. Die CVP hat sich mit ethischen Fragen, gerade betreffend Gentechnologie und Fortpflanzung des Menschen, befasst. Wir stimmen deshalb für die Überweisung des Postulates.

Martin Michael Ott (Grüne, Bäretswil): Bei verschiedenen anderen Vorstössen haben wir bereits ausgedrückt, dass es uns ein grosses Anliegen ist, eine Wertediskussion in die Diskussion um Medizin, Gesundheitswesen und Technologie einzubringen. Ich gebe Jörg Rappold Recht, wenn er sagt, dass man sich darüber streiten kann, ob eine Kommission eine solche Diskussion auch wirklich führen kann. Wir meinen jedoch, dass die Regierung, die diese Überlegungen sicher auch angestellt hat, mit dem Entscheid, den Vorstoss entgegenzunehmen, bereit ist, einen Beitrag zu den Bemühungen um das Führen einer breit abgestützten Wertediskussion zu leisten.

Dies zeigt, Herr Rappold, dass wenn nicht wir, die Volksvertreter oder der Staat diese Diskussion mit Experten in Gremien führen, schliesslich der Markt entscheidet. Das wollen wir alle nicht; das wollen auch Sie nicht. Ich glaube nicht, dass wir bereit sind, in diesen heiklen Bereichen des Lebens einfach nur die Mechanismen des Marktes entscheiden zu lassen. Eine solche Kommission könnte aufzeigen, wo die dunklen Stellen liegen, wo Nachholbedarf nach einer Diskussion besteht und wo eine Wertediskussion stattfinden muss, um den Betroffenen, die in dieser Hinsicht täglich Entscheide fällen müssen, zu zeigen, wo der Markt heute schon entschieden hat. In einigen Bereichen ist dies der Fall. Damit hat sie bereits ihre Berechtigung.

Die Kommission könnte auf zwei Ebenen aktiv werden. Die eine – ich habe es genannt – ist die Wertediskussion. Wir haben heute morgen auch von Wertediskussion gesprochen. Beim Thema Suchtprävention waren wir bereit, in grossen Zügen miteinander zu sprechen, worauf Hans-Peter Portmann sagt, dass wir uns alle einig sind. Wir waren uns

in diesem Saal aber überhaupt nicht einig. Denn, wenn Jörg Rappold von Werten spricht, dann spricht er nicht von den gleichen Werten wie ich. Wir sind uns alle einig, dass wir eine Wertediskussion führen, aber hier drin kann sie nicht stattfinden. In diesem Punkt sind wir uns auch einig. Wenn Vilmar Krähenbühl von Werten spricht, meint er damit vielleicht das Absingen des Beresinaliedes – das ist nicht lächerlich gemeint, das ist ein wichtiger Wert –, von der EVP kommen aber andere Werte und von der CVP wieder andere. Wäre der VPM anwesend, gäbe es nochmals andere. Hier drin kann diese Diskussion also nicht stattfinden. Der einzige Punkt, in dem wir uns einig sind, ist, dass wir Werte besprechen wollen, dass die Werte aber nicht auf dem Tisch liegen. Dafür, denke ich, braucht es eine gesamtgesellschaftliche Wertediskussion, die entlang dem Experten- und dem Fachwissen geführt werden kann, und in welche sich auch die Öffentlichkeit einmischen kann.

Aus einer solchen Diskussion heraus sollten sich transparente Entscheide ergeben, die so transparent und mutig sind, damit sie aufzeigen können, wo wir die Diskussion verpasst haben. Denn auf einigen Gebieten haben wir es bereits verpasst. Bei einem Drittel der heute Sterbenden entscheiden medizinische Gründe über das Sterbedatum mit. Es ist nicht mehr wie früher, als man irgendwann einmal einfach den letzten Atemzug tat. In vielen Fällen bestimmen medizinische Entscheide, an welchen andere Menschen, Angehörige, Pflegende und so weiter beteiligt sind, den Zeitpunkt des letzten Atemzuges mit. Es besteht die Frage, ob wir in unserer Gesellschaft das Wertesystem haben, um solche Entscheide zu fällen, oder ob wir nicht dauernd einer Entwicklung hinterher laufen.

Die Regierung ist bereit, das Postulat entgegenzunehmen, wahrscheinlich mit der Aussicht nach einer Möglichkeit, diese Diskussion zu fördern. Auch wir wollen sie nicht unterbrechen sondern fördern. Aus diesem Grund unterstützen wir die Überweisung des Postulates.

Willy Spieler (SP, Küsnacht): Unser Postulat Ethische Beratung im Gesundheitswesen, Herr Rappold, ist natürlich selbst schon ein Ergebnis ethischer Beratung. Wir haben uns mit Fachleuten auseinandergesetzt, die die Richtlinien und die vorhandenen Institutionen ebenso gut kennen wie Sie und die trotzdem gesagt haben, dass hier eine ganz entscheidende Lücke besteht. Es geht uns nicht im geringsten darum, die betroffenen Personen durch ethische Beratung in irgendeiner Art und Weise bevormunden zu wollen. Im Gegenteil, es geht uns um eine

qualifizierte, weil ethisch informierte, Selbstbestimmung. Ausgangspunkt unseres Vorstosses war – Sie erinnern sich vielleicht noch – die Diskussion über das Postulat Huggel, das den schon fast automatischen Schwangerschaftsabbruch als Folge einer Pränataldiagnose mit positivem Befund und die Mitwirkungspflicht von Hebammen thematisiert hatte. Zu diesem Bereich gibt es übrigens keine Richtlinie und der Kanton musste selbst ethische Kriterien und Entscheidungsgrundlagen finden. Unsere Fraktion hat das Postulat damals mehrheitlich abgelehnt, jedoch Zweifel angemeldet, ob die Selbstbestimmung der betroffenen Frauen beziehungsweise Paare wirklich respektiert werde. Was uns befremdete, war die Kapitulation vor den sogenannten «gesellschaftlichen Realitäten», auf die sich die Regierung bei der Beantwortung des Postulates Huggel berufen hatte. Hinter diesen Realitäten steht im Regelfall ja gerade nicht die Selbstbestimmung der Betroffenen, sondern das gesellschaftliche Urteil, dass nur lebenswert sei, was Leistung erbringen und am Markt bestehen kann.

Unser Postulat, Herr Rappold, folgt im übrigen der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften. In ihren «Medizinisch-ethischen Richtlinien für genetische Untersuchungen am Menschen» heisst es: «Genetische Untersuchungen müssen von einer Beratung begleitet sein», von einer Beratung, Herr Rappold. Und: «Die Beratung umfasst jene Informationen, die der betroffenen Person die Tragweite eines Entschlusses klarmachen und ihr ermöglichen, diesen aufgrund eigener ethischer Wertvorstellungen zu begreifen. Die Beratung darf nicht direktiv sein». Es geht um ein Angebot an ethischer Beratung und nicht um eine Bevormundung durch eine normative Ethik. Wenn Sie die heutige Ethik einigermassen überblicken, dann wissen Sie, dass Ethik nicht den Anspruch erhebt, direktiv zu sein und bevormundend auf Menschen einzuwirken. Ethik weiss, dass eigene Grundsätze nur im Dialog mit den Betroffenen erarbeitet und umgesetzt werden können.

Weitere Richtlinien hat die Akademie für die «ärztliche Betreuung Sterbender und zerebral schwerst geschädigter Patientinnen und Patienten» ausgearbeitet. Hier sind es vor allem Angehörige und Pflegende, die eine ethische Beratung verlangen. Sie fragen zum Beispiel: Wie lange soll oder darf Leben auf der Intensivstation künstlich verlängert werden? Konkrete Probleme auf der Intensivstation des Unispitals waren denn auch Anlass für die Gründung des auf freiwilliger Basis begründeten Ethikforums.

Auf der politischen Ebene, Herr Rappold, werden wir immer wieder mit ethischen Fragen im Gesundheitswesen konfrontiert. Nebst dem bereits

erwähnten Postulat Huggel erinnere ich an Vorstösse des Kollegen Martin Ott zur Organtransplantation zu ärztlichen Interessenkonflikten bei Sterbebegleitung. Aus dem Jahr 1991 stammt eine Interpellation von Aurelia Favre zu den In-vitro-Fertilisationen im Unispital und zur Vernichtung überzähliger Embryonen. Zu erwähnen wäre auch die Zwangssterilisation geistig behinderter Menschen, in der unser Kanton eine wenig rühmliche Rolle spielte. Ich hoffe, ich darf hier die Vergangenheitsform wählen. Eines der nächsten Probleme, das uns beschäftigen müsste, ist der schleichende Übergang von der Rationalisierung des Gesundheitswesens zur Rationierung im Gesundheitswesen. Nach welchen Kriterien dürfen Leistungen der Spitzenmedizin eingeschränkt werden? Sicher nicht nach dem Kriterium der Finanzkraft eines Patienten oder einer Patientin. Vielleicht nach dem Kriterium des Alters oder nach demjenigen der Heilungschance oder der Leidensminderung? Und wer ist zuständig, diese Kriterien anzuwenden?

Aus diesen Gründen braucht es Ethikkommissionen für alle grösseren Spitäler. Sie sollten selbstverständlich nicht nur aus Fachleuten der Ethik bestehen, sondern interdisziplinär, nach dem Beispiel des Ethikforums, zusammengesetzt werden. Es wäre gut, wenn der Kanton als Auftraggeber hinter diesen Kommissionen stünde, um ihnen Halt und Autorität zu geben. Sodann braucht es eine kantonale Ethikkommission nach dem Beispiel des Kantons Tessin. Sie könnte die kantonale Politik beraten – ich betone: beraten –, denn auch unser Parlament ist nur auf der Höhe seiner politischen Verantwortung, wenn es diese Verantwortung in Kenntnis ethischer Kriterien wahrnimmt. Die SP-Fraktion bittet Sie darum, das Postulat zu unterstützen.

Ulrich E. Gut (FDP, Küsnacht): Gestatten Sie mir einige Bemerkungen zur Vorlage, weil ich zu dieser Thematik gewissermassen eine politisch persönliche Beziehung, aus meiner Zeit als Referent für die Gesundheitsdirektion in der Geschäftsprüfungskommission, habe. Ich hatte mich damals mit einem Fall zu befassen, bei welchem es um ein medizinisch ethisches Problem ging, nämlich um die Abgrenzung zwischen Forschungs- und Heilungszwecken. Es bestand die Frage, ob sich eine bestimmte Operation mit dem Heilungsinteresse rechtfertigen lasse, oder ob im Grunde nicht die Forschungsinteressen überwiegen. Die Frage stand im Zusammenhang mit einer spitzenmedizinischen Hirnoperation an einem geistig behinderten Menschen. Bei dieser Gelegenheit habe ich die harte Anfechtung, unter die der verantwortliche Neurochirurg gelangte, erlebt. Ich habe erlebt, wie der als Mensch überzeugte Arzt,

mit seiner Entscheidung in der Kommission völlig allein dastand, und wie er in diesem Alleinsein dahin tendierte, die Operation nicht vorzunehmen. Dies hat mich beeindruckt.

Daraus zeigte sich mir ein Problem, welches ich vorher vielleicht verdrängt hatte. Ich hatte immer das Gefühl, dass die ethisch beratende Unterstützung eher gegen die Operation, also gegen den Fortschritt wirken würde. Im erwähnten Fall habe ich jedoch den Eindruck gewonnen, dass auch das Gegenteil durchaus vorkommen kann. Aufgrund dieser Erfahrung und weiterer Überlegungen, sehe ich deshalb keinen Antagonismus zwischen Arzt und Ethikkommission, sondern eine unterstützende Relation. Ich denke dabei weniger an Weisungen und Instanzen, sondern mehr an eine fallbezogene Weiterentwicklung der Gesundheitsethik.

Der Kanton ist als Träger der Krankenhäuser für die Anwendung und die Weiterentwicklung der Berufsethik in diesem Bereich verantwortlich, genauso wie er seine private Unternehmensleitung in unserem durch Eigenverantwortung geprägten System ist. Der Regierungsrat sieht das auch so. Und wenn er diese Verantwortung wahrnehmen will, dann sollten wir uns ihm nicht in den Weg stellen.

Ich möchte noch auf den Zusammenhang dieser Thematik mit der Akzeptanz neuer Techniken und der Forschung, insbesondere im Medizinalbereich, hinweisen. Es liegt eine Initiative betreffend Fortpflanzungsmedizin auf dem Tisch der eidgenössischen Räte. Ich möchte an eine Zuschrift von Klaus Hug in der NZZ vor einigen Tagen im Zusammenhang mit der Genschutzinitiative erinnern. Darin fordert er dazu auf, solchen politischen Auseinandersetzungen künftig durch bessere Konsensbildung vorbeugend zu begegnen. Im Entscheid des Regierungsrates, das Postulat entgegenzunehmen, sehe ich dazu einen möglichen Beitrag. Die demokratische Akzeptanz für den wissenschaftlichen Fortschritt, aber auch für Entscheide in Richtung kostenbedingter Rationierung der Spitzenmedizin, wird besser zu erreichen sein, wenn sich die Krankenhäuser zu einem bewussten und aktiven Umgang mit den ethischen Dilemmas – denn es handelt sich um Dilemmas – ausweist. Willy Spieler hat dies vorhin beim Namen genannt. Der Regierungsrat will das; ich werde ihm zustimmen.

Nancy Bolleter-Malcom (EVP, Seuzach): Durch neue Entwicklungen im Gesundheitswesen wird unsere Gesellschaft vor schwierige ethische Fragen gestellt. Das Anliegen des Postulates weist auf die Grenzen, mit

diesen Fragen umzugehen, hin. Die Bildung einer Ethikkommission ist meines Erachtens notwendig. Es ist aber klar, dass eine Ethikkommission nicht unsere Entscheide treffen kann. Diese Verantwortung müssen wir selber übernehmen. Bei der Bildung einer Ethikkommission ist deren Zusammensetzung problematisch. Für die EVP ist klar, dass die Fragen, die zu überprüfen sind, aus ganzheitlicher Sicht beurteilt werden müssen. Eine weitere Problematik der Ethikkommission liegt bei ihrem Auftrag. Wenn er nicht ganz klar definiert wird, ist eben auch mit einem entsprechenden Resultat zu rechnen. Wer soll diesen Auftrag definieren?

Das Postulat findet die Unterstützung der EVP-Fraktion aus zwei Gründen.

Erstens: Die Verwaltung soll Berufung und Auftrag einer Ethikkommission prüfen.

Zweitens: Durch die Überweisung des Postulates soll überprüft werden, was im Bereich der ethischen Beratung von Kranken und Pflegenden schon vorhanden ist. Sind Ärzte und Ärztinnen, Seelsorgerinnen und Seelsorger in der Lage, ethische Beratung auszuüben? Was wird in der Ausbildung im Pflegebereich in diesem Zusammenhang bereits gemacht? Es soll Bericht über die bestehende ethische Beratung erstattet werden. Das Postulat findet unsere Unterstützung.

Erich Hollenstein (LdU, Zürich): In einer Familie, denke ich, ist grundsätzlich der Hausarzt der ethische Berater. In den meisten Fällen spielt das wahrscheinlich auch. Doch ich weiss aus meiner persönlichen Erfahrung, dass im Spital gelegentlich Missverständnisse zwischen dem Spitalarzt und den Angehörigen entstehen können. Es kann sich dabei durchaus auch einfach um typologische Verschiedenheiten handeln, ohne dass der eine oder andere im Unrecht ist. Ich könnte mir vorstellen, dass ein Aussenstehender, der die ethischen Aspekte von seinem beruflichen Wirken her kennt, in diesem Spannungsfeld etwas zur Beruhigung beitragen könnte. So können die Angehörigen einerseits die Entscheidung des Arztes respektieren lernen, und der Arzt kann andererseits die Reaktion der Angehörigen besser verstehen. Wie ich aus der Seelsorge weiss, gibt es in diesem Bereich relativ viele Knöpfe. Auch der Pfarrer ist nicht immer fähig, die nötige Beratung zu geben.

Daneben gibt es noch den gesellschaftlichen Aspekt. Denken Sie daran, dass heute, wo die Menschen so alt werden, viele Leute oft sehr einsam sind und sich niemand mehr um sie kümmert. Auch diesen Menschen

gegenüber muss das Interesse bezüglich ethischen Verhaltens wahrgenommen werden. Ich denke, dass eine solche Stelle das tun könnte. Ich bin mit Ulrich Gut natürlich einverstanden; das Dilemma kann nicht aufgelöst werden, sondern wird irgendwo mitgetragen. Dazu gehört auch die Belastung der Menschen, welcher sie ausgesetzt sind, nachdem ein Entscheid – in welche Richtung auch immer – gefallen ist. Für die betroffenen Menschen kann ein solcher Entscheid zu schwierigen Situationen führen. Ich denke, dass Jörg Rappold Recht hat, wenn er sagt, dass die eigentlich kompetenten Gedanken auf einer höheren Ebene gefunden werden müssen. Dann braucht es aber jemanden, der sie bis zum Ernstfall hinunter trägt.

Trotz der ganzen Problematik, die ich in einer solchen Stelle auch sehe, sollte man es nicht unversucht lassen. Der Landesring kann dieses Postulat unterstützen.

Werner Hegetschweiler (FDP, Langnau a. A.): Wir spüren alle, dass in unserer Zeit des Materialismus ethische und religiöse Werte wenig gefragt sind. Martin Ott sagt richtig, dass wir diese Diskussion in der Gesellschaft führen müssen. Aber wer glaubt, dass mit einer Ethikkommission im Kanton Zürich diese Frage in irgendeiner Weise positiv beeinflusst werden könnte, geht der Illusion nach, dass die Politik zur Lösung eines Problems eine Kommission schafft und damit etwas verändert. Eine Ethikkommission ist eine Alibiübung zu einem schwerwiegenden gesellschaftlichen Problem, das wir auf andere Weise lösen müssen. Ich möchte Sie daran erinnern, dass der Kanton im Gesundheitswesen diesbezüglich keine Verantwortung trägt. Medizin ist eine Frage des individuellen Schicksals und eine Frage zwischen Kranken und Angehörigen, zwischen Kranken und Pflegenden, zwischen Kranken und dem Arzt. Es besteht also eine Eins-zu-eins-Beziehung. Da müssen ethische Kommunikation und ethische Werte funktionieren.

Die Entgegennahme dieses Postulats wurde als Anerkennung der Notwendigkeit gedeutet. Als GPK-Präsident möchte ich darauf hinweisen, dass die Entgegennahme eines Postulates noch lange nicht heisst, dass man es auch erfüllen will. Ich finde, dass die Entgegennahme die hinterlistigste Art und Weise ist, ein Postulat nicht zu behandeln. Wir haben aber heute die Möglichkeit, darüber zu diskutieren. Ich will Ihnen damit sagen: Glauben Sie nicht an die Kurzschlussache «hier ist ein Problem, hier ist eine Kommission, und damit ist das Problem aus der Welt geschafft». Das ist leider nicht so einfach.

Regula Ziegler-Leuzinger (SP, Winterthur): Den Skeptikerinnen und Skeptikern unter Ihnen möchte ich zu bedenken geben, dass nur interessierte Ärzte und Ärztinnen sich das nötige ethische Rüstzeug erarbeitet haben. Erst in diesem Jahr wurden erstmals für alle Medizinerinnen und Mediziner am Staatsexamen auch ethische Prüfungsfragen gestellt. Soviel zur Behauptung von Werner Hegetschweiler, dass offenbar alle Ärzte und Ärztinnen ethisch bereits klar sehen. Dies zeigt doch, wie gross das Defizit bei den heute praktizierenden Ärzten sein muss. Zudem geht es mir nicht nur um die studierte Ärzteschaft, sondern vielmehr um die zahlenmässig grössere und nicht minder betroffene Gruppe der Pflegenden. Ich bin völlig einverstanden, wenn Sie sagen, dass es sich um ein Eins-zu-eins-Verhältnis zwischen Angehörigen und den Pflegenden oder dem Vertrauensarzt handelt. Aber nicht alle spüren einen festen ethischen Boden, wie uns immer wieder versichert wird. Es wird uns gezeigt, dass mit der Unsicherheit, nämlich, wie man sich entscheiden soll, viel Kraft verloren geht, weil die Unklarheit im Alltag eine Belastung darstellt. Dies kann man nicht wegdiskutieren und als schon erledigt abschreiben.

Daher müssen wir uns darüber klar werden, ob eine ethische Begleitung an allen Spitälern gesichert ist. Der Aspekt der Forschung, von welchem wir im Zusammenhang mit dem Universitätsspital gesprochen haben, ist nur einer von vielen. Besteht ein Instrument zur Qualitätssicherung der bestehenden Ethikarbeitsgruppen in den Spitälern? Wohin wendet sich die Bevölkerung, wenn sie eine nicht direktive Beratung im medizinisch-ethischen Sinn wünscht?

Wir haben von Martin Ott gehört, dass bei einem Drittel aller Sterbenden nicht allein die Natur darüber entscheidet, wann gestorben wird. Es ist uns ein Anliegen, dass dies, wenn es schon so ist, mit Umsicht und nach bestmöglichen ethischen Überlegungen geschieht. Dass dies nur dann gelingt, wenn wir innerlich sicher sind, scheint allen einzuleuchten. Die ethische Begleitung ist eine konkrete Hilfe und stellt nicht die totale Lösung dar. Aber sie nur abzulehnen, weil sie keine totale Lösung anbietet, ist falsch. Dass sie nur ein Schritt in die richtige Richtung ist, ist Grund genug, dieses Postulat zu überweisen.

Regierungsrätin Verena Diener: Herr Hegetschweiler, Ihre langjährige politische Erfahrung ist bekannt. Und Sie liegen nicht ganz falsch, wenn Sie sagen, dass die Entgegennahme eines Postulates ab und zu aus einer

hinterlistigen Haltung heraus erfolgen kann. Ich möchte aber schon betonen, dass ich bei der Beantragung der Entgegennahme dieses Postulates gar keine hinterlistigen Absichten hatte. Das Postulat ist mir wirklich ein Anliegen.

Ethische Werte sind in unserer Entscheidungsfindung zunehmend wichtig, und ich bin für die sehr engagierten Voten zur Überweisung des Postulates aus dem Rat wirklich dankbar. Ich möchte jetzt hier nicht noch einmal die ganze Palette von Gründen aufzählen, warum mir eine kantonale Ethikkommission wichtig scheint. Vielleicht gebe ich Ihnen dazu einfach drei Stichworte: Die «Machbarkeit» und die «technologische Weiterentwicklung» stellen uns zunehmend vor ganz neue Fragen. Diese Fragen werden wir als Politikerinnen und Politiker – ich sage ganz bewusst «wir» – unabhängig davon, ob aus der Exekutive oder der Legislative, zu beantworten haben. Dann wird es ein Vorteil sein, wenn wir ein Gremium haben, das sich in die ethischen Fragen vertieft eingearbeitet hat. Diese Kommission wird uns nicht die Antworten geben, aber sie wird ein Werkzeug sein für unsere politische Entscheidungsfindung, die wir letztlich selbst zu treffen haben. Es geht nicht darum, die Verantwortung an eine Ethikkommission zu delegieren, denn Verantwortung kann man schlicht nicht delegieren, jedes Individuum muss sie am Schluss für sich selber tragen. Sie, meine Damen und Herren, sind politische Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger und werden zu solchen Fragen Stellung nehmen müssen.

Ein zweites Kapitel sind die begrenzten finanziellen Ressourcen, die uns allen bekannt sind. Diese werden uns auch im Gesundheitswesen vor sehr unbequeme Fragen stellen. Ein Stichwort dazu ist die «Rationierung von medizinischen Leistungen». An solchen Fragen werden wir nicht vorbeikommen, und spätestens dann, wird eine Kommission des Kantonsrates froh sein, auf ein Gefäss, das mit ihr zusammen solche Fragen diskutiert, zurückgreifen zu können. Auch dort werden einem die Entscheidungsfindungen nicht abgenommen, aber sie werden begleitet. Die Breite der Fragenpalette wird dadurch aufgezeigt werden.

Aus diesem Grund bedeutet eine solche Ethikkommission für mich eine Entscheidungshilfe bei anstehenden Fragen, von denen Sie bereits viele angeführt haben. In der Zukunft werden sich neue Fragen dazugesellen. Aus dieser Begründung heraus ist die Regierung

bereit, das Postulat entgegenzunehmen. Ich möchte Sie bitten, der Regierung dieses Postulat zu überweisen.

Schlussabstimmung

Der Kantonsrat beschliesst mit 74 : 59 Stimmen das Postulat dem Regierungsrat zur Berichterstattung zu überweisen.

Das Geschäft ist erledigt.

Persönliche Erklärung

Sebastian Brändli (SP, Zürich) gibt folgende Erklärung ab:

Ich spreche zum heutigen Traktandum 13 betreffend Deutschschweizerische Koordination von universitären Fächern beziehungsweise Festhalten am Lehrstuhl für Islamistik.

Nachdem mir der Erziehungsdirektor und der Rektor der Universität Zürich zugesichert haben, dass die Oberbehörden am Lehrstuhl für Islamistik in Zürich festhalten, habe ich die Entscheidung getroffen, die Interpellation zurückzuziehen. Die generellen Fragen der universitären Zusammenarbeit können wir im Rahmen des Universitätsgesetzes diskutieren, falls dies erwünscht ist. Die Einzelfrage ist für einmal im Sinne eines Vorstosses erledigt.

Zwecks Entlastung der Traktandenliste ziehe ich das heutige Traktandum 13, meine Interpellation KR-Nr. 78/1996, zurück.

Verschiedenes

Neu eingereichte parlamentarische Vorstösse

Liberalisierung im Detailhandel

Motion *Michel Baumgartner (FDP, Rafz)*, *Balz Hösly (FDP, Zürich)* und *Hans-Peter Züblin (SVP, Weiningen)*

Kreditvorlage für die neue S-Bahn-Haltestelle «Töss»

Motion *Esther Zumbrunn (DaP/LdU, Winterthur)*

Bericht zu Massnahmen bezüglich Freizeitverkehr

Postulat *Vreni Püntener-Bugmann (Grüne, Zürich)* und *Barbara Hunziker Wanner (Grüne, Rümlang)*

Klärung der Enteiserabwässer auf dem Flughafen Zürich Kloten

Anfrage *Vreni Püntener-Bugmann (Grüne Zürich)*, *Barbara Hunziker Wanner (Grüne, Rümlang)* und *Peter Förtsch (Grüne, Zürich)*

Autofreier Bettag

Anfrage *Nancy Bolleter-Malcom (EVP, Seuzach)*

Gesundheits- und Kostenfolgen des missbräuchlichen Konsums von Alkohol und Tabakprodukten

Anfrage *Nancy Bolleter-Malcom (EVP, Seuzach)* und *Hanspeter Amstutz (EVP, Fehraltendorf)*

Ungenügender Jugendschutz im Bereich der alkoholhaltigen Süssgetränke Anfrage *Hanspeter Amstutz (EVP, Fehraltendorf)* und *Thomas Müller (EVP, Stäfa)*

Rückzüge

Peter F. Biemann (CVP, Zürich), Alfred Rissi (FDP, Zürich) und Hans-Peter Züblin (SVP, Weiningen) ziehen ihr Postulat KR-Nr. 24/1997 zurück.

Sebastian Brändli (SP, Zürich) zieht seine Interpellation KR-Nr. 78/1996 zurück.

Schluss der Sitzung: 12.00 Uhr

Zürich, den 15. September 1997

Die Protokollführerin:

Irene Läubli

Vom Büro des Kantonsrates in seiner Sitzung vom 2. Oktober 1997 genehmigt.