


137. Sitzung, Montag, 27. September 2021, 14:30 Uhr

 Vorsitz: *Benno Scherrer (GLP, Uster)*
Verhandlungsgegenstände

- 1. Mitteilungen 3**
- 2. Eigentümerstrategie für das Universitätsspital Zürich 2022-2025 3**
 Antrag des Regierungsrates vom 31. März 2021 und geänderter
 Antrag der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit
 vom 1. Juli 2021
 Vorlage 5695a
- 3. Eigentümerstrategie für die Psychiatrische Universitätsklinik Zürich 2022-2025 21**
 Antrag des Regierungsrates vom 31. März 2021 und geänderter
 Antrag der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit
 vom 13. Juli 2021
 Vorlage 5697a
- 4. Eigentümerstrategie für das Kantonsspital Winterthur 2022-2025 23**
 Antrag des Regierungsrates vom 31. März 2021 und geänderter
 Antrag der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit
 vom 13. Juli 2021
 Vorlage 5696a
- 5. Eigentümerstrategie für die Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland 2022-2025 24**
 Antrag des Regierungsrates vom 31. März 2021 und geänderter
 Antrag der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit
 vom 13. Juli 2021
 Vorlage 5698a

- 6. Individuelle Prämienverbilligungen: Die Regierung muss handeln 25**
 Antrag des Regierungsrates vom 11. März 2020 zum dringlichen Postulat KR-Nr. 44/2019 und gleichlautender Antrag der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit vom 18. August 2020
 Vorlage 5602
- 7. Fürsorgerische Unterbringungen reduzieren 29**
 Antrag des Regierungsrates vom 11. November 2020 zum Postulat KR-Nr. 211/2018 und gleichlautender Antrag der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit
 Vorlage 5665
- 8. Keine unnötigen Krankenkassen-Betreibungen..... 35**
 Postulat Sibylle Marti (SP, Zürich) und Thomas Marthaler (SP, Zürich) vom 20. Mai 2019.
 KR-Nr. 141/2019, Entgegennahme, Diskussion
- 9. «Ambulant statt stationär» nicht behindern, sondern fördern 47**
 Postulat Ronald Alder (GLP, Ottenbach), Claudia Hollenstein (GLP, Stäfa) und Jörg Mäder (GLP, Opfikon) vom 26. August 2019
 KR-Nr. 265/2019, RRB-Nr. 989/30.10.2019 (Stellungnahme)
- 10. Vorwärtskommen mit Patientenverfügungen 54**
 Postulat Astrid Furrer (FDP, Wädenswil), Beatrix Frey (FDP, Meilen) und Bettina Balmer (FDP, Zürich) vom 23. September 2019
 KR-Nr. 305/2019, RRB-Nr. 1172/10.12.2019 (Stellungnahme)
- 11. Geschlechterunterschiede in der Medizin..... 62**
 Postulat Nicola Yuste (SP, Zürich) und Katrin Cometta-Müller (GLP, Winterthur) vom 25. Mai 2020
 KR-Nr. 170/2020, RRB-Nr. 872/9.9.2020 (Stellungnahme)
- 12. Verschiedenes 71**
 Neu eingereichte parlamentarische Vorstösse

1. Mitteilungen

Geschäftsordnung

Ratspräsident Benno Scherrer: Ich darf einen weiteren Rückzug vermelden. Das heutige Traktandum Nummer 37, KR-Nr. 228/2020, wurde zurückgezogen. Wir fahren mit den Traktanden 24, 26, 28 und 30 fort. Wird das Wort zur Traktandenliste gewünscht. Das ist nicht der Fall. Die Traktandenliste ist somit genehmigt.

2. Eigentümerstrategie für das Universitätsspital Zürich 2022-2025

Antrag des Regierungsrates vom 31. März 2021 und geänderter Antrag der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit vom 1. Juli 2021

Vorlage 5695a

Ratspräsident Benno Scherrer: Wir haben freie Debatte beschlossen. Eintreten ist obligatorisch.

Benjamin Fischer (SVP, Volketswil), Präsident der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit (KSSG): Die Änderung der Traktandenliste von heute Morgen erlaubt mir nun – im Sinne der Ratseffizienz – zusammen zu allen neuen Eigentümerstrategien zu sprechen.

Die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit beantragt dem Kantonsrat mit 9 zu 6 Stimmen, respektive mit 10 zu 5 Stimmen die Genehmigung der Eigentümerstrategie sowohl für das Universitätsspital Zürich (USZ) als auch für die Psychiatrische Universitätsklinik (PUK), für das Kantonsspital Winterthur (KSW) und für die Integrierte Psychiatrie Winterthur (IPW). Die Eigentümerstrategien umfassen die mittelfristigen Ziele des Kantons als Eigentümer sowie unter anderem Vorgaben zur Erreichung dieser Ziele, zum Rechnungslegungsstandard, zum Risikocontrolling und zur Immobilienstrategie. Der Regierungsrat überprüft die Strategie mindestens alle vier Jahre und führt diese nach. Die Kommissionsmehrheit ist mit der neuen Eigentümerstrategie zufrieden; es gab einzelne Punkte, die kritisch diskutiert wurden – das werden wir dann auch nachher noch hören, unter anderem

die fehlende Digitalisierungsstrategie oder der Wunsch, detailliertere Vorgaben zur Immobilienstrategie vorzugeben.

Namens der KSSG bitte ich Sie, alle Eigentümerstrategien sowohl für das USZ, die PUK, IPW und KSW 2022-2025 zu genehmigen. Besten Dank.

Lorenz Habicher (SVP, Zürich): Ich möchte Sie recht herzlich auch zu dieser Nachmittagssitzung begrüßen und hoffe, wir sind sehr effizient und speditiv im folgenden Geschäft. Ich werde nur einmal sprechen zu allen Eigentümerstrategien.

Wenn man schaut, wird in der Regel eine Weiterführung (*der bisherigen Eigentümerstrategien*) postuliert, und die können wir grossmehrheitlich unterstützen. Als die Eigentümerstrategien vorgestellt wurden – das muss ich ganz ehrlich sagen –, hat mich nur mässige Begeisterung befallen. Es fehlten ein paar Punkte, die wir bei der Behandlung des SPFG (*Spitalplanungs- und Finanzierungsgesetz*) oder auch bei der Wahl des Spitalrates gesehen haben und die der Lösung harren. Schwerpunkt zum Konzept der Digitalisierung, die Immobilienstrategie, das sind solche Sachen, die noch zu wenig konkret dargelegt sind. Im Grossen und Ganzen hat sich die SVP-Fraktion aber überzeugen lassen, dass es eine gute Weiterführung der Eigentümerstrategien ist, und wir unterstützen alle vier Eigentümerstrategien, die des USZ, der PUK, des KSW und der IPW.

Wir können uns natürlich auch mehr vorstellen. Nur mehr wird nicht mehrheitsfähig sein. Und schlussendlich kann ich mich wiederholen von heute Vormittag: Wir müssen auch die Finanzierung lösen, weil, wir führen über die Eigentümerstrategien und wir lenken die Finanzierung über die Eigentümerstrategien. Sie sehen also, es herrscht eine grosse Einigkeit. Ich möchte nicht verlängern und bitte Sie, allen vier Eigentümerstrategien zuzustimmen und die Minderheitsanträge abzulehnen. Ich danke Ihnen.

Esther Straub (SP, Zürich): Ich rede zur Eigentümerstrategie des USZ und zu den anderen Eigentümerstrategien der PUK, des KSW und der IPW. Die Eigentümerstrategien für die vier Kantonsspitäler sind ja in weiten Teilen identisch, auch die Unterschiede lassen sich am besten in ein und demselben Votum thematisieren.

Ich vertrete den Antrag auf Nicht-Genehmigung der vier Eigentümerstrategien. Nach dem letzten Verselbständigungsschritt der Kantonsspitäler vor vier Jahren hat der Regierungsrat kurz darauf die ersten Eigentümerstrategien erstellt und dem Kantonsrat zur Genehmigung

vorgelegt. Wir haben bereits vor vier Jahren Nicht-Genehmigung beantragt, da auf der einen Seite die Zielvorgaben zu den finanziellen Kennzahlen zu restriktiv waren – Lorenz Schmid hat es heute Morgen bereits ausgeführt –, sie blieben dann nicht überraschend ohne Erfüllung, diese restriktiven Vorgaben zu den finanziellen Kennzahlen. Auf der anderen Seite bleiben für uns schon letztes Mal die Vorgaben zur Investitionsstrategie und zur Immobilienplanung völlig unverbindlich. Damals hiess es, dass die erste Eigentümerstrategie nur deshalb so dürftig sei, weil es zuerst vier Jahre Erfahrung brauche, nachher könnten dann die Vorgaben konkretisiert werden. Diese Zusicherung wurde nicht eingelöst. Neben wenigen Verbesserungen wie die eines erweiterten Abschnitts zur Qualität, der Vorgabe eines ausgewogenen Geschlechterverhältnisses in der Personalpolitik oder eines eigenen Abschnitts zur Unternehmenskultur – wenigstens beim USZ und bei der PUK – fehlen leider bei den Eigentümerstrategien für das KSW und die IPW die Abschnitte zur Unternehmenskultur. Neben diesen punktuellen Verbesserungen also bleiben die bereits vor vier Jahren kritisierten gravierenden Mängel bestehen. Die Strategie ist in weiten Teilen viel zu vage. Es scheint den Kanton, den Eigentümer, nicht zu kümmern, wohin sich das USZ entwickelt. Er will nicht steuern.

Zur Personalpolitik hält die Eigentümerstrategie zwar fest, dass das Spital ein zuverlässiger Arbeitgeber und Sozialpartner sein soll, doch fehlt jede Konkretisierung. Eine klare und überprüfbare Ansage wäre zum Beispiel eine Vorgabe, dass ein regelmässiger Austausch mit Sozialpartnern Pflicht ist. Es haben heute Morgen wieder einmal alle in rührenden Worten dem Personal gedankt, also geklatscht, aber Taten folgen keine. Das Personal darf uns, dem Eigentümer, nicht egal sein. Wie bereits erwähnt, fehlt bei den Eigentümerstrategien des KSW und der IPW zudem der Abschnitt zur Unternehmensorganisation und -kultur. Auch das KSW und die IPW sind jedoch bezüglich ihrer Kultur gefordert. Das gute Funktionieren in der Gegenwart ist kein Grund, die Erwartung nicht festzuhalten. Allerdings auch hier: Die Vorgaben in diesem Abschnitt in der Eigentümerstrategie des USZ und der PUK bleiben sehr allgemein und sind nur beschränkt überprüfbar.

Unsere Hauptkritik jedoch gilt wie bereits vor vier Jahren dem Fehlen klarer Vorgaben zur Investitions- und Immobilienplanung der jeweiligen Spitäler. Als wir das USZ vor vier Jahren weitestgehend verselbständigten, diskutierten wir lange und intensiv in diesem Parlament über die Frage, ob die Immobilien im Baurecht oder im Delegationsmodell ans USZ zu übertragen seien. Wir boten schliesslich Hand zu

einem unselbständigen Baurecht, unter der Bedingung, dass zur künftigen Immobilienstrategie in der Eigentümerstrategie des Regierungsrates klare Vorgaben gemacht würden. So hat es der Kantonsrat dann auch klar im Paragraf 9 Ziffer 4 litera d des Spitalgesetzes verankert. Dort heisst es, dass in der Eigentümerstrategie Vorgaben zu einer zweckgebundenen Investitions- und Immobilienplanung (Immobilienstrategie) zu machen seien. Die neue Eigentümerstrategie ist in diesem Punkt jedoch noch nichtssagender als diejenige vor vier Jahren. Es heisst: «Das USZ verfolgt das Ziel einer zeitgemässen Spitalinfrastruktur, stellt eine schrittweise Erneuerung sicher und sorgt für ein professionelles Immobilienmanagement.» «Zeitgemäss» und «professionell», das sind keine Anforderungen, sondern schlicht Selbstverständlichkeiten. Es fehlen somit konkrete Vorgaben zu allen Bereichen, zu Standort, zu Kapazitätsplanung, zu Finanzierung, zur Flexibilität, zu Vermietungspraxis, zu Baustandards, zu Koordination mit anderen Playern und so fort. Das Wenige, das in der ersten Eigentümerstrategie steht, wurde auch noch gestrichen.

Während die alte Eigentümerstrategie zudem eine jährliche Berichterstattung über die Infrastruktur festhielt, ist diese nun nicht mehr explizit erwähnt. Und zur mittel- und langfristigen Infrastruktur- und Investitionsplanung heisst es, dass sie gegenüber der Eigentümerversammlung erfolge; bisher war jedoch der Kanton als Adressat explizit festgehalten. Seltsam auch, dass das USZ im Geschäftsbericht über die Vernehmlassung einer umfassenden Immobilienstrategie berichtet, die 2020 erfolgt sei, und dass der Regierungsrat dies im Bericht zur Eigentümerstrategie ebenfalls erwähnt, ohne dass diese Immobilienstrategie der ABG (*Aufsichtskommission Bildung und Gesundheit*) je vorgelegt wurde. Wie das? Gemäss Gesetzesentwurf des Regierungsrates soll das USZ-Gesetz bezüglich der Immobilienstrategie nun sogar ohne Not wieder geändert werden. Vom Regierungsrat vorgesehen ist, den erwähnten Gesetzesartikel, der explizit Vorgaben zur Immobilienstrategie in der Eigentümerstrategie verlangt, zu streichen. Der Kompromiss vor vier Jahren soll also rückgängig gemacht werden. Das kommt nicht gut. Wir wollen, dass der Kantonsrat weiterhin mit im Boot ist, wenn es um grundlegende Fragen der Spital-Immobilien geht und dass die Abmachung von vor vier Jahren eingehalten wird. Gerade im Wissen darum, wie viel in den letzten Jahrzehnten verpasst wurde, weil es keine Immobilienstrategie gab oder weil sie mangelhaft war, ist es wichtig, hier Transparenz zu schaffen. Denn die Zukunft wird noch komplexer und risikobehafteter. Wir wissen aus anderen Unternehmungen wie der

KAZ (*Kantonsapotheke Zürich*), wie hoch das Risiko einer Fehlplanung im Bereich der Immobilien ist. Es reicht nicht, dass der Kantonsrat aus der Sonntagspresse erfährt, wie das USZ die Digitalisierung nutzen will und was das für seine Infrastruktur bedeutet. Der Eigentümer soll sein Anrecht auf Kenntnis und Diskussion einer seriösen Immobilienstrategie einfordern.

Mit der neuen Eigentümerstrategie nimmt der Regierungsrat seine Steuerungsmöglichkeiten nicht wahr, die wir von ihm erwarten, und es gibt in dieser Strategie auch keine Infrastrukturplanung mehr, über die das USZ dem Kantonsrat Rechenschaft ablegen muss. Das können wir nicht akzeptieren. Wir haben dem USZ und den anderen Spitälern unter klaren Bedingungen das Baurecht übertragen. Diese Bedingungen müssen erfüllt werden.

Wir beantragen deshalb Nicht-Genehmigung der vier Eigentümerstrategien.

Bettina Balmer-Schiltknecht (FDP, Zürich): Wie gerade besprochen, gelten die hier von der FDP vorgebrachten Überlegungen zur Eigentümerstrategie für alle kantonalen Spitäler.

Auch die Regierung hatte den Gedanken, bei der Revision der Eigentümerstrategie für alle kantonalen Spitäler koordiniert vorzugehen. Das finde ich schon nur deshalb gut, weil damit in der Governance eine einheitliche, systematische und einfach nachvollziehbare Logik besteht. Konkret lässt sich in allen vier regierungsrätlichen Anträgen zur Eigentümerstrategie der kantonalen Spitäler nachlesen: «Die Eigentümerstrategien für die vier Spitäler sind im Wesentlichen gleich, lediglich für die Universitätsspitäler bestehen einige wenige spezifische Vorgaben zu Forschung und Lehre.»

Nun zu den einzelnen Punkten der Eigentümerstrategie: Die FDP ist der Ansicht, dass Spitäler Handlungsspielraum brauchen, um ein Spital effektiv und effizient zu führen. Dies ist am ehesten gegeben, wenn die Eigentümerstrategie schlank ausfällt. Darum werden wir die Eigentümerstrategien aller vier Spitäler annehmen. Wir haben aber nicht nur ein gutes Gefühl dabei und verstehen ein Stück weit, dass im Rat nicht alle Parteien die Eigentümerstrategien unterstützen werden. Insbesondere die Themenkreise – das haben wir bereits gehört – Digitalisierung und Immobilien sind in den Eigentümerstrategien sehr schlank ausgefallen, sogar für unseren Geschmack etwas zu schlank. Und auch beim Thema Finanzen muss Kritik angebracht werden.

Zuerst zur Digitalisierung: Diese ist enorm wichtig, wenn ein Spital besser und effizienter aufgestellt sein will. Hier liegt auch riesiges Einsparpotenzial brach; es könnten nachhaltig Kosten gesenkt werden, ohne dass die Qualität der Behandlungen leiden würde. Aber gerade hier finden sich überhaupt keine expliziten Vorgaben. Mit viel gutem Willen kann man dazu etwas in den Abschnitten «Infrastruktur» und «Risikomanagement» nachlesen, aber das ist weder konkret noch greifbar. Ich bin wirklich enttäuscht. Gerade bei der Digitalisierung wäre ein strategisches Commitment entscheidend. Aktuell sind die Zustände diesbezüglich in den Spitälern nämlich – gelinde gesagt – schwierig. Zwar hat es beispielsweise im USZ rund 170 IT-Angestellte, wie in der regierungsrätlichen Anfrage zur Cybersicherheit KR-Nr. 73/2020 von Benjamin Walder und mir nachzulesen war. Aber es mangelt bei den Grundlagen: Ungenügende oder gar fehlende digitale Vernetzung unter den Spitälern und Hausärzten sowie weiteren Playern im Gesundheitswesen, komplett verschiedene klinikinterne Software sowie veraltete, mit Daten überfrachtete und extrem langsame Hardware machen das Leben für die Anwender mitunter enorm schwierig. Auf den Abteilungen, dem Notfall, den Polikliniken, ja eigentlich überall ist jeder in einem neuen Spital an der Front tätige Mitarbeiter mindestens einmal für drei Monate in seiner Arbeit massiv verlangsamt und behindert, wenn er oder sie mit dem spezifischen klinikinternen Computersystem nicht vertraut ist. Muss das wirklich sein? Ist es nicht möglich, gesamtschweizerisch oder wenigstens innerhalb des Kantons Zürich mehr oder weniger das gleiche Computersystem in allen Kliniken zu verwenden? Dies wäre beispielsweise schon nur deshalb vorteilhaft, weil man dann bei Verlegungen von Patienten nicht ganze Berichte von Hand ins klinikinterne System abtippen müsste; wir sind als Ärzte und Pflegende nicht dazu ausgebildet worden, Berichte abzutippen, müssen dies aber mehrfach täglich tun: What a waste of time and talent. Vor dem Hintergrund des Pflegenotstandes in Zeiten von Corona wirkt diese insuffizient funktionierende Digitalisierung übrigens geradezu grotesk. Umso wichtiger wäre also eine klare Strategie, wie die Digitalisierung umzusetzen ist. Aber genau das fehlt leider in der Eigentümerstrategie.

Beim Thema Immobilien bin ich ebenfalls erstaunt, dass dies so stiefmütterlich in der Eigentümerstrategie abgehandelt wird. So steht lediglich unter Infrastruktur, dass das Immobilienmanagement professionell sein müsse. Ich frage mich: Wo bleibt auch hier die strategische Ausrichtung? Es sind verschiedene grosse Bauvorhaben geplant. Soll nun eher im Sinne der Wirtschaftlichkeit redimensioniert werden, was mit Blick auf die Rendite beispielsweise des USZ dringend anzuraten wäre

oder soll – um beim Beispiel des USZ zu bleiben – im Sinne einer Stärkung der universitären Forschung und Lehre ein grosszügiges, modernes Vorzeigebauwerk gebaut werden, was mit Blick auf einen weltweit renommierten Gesundheitsstandort Zürich ebenso dringend anzuraten wäre? Zurzeit wird redimensioniert und auf Kooperationen gesetzt. Das ist ja gut und recht, aber wie kann auf universitäre und hochspezialisierte Medizin gesetzt werden, wenn die Immobilienstruktur dazu nicht passt? Der Austausch unter Forschenden, Dozierenden, Lernenden und Kliniken muss stattfinden. Dies geschieht an der mittlerweile berühmten Kaffeemaschine bei zufälligen und niederschweligen Begegnungen. Wenn aber kein regelmässiger persönlicher Austausch stattfindet, weil Distanzen dies verunmöglichen – auch wenn diese Distanzen vielleicht nur gering ausfallen –, so fällt damit ein für Innovation inspirierender niederschwelliger Austausch weg. Kooperationen müssen also bewusst gelebt werden, das heisst, es müssen Wege in Kauf genommen werden, welche Zeit und damit Geld kosten. Auf der anderen Seite kann natürlich durch Auslagerung auch Raum und Platz für Neues entstehen und eine Konzentration auf das Wesentliche stattfinden. Im Falle des USZ könnte also dank Kooperationen auch eine klare Ausrichtung auf die spezialisierte und hochspezialisierte Medizin stattfinden. Dieses Gleichgewicht zwischen Kooperation sowie Konzentration und Nähe mit niederschwelligem Austausch muss aber gut austariert sein. Den Grundstein dazu legt man unter anderem mit neuen Bauvorhaben. Darum wäre es wichtig, dass die strategische Ausrichtung gerade bei Bauvorhaben, aber auch ganz grundsätzlich bei den Immobilien in der Eigentümerstrategie sorgfältiger geklärt worden wäre.

Zum Schluss noch ein Wort zu den Finanzen: Immerhin steht in der Strategie, dass die Eigentümerziele erst langfristig aus eigener Kraft sichergestellt werden sollten. Bei einer Zielvorgabe mit einer EBITDA-Marge (*Gewinn vor Zinsen, Steuern und Abschreibungen auf Sachanlagen und immaterielle Vermögensgegenstände*) von mindestens 10 Prozent sehe ich wiederum insbesondere beim USZ schwarz, dass diese in den nächsten Jahren erreicht werden könnte. Wir haben gerade eben anlässlich des Jahresberichtes des USZ gehört, wie es um die finanzielle Situation steht und da ist – ich erlaube mir den Kommentar – eine Zielvorgabe einer EBITDA-Marge von mindestens 10 Prozent in den nächsten Jahren einfach ein schlechter Witz. Was die Gewinnverwendung der Spitäler betrifft, so ist die Regierung in den Erläuterungen zur Eigentümerstrategie beim USZ sehr konkret – eigentlich fast etwas zu konkret. Natürlich ist es sinnvoll, wenn die Absicht der Gewinnverwen-

dung in der Eigentümerstrategie geklärt ist. Aber ist es wirklich sinnvoll, diese mit genauen Zielwerten und Bandbreiten für vier Jahre im Voraus zu definieren? Hier wäre etwas weniger wohl mehr gewesen. Insgesamt können wir in der FDP aber mit den Eigentümerstrategien leben und werden diese darum, wie eingangs erwähnt, mit der hier vorgetragenen Kritik annehmen.

Claudia Hollenstein (GLP, Stäfa): Ich spreche zu den Traktandennummern 24, 26, 28 und 30, also die Eigentümerstrategien für das USZ, die PUK, das KSW und die IPW.

Heute sprechen wir über das Kernstück, über das Ergebnis eines Prozesses oder über den Parmaschinken beziehungsweise über hochwertigen Käse, weil essenziell, deshalb Parma oder Hochqualitätskäse. Allerdings ist dieser mittig eingebettet: oben ein Brötli, unten ein Brötli. Vielleicht liegt er auf Butter; diese ist geschmeidig, kann aber auch schmierig werden. Das obere Brötli – oder Brot –, weil wichtig, versinnbildlicht den Kantonsrat. Er amtiert als Oberaufsicht, deshalb oben. Das untenliegende Brötli kann als jeweilige Institution, von denen wir hier sprechen, bezeichnet werden. Das Kernstück, der Parmaschinken oder High-Level-Käse bezeichne ich als die jeweilige Eigentümerstrategie. Die Eigentümerstrategien sollen inhaltlich Basis bieten, wovon abgeleitet, geklärt, definiert oder gesprochen wird. Sie sorgen für die Richtung, also Strategie, und bringen Klarheit. Soweit zur Theorie.

Die Geschichte der Eigentümerstrategien von den kantonalen Institutionen wie USZ, KSW, PUK und IPW ist noch eine junge. War nicht die Absicht, dass mit ihnen viele Fragen, Unklarheiten, Diskussionen und Unverständnis zu vermeiden seien? Sollte damit nicht auch den Institutionen ein Rahmen gegeben werden, in dessen Mitte sie sich bewegen sollen oder können? Um beim Parmaschinken zu bleiben: Er wurde von der Gesundheitsdirektion nun einer Entschlackungskur unterzogen. Die Eigentümerstrategien wurden verschlankt, unnötige Inhalte entsorgt, Klarheit geschaffen – so die Aussage. Sollen aber Kernstücke, die die Basis – quasi das Fundament sind –, wirklich so daherkommen, wie es die vorliegenden Eigentümerstrategien tun? Wir sind nicht dieser Meinung. Wir sehen sie als zu fest verschlankt, uns fehlt das eine oder andere.

Die ganze Diskussion um die Erreichung der 10 Prozent EBITDA-Marge. Diese Vorgaben sehen aus unserer Sicht beim USZ anders aus, als bei den anderen drei Häusern; diese auch in Kombination mit den enormen Bautätigkeiten, die anstehen oder bereits getätigt werden. Im Jahre 2019 beschrieb ich beim Jahresbericht zum USZ, dass dieses im

Jahre 2030 die 10 Prozent als Zielvorgabe erstmals erreichen wird. Etwas in die Eigentümerstrategie zu schreiben, was sowieso nicht erreicht wird und allen klar ist: Ist das stimmig? Es fehlen klare Inhalte zu Personal und Immobilienstrategie. Eine Immobilienplanung ist aber aus unserer Sicht elementar.

Wo ist die Digitalisierung, die Digitalisierungsstrategie beschrieben? Schliesslich waren die Argumente von Frau Regierungsrätin Rickli für die Implementierung dieses Know-hows im Spitalrat eindringlich. Warum also ist eine Digitalisierungsstrategie in den von uns zu genehmigenden Dokumenten nicht zu finden? Diese betrifft nicht nur Daten und Prozesse, sondern auch neue Arten von Behandlungsmöglichkeiten und ist darum ein absoluter Mehrwert und wichtig.

Zum Thema Nachhaltigkeit: Es mutet einen irritierend an, wenn zu diesem Themenfeld in der heutigen Zeit keine klaren Aussagen getätigt werden. Hier gehören klare Inhalte in die Eigentümerstrategie und sind von den Institutionen auch anzugehen und umzusetzen. Sind tatsächlich Diskussionen um Zielkonflikte im Bereich der Wirtschaftlichkeit ein Grund, sie sein zu lassen? Unternehmensorganisation und deren Kultur, eine zeitgemässe Führungskultur und Vorgaben zu Compliance gehören in alle vier Eigentümerstrategien. Vernehmlassungen bei den betroffenen Institutionen wurden getätigt. Diese setzten sich vertieft und genau damit auseinander und gaben auch sinnvolle Änderungsanträge ein. Ihre Freude wird sich in Grenzen halten.

Die Grundhaltung der Gesundheitsdirektion zu den Eigentümerstrategien ist klar: Der Kantonsrat soll diese genehmigen, zu mehr hat er kein Anrecht. Zufrieden damit ist – glaube ich – hier niemand wirklich. Kernstücke sollten – soweit möglich – umfassend sein, eine hohe Qualität bieten. Sie sind elementar, an ihnen werden die Institutionen gemessen, also guter und genügend Parmaschinken oder feiner Käse.

Dass wir die Eigentümerstrategien nicht ablehnen wie andere Parteien, hat damit zu tun, dass wir erwarten, dass sich die Gesundheitsdirektion mit unseren Kritikpunkten und Verbesserungsvorschlägen auseinandersetzt und sobald als möglich einbaut. Die Option, mit den alten Eigentümerstrategien weiterzuarbeiten, sehen wir nicht als sinnbringend an. Die GLP-Fraktion genehmigt in diesem Falle die vorliegenden Eigentümerstrategien von USZ, PUK, KSW und IPW.

Nora Bussmann Bolaños (Grüne, Zürich): Der Regierungsrat legte 2017 die ersten Eigentümerstrategien vor. Schon damals monierten wir Grünen, dass der Kanton zu wenig definiert, was wir von politischer Seite erwarten. Damals waren es vor allem die fehlenden Aussagen zur

Immobilienstrategie. Auch die zweite Runde der Eigentümerstrategien der kantonalen Spitäler überzeugt uns Grünen inhaltlich nicht.

Die Eigentümerstrategien sind ein zentrales Steuerungsinstrument der Regierung – eigentlich die oberste strategische Ebene – und sollen mittelfristige übergeordnet angelegte Ziele definieren. Es braucht auf dieser Ebene keine operationalisierten oder operativen Ziele, auch nicht allgemeine unternehmerische strategische Ziele. Dieser Logik entsprechen auch die vorliegenden Eigentümerstrategien; hier haben wir nichts zu reklamieren. Die Flughöhe der neuen Eigentümerstrategie stimmt im Grossen und Ganzen.

Spitäler müssen jährlich zur Umsetzung der Eigentümerstrategie Bericht ablegen – das haben wir heute Morgen gehört. Das heisst, hier können wir verankern, was wir für die kantonalen Spitäler und für den Kanton wichtig finden. Und genau hier setzt unsere Kritik an. Uns fehlen wichtige mittel- und langfristige Ziele, Ziele die der Kanton für seine Spitäler setzen und überprüfen können muss.

Positiv bewerten wir die redaktionelle Straffung und die gegenüber den alten Eigentümerstrategien viel klarere Gliederung. Neu stehen in den Eigentümerstrategien Ziele unter folgenden Schwerpunktthemen: a) strategische Schwerpunkte, b) Qualität, c) Personalpolitik, d) Kooperationen, Beteiligungen und Auslagerungen, e) Unternehmensorganisation und Unternehmenskultur, f) Infrastruktur, g) Finanzen, h) Risikomanagement und i) Berichterstattung, Information und Kommunikation. Im Entwurf des revidierten USZ Gesetzes, welcher gerade in Vernehmlassung ist, sind diese Schwerpunktthemen erwähnt. Zudem steht im Vernehmlassungsentwurf dazu, dass dieser Katalog nicht abschliessend ist, weil das Wort «insbesondere» drinsteht. Es steht da: «Der Regierungsrat beschliesst die Eigentümerstrategie. Diese umfasst Vorgaben insbesondere zu...» Und im Kanton des Vernehmlassungsentwurfs steht: «... bei Bedarf kann er erweitert werden.» Und ja, wir sehen sehr wohl Bedarf, diesen Katalog zu erweitern. Wir haben schon von anderen Fraktionen gewisse Punkte gehört wie die Digitalisierung. Uns ist aber sehr wichtig – die GLP hat es jetzt auch erkannt – das Thema «Nachhaltigkeit».

Der Kanton Luzern macht es vor: In seiner Eignerstrategie von diesem Sommer für das LUKS (*Luzerner Kantonsspital*) nimmt er politische und ökologische Ziele auf, und zwar genau unter dieser Unterschrift: Zu den politischen und ökologischen Zielen gehören zum Beispiel eine ökologische und nachhaltige Energieversorgung und Abfallbewirtschaftung und ein CO₂-neutraler Gebäudepark bis in mittelfristiger Zu-

kunft. Luzern verlangt auch von seinem Kantonsspital einen Klimabericht vorzulegen mit Massnahmen, wie langfristig die Klimaneutralität erreicht werden kann. Wieso finden wir in Zürich dieses Thema im Jahr 2021 nicht genügend relevant, um es in eine Eigentümerstrategie aufzunehmen? Wir finden das unbegreiflich. Denn nicht nur das Uni-Spital und das IPW sollen ihre Anstrengungen in diesem Bereich offenlegen und stärken. Und noch eine Nebenbemerkung zur Luzerner Eigentümerstrategie: Luzern hat den Mut, eine Geschlechterquote von 30 Prozent für den Verwaltungsrat aufzunehmen.

Gerne möchte ich noch weitere Punkte der Eigentümerstrategien besonders hervorheben oder kritisch betrachten: Wir danken der Regierung dafür, dass sie die Empfehlungen aus dem ABG-Bericht und dem Bericht von Res Publica (*Unternehmensberatungsfirma*) auch in der Eigentümerstrategie aufgenommen hat und Ziele setzte im Bereich «Unternehmensorganisation- und Unternehmenskultur», und zwar in den Eigentümerstrategien von USZ und PUK. Unverständlich finden wir hingegen, dass dieser Punkt, der wesentlich für die Personalrekrutierung, Personalentwicklung, Reputation und somit auch Qualität und Wirtschaftlichkeit eines Spitals ist, nicht auch für die Winterthurer Spitäler KSW und IPW aufgenommen worden ist. Auch wenn in diesen beiden Institutionen anscheinend eine etwas andere, bessere Kultur herrscht, muss die Unternehmensorganisation und -kultur auch hier ein Kernanliegen des Kantons sein, denn wenn es heute gut ist, heisst es nicht, dass das auch morgen noch so ist. Wenn der Punkt in der Eigentümerstrategie drin ist, bleibt er auf dem Radar, die Spitäler müssen jährlich berichten. Zudem hat es die Regierung verpasst unter dem Titel «Kooperationen, Beteiligungen und Auslagerungen» inhaltlich klare Leitplanken für das Eingehen von Beteiligungen zu definieren. Auch fehlt uns unter dem Stichwort «Kooperationen» – oder eher der allgemeinen strategischen Schwerpunkte – eine Aussage zum erwarteten Verhältnis und den erwarteten kooperativen Aktivitäten der vier kantonalen Spitäler.

Da wir die Eigentümerstrategie nur entweder annehmen oder ablehnen, genehmigen oder nicht genehmigen können, nicht aber die Kompetenz haben Ergänzungen oder Änderungen anzubringen, genehmigen wir die Eigentümerstrategien in dieser Form nicht. Noch einmal: Uns Grünen fehlt vor allem der Bereich «Nachhaltigkeit», der heutzutage einfach ein Muss sein muss, und wir von unseren Spitälern jährlich eine Aussage wollen zum Stand der Dinge in Bezug auf Klimaneutralität. Zudem gehört auch in die Eigentümerstrategien von KSW und IPW das Kapitel

«Unternehmensorganisation und -kultur», eigentlich der soziale Bereich der Nachhaltigkeit. Danke.

Lorenz Schmid (Die Mitte, Männedorf): Die Eigentümerstrategie, die diskutieren wir alle vier Jahre. Wir haben sie intensiv diskutiert. Genehmigen tun wir zwar den Bericht jedes Jahr. Somit nehme ich jetzt auch im Zuge der Genehmigung des Jahres- oder des Geschäftsberichts jetzt die Möglichkeit der Würdigung der Eigentümerstrategie wahr.

Der versierte Beobachter hat festgestellt, dass die Mitte wirklich die Mitte ist. In der Bildsprache von Claudia Hollenstein, das Fleisch oder der Käse oder für Veganer die Gurke im Sandwich. Wir haben entschieden, dass wir zwei Eigentümerstrategien genehmigen, und zwar diejenigen der nicht-universitären Einrichtungen. Wir werden aber die Genehmigung nicht für die Eigentümerstrategien der universitären Spitäler, für das USZ und die PUK, geben. Ich komme in meiner Würdigung der Eigentümerstrategien darauf zu sprechen.

Zuerst möchte ich jedoch eine kleine Würdigung vornehmen: In der Tat glaube ich gegenüber der alten Eigentümerstrategie hat die neue jetzt doch ein bisschen zugelegt. Geniessen Sie mal die Lektüre der Eigentümerstrategie anno dazumal von 2017. Da steht: Zweck der Eigentümerstrategie und ist eine Belehrung, was eine Eigentümerstrategie sein könnte. «Aufgabe des Kantons in der Spitalversorgung», so ein Titel, der sicher nichts mit der Eigentümerstrategie im USZ zu tun hat. Das Universitätsspital Zürich, so die Abhandlung, was denn das überhaupt ist. Die gesetzlichen Grundlagen haben wir auch in der nun vorliegenden Eigentümerstrategie sogenannten entsorgt. Dann sprechen wir über die Strategieziele des Kantons. Ja, es geht ja hier um die Strategie nicht des Kantons, sondern es geht um die Eigentümerstrategie für das USZ. Also, wir haben wirklich sehr viel Ballast in dieser Eigentümerstrategie, in der Neuausgabe 2021, entsorgt. Das gefällt mir, das gefällt uns sehr gut. Auch das Kapitel zwei, «Qualität», in der sprechen wir jetzt wirklich mal von Ergebnisqualität. Mir fehlt noch der Begriff der Indikationsqualität. Aber zumindest ist die Ergebnisqualität als Resultat der Qualitäten hier vermerkt, vielleicht zurückzuführen auf den Vorstoss (KR-Nr. 78/2018), den ich einmal eingereicht habe betreffend Output und Indikationsqualität. Das Thema ist jetzt immer noch auf der Traktandenliste (Vorlage 5755), aber zumindest in dieser Eigentümerstrategie schon ein bisschen umgesetzt.

Personalpolitik ist auch sehr gut. Interessanterweise fehlt das Kapitel «Kommunikation», also, Kommunikation an und für sich fehlt in dieser heutigen Strategie. Ja, gut, in der alten hat es wahrscheinlich auch nicht

sehr viel gebracht. Wie wir wissen, hat die Kommunikation des Spitalrats in den letzten vier Jahren nicht sehr gut funktioniert. Was ich sehr würdigen möchte, ist das Kapitel «Kooperation, Beteiligung und Auslagerungen», vielleicht im Zuge der unvorsichtigen Zusammenarbeit, die mal geplant war vom Universitätsspital mit dem Spital Männedorf. Da sind jetzt wirklich auch drei Qualitäten als sogenannte Und-Kriterien genannt, vorliegend die Fokussierung auf die universitäre und hochspezialisierte Medizin. Das ist also eine Bedingung, die sehr gut gefällt.

Jetzt kommen wir aber zu den kritischen Punkten: Da sind wir, und die haben wir schon mehrmals diskutiert, bei der Infrastruktur. In der Tat stehen hier so Plattitüden wie «zeitgemässe und professionelle Immobilienmanagement» und «zeitgemässe Spitalinfrastruktur». Das ist einfach keine Strategie. Soll es hier denn heissen «unzeitgemäss» oder «unprofessionell»? Das ist eine Flughöhe, die uns einfach nichts gibt. Und da komme ich schon ein bisschen ins Staunen. Vorrednerinnen sagen, die Eigentümerstrategie soll schlank sein. Hier ist sie sogar ein bisschen anorektisch ausgefallen. Liebe Bettina, wir können mit diesem Artikel «Infrastruktur» einfach nichts anfangen. Wir können darüber schimpfen, dass sie hier inhaltlos etwas hinschreiben. Aber man darf einfach dazu nicht Ja sagen, sondern man muss diese Eigentümerstrategie zumindest für die universitären Infrastrukturen zurückweisen. Ein bisschen kann ich gut verstehen, dass man den Spielraum für die nicht-universitären Spitäler belassen möchte, indem man wirklich eine ganz knappe Eigentümerstrategie schreibt, aber für universitäre Infrastrukturen ist das nicht zielführend.

Nachhaltigkeit wurde von Claudia Hollenstein erwähnt. Wir finden nix in der Eigentümerstrategie. Wie auch die Digitalisierung, lieber Lorenz, liebe Bettina, beide haben sich da kritisch geäussert. Nur, zu meinem grossen Erstaunen werdet ihr dann aber trotzdem die Eigentümerstrategie genehmigen.

Der zweite kritische Punkt sind die Finanzen. Die habe ich schon heute Morgen erwähnt. Wir haben die Vorgaben von 10 Prozent für EBITDA. Das USZ wird das nie erreichen. Meine Vorrednerin vorhin hat das als Witz genannt, diese 10 Prozent reinzuschreiben. Also, ich möchte einfach keine Witze in die Eigentümerstrategie des USZ schreiben. Deshalb werden wir auch diese Eigentümerstrategie zurückweisen. Wir müssen diese Unterfinanzierung angehen; sie muss entweder von uns thematisiert oder sonst muss sie einfach vom Spitalrat mal vorgebracht werden. Diese Unterfinanzierung wird eine Zeitbombe darstellen, die

zu, mindestens dann, wenn es wirklich um die grossen Brocken der Finanzierungen, den Infrastrukturen geht, dann einfach mal zu Vorschein kommen.

Wir haben sehr viele Punkte, die wir befürworten, aber eben Digitalisierung, Nachhaltigkeit, Infrastruktur wie auch Finanzen sind für uns in dieser Eigentümerstrategie einfach nicht zu Genüge abgedeckt. Wir sehen uns gezwungen, diese Eigentümerstrategie zurückzuweisen. Es ist nicht so, dass wenn man sie zurückweist, dass sie dann nicht mehr kommt. Der Regierungsrat und die Gesundheitsdirektion wären dann gefordert, eine neue Eigentümerstrategie mit den Inhalten, die wir hier kritisiert haben, vorzubringen. Also, besser eine gute Eigentümerstrategie in vielleicht sechs, neun Monaten, als diese Eigentümerstrategie für die nächsten vier Jahre.

Wir werden die Eigentümerstrategie der IPW und des KSW genehmigen, jedoch die des USZ und der PUK werden wir zurückweisen. Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit.

Mark Anthony Wisskirchen (EVP, Kloten): Die Eigentümerstrategien sind, wie wir aus den vorangehenden Voten hören konnten, ein heisses Eisen, welches im Kantonsrat im Vierjahresrhythmus jeweils funken-sprühend und kontrovers geschmiedet respektive diskutiert wird – so auch heute zu den neuen Eigentümerstrategien mit der Ausrichtung für die Jahre 2022 bis 2025. Als kleinere Partei im Kantonsrat und quasi Nachsprecherin nehme ich für die EVP an dieser Stelle gleich zu allen vier Institutionen Stellung und halte mich kurz.

Selbstverständlich gibt es immer irgendwelche und begründbare Einwände, wenigstens teilweise, wie wir auch gehört haben, welche eine Eigentümerstrategie nicht für alle Gesinnungsgruppen gleichsam erfüllen können. Die Verbesserungen darin sind jedoch sichtbar und für die einzelnen Gesundheitsinstitutionen umsetzbar. Alle Themen in der Eigentümerstrategie sind aus unserer Sicht wichtig, ob Personalpolitik, Qualität, ganz sicher die Finanzen oder auch Unternehmensorganisation und Kultur, aber auch das Thema der Immobilienstrategien und einige Punkte mehr. Der Kantonsrat hat zu diesen Strategien, die der Regierungsrat alle vier Jahre nachführt, lediglich die Wahl der Genehmigung oder Nicht-Genehmigung, was einer einheitlich akzeptierten Eigentümerstrategie nicht unbedingt förderlich ist. Dieser Prozess könnte partizipativer ausgestaltet werden. Dennoch ist es der EVP äusserst wichtig als Miteigentümer der kantonalen Gesundheitsinstitutionen, dass die nun vorliegenden Eigentümerstrategien, trotz den einzelnen Ablehnungsanträgen, eingeführt werden können. Die Ablehnung oder

Rückweisung der einzelnen Eigentümerstrategien bringt uns alle nicht weiter und schadet den Institutionen, die sich mittelfristig und nachhaltig danach ausrichten und entsprechend betriebliche und organisatorische Massnahmen ergreifen sowie begleitend die interne Kommunikation aufbereiten und auf das kommende Jahr hin bereits umsetzen müssen.

Die EVP-Fraktion unterstützt deshalb alle vier neuen Eigentümerstrategien, denen wir gerne noch von den einen oder anderen präziseren Hammerschlag ins noch heisse Eisen versetzt hätten, bevor es bereits abgekühlt und definitiv gehärtet in die vorberatende Kommission zur Diskussion zwar, aber eben nicht zu möglichen Veränderungen unterbreitet wurden.

Nicole Wyss (AL, Zürich): Auch ich werde der Einfachheit halber zu allen vier Eigentümerstrategien sprechen, denn die Alternative Liste ist mit diesen insgesamt nicht zufrieden. Wir werden uns den Minderheitsanträgen anschliessen und alle vier Eigentümerstrategien nicht genehmigen. Sie sind sehr allgemein gehalten und mehr Worthülsen denn Strategien. Es mutet etwas eigenartig an, dass die überarbeiteten Eigentümerstrategien noch schlanker daherkommen, gerade im Hinblick auf den damaligen Wunsch des Minderheitsantrages, ein konkreteres, ein aussagekräftigeres Dokument in den Händen zu halten.

Ich möchte hier an den ABG-Bericht über die Vorkommnisse am Universitätsspital erinnern. Der Bericht hielt mehr als 70 Massnahmen fest. Wie soll mit dem heute vorliegenden Papier nur eine der zahlreichen Massnahmen umgesetzt werden? Wenn wir heute die Eigentümerstrategien genehmigen, dann geht es am Uni-Spital weiter wie bisher. Am vorliegenden Dokument vermisse ich den strategischen Führungsanspruch der Gesundheitsdirektion. Oder sind diese Plattitüden der Eigentümerstrategien ein Ausdruck der Hilfslosigkeit, der Machtlosigkeit der Gesundheitsdirektion angesichts der totalen Verselbstständigung der kantonalen Spitäler? Sind diese Strategiepapiere eine Kapitulation vor den tatsächlichen Strukturen, die mit den Auslagerungen geschaffen wurden? Wir werden den Eindruck nicht los, dass die Eigentümerstrategien deshalb so nichtssagend daherkommen, weil mit der maximal möglichen Verselbstständigung der kantonalen Spitäler und Psychiatrien die Politik eben nichts mehr zu sagen hat. Die vier Häuser sind dem politischen Zugriff fast gänzlich entzogen.

Wenn wir aber ins Detail gehen wollen, dann vermisst die Alternative Liste in den Eigentümerstrategien messbare Vorgaben. Um beispiels-

weise die Attraktivität für Arbeitnehmende zu steigern, könnten Weiterbildungen für Wiedereinsteigende geboten, Schichtpläne verbessert oder ein besseres Betreuungsangebot in Angriff genommen werden. Um genügend Personal zu haben, muss dieses ausgebildet werden. Eine Verbesserung in diesen Bereichen wäre messbar.

In der Überarbeitung wird neu eine mittel- und langfristige Infrastruktur- und Investitionsplanung zuhanden der Eigentümervertreterin vorgegeben. Die jährliche Berichterstattung zuhanden des Kantonsrates fällt weg. Wie kann da eine angemessene Aufsicht gewährleistet werden? Bei den finanziellen Zielen stehen noch immer 10 Prozent EBITDA-Marge. Für das USZ, wie haben es heute schon vielfach gehört, wird es kaum möglich sein, in diese Grössenordnung zu gelangen. Ein regelmässiger Austausch zwischen der Gesundheitsdirektion und dem Spitalrat reicht der Alternativen Liste nicht. Es ist eine bessere Anbindung der vier Häuser an die Politik dringend vonnöten. Der ABG-Bericht lässt diesbezüglich keinen anderen Schluss zu. Eigentlich müsste gefordert werden, dass die Gesundheitsdirektorin (*Regierungsrätin Natalie Rickli*) im Spitalrat Einsitz hat.

Arianne Moser-Schäfer (FDP, Bonstetten): Ich glaube, hier gibt es in einigen Fraktionen ein Missverständnis zwischen Eigentümerstrategie und Unternehmensstrategie; diese beiden Dinge sind wirklich auseinanderzuhalten. Ich beziehe mich da insbesondere auf einige Beispiele meiner Vorrednerin. Die Aufgabe einer Eigentümerstrategie ist es, Leitlinien festzuhalten, innerhalb derer eine Unternehmensstrategie formuliert werden kann, innerhalb derer sich ein Unternehmen zu bewegen hat. So konkrete Massnahmen wie Weiterbildung und so weiter gehören da einfach nicht rein. Das gehört dann in den Massnahmenkatalog einer Unternehmensstrategie. Ich glaube es ist wirklich wichtig, dass wir diese beiden Dinge in dieser Diskussion und für unsere Entscheide auseinanderhalten.

Regierungsrätin Natalie Rickli: Vielen Dank für die interessante Debatte, und die vielen interessanten Inputs. Ich komme am Schluss darauf zurück.

Sie wissen es: Die aktuellen Eigentümerstrategien sind seit der vollständigen Verselbstständigung in Kraft; im Fall des USZ und der PUK sind das knapp dreieinhalb Jahre, seit der Übertragung der Immobilien respektive seit der umfassenden Selbstständigkeit. Beim KSW und der IPW sind es zweieinhalb Jahre.

Die Strategien haben sich bewährt. Daher haben wir in der Überarbeitung am Inhalt auch nichts fundamental geändert. Es hat sich aber gezeigt, dass sie schlanker und besser überprüfbar gestaltet werden müssen. Dazu kommen Themen, welche mit der Weiterentwicklung der Spitallandschaft vermehrt in den Fokus geraten, so unter anderem das Thema Governance, welches uns vor allem beim USZ im vergangenen Jahr sehr stark beschäftigt hat – Sie ja auch.

Ganz allgemein hat sich die Bedeutung des Eigentümer-Controllings erhöht, einerseits wegen der Risiken, die sich aus der Grösse der Betriebe ergeben. Andererseits aber verlangt die gewünschte und richtige grössere Selbständigkeit der Spitäler eine starke Rolle des Kantons als Eigentümer. Diese Rolle soll mit der Überarbeitung unterstützt werden, ohne aber die Spitäler in ihrer Entwicklung zu behindern. Das war die Leitlinie des Regierungsrates bei der Überarbeitung der Strategien.

Die Governance der kantonalen Spitäler folgt einer einheitlichen und systematischen Logik. Deshalb sind die Eigentümerstrategien für die vier kantonalen Spitäler im Wesentlichen gleich. Lediglich bei den Universitätsspitalern bestehen einige wenige spezifische Vorgaben zu Forschung und Lehre. So werden beim USZ Vorgaben zur universitären Medizin respektive zur hochspezialisierten Medizin gemacht. Ganz neu sind die Bestimmungen zur Unternehmensorganisation und -kultur, welche ganz spezifisch Bezug nehmen auf die Governance-Probleme im USZ. In den übrigen Themen sind die Bestimmungen im Wesentlichen gleich wie bei den anderen Eigentümerstrategien.

Nun zu den Änderungen im Einzelnen: Wir haben die Qualitätsvorgaben präzisiert. Zudem haben wir das Thema Kooperationen, Beteiligungen und Auslagerungen dahingehend konkretisiert, dass diese die strategischen Schwerpunkte des Spitals stärken müssen. Die Finanzvorgaben wurden beibehalten, aber mit einem klareren Rahmen betreffend Gewinnverwendung ergänzt. Wir haben Ausführungen zum Risikomanagement integriert, ebenso auch den Informationsaustausch mit dem Kanton genauer gefasst. Alle Änderungen haben zum Ziel, dass die Vorgaben für das Spital klarer formuliert sind, aber auch die Kontrolle der Umsetzung verbessert werden kann dank dieser klareren Vorgaben. Daher glauben wir, dass die überarbeiteten und ergänzten Eigentümerstrategien einen echten Gewinn gegenüber den geltenden Strategien darstellen.

Eine Nicht-Genehmigung der Vorlagen hätte bedeutende Nachteile. Natürlich könnte man die in der Beratung geäusserten Kritikpunkte und ergänzenden Vorschläge einarbeiten. Dazu gehört berechtigterweise

der Punkt, dass man die Digitalisierung explizit als Thema hätte aufnehmen können. Wir haben das nicht gemacht, weil sich die Spitäler ohnehin sehr aktiv mit dem Thema beschäftigen, aber man hätte es natürlich aufnehmen können. An dieser Stelle sei erwähnt, dass Sie bei der Nachfolgewahl in den Spitalrat des USZ mit Jörgen Holm einen Spezialisten für die Digitalisierung gewählt haben. Auch der Hinweis, dass die Bestimmungen zur Corporate Governance nicht nur bei den komplexeren universitären Spitälern USZ und PUK aufzuführen sind, sondern auch beim KSW und bei der IPW, ist berechtigt. Wir sind aber bei allen Spitälern gleichermassen daran, die Schlussfolgerungen aus den Erkenntnissen bezüglich des USZ zu ziehen, insbesondere auch, was die Empfehlungen seitens der ABG angeht. Wir haben diesen Punkt explizit bei den kürzlich durchgeführten Eigentümergesprächen mit den Spitälern diskutiert und werden bei allen Spitälern in der Governance-Frage dranbleiben.

Was das ebenfalls vorgebrachte Thema der erforderlichen EBITDA-Marge angeht, so muss ich betonen, dass diese Marge von den Spitälern nicht in Frage gestellt wird, auch wenn sie zwischenzeitlich nicht erreicht wird. So benötigt das USZ eine EBITDA-Marge von 10 Prozent zur Finanzierung seiner Investitionen in Zukunft. Dies wird weder vom USZ noch vom KSW bestritten.

Ich habe Ihnen sehr interessiert zugehört und festgestellt, dass Sie viele guten Ideen haben, wie man die Eigentümerstrategie ergänzen könnte. Ob es möglich wäre, eine Eigentümerstrategie für das USZ zu gestalten, damit Sie alle einverstanden wären, wage ich aber zu bezweifeln. Ich glaube, es bleibt uns oder Ihnen nichts anders übrig, die Eigentümerstrategien so zu unterstützen, denn eine Nicht-Genehmigung ihrerseits würde bedeuten, dass wir mit den alten Eigentümerstrategien weiterfahren würden, und die politischen Prozesse würden dazu führen, dass wohl einige Jahre keine neuen Eigentümerstrategien ihrerseits unterstützt würden.

Insofern danke ich Ihnen für die Unterstützung. Vielen Dank.

*Detailberatung
Titel und Ingress*

Keine Bemerkungen; genehmigt.

I. Die Eigentümerstrategie für das Universitätsspital Zürich 2022–2025 vom 31. März 2021 wird genehmigt.

Minderheitsantrag von Esther Straub, Jeannette Büsser, Nora Bussmann, Andreas Daurù, Thomas Marthaler und Lorenz Schmid:

I. Die Eigentümerstrategie für das Universitätsspital Zürich 2022–2025 vom 31. März 2021 wird nicht genehmigt.

Abstimmung

Der Kommissionantrag wird dem Minderheitsantrag von Esther Straub gegenübergestellt. Der Kantonsrat beschliesst mit 90 : 66 Stimmen (bei 1 Enthaltung), dem Antrag der Kommission zuzustimmen. Damit ist die Eigentümerstrategie für das Universitätsspital 2022–2025 genehmigt.

II. Mitteilung an den Regierungsrat.

Keine Bemerkungen; genehmigt.

Das Geschäft ist erledigt.

3. Eigentümerstrategie für die Psychiatrische Universitätsklinik Zürich 2022-2025

Antrag des Regierungsrates vom 31. März 2021 und geänderter Antrag der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit vom 13. Juli 2021

Vorlage 5697a

Ratspräsident Benno Scherrer: Wir haben freie Debatte beschlossen. Eintreten ist obligatorisch.

Regierungsrätin Natali Rickli: Vielen Dank für die Unterstützung beim USZ. Ich kann es hier kurz machen. Die Grundzüge und die wesentlichen Elemente bei der Überarbeitung der Eigentümerstrategien habe ich Ihnen beim vorherigen Traktandum erläutert.

Was die Psychiatrische Universitätsklinik anbelangt, so ist die für die PUK vorgesehene Strategie praktisch gleichlautend wie jene des USZ, weil es sich auch um eine universitäre Klinik handelt. Die Unterschiede beziehen sich nur auf den Umstand, dass es sich um eine psychiatrische Klinik und nicht um ein Akutspital handelt. Damit ist der Zweck leicht anders formuliert, ebenso auch die konkreten Qualitätsvorgaben, weil

die Behandlungen ganz andere sind. Bei der PUK, als psychiatrischem Spital, ist der Investitionsbedarf etwas geringer, weshalb die Gewinnvorgabe tiefer ist, die erforderlich ist, um die nötigen Investitionen finanzieren zu können. Auch bei der PUK stellt die Überarbeitung der Eigentümerstrategie eine klare Verbesserung dar.

Ich danke Ihnen für die Unterstützung.

Detailberatung

Titel und Ingress

Keine Bemerkungen; genehmigt.

I. Die Eigentümerstrategie für die Psychiatrische Universitätsklinik Zürich 2022–2025 vom 31. März 2021 wird genehmigt.

Minderheitsantrag von Esther Straub, Jeannette Büsser, Nora Bussmann, Andreas Daurù, Thomas Marthaler und Lorenz Schmid:

I. Die Eigentümerstrategie für die Psychiatrische Universitätsklinik 2022–2025 vom 31. März 2021 wird nicht genehmigt.

Abstimmung

Der Kommissionantrag wird dem Minderheitsantrag von Esther Straub gegenübergestellt. Der Kantonsrat beschliesst mit 93 : 66 Stimmen (bei 1 Enthaltung), dem Antrag der Kommission zuzustimmen. Damit ist die Eigentümerstrategie für die Psychiatrische Universitätsklinik 2022–2025 genehmigt.

II. Mitteilung an den Regierungsrat.

Keine Bemerkungen; genehmigt.

Das Geschäft ist erledigt.

4. Eigentümerstrategie für das Kantonsspital Winterthur 2022-2025

Antrag des Regierungsrates vom 31. März 2021 und geänderter Antrag der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit vom 13. Juli 2021

Vorlage 5696a

Ratspräsident Benno Scherrer: Wir haben freie Debatte beschlossen. Eintreten ist obligatorisch.

*Detailberatung
Titel und Ingress*

Keine Bemerkungen; genehmigt.

I. Die Eigentümerstrategie für das Kantonsspital Winterthur Universitätsklinik Zürich 2022–2025 vom 31. März 2021 wird genehmigt.

Minderheitsantrag von Esther Straub, Jeannette Büsser, Nora Bussmann, Andreas Daurù, Thomas Marthaler und Lorenz Schmid:

I. Die Eigentümerstrategie für das Kantonsspital Winterthur 2022–2025 vom 31. März 2021 wird nicht genehmigt.

Abstimmung

Der Kommissionantrag wird dem Minderheitsantrag von Esther Straub gegenübergestellt. Der Kantonsrat beschliesst mit 97 : 56 Stimmen (bei 0 Enthaltungen), dem Antrag der Kommission zuzustimmen. Damit ist die Eigentümerstrategie für das Kantonsspital Winterthur 2022–2025 genehmigt.

II. Mitteilung an den Regierungsrat.

Keine Bemerkungen; genehmigt.

Das Geschäft ist erledigt.

5. Eigentümerstrategie für die Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland 2022-2025

Antrag des Regierungsrates vom 31. März 2021 und geänderter Antrag der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit vom 13. Juli 2021

Vorlage 5698a

Ratspräsident Benno Scherrer: Wir haben freie Debatte beschlossen. Eintreten ist obligatorisch.

*Detailberatung
Titel und Ingress*

Keine Bemerkungen; genehmigt.

I. Die Eigentümerstrategie für die Integrierte Psychiatrie Winterthur Zürich-Unterland 2022–2025 vom 31. März 2021 wird genehmigt.

Minderheitsantrag von Esther Straub, Jeannette Büsser, Nora Bussmann, Andreas Daurù, Thomas Marthaler und Lorenz Schmid:

I. Die Eigentümerstrategie für die Integrierte Psychiatrie Winterthur Zürich-Unterland 2022–2025 vom 31. März 2021 wird nicht genehmigt.

Abstimmung

Der Kommissionantrag wird dem Minderheitsantrag von Esther Straub gegenübergestellt. Der Kantonsrat beschliesst mit 102 : 57 Stimmen (bei 1 Enthaltung), dem Antrag der Kommission zuzustimmen. Damit ist die Eigentümerstrategie für die Integrierte Psychiatrie Winterthur Zürich-Unterland 2022–2025 genehmigt.

II. Mitteilung an den Regierungsrat.

Keine Bemerkungen; genehmigt.

Das Geschäft ist erledigt.

6. Individuelle Prämienverbilligungen: Die Regierung muss handeln

Antrag des Regierungsrates vom 11. März 2020 zum dringlichen Postulat KR-Nr. 44/2019 und gleichlautender Antrag der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit vom 18. August 2020

Vorlage 5602

Ratspräsident Benno Scherrer: Wir haben gemäss Paragraph 61 des Kantonsratsgesetzes Kurzdebatte beschlossen, das heisst, die Redezeit beträgt zwei Minuten.

Benjamin Fischer (SVP, Volketswil), Präsident der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit (KSSG): Ich denke, die zwei Minuten gelten auch für den Präsidenten. Da muss ich aber rasch machen.

Die KSSG beantragt Ihnen einstimmig, das dringliche Postulat «Individuelle Prämienverbilligungen: Die Regierung muss handeln» als erledigt abzuschreiben. Mit diesem Postulat wurde der Regierungsrat beauftragt, die Einkommensgrenzen für Familien mit Kindern zum Erhalt einer individuellen Prämienverbilligung zu überprüfen und gegebenenfalls so anzupassen, dass im Kanton Zürich gemäss Entscheid 8C_228/2018 des Bundesgerichts auch Familien mit mittlerem Einkommen Unterstützung erhalten. Es wurde gefordert, dass die Anpassung nicht auf Kosten anderer Bezugsgruppen wie Einzelpersonen, jungen Erwachsenen in Ausbildung oder Paaren ohne Kinder erfolgen solle. Der Regierungsrat hat sich bei der Festlegung der Berechtigungsgrenzen für das Prämienverbilligungsjahr 2020 entschieden, die Einkommensgrenzen für Familien mit Kindern, für junge Erwachsene in Ausbildung, für Alleinstehende und für Alleinerziehende massvoll zu erhöhen und ist damit den Postulatsforderungen bis zu einem gewissen Grad entgegengekommen.

In der Kommission wurde eingebracht, dass für Familien mit Kindern eigentlich keine effektive Erhöhung der Einkommensgrenze stattgefunden habe. Der Wert sei nun wieder auf dem Niveau des Jahres 2016. Es wurde weiter ausgeführt, dass die Krankenkassenprämien sich in den letzten 20 Jahren mehr als verdoppelt hätten, während die Prämienverbilligungen nur um 40 Prozent angestiegen seien. Alles in allem sei der Stand demzufolge eigentlich schlechter als im Jahr 2016.

Es wurde die Frage nach den Auswirkungen des Systemwechsels in der individuellen Prämienverbilligung vom Stufen- zum Eigenanteilsmodell aufgrund der neuen Bedingungen des EG KVG (*Einführungsgesetz zum Krankenversicherungsgesetz*) diskutiert. Sie können sich vielleicht

erinnern an diese grosse Debatte, die wir vor nicht allzu langer Zeit geführt haben und diesen Systemwechsel im EG KVG. Es wurde von einer Minderheit ein Monitoring gefordert, das darlegen soll, wie die einzelnen Anspruchsgruppen im Jahr 2021 dastehen werden. Die geforderten Daten lagen zum Zeitpunkt der Behandlung in der Kommission im Sommer 2020 noch nicht vor. Da ein Monitoring nicht Teil der Forderungen des Postulats war, steht einer Abschreibung zu diesem Zeitpunkt aber nichts im Weg. Die Gesundheitsdirektion hat die Kommission an der Sitzung vom 30. März 2021 über erste Erkenntnisse der Auswirkungen des neuen EG KVG auf die Verteilung der individuellen Prämienverbilligung für die verschiedenen Anspruchsgruppen informiert. Die Kommission hat der Abschreibung dieser Vorlage einstimmig zugestimmt. Damit ist das Thema natürlich noch nicht erledigt; man wird es weiterverfolgen. Namens der KSSG bitte ich Sie, das Postulat als erledigt abzuschreiben. Besten Dank.

Esther Straub (SP, Zürich): Wir bedanken uns bei der Regierung für die schnelle Umsetzung unserer Forderung für 2020 und für die geplante Fortsetzung. Wir sind froh, dass der Kanton Zürich damit wieder KVG-konform unterwegs ist und dass auch die Einkommensgrenzen anderer Bezugsgruppen erhöht wurden, das erfüllt ebenfalls unser Postulatsanliegen, wofür wir uns bedanken.

Vier kritische Bemerkungen in zwei Minuten: Erstens, das Bundesgericht erachtete in seiner Entscheid zum Fall Luzern eine Einkommensgrenze bei 72,5 Prozent des Medianeinkommens als zu knapp über der Schwelle von 70 Prozent. Die neue Zürcher Grenze entspricht 76 Prozent und liegt also immer noch in einem sehr tiefen Bereich. Zweitens, die Erhöhung der Einkommensgrenze für Familien auf 62'900 Franken ist keine effektive Erhöhung, sondern lediglich ein Zurückgehen auf das Jahr 2016, als die Einkommensgrenze präzise bei dieser Summe lag. Somit wurden nur die Kürzungen der letzten Jahre rückgängig gemacht. Die Prämien sind aber im selben Zeitraum gestiegen. Wir stehen heute also trotz der Anpassung der Einkommensgrenze schlechter da als 2016. Drittens, der Systemwechsel zum neuen Eigenanteilsmodell ist erfolgt. Leider haben wir die Zahlen noch nicht, wie sich die Verteilung der IPV (*individuelle Prämienverbilligung*) auf Personen und Haushalte ohne Kinder auswirkt und wie sich die Höhe des Eigenanteils entwickelt. Er liegt aber bereits jetzt viel zu hoch. Wir werden die Entwicklung weiterhin kritisch beobachten. Viertens, der Kantonsbeitrag von 92 Prozent steht leider nicht als Mindestbeitrag im Gesetz; im EG KVG sind immer noch die 80 Prozent als Minderanteil festgehalten.

Wir haben also keine Sicherheit, dass er eingehalten wird. Letztes Jahr zum Beispiel waren es in der Rechnung 84 Prozent, obwohl im Budget 92 Prozent eingestellt worden sind. Auch da werden wir weiterhin kritisch hinschauen und uns überlegen, was es noch braucht.

Wir sind mit der Abschreibung einverstanden.

Bettina Balmer-Schiltknecht (FDP, Zürich): Beim Postulat «Individuelle Prämienverbilligungen: Die Regierung muss handeln» geht es im Kern um dieselbe Sache wie bei der CVP-Initiative «Raus aus der Prämienfalle», die am 13. Juni dieses Jahres vom Volk mit 64 Prozent wuchtig bachab geschickt wurde. Einerseits sind die Krankenkassenprämien für untere und auch mittlere Einkommen kaum mehr ertragbar. Andererseits wurde der Anteil an der IPV gerade kürzlich, Esther Straub, signifikant erhöht und beträgt aktuell eine Milliarde Franken. Vor allem aber gibt es aber auch andere Methoden, die Prämienlast zu senken als giesskannenartig und ungezielt noch mehr Steuergelder zu verteilen. «Smarter Medicine» ist ein solcher Ansatz, effektive und effiziente Digitalisierung – wir haben es gerade gehört – sowie Bürokratieabbau sind weitere Baustellen, die am Ende des Tages zu einem besseren und auch bezahlbareren Gesundheitswesen führen, um an dieser Stelle nur ein paar Stichworte zu nennen.

Im vorliegenden Postulat wurde der Regierungsrat konkret gebeten, umgehend die Einkommensgrenze für Familien mit Kindern zu überprüfen und gegebenenfalls anzupassen. Dies wurde zwischenzeitlich gemacht und damit erübrigt sich das Postulat.

Die FDP folgt der Empfehlung der Regierung, das Postulat als erledigt abzuschreiben.

Nicole Wyss (AL, Zürich): Die Alternative Liste ist für das Abschreiben des Postulats. Die Regierung hat nach dem Luzerner Urteil schnell gehandelt. Dafür möchte ich mich namens der AL beim Regierungsrat bedanken. Das rasche Handeln war bitter nötig. Der höchstrichterliche Entscheid zu Luzern hat deutlich aufgezeigt, das Sparen bei den Prämienverbilligungen hat seine Grenzen. Die individuelle Prämienverbilligung ist für Personen in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen eine sehr wichtige Entlastung, um den Alltag in finanzieller Hinsicht besser meistern zu können. Für uns ist das Bewusstsein wichtig, dass nicht nur die Einkommensschwächsten jeden Franken umdrehen müssen, sondern auch der untere Mittelstand sehr genau planen muss, damit es bis zum Ende des Monats reicht.

Der Regierungsrat hat gehandelt und die Einkommensgrenze von 53'800 Franken auf 62'900 Franken bei den Prämienverbilligungen für Kinder und Jugendlichen in Ausbildung erhöht. Nun ja, nicht erhöht, sie ist zurückgesetzt worden, aber immerhin hat es Bewegung drin. Und somit kommt, wie im KVG vorgesehen, auch der untere Mittelstand in den Genuss von Prämienverbilligungen. Es ist dem Regierungsrat positiv anzurechnen, dass er die Anpassung nicht zulasten anderer Anspruchsgruppen vornahm, sondern den kantonalen Anteil erhöht, um den gesetzlichen Auftrag umzusetzen. Dank der Anpassung der Referenzprämie kann die Bezügerquote von 30 Prozent beibehalten werden, obwohl sie nicht mehr gesetzlich verankert ist. Die Wiedereinführung der Vermögensobergrenze begrüssen wir ebenfalls. So kommt das Geld da an, wo es wirklich benötigt wird. Die Erhöhung des Kantonsbeitrages auf 92 Prozent ist ein Fortschritt. Die Alternative Liste ist aber nach wie vor der Überzeugung, dass er auf 100 Prozent heraufgesetzt werden soll. *(Die Redezeit ist abgelaufen.)*

Regierungsrätin Natalie Rickli: Wenn jemand sagen würde, der Kantonsrat sei nicht effizient, würde ich dem heute widersprechen.

Bei diesem Postulat kann ich sehr gern sagen: Schon erledigt, das Postulat ist umgesetzt. Vielen Dank für die positiven Rückmeldungen.

Worum geht es? Das KVG garantiert Familien mit unterem und mittlerem Einkommen die Unterstützung mit einer individuellen Prämienverbilligung, einer sogenannten IPV. Bei solchen Familien muss der Kanton die Krankenkassenprämien von minderjährigen Kindern zu 80 Prozent übernehmen und volljährige Kinder bis 25 Jahren, die noch in Ausbildung stehen, bekommen 50 Prozent ihrer Krankenkassenprämie als IPV vergütet.

Die Frage ist nun: Was gilt als unteres oder mittleres Einkommen? Wo liegen die Einkommensgrenzen, bis zu welchen die IPV-Garantie des KVG gilt? Zu dieser Frage – wir haben es gehört – erging im Januar 2019 ein Bundesgerichtsurteil, das den Kanton Luzern betraf, und wir im Kanton Zürich nachvollzogen haben.

Ich möchte aus Effizienzgründen hier auch schon abschliessen, Ihnen danken und Ihnen ebenfalls beantragen, das dringliche Postulat als erledigt abzuschreiben.

Ratspräsident Benno Scherrer: Die vorberatende Kommission schlägt die Abschreibung des dringlichen Postulats vor. Ein anderer Antrag wurde nicht gestellt. Somit ist das Verfahren beendet. Das dringliche Postulat ist abgeschrieben.

Das Geschäft ist erledigt.

7. Fürsorgerische Unterbringungen reduzieren

Antrag des Regierungsrates vom 11. November 2020 zum Postulat KR-Nr. 211/2018 und gleichlautender Antrag der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit

Vorlage 5665

Ratspräsident Benno Scherrer: Wir haben gemäss Paragraf 61 des Kantonsratsgesetzes Kurzdebatte beschlossen, das heisst, die Redezeit beträgt zwei Minuten.

Benjamin Fischer (SVP, Volketswil), Präsident der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit (KSSG): Auch hier beantragt die KSSG einstimmig, das Postulat als erledigt abzuschreiben.

Mit dem Postulat wurde der Regierungsrat beauftragt, in einem Bericht darzulegen, wie ein Versorgungskonzept im Kanton Zürich aussehen könnte, das dazu dient, die fürsorgerischen Unterbringungen möglichst gering zu halten. Eine fürsorgerische Unterbringung stellt einen schwerwiegenden Eingriff in die persönliche Freiheit dar und darf oder soll nur als letztes Mittel angeordnet werden, wenn andere, weniger einschneidende Massnahmen zum Schutz einer Person nicht zielführend erscheinen. Der Regierungsrat legt in seinem Bericht unterschiedliche Massnahmen zur Optimierung der Situation dar.

Die Anordnung der fürsorgerischen Unterbringung und die Nachbetreuung sind im Einführungsgesetz zum Kindes- und Erwachsenenschutzrecht (*EG KESR*) geregelt. Dafür ist aber die STKG (*Kommission für Staat und Gemeinden*) zuständig. Für die Anordnung und die Entlassung ist grundsätzlich die KESB (*Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde*) zuständig. Im Kanton Zürich dürfen auch Ärztinnen und Ärzte eine fürsorgerische Unterbringung anordnen, was mehrheitlich auch so gehandhabt wird. Es wurde in der Kommission gewünscht, dass die KESB eine grössere Verantwortung übernimmt. Insbesondere geht es dabei um die Nachbetreuung. Es soll eine nachhaltige Austrittsplanung erfolgen und auf die Bedürfnisse der Personen Rücksicht genommen werden, um zu verhindern, dass diese bald nach ihrem Austritt erneut in eine Klinik eingewiesen werden müssen. Das ist ein sehr häufiges

Problem, dass es immer wieder dieselben Personen sind, die eben eine solche fürsorgliche Unterbringung benötigen.

Im Sommer wurde ein Evaluationsbericht zum EG KESR publiziert, in dem Empfehlungen zur fürsorgerischen Unterbringung abgegeben wurden. Die Gesundheitsdirektion wird diese prüfen und der Kommission Bericht erstatten. Das Thema ist in der Kommission also ebenfalls noch nicht abgeschlossen, auch wenn sie sich für die Abschreibung des Postulats ausgesprochen hat. Die Kommission hat festgestellt, dass es Fälle gibt, bei denen keine fürsorgerische Unterbringung angeordnet werden müsste, wenn eine anderweitige Unterstützung organisiert werden könnte. Das ist häufig nicht möglich, weil akute Notsituationen vielfach am Abend oder am Wochenende eintreten und es ausserhalb der Büroöffnungszeiten für den Hausarzt oder die Hausärztin schwierig ist, andere Massnahmen als die fürsorgerische Unterbringung einzuleiten. Eine Vernetzung der Stellen, die einen Patienten oder eine Patientin notfallmässig aufnehmen können und die auch ausserhalb der Büroöffnungszeiten funktioniert, wäre hilfreich. Die Gesundheitsdirektion hat dieses Anliegen glücklicherweise bereits aufgenommen. Deshalb können Sie hier mit ruhigem Gewissen der Abschreibung zustimmen. Besten Dank.

Andreas Daurù (SP, Winterthur): Die fürsorgerische Unterbringung, eine sogenannte FU, ist ultimo ratio, das heisst das letzte mögliche Mittel. Trotzdem ist und bleibt die FU-Rate in der Schweiz im europäischen Vergleich seit Jahren hoch und innerhalb der Schweiz liegt der Kanton Zürich bezüglich FU-Zahlen leider ziemlich an der Spitze. Eine FU ist für die betroffenen Personen fast immer ein traumatisches Erlebnis.

Die Antwort der Regierung auf das Postulat ist dahingehend erfreulich, dass beide zuständigen Direktionen GD (*Gesundheitsdirektion*) und JI (*Direktion der Justiz und des Innern*) die problematische Situation anerkennen und Handlungsbedarf sehen. Im Zusammenhang mit den Umfragen bei den Psychiatrien im Kanton sieht die GD Massnahmen vor, wie beispielsweise bessere Fortbildung bei den Notfalldiensten und innerhalb dieser eine Vernetzung mit Fachärztinnen und Fachärzten der Psychiatrie oder die Stärkung der ambulanten Psychiatrie sowie in diesem Sinne FU-präventive Angebote wie Home Treatment und aufsuchende Krisenequipen. Hier hat der Rat auch auf Antrag der Regierung im SPFG (*Spitalplanungs- und finanzierungsgesetz*) die Rahmenbedingungen in Bezug auf Subventionen für die leider nach wie vor aus ta-

rifstrukturellen Gründen nicht kostendeckenden ambulanten, teilstationären und aufsuchenden Angebote verbessert. Das ist ein Anfang, aber es darf noch nicht alles beziehungsweise das Ende sein.

Ein Evaluationsbericht der JI zum EG KESR enthält auch Empfehlungen im Bereich FU, die wir aus SP-Sicht als sinnvoll erachten. Zum Beispiel sehen wir den Paragraphen 27 Abs. 1 EG KESR sehr kritisch, wonach sämtliche Ärztinnen und Ärzte eine FU anordnen können. Inhaltlich fallen diese Empfehlungen des Evaluationsberichts im Zusammenhang mit der FU jedoch in den Zuständigkeitsbereich der GD und sind deshalb nicht Teil der von der JI begonnenen Revision. Hier werden wir also von Seiten SP weiterhin ein Auge darauf haben, dass die GD die entsprechenden Empfehlungen aus dem Bericht aufnimmt und allenfalls Massnahmen zur Umsetzung vorschlägt.

An dieser Stelle stimmen wir nun aber der Abschreibung des Postulates zu.

Astrid Furrer (FDP, Wädenswil): Der Kanton Zürich hat die zweithöchste Rate in der Schweiz an fürsorgerischen Unterbringungen, früher fürsorgerischer Freiheitsentzug – was die Realität schonungsloser beschreibt – genannt. Das ist eine zweifelhafte Ehre. Ich beziehungsweise wir fragten nach, was der Kanton an Massnahmen tun könnte, um die FU-Rate zu senken. Wir sind mit dem Bericht zum Postulat zufrieden. Es wurde anerkannt, dass wir ein Problem haben. Und das ist das Wichtigste.

An Massnahmen werden verschiedene genannt, die sinnvoll sind, zum Beispiel mobile Truppen aus Ärzten. Es wäre dienlich – dies aus meinen Erfahrungen aus der Gemeinde –, wenn auch Psychiatriepfleger in der Equipe wären. Diese haben ganz andere Kompetenzen im Umgang mit schwierigen Patienten in einer Akutphase. Die Nachbetreuung wird angesprochen. Diese wird tatsächlich oft vernachlässigt; das ist ein sehr grosses Problem. Auch die Familienmitglieder müssen zum Beispiel besser als heute eingebunden werden, damit jemand in einer schwierigen Phase nicht gleich in die Klinik eingewiesen werden muss, weil die Familie überfordert ist.

Es gibt Hinweise auf einen Zusammenhang zwischen der Erfahrung und Ausbildung der anordnenden Ärzte und der Qualität und Häufigkeit der FU. Es soll nur noch eine zahlenmässig überschaubare und fest definierte Gruppe von Ärzten für Fragen und Anordnungen rund um die FU zuständig sein. Auch die Evaluation des EG KESR, des Kinder- und Erwachsenenschutzrechtes, kam zu diesem Schluss. Das EG KESR

muss also unbedingt angepasst werden – das hat Kollege Daurù bereits erwähnt.

Wir hoffen sehr, dass die FU-Rate im Kanton Zürich mit diesen Massnahmen gesenkt werden kann. Ein gelegentlicher Bericht, wie sich die Massnahmen auf die FU-Quote auswirkt, wäre sehr interessant und wünschenswert. Vielen Dank der Gesundheitsdirektion.

Andrea Gisler (GLP, Gossau): Zwangsversorgungen in der Schweiz sind ein leidvolles Kapitel. Bis 1981 wurden Menschen in Kliniken und Anstalten administrativ versorgt, weil sie als trunksüchtig oder arbeits-scheu galten oder weil sie den Moralvorstellungen der damaligen Zeit nicht entsprachen. Es ist deshalb richtig und wichtig, dass bei der zwangsweisen Unterbringung von Menschen genau hingeschaut wird. Im Vergleich zu anderen Kantonen hat der Kanton Zürich die zweithöchste FU-Rate. In seinem Bericht zeigt der Regierungsrat auf, welche Massnahmen er prüft oder bereits getroffen hat, um die FU-Quote zu senken. Was es braucht, ist insbesondere eine genügende Qualifikation der einweisenden Ärzte.

Nach geltendem Recht kann im Kanton Zürich jeder praktizierende Arzt eine FU anordnen. Eine psychiatrische Ausbildung wird nicht vorausgesetzt. In der Wissenschaft gibt es Hinweise, dass ein Zusammenhang besteht zwischen der Erfahrung und der Aus- und Weiterbildung der anordnenden Person und der Häufigkeit fürsorgerischer Unterbringungen. Mit anderen Worten, je mehr Fachwissen ein Arzt hat, desto weniger ordnet er eine fürsorgerische Unterbringung an. Zwar gibt es ein Fortbildungsangebot der PUK. Die Evaluation zum EG KESR hat jedoch ergeben, dass viele von diesen Fortbildungen zwar gehört haben, ohne jedoch Näheres zu wissen. Es braucht routinierte und qualifizierte FU-Experten. Daher stellt sich schon die Frage, ob Paragraph 27 EG KESR nicht in dem Sinne angepasst werden müsste, dass die Anordnung von FU Ärzten und Ärztinnen mit Spezialkenntnissen vorbehalten sein soll. Es gibt auch noch ... *(Die Redezeit ist abgelaufen.)*

Nora Bussmann Bolaños (Grüne, Zürich): Ich lese Ihnen das Votum meiner Kollegin Jeannette Büsser vor, die leider heute nicht hier sein kann, aber als Berufsbeiständin sehr viel Erfahrung mit diesem Thema hat.

Eine FU – wir haben es gehört – ist das letzte Mittel, wenn andere Massnahmen nicht zielführend sind. Diese Einschätzung unterliegt natürlich dem Zeitgeist, und die Geschichte lastet – richtigerweise – sehr schwer auf jenen Personen, die so massiv in das Leben anderer eingreifen.

Fachleute, Beistände, Angehörige stellen sich jedoch meist sehr bewusst die Frage: Ist jetzt der Zeitpunkt gekommen, wo der Schutz und die Fürsorgepflicht höher zu gewichten sind als die persönliche Freiheit? Es ist dann die Erfahrung, das Danebenstehen, neben der gerufenen Polizei und/oder Notfallpsychiater, die einem sehr deutlich machen, wie viel es braucht – und ich kann einfach nur bestätigen: es braucht sehr viel.

Ob jetzt der Kanton Zürich mit einer FU-Rate von 2,16 pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner und der zweithöchsten Rate schweizweit schlecht oder gut dasteht, das ist eine Bewertung, welche ich nicht machen möchte. Einzig und alleine wichtig ist uns, dass diese Massnahme durchgeführt wird, wenn es diese braucht und eben nur dann.

Es ist sicherlich unbestritten, dass ein ausreichend ambulantes psychiatrisches Angebot hilfreich ist, Stichwort «Home-Treatment» und auch die anderen – jetzt schon vielfach erwähnten Angebote – sind gut. Die Gesundheitsdirektion macht da ihren Job; wir sind überzeugt, dass es Verbesserungen geben wird. Was wir weniger gut verstehen ist, dass die JI, welche eine Teilrevision des EG KESR aufgegleist hat, der Kommission etwas lapidar mitteilt, dass sie für die FU nicht zuständig sei. Inhaltlich hat sie natürlich Recht, aber es gibt noch eine andere Dimension, und die kann nicht einfach unberücksichtigt gelassen werden. Es wird gesagt, dass eine mögliche Ursache der häufigen FU die sei, dass im Kanton Zürich neben der Erwachsenenschutzbehörde auch Ärztinnen und Ärzte, die in der Schweiz praxisberechtigt sowie in Kliniken angestellte Ärztinnen und Ärzte anordnen können. Sie denken jetzt wohl auch, das Problem liege nun bei den uneingeschränkten Möglichkeiten, anzuordnen. Klar, dies kann die ... (*Die Redezeit ist abgelaufen.*)

Josef Widler (Die Mitte, Zürich): Ja, es ist wirklich so, man müsste die Ärzte noch besser ausbilden, und die müssten dann auch zur Stelle sein. Ich kann Ihnen sagen, eine FU anzuordnen, das machen Sie nicht mit links. Sie kommen in der Regel dann zum Einsatz, wenn das System drum herum kollabiert; es ist in der Regel eine Verzweiflungstat. Und dann jemanden irgendwo unterzubringen, ist dann nicht so einfach, wie Sie es hier erläutern. Psychiater zu sein und zu warten, bis man eine FU anordnen kann, ist nicht attraktiv. Und es ist immer schwierig, weil dem Arzt oder der Ärztin, die eine FU anordnet, nicht gerade Sympathien entgegengebracht werden. Und wenn sie die FU nicht durchführen, dann haben sie häufig ein Problem mit den Angehörigen und der Um-

gebung. Also so einfach ist es nicht; es ist eine ganz schwierige Aufgabe. Wir müssen zu denen Sorge tragen, die diese Aufgabe übernehmen, und vielleicht müssen wir sie auch noch entsprechend entschädigen.

Regierungsrätin Natalie Rickli: Die fürsorgerische Unterbringung, kurz FU, stellt eine wichtige und oftmals auch lebensrettende Massnahme dar. In der Psychiatrie wird sie vor allem zum Schutz einer Person vor Selbst- oder Fremdgefährdung ergriffen. Wie im Postulat ausgeführt und es einige von Ihnen auch erwähnt haben, stellt die FU stets einen schwerwiegenden Eingriff in die persönliche Freiheit dar und darf deshalb nur als letztes Mittel angeordnet werden.

Der Kanton Zürich weist eine der höchsten FU-Raten in der Schweiz auf. Fast jeder vierte Eintritt in die stationäre Psychiatrie erfolgt per FU. Dabei handelt es sich um ein vielschichtiges Thema. Folgende Punkte müssen angeschaut werden, um Massnahmen entwickeln zu können, die zu einer Senkung der FU-Rate im Kanton beitragen: Erstens, die FU-Kompetenz, das heisst, wer im Kanton eine FU anordnen darf. Zweitens, die FU-Qualität, das heisst die Erfahrung und der Ausbildungsstand von Personen mit FU-Kompetenz sowie drittens, fehlende, spezialisierte ambulante Angebote.

Zur Senkung der FU-Rate braucht es unterschiedliche Massnahmen. Konkret geplant beziehungsweise in Bearbeitung sind folgende Massnahmen: Erstens, der Schlussbericht der Evaluation des EG KESR der JI, der liegt nun vor. Die darin enthaltenen Empfehlungen werden seitens GD geprüft. Daneben werden wir die vom Bundesamt für Justiz durchgeführte Evaluation der Bestimmungen der FU berücksichtigen. Dieser Bericht wird voraussichtlich nächstes Jahr vorliegen. Zweitens, aktuell überarbeiten wir das Fortbildungs- und Vernetzungsangebot, um die FU-Kompetenzen in der psychiatrischen Notfallversorgung zu verbessern. Drittens, die gezielte Förderung der ambulanten Psychiatrie ist eine der Massnahmen, die wir zur Erreichung unseres Legislaturziels definiert haben und nun umsetzen. Aktuell im Fokus stehen die Spitalambulatorien, konsiliarpsychiatrische Dienste sowie die Kinder- und Jugendpsychiatrie. Viertens, wir fördern Home-Treatment-Angebote als Ergänzung zur bestehenden stationären Versorgung. Dies ist Teil der Psychiatriestrategie im Rahmen der Spitalplanung. Fünftens, wir planen, die psychiatrische Notfallversorgung und Krisenintervention zu überprüfen. Aufgrund der Abhängigkeiten von der Spitalplanung werden wir dies ab 2023 angehen.

Wir gehen davon aus, dass die in Angriff genommenen Massnahmen weitere Schlüsse über die Ursachen der hohen FU-Rate zulassen werden. Darauf aufbauend werden wir anschliessend gezieltere Massnahmen treffen können, welche zur Senkung der FU-Rate im Kanton Zürich beitragen sollen. Wir werden die KSSG im nächsten Jahr auf dem Laufenden halten.

Ich bitte Sie abschliessend, dem Antrag des Regierungsrates zu folgen und das Postulat als erledigt abzuschreiben. Vielen Dank.

Ratspräsident Benno Scherrer: Die vorberatende Kommission schlägt die Abschreibung des Postulats vor. Ein anderer Antrag wurde nicht gestellt. Somit ist das Verfahren beendet. Das Postulat ist abgeschrieben.

Das Geschäft ist erledigt.

8. Keine unnötigen Krankenkassen-Betreibungen

Postulat Sibylle Marti (SP, Zürich) und Thomas Marthaler (SP, Zürich) vom 20. Mai 2019.

KR-Nr. 141/2019, Entgegennahme, Diskussion

Ratspräsident Benno Scherrer: Der Regierungsrat ist bereit, das Postulat entgegenzunehmen. Hanspeter Amrein hat an der Sitzung vom 30. September 2019 Antrag auf Nichtüberweisung des Postulats gestellt. Der Rat hat über die Überweisung zu entscheiden.

Sibylle Marti (SP, Zürich): Gemäss kommunalen statistischen Erhebungen ist heute bekannt, dass es sich bei zirka 35 Prozent aller Betreibungen um Krankenkassen-Betreibungen handelt. Dies bedeutet: Von den im Jahr 2020 gesamtkantonal knapp 400'000 eingeleiteten Betreibungsbegehren entstammen rund 130'000 von Krankenversicherern. Diese Betreibungsbegehren führen zu Verlustscheinen. Gemäss dem neuesten Bericht der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich ist die Anzahl der Verlustscheine aus Krankenkassen-Betreibungen im letzten Jahr zwar auf hohem Niveau gesunken, die Kosten hingegen sind um 7 Prozent gestiegen. Angesichts der konstant hohen Zahlen von Krankenkassen-Betreibungen und Verlustscheinen ist dringend Handlungsbedarf angezeigt, und zwar insbesondere aus zwei Gründen: Ers-

tens, das heutige System ist ineffizient und verursacht dem Kanton unnötige Kosten. Es ist nämlich so, dass die Sozialversicherungsanstalt den Krankenversicherern die ausstehenden Zahlungen von Versicherten rückvergütet. Dies gestützt auf Verlustscheine, die die Krankenversicherer bei den Betreibungsämtern für offene Krankenkassenprämien und Kostenbeteiligungen erwirkt haben. Konkret werden den Krankenversicherern gestützt auf das Krankenversicherungsgesetz 85 Prozent der geschuldeten Krankenkassenprämien und Kostenbeteiligungen, aber auch die Betriebskosten und die Verzugszinsen refinanziert. Auch letztes Jahr hat die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich dafür rund 50 Millionen Franken aufwenden müssen.

Im Krankenversicherungsgesetz ist also geregelt, dass die Krankenversicherer zu ihrem Geld kommen. Wird aber – wie dies heute häufig der Fall ist – jede ausstehende Prämie und jede ausstehende Kostenbeteiligung einzeln betrieben, verursacht dies den zuständigen Betreibungsämtern einen hohen administrativen Aufwand. Vor allem aber verursacht es dem Kanton unnötige Kosten, weil die Sozialversicherungsanstalt den Krankenversicherern auch die Gebühren für die Betriebsverfahren refinanziert. Diese betragen pro ausgestelltem Verlustschein schätzungsweise rund 150 bis 250 Franken. Gemäss den im Bericht der Sozialversicherungsanstalt für das Jahr 2020 ausgewiesenen 41'168 Verlustscheiden generierte dies gemäss der regierungsrätlichen Antwort auf unsere entsprechenden Anfragen allein Betriebsgebühren von rund 6 Millionen Franken, die die Sozialversicherungsanstalt den Krankenversicherern rückvergüten musste. Ein beträchtlicher Teil dieser Betriebsverfahren ist aber unnötig, da zum Vornherein feststeht, dass die Betriebsverfahren mit einem Verlustschein enden wird. Das entsprechende Verfahren bezahlen müssen der Kanton beziehungsweise die Steuerzahlenden.

Was bringt das? In vielen Fällen wird für nichts und wieder nichts ein völlig unnötiger bürokratischer Aufwand betrieben: Bei den Betriebsämtern, bei der Sozialversicherungsanstalt, bei den Gemeinden, bei den Krankenversicherern und auch bei allfällig betrauten Inkasso-Unternehmen; letztere beide schlagen nicht selten unanständig hohe Bearbeitungsgebühren, den sogenannten Verzugsschaden, obendrauf. Wie kommt es dazu? Wenn anlässlich des Pfändungsvollzuges mit einem Erlös zu rechnen ist, hat das Betriebsamt – nach Ablauf des Pfändungsjahres – für den Ausfall einen Verlustschein nach Artikel 149 des Bundesgesetzes über Schuldbetreibung und Konkurs auszufertigen. Das ist nicht zu beanstanden und hat seine Richtigkeit. Wenn hingegen – und jetzt kommen wir zum Kernpunkt – beim Pfändungsvollzug zu

erwarten ist, dass die schuldnerische Person ohnehin mittellos ist, wird ein Verlustschein gemäss Artikel 115 des Bundesgesetzes über Schuldbetreibung und Konkurs ausgestellt. Um genau diese Verlustscheine geht es hier. Ein beträchtlicher Teil der im Jahr 2020 ausgestellten rund 41'000 Krankenkassen-Verlustscheine bildeten solche Verlustscheine nach Artikel 115 und waren dementsprechend völlig unnötig. Somit wird auf dem Buckel der schuldnerischen Personen ein bürokratischer Leerlauf abgewickelt, notabene ein sehr teurer bürokratischer Durchlauferhitzer, auch mit den entsprechenden humanitären Kosten, was mich zum zweiten Grund führt:

Das heutige System trägt dazu bei, dass viele Zürcherinnen und Zürcher in der Schuldenspirale stecken bleiben. Indem die Krankenversicherer die Prämien und Kostenbeteiligungen häufig einzeln betreiben, wächst deren Schuldenberg stetig an, weil die Kosten für die einzelnen Betreibungsverfahren in der Höhe von – ich habe es schon gesagt – 150 bis 250 Franken bei jedem Verfahren neu dazukommen. Die Schulden vermehren sich also unnötigerweise Jahr für Jahr, obwohl ohnehin sehr häufig von Beginn weg offensichtlich ist, dass nicht ausreichend finanzielle Mittel vorhanden sind, um die ausstehenden Forderungen zu bezahlen. Damit ist niemandem geholfen. Im Gegenteil. Das heutige System verhindert, dass verschuldete Personen irgendeinmal wieder aus der Schuldenspirale herauskommen.

Zusammenfassend muss man also feststellen, dass das heutige System der Krankenkassen-Betreibungen schlecht ist für den Kanton, schlecht für die Steuerzahlenden und schlecht für diejenigen, die nicht aus der Schuldenspirale herauskommen. Ihnen allen wird unnötigerweise Geld aus der Tasche gezogen respektive ihre Passiven werden unnötigerweise weiter vermehrt. Wir sind dankbar, dass auch der Regierungsrat Handlungsbedarf erkannt hat und bereit ist, unser Postulat entgegenzunehmen.

Mit dem Postulat verlangen wir, dass der Regierungsrat die Verordnung zum kantonalzürcherischen Einführungsgesetz zum Krankenversicherungsgesetz dahingehend anpasst, dass unnötige Krankenkassen-Betreibungen in Zukunft vermieden werden. Unser Vorschlag ist, dass neu nicht nur Verlustscheine, sondern auch Betreibungsregisterauszüge als Rechtstitel gelten sollen, um eine Zahlungsunfähigkeit festzustellen. Wenn auf einem Betreibungsregisterauszug ersichtlich ist, dass im laufenden Jahr oder in den letzten sechs Monaten bereits ein Verlustschein gemäss Artikel 115 des Bundesgesetzes über Schuldbetreibung und Konkurs ausgestellt worden ist, soll dies ausreichen, die Zahlungsunfä-

higkeit einer schuldnerischen Person gemäss Krankenversicherungsgesetz zu belegen. Vielleicht erkennt der Regierungsrat im Rahmen der Bearbeitung unseres Postulats auch noch weitere Möglichkeiten, wie das ineffiziente und kostentreibende System der Krankenkassen-Betreibungen verbessert werden kann. Klar ist aber auf jeden Fall, dass das heutige System geändert werden muss, weil es dem Kanton unnötige Kosten und den Zürcherinnen und Zürchern unnötige Schulden verursacht.

Ich bitte Sie deshalb, das Postulat an den Regierungsrat zu überweisen. Vielen Dank.

Hans-Peter Amrein (SVP, Küssnacht; fraktionslos): Ich beantrage Ihnen das vorliegende Postulat nicht zu überweisen und begründe dies wie folgt:

Die von den Postulanten vorgeschlagene Lösung dieses erwiesenermassen höchst unbefriedigenden Zustandes ist nicht zielführend und widerspricht wohl auch übergeordnetem Recht. Das heisst, dass zuerst das Bundesrecht angepasst werden müsste, bevor eine solche oder ähnliche Lösung im Kanton Zürich eingeführt werden könnte, wenn man dies dann wollte. Wir wollen es nicht. Dazu kommt – das ist so sicher wie das Amen in der Kirche –, dass mit der Einführung des von den Postulanten als denkbar genanntes vorgeschlagenes Verfahren, bei welchem neu ein Betreibungsregisterauszug als Verlustschein gleichgestellter Rechtstitel anerkannt werden soll, dieses Verfahren nach Einführung als Präzedenzfall für weitere Forderungen seitens politischer Interessengruppen zwecks Anerkennung von Betreibungsregisterauszügen anstelle von Verlustscheinen dienen wird.

Praktisch jedes Druckmittel gegenüber den Säumigen würde bei der Einführung des von den Postulanten geforderten Verfahrens wegfallen, ja, ein solches neues Verfahren käme einem Paradigma-Wechsel im Umgang mit säumigen Prämienzahlern im Kanton Zürich gleich. Ja, es würde zu einem Steilpass an all diejenigen im Kanton Zürich, welche wissentlich oder willentlich generell erst einmal auf die Zahlung ihrer Krankenkassenprämien verzichten und dies nicht aus der Not heraus nicht zahlen können, sondern gleich nach dem Motto «der Kanton zahlt ja sowieso meine Prämien, und ich bin versichert, ob ich zahle oder nicht».

Die heute geltende Praxis kann weitergeführt werden, da die Krankenversicherer aus eigenem Antrieb heraus schon quartalsweise mehr monatliche Betreibungen nach sich ziehen. Die Begründung der Postulan-

ten für den von ihnen geforderten Paradigma-Wechsel, die Betreibungsämter würden entlastet und die Krankenversicherungen zeigten überdies an einem erfolgreichen Pfändungsverfahren ohnehin nur ein beschränktes Interesse, da ihnen der Staat 85 Prozent der unbezahlten Krankenkassenprämien Kostbeteiligung, Betriebskosten und Verzugszinsen rückvergütet, ist sehr billig. Er folgt dem von Sozialisten immer und immer wieder gefolgten Grundsatz: Der Staat soll bezahlen. Nur, wer ist in diesem Falle der Staat, Herr Marthaler und Frau Marti? Es sind dies alle zahlungsfähigen Police-Nehmer, die Staatskasse und ultimo ratio die Gemeinschaft aller Steuerzahler. Dagegen steht leider auch eine grosse Anzahl von Krankenkassenprämienpflichtigen, welche, wie oben beschrieben, ihre Prämien einfach nicht bezahlen, obwohl sie es könnten, und lieber ihrem Konsumverhalten huldigen, ganz nach dem Motto «Ich habe doch eine Goldkette um den Hals und einen goldenen BMW oder Mercedes vor der Tür, und was dahintersteht, das geht niemanden etwas an».

Ein Verlustschein ist nicht nur ein Rechtstitel zur Feststellung der Zahlungsunfähigkeit einer Person, wie es die Postulanten unter Verkehrung respektive Ausklammerung von Tatsachen in ihrer Begründung für dieses Postulat beschreiben. Nein, ein Verlustschein ist mehr. Er verjährt nach 20 Jahren. Während dieser Zeit kann, geht der Inhaber des Verlustscheins davon aus, dass der Schuldner wieder zu Geld gekommen ist, entweder innert sechs Monaten ein Fortsetzungsbegehren auf Betreibung gestellt werden oder eine Betreibung auf Konkurs eingeleitet werden, wenn die Schuldnerin oder der Schuldner wieder zu Vermögen gekommen ist. In diesem Zusammenhang verweise ich Sie auf einen hervorragend recherchierten Artikel in der NZZ vom 18. Dezember 2020 von Reto Flury, heute Pressesprecher von Regierungsrat Ernst Stocker, hin.

Anstelle der in diesem Postulat aufgestellten Forderungen, für welche der Adressat in Bern sitzt und nicht in Zürich, denn dieses Problem ist gesamtschweizerisch anzugehen und muss deshalb im Bundesparlament angegangen werden, beschreibt Herr Flury einen kurzfristigen Lösungsansatz der Stadtammänner. Seitens der Postulanten ist Kantonsrat Thomas Marthaler, heute Friedensrichter und früherer Stadtammann und Jurist, geradezu prädestiniert dazu, dem Lösungsansatz der Stadtammänner zum Durchbruch zu verhelfen. Und Céline Widmer, heute Nationalrätin und ehemalige Kantonsrätin und Erstunterzeichnerin dieses Postulates, sollte sich des Problems in Bern annehmen.

Es ist auch äusserst fraglich, ... *(Die Redezeit ist abgelaufen.)*

Claudio Schmid (SVP, Bülach): Wir werden dieses Postulat nicht überweisen, obwohl es die Regierung beabsichtigt, es entgegenzunehmen, wahrscheinlich aus der Überlegung, weil sie weiss, wenn sie nichts erreichen wollen, dann reichen sie ein Postulat ein. Wir werden es aber inhaltlich, aus materiellen Gründen, nicht überweisen und stellen hier einige kritische Punkte zur Debatte, und ich empfehle Ihnen, die Überweisung zu verhindern, weil sie überhaupt nichts erreichen mit einer allfälligen Überweisung.

Das Postulat, welches eingereicht wurde im Mai 2019, fällt genau in die Zeit, als das EG KVG (*Einführungsgesetz zum Krankenversicherungsgesetz*) einer grundsätzlichen Revision unterzogen wurde. Wir haben in der Kommission vier Jahre das IPV-Gesetz, ich nenne es heute noch das IPV-Gesetz (*individuelle Prämienverbilligungsgesetz*), beraten. Dort hätten Sie die Gelegenheit gehabt, am Verlustscheinproblem etwas zu ändern. Es ist schon nicht ganz redlich, wenn Sie nach diesen Beratungen mit einem Postulat kommen und ein Problem lösen wollen, das notabene gar nicht auf kantonaler Ebene zu lösen ist. Wie Sie wissen, ist das KVG als solches nicht unser Gesetz. Wir haben das nie gewollt, müssen aber jetzt auf kantonaler Ebene durch das EG KVG vollziehen. Und hier ist die Prämienverbilligung ein wesentlicher Bestandteil, ein integraler Bestandteil dieses Gesetzes.

Die Verlustscheine, das ist tatsächlich ein ärgerliches Problem, da gebe ich Sibylle Marti recht. Sie geben dem Staat einen grossen Aufwand, verursachen unnötig Kosten und irgendwann, irgendwie sollte das gelöst werden. Es ist aber nicht so, dass es hier irgendwelche sozial schlechtere Schichten betrifft. Hier reden wir nicht von Sozialhilfebeziehenden, auch nicht von Zusatzleistungsempfängern. Die sind bereits abgesichert durch diese Kasse. Es geht hier um Leute, die steuerbares Einkommen null, steuerbares Vermögen null ausweisen, aus welchen Gründen auch immer, und sich somit der Zahlung einer Krankenkasse proaktiv verweigern können – viele Kriminelle beispielsweise. Die müssen nicht bezahlen, dann erhalten sie einen Verlustschein, und dann muss die Gemeinde mit dem Kanton das bezahlen. Weil aber jeder Mensch in der Schweiz, der sich auf dem Territorium der Schweiz befindet, obligatorisch krankenversichert ist, hat er Anspruch auf diese Leistungen. Das wird im Bundesgesetz festgehalten, und somit können wir säumige Zahler auch nicht bestrafen, indem sie zum Beispiel diese Leistungen nicht in Anspruch nehmen können. Es ist tatsächlich so, dass die Summe, die wir bezahlen, bereits 50 Millionen Franken überschritten hat. Somit sollten wir dieses Problem lösen, aber auf Bundesebene.

Ich empfehle Ihnen dieses Postulat – wahrscheinlich aus Gründen des Wahlkampfes der damaligen Postulanten eingereicht – nicht zu überweisen. Besten Dank.

Jörg Kündig (FDP, Gossau): Die FDP war damals einverstanden mit der Entgegennahme dieses Postulates. Wir hätten es gerne gesehen, dass die Möglichkeiten, die es tatsächlich gibt, vom Regierungsrat erklärt worden wären. Wir haben jetzt vorhin Claudio Schmid gehört, was alles mit Postulatsberichten möglich ist und was nicht. Aber für uns ist es tatsächlich so, dass wir uns eigentlich versprochen hätten, dass man aus Effizienz und aus Kostengründen da Verbesserungen erreichen könnte.

Natürlich ist es so, dass wenn diese betriebsrechtliche Situation geglättet und ausgehebelt wird, dass dann ein Druck wegfällt auf die säumigen Zahlerinnen und Zahler. Ich glaube, das ist auch immer ein Weg, der wichtig ist. Die rechtliche Situation hat Hans-Peter Amrein erklärt. Ein Verlustschein bedeutet, dass auch in späteren Zeiten, wenn es wieder bessergeht, das Geld eingetrieben werden könnte. In der Summe ist es so, dass wir jetzt vor der Situation stehen, dass eine Gegenposition da ist. Also die regierungsrätliche Entgegennahme ist nicht mehr möglich. Wir haben uns entschieden, auf den Bericht des Regierungsrates zu verzichten, und sind auch gegen die Überweisung dieses Postulates. Besten Dank.

Claudia Hollenstein (GLP, Stäfa): Unnötiges ist unnötig. So soll die EG KVG dahingehend angepasst werden, dass unnötige Krankenkassen-Betreibungen vermieden werden sollen. Die Anzahl Betreibungen aufgrund nicht bezahlter Krankenkassen-Betreibungen nimmt stark zu. Diese Praxis führt unter anderem dazu, dass Menschen in die Schuldenfalle geraten beziehungsweise auch bleiben. Brisant an dieser Problematik ist, dass die Betreibungsämter mit ihren Gebühren Gewinn erwirtschaften für den Staat. Dies verschärft die missliche Situation der betroffenen Menschen. Eine weitere Problematik ergibt sich aus den steigenden Verlustscheinen, welche dann aus dem Topf der Prämienverbilligung den Versicherungen zurückerstattet werden. Für den Kernzweck der Prämienverbilligung bleibt somit immer weniger Geld. Es ist durchaus angebracht, dass die Regierung sich diesem Thema annimmt und Lösungsvorschläge erarbeitet. Dieses Postulat passt, um diesen Prozess einzuleiten.

Der Lösungsvorschlag, dass Versicherungen keine Betreibungen anstossen müssen, um mit einem Verlustschein ihr Geld bei der SVA

(*Schweizerische Versicherungsanstalt*), die zuständig ist bei Prämienverbilligung, zu erhalten, ist prüfenswert. Stattdessen sollen in Zukunft unbezahlte Rechnungen und im Betreibungsregister vermerkte anderweitige Verlustscheine genügen. Die Regierung hat natürlich auch die Möglichkeit, anderweitige Lösungsansätze zu prüfen wie diejenige in der Stadt Zürich. Krankenkassenprämien sollen dort zum Existenzminimum zählen und damit durch Lohnpfändungen beglichen werden können.

Die GLP-Fraktion wird das Postulat überweisen.

Beat Bloch (CSP Zürich): Wir müssen bei dieser Sache ein wenig zurückgehen in der Historie bis zur Einführung der obligatorischen Krankenversicherung. Mit dieser Einführung der obligatorischen Krankenversicherung musste auch das Vorgehen geregelt werden, wenn Krankenversicherte ihre Prämien, Franchisen und Selbstbehalte nicht bezahlen und dadurch die Versicherungen zu Schaden kommen.

Im Krankenversicherungsgesetz, KVG, ist dieser Vorgang in Art. 84a geregelt, und die Kantone werden verpflichtet, den Krankenversicherungen – wir haben es schon gehört – 85 Prozent der ausstehenden Beträge zu bezahlen, wenn die Krankenversicherungen einen Verlustschein – und jetzt hören Sie zu – oder einen gleichwertigen Rechtstitel vorlegen können. Damit die Krankenversicherungen zu ihrem Geld kommen, müssen sie also eine Betreibung einleiten, das Fortsetzungsbegehren durchführen und die Betreibung zu Ende führen, bis sie einen Verlustschein erhalten. In vielen Fällen ist dieses Verfahren zweckmässig und nicht zu bemängeln. Anders sieht es aus, wenn aufgrund anderer Unterlagen ersichtlich ist, dass ein Betreibungsverfahren kaum erfolgreich ist und nur Zeit und Geld kostet, obwohl schon zu Beginn mit grosser Wahrscheinlichkeit feststeht, dass bei der Person, die betrieben und ausgepfändet werden muss, nichts zu holen ist. Auch an diese Fälle hat der eidgenössische Gesetzgeber gedacht und ins Gesetz hineingeschrieben, dass nicht nur ein Verlustschein zur Rückforderung berechtigt, sondern auch ein dem Verlustschein gleichwertiger Titel. Welche Titel gleichwertig sind, lässt das KVG offen respektive die Verordnung zum KVG gibt den Kantonen die Möglichkeit, die Rechtstitel zu bezeichnen, die der Kanton als gleichwertig ansieht. Und hier kann man ganz klar sagen, dass es eben keine eidgenössische Geschichte mehr ist. Der eidgenössische Gesetzgeber hat legiferiert, er hat zu Ende legiferiert und räumt dem Kanton eine Möglichkeit ein, hier weitere Urkunden als dem Verlustschein gleichwertig anzuschauen. Und genau hier

setzen auch die Postulanten an und bitten den Regierungsrat abzuklären, welche zusätzlichen Rechtstitel er in Zukunft, als dem Verlustschein gleichwertig gelten lassen will. Ziel ist dabei, möglichst viele unnötige Betreibungen und Pfändungen zu verhindern.

Der Kanton hat bereits von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht in Paragraf 61 der Verordnung zum EG KVG und er hat einen weiteren Rechtstitel als gleichwertig bezeichnet, nämlich die Einstellung des Konkurses mangels Aktiven. Wenn also ein Krankenversicherer einen solchen Titel vorlegen kann, dass über einen zukünftig zu Betreibenden ein Konkurs mangels Aktiven beschlossen wurde, dann bekommt er ebenfalls sein Geld vom Kanton, ohne dass er zusätzlich einen Verlustschein einreichen muss.

Die Grünen sind klar der Auffassung, dass es Sinn macht, zu prüfen, ob es nicht noch weitere Rechtstitel gibt, welche die Zahlungsunfähigkeit einer Schuldnerin oder eines Schuldners nachweisen und ein unnötiges Betreibungsverfahren verhindern können. Alleine schon ein Betreibungsregisterauszug, aus dem ersichtlich ist, dass die betreffende Person vor Kurzem ausgepfändet wurde und Verlustscheine aus diesen Auspfändungen bestehen, sollte beispielsweise eine solche Zahlungsunfähigkeit belegen können.

Die Vorteile dazu liegen auf der Hand: Es braucht weniger administrativen Aufwand für die Krankenversicherer; es gibt eine schnellere Abwicklung der ausstehenden Beträge an die Krankenversicherer, es gibt weniger unnötige Betreibungen bei den Betreibungsämtern, weniger Betreibungskosten, die der Kanton den Versicherungen rückerstatten muss, weniger unnötige Verfahren auch bei den Gerichten für diebeitragssäumigen Krankenversicherten. Wenn hier jetzt eine Diskussion losgetreten wird über säumige Prämienzahler, dann müssen wir diese Diskussion hier nicht führen. Es geht alleine darum, ob es zusätzliche Möglichkeiten gibt, die der Kanton ausschöpfen kann und ausschöpfen will.

Unserer Ansicht nach sind – wo immer möglich – unnötige Kosten und unnötige Verfahren zu vermeiden. Auch hier wollen wir einen schlanken Staat. In diesem Sinne unterstützt die Fraktion der Grünen dieses Postulat.

Nicole Wyss (AL, Zürich): Ich halte mich kurz, denn inhaltlich gehe ich mit meinem Vorredner überein.

Die Alternative Liste wird das Postulat überweisen. Kostspielige bürokratische Abläufe, die nichts bringen, sollen, wo möglich, vereinfacht werden. Wir sind allerdings etwas skeptisch, ob das Anliegen mit einem

Postulat umsetzbar ist. In Artikel 64a des KVG steht klar: «Der Kanton übernimmt 85 Prozent der ausstehenden Prämie, wenn ein Verlustschein oder ein gleichwertiger Rechtstitel bekannt gegeben wird.» Die AL sieht daher Sinn und Zweck des Postulats darin, dass die Gesundheitsdirektion auslotet, was gleichwertig Rechtstitel sein können.

Auf Bundesebene ist eine Gesetzesrevision rund um die Schuldenfrage in Gang. Der Regierungsrat nahm dazu Stellung und erwähnte mitunter, dass es sinnvoll wäre, die Kosten für Betreibungsverfahren und Verzugszinsen zu verringern. 2019 mussten zum Beispiel gegen neun Millionen Franken allein für diese zwei Kostenpunkte aufgewendet werden. Dieses Geld könnte der Kanton wirklich sinnvoller einsetzen, zum Beispiel eben für die individuelle Prämienverbilligung. Und Menschen in prekären Lebenssituationen stürzt es unnötig noch tiefer in die Verschuldung.

Für die AL ist es ein administrativer Unsinn, Menschen zu betreiben, bei denen wirklich nichts zu holen ist. Der Regierungsrat soll überprüfen, ob ein vereinfachtes Verfahren möglich ist. Danke.

Thomas Marthaler (SP, Zürich): Vielen Dank Beat Bloch für deine ausführlichen, konkreten Worte. Die sollten vielleicht auch Jörg Kündig geholfen haben, den Puck zu checken. Es ist wirklich so, dass dem Regierungsrat hier der Auftrag erteilt werden soll, ob neben Verlustscheinen gleichwertige Titel möglich sind. Für mich als ehemaligen Betreibungsbeamten, der mit dabei war, wenn jährlich 200'000 Betreibungen, Krankenkassenbetreibungen eingeleitet wurden, eine klare Sache. Diese Zahl von Betreibungen, das mag zwar für die Statistik gut sein, bringt den Betreibungsämtern auch gewisse Einnahmen, aber wir verschieben da nur Geld von einem Kässeli ins andere Kässeli. Das ist nicht sehr sinnvoll. Ihr auf der bürgerlichen Seite vergebt ja immer diesen rostigen Paragraphen (*Negativpreis für unnötige Gesetze*), hier habt ihr einen Kandidaten dafür. Beat Bloch hat es schon gesagt, es geht darum, hier den Staat etwas schlanker zu machen und da ist es doch sinnvoll, wenn man dem Regierungsrat hier diesen Auftrag gibt.

Und es wird hier im Vorstoss, lieber Herr Amrein, eben gut erklärt, was zu machen ist. Und der Vorwurf, die Linken, wir wollten Wahlkampf machen mit diesem Vorstoss, ist auch falsch. Ah, nein, das war der Claudio Schmid. Nein, es geht wirklich darum, dass hier Leerlauf verhindert wird. Und wenn man liest 200'000 Betreibungen alleine im Kanton Zürich. Und man sieht eben die Krankenkassen, die kommen nicht einmal mit einem Betrag, sie kommen monatlich mit einem Be-

trag. Das ist wirklich nicht schön anzusehen. Der Weibel wird dann geschickt, und man stellt diesen Zahlungsbefehl zu, die Personen werden bemüht. Das Ganze gibt nicht wahnsinnig viel her. Und es ist wirklich konkret so, man sieht ja bei diesen Leuten, die haben dann einen Betreibungsregisterauszug, und da sind eben die Pfändungsverlustscheine eingetragen, wo nicht einmal ein Verlustschein ausgestellt wurde, einen konkreten, weil man von Anfang an gesehen hat, da lohnt sich nicht einmal eine Pfändung. Das ist eben nach Artikel 115, was da gesagt wurde, das ist das SchKG (*Gesetz über Schuldbetreibung und Konkurs*). Das dürfen Sie gerne einmal nachlesen. Dort heisst es dann, wenn man im Voraus sieht, dass da nichts zu holen ist, dann wird ein solches Dokument ausgestellt. Aber es ist nicht nötig, dass dies für all diese Betreibungen gemacht wird. Und es wäre wirklich sinnvoll, wenn man diese Gangart so anpassen würde. Und es ist wirklich so, dass die Betreibungsbeamten der Stadt Zürich sagten, es wäre doch sinnvoll, wenn man mit diesem Unsinn aufhören würde oder ein bisschen abbremsen könnte. Ich bin daher sehr froh, dass es so aussieht, als wenn wir dieses Postulat überweisen würden. Die GLP ist dabei und die vernünftigen Parteien sind dabei. Ich würde es sinnvoll finden, wenn sich auch der Freisinn da einen Ruck geben könnte und mitmachen könnte. Dass der Claudio Schmid noch nicht so weit ist, das verstehe ich, aber vielleicht das nächste Jahr dann. Merci villmal.

Lorenz Schmid (Die Mitte, Männedorf): Wir müssen uns leider, Thomas Marthaler, zu den unvernünftigen Parteien zählen. Ihr wisst, die Mitte ist sich des Problems wirklich bewusst, dass Krankenkassenprämien sehr stark auf den Budgets vieler Familien, vieler Haushalte lasten. Ich glaube, die Vorgehensweise nach KVG ist ganz klar; dazu müssen wir uns nicht äussern. Es gibt da die zwei verschiedenen Klauseln, es muss ein Verlustschein vorliegen oder etwas Gleichwertiges. Wir haben uns vorwiegend eher im Sinne nicht des KVG Gedanken darüber gemacht über die Verschuldung der Familien und Haushalte. Sondern wir haben uns gefragt, ja wie sollen wir denn unterscheiden zwischen Steuerschuld und Versicherungsschuld? Und warum sollen wir uns im einen ganz anders verhalten als im anderen. Das ist einfach betreffend Rechtsgleichheit nicht verständlich. Wir haben uns dann auch noch gefragt, wie denn das Ermessen stattfinden soll? Wo findet eine Pfändung statt? Oder wo machen wir das nicht? Oder wo macht das die Verwaltung einer Gemeinde nicht? Wir argumentieren vorwiegend damit, dass es hier für die Gemeinden diesen Spielraum zu nutzen,

sehr schwierig ist, schwierig auch zu unterscheiden zwischen verschiedenen Schulden, Steuern und Versicherungsschulden. Das kratzt die Rechtsgleichheit zu stark an, als dass wir diesem Vorschlag zustimmen könnten, ausser es würde auf nationaler Ebene über das KVG eine andere Form gefunden werden.

Wir werden deshalb das Postulat nicht überweisen im Wissen, dass es wahrscheinlich überwiesen wird. Wir sind dann gespannt auf die Regierung, wie sie sich dazu äussert und was sie uns da vorschlägt. Wir harren der Dinge und sind gespannt auf die Lösung.

Wir werden das Postulat nicht mittragen.

Hans-Peter Amrein (SVP, Küsnacht) spricht zum zweiten Mal: Lorenz Schmid hat den Teil meines Votums, den ich noch nicht gehalten habe, jetzt gemacht. Ich beziehe mich nur noch auf das Votum Marthaler.

Ich habe keine unvernünftigen Voten hier drin gehört, ausser dasjenige von der GLP. Wenn ich sage, ich habe keine unvernünftigen Voten gehört, ich verstehe vollkommen den Ansatz, dass wir ein riesiges Problem haben mit unseren Krankenkassenprämien, dass wir ein riesiges Problem haben mit unseren Krankenkassenkosten und mit unseren Spitalkosten. Das haben wir heute Morgen irgendwie auch gesehen in der Debatte und heute Nachmittag (*Genehmigung der Jahresberichte und Eigentümerstrategien der kantonalen Spitäler*). Aber es ist nicht so lösbar, wie es Sibylle Marti und Thomas Marthaler wollen. Und die Vertreterin der AL hat es auch dargelegt. Momentan wird in Bern über diese Problematik legiferiert. Und es macht null Sinn, wenn der Kanton Zürich hier oder der Kantonsrat dem Regierungsrat den Auftrag gibt, andere Rechtstitel zu suchen. Thomas Marthaler weiss sehr genau, dass es keine anderen Rechtstitel gibt. Da müsste einer geschaffen werden. Von mir aus gesehen, muss man das auf Bundesebene angehen und man muss vor allem dafür sorgen, dass diejenigen – und das sind eben nicht wenige, und das hören sie auch, wenn Sie vielleicht mit dem einen Arzt oder der einen Ärztin hier drin sprechen, das hören Sie auch von Allgemeinpraktikern, wer die Rechnungen der Ärzte nicht bezahlt. Es ist eben ein Teil unserer Gesellschaft, die sich darum foutiert. Das so zu lösen, wie Herr Marthaler und Frau Marti das wollen, das ist nicht zielführend. Also unterstützen Sie dieses Postulat nicht und lassen Sie die Problematik in Bern angehen, dort, wo es hingehört.

Regierungsrätin Natalie Rickli: Der durch unnötige Betreibungen verursachte Arbeitsaufwand und die damit einhergehenden Kosten für den

Kanton und den Schuldner könnten durch eine Anpassung des Verfahrens wohl merklich reduziert werden. Im Rahmen eines Postulatsberichts könnte geprüft werden, ob neu schon ein Betreibungsregisterauszug als ein dem Verlustschein gleichgestellter Rechtstitel im Sinne von Artikel 105i der Verordnung über die Krankenversicherung, KVV, anerkannt werden könnte. Ob und unter welchen Voraussetzungen dies möglich wäre, könnte im Postulatsbericht dargelegt werden. Durch die Entlastung der Betreibungsämter und der Versicherten stünden letztlich auch mehr Mittel für die Ausrichtung von Prämienverbilligungen zur Verfügung.

Vor diesem Hintergrund ist der Regierungsrat bereit, das Postulat entgegenzunehmen.

Abstimmung

Der Kantonsrat beschliesst mit 82 : 78 Stimmen (bei 0 Enthaltungen), das Postulat KR-Nr. 141/2019 zu überweisen.

Ratspräsident Benno Scherrer: Das Geschäft geht an den Regierungsrat zur Ausarbeitung eines Berichts innert zweier Jahre.

Das Geschäft ist erledigt.

9. «Ambulant statt stationär» nicht behindern, sondern fördern

Postulat Ronald Alder (GLP, Ottenbach), Claudia Hollenstein (GLP, Stäfa) und Jörg Mäder (GLP, Opfikon) vom 26. August 2019
KR-Nr. 265/2019, RRB-Nr. 989/30.10.2019 (Stellungnahme)

Ratspräsident Benno Scherrer: Der Regierungsrat beantragt dem Kantonsrat, das Postulat nicht zu überweisen. Er hat dem Rat seine schriftliche Ablehnung am 30. Oktober 2019 bekannt gegeben. Der Rat hat zu entscheiden.

Ronald Alder (GLP, Ottenbach): Meine Interessenbindung: Ich bin Mitarbeiter des Verbandes der Zürcher Krankenhäuser.

Jetzt kommt die Stunde der Wahrheit, ob Sie es ernst meinen mit kostendämpfenden Massnahmen im Gesundheitswesen. Der medizinische Fortschritt macht es möglich, dass immer mehr medizinische Eingriffe ambulant statt stationär durchgeführt werden können. Dies dient den

Patientinnen und Patienten, da sie noch am gleichen Tag nach Hause gehen können und spart Kosten.

Das Potenzial im ambulanten Bereich in der Schweiz ist riesig. In der Schweiz werden zirka 20 Prozent aller Operationen ambulant durchgeführt, in Holland sind es zirka 50 Prozent. Leider beträgt der durchschnittliche Kostendeckungsgrad für ambulante Behandlungen in den Spitälern nur 77 Prozent. Aus ökonomischer Sicht besteht also kein Anreiz, mehr Patienten ambulant zu behandeln. Im Gegenteil. Die Spitäler haben aus rein finanzieller Sicht einen Anreiz, Behandlungen, wenn möglich, stationär durchzuführen. Es sollten also vermehrt Anreize geschaffen werden, die die Verlagerung von stationär zu ambulant vorantreiben. Der aktuelle, erwähnte, ungenügende Kostendeckungsgrad für ambulante Behandlungen im Spital verursacht einen deutlichen Fehlanreiz in die falsche Richtung. Bei den stationären Behandlungen werden 55 Prozent der Kosten vom Kanton und 45 Prozent von den Krankenkassen getragen. Bei den ambulanten Behandlungen tragen die Krankenkassen 100 Prozent. Darum wehren sich die Krankenkassen gegen eine vermehrte Verlagerung von stationär zu ambulant, weil sie mehr Kosten für sich befürchten. Und dies, obwohl sie wissen, dass das Gesamtsystem massiv Kosten sparen könnte. Die Krankenkassen treiben also absichtlich die Gesundheitskosten in die Höhe.

Dabei zeigt das Beispiel der Krampfaderoperation im Gesundheitsversorgungsbericht der Gesundheitsdirektion folgendes: Bei einem stationären Eingriff sind die Totalkosten 7400 Franken, Anteil Kanton 3900, Krankenkasse 3500. Beim ambulanten Eingriff sind die Totalkosten 2600 Franken. Die Krankenkasse würde also 900 Franken sparen, der Kanton 3900; total 4800. Eine Verlagerung von stationär zu ambulant würde also viel Geld sparen.

Mit dem Postulat fordern wir, dass der Regierungsrat Rahmenbedingungen schafft, damit ambulante Leistungen in den Spitälern kostendeckend erbracht werden können. Mit einer Anpassung des ambulanten Taxpunktwertes für Spitäler könnte aus einem Fehlanreiz ein positiver Anreiz geschaffen werden. Die Kostenunterdeckung muss aufgehoben werden. Die Kosten müssen mindestens gedeckt sein. Neben der Hemmung der Verlagerung von stationär zu ambulant hat der aktuell grosse Spardruck fatale Konsequenzen, insbesondere für das Personal, die Qualität und die Versorgungssicherheit; hier das Stichwort «Intensivpflegebetten» und «Personal». Da hat der Regierungsrat vorletzte Woche das erste Mal gehandelt, indem er die Tarifunterdeckung bei den Covid-Intensivpatienten kompensiert. Sie haben es in den Jahresberich-

ten der kantonalen Spitäler und in den Erläuterungen der ABG (*Aufsichtskommission für Bildung und Gesundheit*) gelesen und gehört. Die mangelnde Kostendeckung wegen den zu tiefen Tarifen führt zu grossen Personalproblemen und stellt die Versorgungssicherheit in Frage. Mit der Anpassung der Tarife wird die problematische Situation der Spitäler entspannt, und die Spitäler können in die Aus- und Weiterbildung investieren, dem Fachkräftemangel entgegenwirken und die Arbeitsbedingungen verbessern. Und mit der Anpassung der Tarife sprechen ausser medizinischen auch wirtschaftliche Faktoren für die vermehrte ambulante Behandlung. Wer also wirklich ins Personal investieren und kostendämpfende Massnahmen im Gesundheitswesen ergreifen will, der unterstützt das vorliegende Postulat.

Die Grünliberalen werden das Postulat überweisen. Tun Sie es ebenso im Interesse der Patientinnen und Patienten und Prämien- und Steuerzahler.

Lorenz Habicher (SVP, Zürich): Ich komme zur Einführung, die ich vor langer, langer Zeit geschrieben habe. Ich werde den ersten Teil so bestreiten, danach lassen Sie mich dann über etwas Amüsantes berichten. Für die Unterstützung spricht die Verlagerung von stationär zu ambulanten Behandlungen; sie ist grundsätzlich erwünscht. Ein ungenügender Deckungsgrad bei den Spitälern ist ein Fehlanreiz respektive bildet eine Hürde. Gegen die Unterstützung spricht die Anpassung des Taxpunktwertes; für Spitäler ist das der falsche Weg. Mit der geforderten Anpassung entsteht kein finanzieller Anreiz, sondern werden bestehende Strukturen in den Spitäler gefestigt. Eine einseitige Anpassung des Taxpunktwertes zieht weitere Begehrlichkeiten nach besserer Abgeltung respektive Entschädigung auch weiterer Dienstleistungen nach sich und ist abzulehnen. Soviel zum vorgeschriebenen Teil meines Votums. Jetzt komme ich zum amüsanten Teil, weil, ich habe mit dem Rückzug gerechnet. Denn die Situation ist aus meiner Sicht wirklich amüsant. Lassen Sie es mich etwas umschreiben respektive erklären.

Sie haben alle die Antwort des Regierungsrates, die Stellungnahme, gelesen. Darin wird berichtet vom Postulat 173/2017 und dass eine Erhebung des Taxpunktwertes aus politischen Motiven aufgrund gesetzlicher Bestimmungen nicht möglich sei. Jetzt haben wir aufgrund des Postulats 173/2017 eine Vorlage auf dem Tisch. Sie war im letzten Versand. Es ist die Vorlage 5759 vom 15. September 2021. Diese Vorlage wird nächstens der KSSG (*Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit*) zugeteilt, und dann sprechen wir genau über dieses Problem. Jetzt frage ich mich schon, ob es noch nötig ist nach so langer Zeit, ein

zweites Postulat nachzureichen, wenn schon eines zu einer Vorlage geführt hat. Ich bitte Sie, dieses Postulat abzulehnen, weil es ja mit der Vorlage 5759 schon behandelt wird und in der Vorlage entsprechend zu handeln und diese Anliegen, die sicher begründet sind, dort einfließen zu lassen. Wir ersparen uns also viel Mühe und Zeit und vor allem eine Verzögerung, wenn wir ein zweites Postulat nach so langer Zeit überweisen, wenn schon eines mit einer Vorlage auf dem Tisch liegt. Ich bitte Sie darum, wenn das Postulat nicht zurückgezogen wird, das Postulat abzulehnen, mit der Begründung, wir haben die Vorlage 5759. Lassen Sie uns gemeinsam daran arbeiten. Das ist die bessere Lösung. Die SVP wird diesen Weg gehen.

Thomas Marthaler (SP, Zürich): Auch die SP empfiehlt Ihnen dieses Postulat zur Ablehnung – aus den gleichen Gründen wie die SVP. Es ist ja sehr erwünscht «ambulant statt stationär». Doch jetzt heisst es ja nicht mehr so. Jetzt heisst es «ambulant und stationär», weil, manchmal ist eben stationär sinnvoller als ambulant. Da gibt es immer neue Trends, wie man das bezeichnen will. Wir werden das in der KSSG (*Kommission für Soziale Sicherheit und Gesundheit*) behandeln und wir werden sicher einen sinnvollen Vorschlag ausarbeiten. Deshalb bitte ich Sie, dieses Postulat einstweilen abzulehnen, damit wir nicht doppelt moppeln. Vielen Dank.

Jörg Kündig (FDP, Gossau): Ich bin froh, dass ich nach Thomas Marthaler sprechen darf. Das verhindert, dass er mich qualifiziert. Ich weiss zwar nie, ob das ein Vor- oder ein Nachteil ist, wenn man von ihm qualifiziert wird. Meine Interessenbindung ist so, dass ich Verantwortlicher bin für ein Regionalspital in Wetzikon.

Tatsächlich ist es so, alle Spitäler leiden unter der aktuellen tariflichen Situation. Die ambulante Medizin wird kaum kostendeckend betrieben oder in den meisten Spitäler werden da Minuszahlen geschrieben. Also, es geht schon darum, dass man da Lösungen findet.

Dass sich die Antwort der Regierung und die Begründung für die Ablehnung dieses Postulates auf die TARMED-Situation (*Tarif für ambulante medizinische Leistungen*) beschränkt, ist etwas schade. Ich glaube, es gäbe weitere Massnahmen, die da ins Auge gefasst werden könnten, struktureller Art, um da eine verbesserte Situation für die ambulante Versorgung zu erreichen.

Unsere Erwartungen sind auch klar: Nicht nur die Vorlage 5759, wie sie angesprochen wurde, sondern es gibt zwei weitere Themen, die aus meiner und unserer Sicht ganz entscheidend sind. Wir stehen jetzt vor

der Spitalplanung und wir haben die Rahmenbedingungen festgeschrieben, die dafür sorgen sollen, dass wir eine gute medizinische Versorgung haben. Wenn Sie die Unterlagen studiert haben, darin wird vielfach über die wirtschaftliche Fähigkeit der Spitäler gesprochen. Also hat man da ein Interesse, dass man auch die nötigen Voraussetzungen schafft, dass die Spitäler wirtschaftlich betrieben werden können.

Das zweite Thema, das anzusprechen ist in diesem Zusammenhang, ist EFAS, die einheitliche Finanzierung von ambulant und stationär. Das ist ein Thema, das in Bern unterwegs ist. Da muss ich sagen, da bin nicht ganz sicher, ob die Kantone der Schweiz da tatsächlich diese EFAS-Diskussion befruchten. Im Moment habe ich den Eindruck, sie behindern sie eher, als dass da etwas vorwärtsgeht. Und da ist der Kanton Zürich halt auch gefordert, die Vertreter des Kantons sollten darauf hinwirken, dass möglichst rasch eine EFAS-Finanzierung kommt. Das würde nämlich die Unterdeckungssituation bereinigen. Natürlich sind die Versicherungen da die grossen Ablehner dieser neuen Modelle. Aber ich glaube, wenn man mit geballter Kraft daran arbeitet, dann bringt man rasch Lösungen zustande.

Die FDP ist ebenfalls der Ansicht, dass das Postulat im Moment zu einer doppelten Arbeit führt. Wir sind einverstanden mit Lorenz Habicher, nicht als Schmankerl, aber als Grundsatz. Wir haben die Vorlage 5759 auf dem Tisch. Da werden wir diese Positionen einbringen, jetzt aber das Postulat ablehnen. Besten Dank.

Nora Bussmann Bolaños (Grüne, Zürich): Sie haben es gehört: Das Thema wird uns auch bald in der Kommission beschäftigen. Doch hier möchte ich dennoch ein paar inhaltliche Punkte hervorheben.

Auch wir Grünen wollen ambulante Leistungen fördern und nicht behindern. Dennoch können wir den Vorstoss der GLP so nicht unterstützen. Es findet ein Strukturwandel statt. Ambulante Leistungen nehmen zu. Diese Ambulantisierung ist politisch so gewollt. Die Förderung von ambulant vor stationär funktioniert auch – das zeigen die Zahlen.

Die Kostendeckung funktioniert aber scheinbar nicht – weder ambulant noch stationär. Die Spitäler erbringen Leistungen zu einem gewissen Prozentsatz gratis. Dennoch: Diesen Vorstoss verstehen wir als Hilfeschiesserei des einen Players im TARMED-Taxpunktwert-Verhandlungsspiel, denn, wenn da keine Einigung zustande kommt, soll der Staat eingreifen. Der Staat schreibt vor, dass die Kosten transparent und die Leistungen effektiv sein müssen. Es wird bezahlt, was es kostet. Das zu eruieren: Eine Herkulesaufgabe, die allen zu langsam

geht. Darum ist die vorgeschlagene Lösung so einfach, wie einleuchtend; auf den ersten Blick. Es soll mehr Geld fliessen, Absender die Prämienzahlenden.

Darum ist uns aber die vorgeschlagene Lösung in diesem überkomplexen Versorgungssystem zu unterkomplex. Ob eine Leistung stationär oder ambulant erbracht werden soll, muss die Ärztin mit der Patientin aufgrund von medizinischen und sozialen Indikationen entscheiden. Das Ergebnis darf weder durch Tarifstrukturen noch Lohnanreize korrumpiert werden. Dass es dies heute tut, wie suggeriert wird, macht aus unserem Gesundheitssystem bestimmt nicht das beste. Es bleibt eine dringende Aufgabe für unser Gesundheitswesen ein vernünftiges Finanzierungsmodell zu schaffen, eines, das integrativ die gesamte Behandlungskette, das heisst von der Apotheke über die Hausärztin, zur ambulanten oder stationären Behandlung, in die Rehabilitation bis zur Spitex und Langzeitpflege, alles in den Blick nimmt und nicht an einzelnen Leistungen herumschraubt und dadurch immer wieder neue Fehlanreize schafft. Es sollen die notwendigen Leistungen in hoher Qualität erbracht werden. Für Alle. Bezahlt soll werden, was es effektiv kostet.

Wir lehnen darum das Postulat ab.

Lorenz Schmid (Die Mitte, Männedorf): Ich glaube, es ist unbestritten, erstens, dass ambulant vor stationär wirklich das Gebot der Stunde ist und dass wir hier ein Problem haben betreffend Unterfinanzierung. Zweitens, das Geschäft 5759, das geht ja zurück auf ein Postulat, das ich eingereicht habe, und zwar muss ich einfach den Zusammenhang dazu erwähnen. Es wurde eingereicht, weil Herr Thomas Heiniger (*Altregierungsrat*) anno dazumal einfach nicht bereit war, seitens der Kantonsregierung wirklich auch EFAS vorwärts zu treiben. Es ist in diesem Sinne eigentlich ein Postulat zur Zählung des Regierungsrates, endlich in Bern offen zu diskutieren, was das nationale Parlament vorsieht in der gemeinsamen Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen. Es geht um falsche Anreize, in der Tat. Aber es geht ja auch um die Finanzierung, denn die ambulanten Leistungen werden nur über die Krankenkassen finanziert. Und je mehr wir über ambulant finanzieren, desto mehr geht es zulasten der Prämienzahler, umso weniger geht es zulasten des Staates. Fragen Sie Herrn Ernst Stocker (*Regierungsrat*), er ist ein Befürworter der Ambulantisierung, und zwar nicht aus medizinischen, gesundheitlichen Argumenten, sondern nur, weil er den Budgetposten der 55 Prozent stationärer Leistungen reduzieren will. Das sind katastrophale, falsche Anreize. Da müssen wir etwas machen.

Deshalb diese Vorlage 5759. Ich glaube, das hat jetzt aber nichts mit der Unterdeckung der ambulanten Leistungen in den Spitälern zu tun. Ich komme zum dritten Punkt: Die Rahmenbedingungen sind unseres Erachtens, der Fraktion der Gesundheitspolitikerin der Mitte, einfach nicht gut. Die 93 Rappen, die reichen einfach nicht aus und führen zu einer Unterdeckung der Leistungen. Notabene sie führen mit den 93 Rappen auch zur Unterdeckung der ambulanten Leistungen der Ärzteschaft. Das ist dasselbe. Es ist lustig, ich habe kurz noch ausgetauscht mit Sepp Widler (*Josef Widler*): Die Ärzte fordern 1,1 und das Spital für ambulante Leistungen fordert 1,07, also eine Korrektur höher als die der ambulanten Leistungen der Ärzteschaft. Das geht natürlich nicht. Aber wir sind jetzt einfach mal, wir schlagen einfach mal einen Pflock ein seitens der Mitte.

Liebe Regierung, die Genehmigung der Tarife müssten Sie mit ein wenig mehr Verantwortung angehen. Natürlich werden die Tarife verhandelt von den Leistungserbringern und den Leistungszahlern, sprich den Krankenkassen. Aber die Genehmigung, die muss der Kanton vornehmen. Es ist Zeit, dass die Genehmigung jetzt dieser Tarife nicht zulasten der ambulanten Leistungen einfach immer wieder durchgewinkt wird, sondern sie muss jetzt angegangen werden, sowohl für die ambulanten Leistungen der Spitäler wie für die ambulanten Leistungen der Ärzteschaft.

Ich glaube in diesem Sinne schlagen wir einmal einen Pflock ein. Der Pflock ist sinnlos, ich glaube, wir erhalten keine Mehrheit. Es bleibt aber auf der Traktandenliste. Wir können das nicht einfach so weiter geschehen lassen, was momentan passiert. Ansonsten kein Spital ambulante Leistungen erbringen möchte. Danke vielmals für eure Unterstützung des Postulates.

Regierungsrätin Natali Rickli: Das Postulat zielt auf eine Anpassung, sprich eine Erhöhung des ambulanten Taxpunktwertes für die Spitäler ab.

Die ambulanten ärztlichen Leistungen der Spitäler werden nach TARMED abgerechnet. Das ist eine gesamtschweizerisch einheitliche Tarifstruktur, die von den Tarifpartnern – Krankenversicherer und Ärzteschaft – ausgehandelt und vom Bundesrat genehmigt wird. Die Vergütung einer ärztlichen Leistung ergibt sich aus der Multiplikation der Anzahl Taxpunkte – vorgegeben vom TARMED – mit dem jeweils gültigen Taxpunktwert. Der Taxpunktwert wird auf kantonaler Ebene von den Tarifpartnern ausgehandelt oder subsidiär vom Regierungsrat fest-

gesetzt. Der Verband Zürcher Krankenhäuser (VZK) hat beim Regierungsrat ein entsprechendes Festsetzungsbegehren gestellt, weil er sich mit den Versicherern nicht auf einen Taxpunktwert für die von ihm vertretenen Spitäler einigen konnte. Dieses Verfahren ist hängig. Solange es dauert, gilt weiterhin ein provisorischer Taxpunktwert von 89 Rappen.

Die Festsetzung des Taxpunktwerts muss sachlichen Kriterien folgen, so schreibt es das KVG (*Krankenversicherungsgesetz*) vor. Die festsetzende Behörde – hier der Regierungsrat – muss den Kriterien Gesetzmässigkeit, Wirtschaftlichkeit und Billigkeit des Tarifs folgen. Politische Kriterien wie beispielsweise die Förderung ambulanter Behandlungen dürfen von Bundesrechts wegen keine Rolle spielen. Der festgesetzte Tarif muss auch einer gerichtlichen Überprüfung Stand halten können; die Beschwerde ans Bundesverwaltungsgericht steht offen.

Schliesslich ist die Finanzierung der ambulanten Leistungen der Spitäler bereits Gegenstand des bereits überwiesenen Postulates KR-Nr. 173/2017 betreffend «Einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Gesundheitsleistungen». Der Regierungsrat hat sich im Rahmen des Berichts zu diesem Postulat eingehend geäussert. Verschiedene von Ihnen haben das auch schon angesprochen, auch Jörg Kündig, auch Lorenz Schmid. Da kann ich Ihnen sagen, der Zürcher Regierungsrat ist für EFAS, aber mit der Einbindung der Pflege. Der Ball ist nun wieder beim Ständerat, der im vierten Quartal darüber entscheidet. Da haben Sie alle auf Ihre Parteien in Bern Einfluss.

Ich bitte Sie, dem Antrag des Regierungsrates zu folgen und das Postulat abzulehnen. Vielen Dank.

Abstimmung

Der Kantonsrat beschliesst mit 123: 36 Stimmen (bei 0 Enthaltungen), das Postulat KR-Nr. 265/2019 nicht zu überweisen.

Das Geschäft ist erledigt.

10. Vorwärtskommen mit Patientenverfügungen

Postulat Astrid Furrer (FDP, Wädenswil), Beatrix Frey (FDP, Meilen) und Bettina Balmer (FDP, Zürich) vom 23. September 2019
KR-Nr. 305/2019, RRB-Nr. 1172/10.12.2019 (Stellungnahme)

Ratspräsident Benno Scherrer: Der Regierungsrat beantragt dem Kantonsrat, das Postulat nicht zu überweisen. Er hat dem Rat seine schriftliche Ablehnung am 10. Dezember 2019 bekannt gegeben. Der Rat hat zu entscheiden.

Astrid Furrer (FDP, Wädenswil): Jeder weiss, wie wichtig eine Patientenverfügung wäre – eigentlich. Im Internet und bei vielen bekannten Anlaufstellen wie Pro Senectute, KESB (*Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde*) Banken, gibt es unzählige Vorlagen dazu. Trotzdem oder gerade wegen des Dschungels, werden sie zu wenig ausgefüllt. Und das ist fatal. Offenbar ist es doch nicht so einfach, wie es sich anhört, und deshalb ist das Postulat entstanden.

Etliche Dinge stehen der Patientenverfügung im Weg: Eine Patientenverfügung ist zum Beispiel nicht so einfach zu erstellen, trotz Vorlagen. Es gibt extrem viele Fragen zu beantworten, die man als Laie kaum beantworten kann. So ist es ein sehr grosser Unterschied, ob man die Patientenverfügung schreibt für ein chronisches Leiden, für den Aufenthalt in einem Pflegeheim oder für den Fall eines Akutereignisses wie einen Unfall. Viele Vorlagen unterscheiden nicht zwischen diesen Fällen. So schreibt man zum Beispiel dann hinein, man wolle nicht künstlich beatmet werden oder keine künstliche Ernährung haben. Dies wünschen Personen, die Angst davor haben, wochenlang an Maschinen gehängt zu werden und so zu sterben. Jedoch sind das Massnahmen, die nach einem Unfall oder einer gewissen Operation zum Standard gehören und vorübergehend sind. Hier ist also der Pferdefuss. Ohne fachlichen Beistand sind viele Patientenverfügungen in der Praxis nicht brauchbar.

In ihrer Antwort beschreibt die Regierung, dass es genügend Mustervorlagen gebe und dass das heutige Recht das rechtzeitige Auffinden der Patientenverfügung gewährleiste. Wie erwähnt, das ist ja nicht das Problem, dass es keine Vorlagen gibt, sondern es ist eben gar nicht so einfach, so eine Patientenverfügung auszufüllen. Auch wenn das heutige Recht das Auffinden gewährleistet, ist es in der Praxis doch so, dass es in Notfällen in den Spitälern sehr viele unauffindbare Patientenverfügungen gibt. Die Regierung soll laut unserem Postulat nach Mitteln und Wegen suchen, wie man qualitativ hochwertige Patientenverfügungen vorantreiben kann, die auch rechtzeitig auffindbar sind. Wir haben Vorschläge in der Begründung gemacht; die sind nicht bindend. Es bestehen da offenbar Zweifel – die einigermaßen nachvollziehbar sind –, ob es geschickt ist, wenn die Krankenkassen eine aktive Rolle spielen

sollen. Man misstraut, ob sie die Interessen der Patienten in den Vordergrund stellen oder ihre wirtschaftlichen Interessen. Wir sind da aber offen: Es kann auch eine andere, bereits bestehende Stelle oder Institution sein, die die Patientenverfügungen vorantreiben sollen. Wichtig ist auch nach wie vor: Sie soll selbstverständlich freiwillig sein. Unser Postulat soll keine Pflicht darstellen, aber eine Vereinfachung für die Erstellung. Man darf die Leute durchaus in ihr Glück schubsen.

Welche Idee auch immer gesponnen wird: Der Kanton Zürich könnte mit sinnvollen Standards und einem Weg aus dem Dschungel eine wichtige Vorreiterrolle für die Schweiz spielen, damit mehr Menschen eine Patientenverfügung ausfüllen. Es müsste auch im Interesse des Kantons sein. Wir wünschen uns, dass er diese Chance wahrnimmt, und wünschen daher eine Ausarbeitung von Vorschlägen. Danke.

Esther Straub (SP, Zürich): Die Corona-Krise zeigt deutlich, wie wichtig es ist, dass sich Menschen Gedanken darüber machen, ob sie im Fall einer schweren Erkrankung alle medizinischen Möglichkeiten in Anspruch nehmen wollen oder nicht. Dieser Prozess der Auseinandersetzung mit dem eigenen Sterben muss jedoch sorgfältig und ganz bewusst angegangen werden. Wie die Postulantinnen selber festhalten, kann es auch dazu kommen, dass mit einer unüberlegten Patientenverfügung viel zu allgemein lebensverlängernde Massnahmen ausgeschlossen werden. Es sind Differenzierungen zu beachten: Will die Patientin ausschliessen, dass sie, an einer Maschine angehängt, längere Zeit bewusstlos am Leben bleibt, oder will sie auch keine Antibiotika mehr in Anspruch nehmen, wenn sie mit einer Lungenentzündung kämpft? Solche Fragen müssen überlegt und sorgfältig entschieden werden. Natürlich kann auch verfügt werden, dass dieser Schritt für den Fall der Fälle, dass sich die Person nicht selbst entscheiden kann, den nächsten Angehörigen oder einer anderen Vertrauensperson zur Entscheidung übergeben werden. Und es muss auch respektiert werden, dass sich jemand mit diesen Fragen nicht auseinandersetzen will. Auch das ist das Recht einer Person. Zentral ist, dass diejenigen, die eine Patientenverfügung verfassen, dies autonom beziehungsweise im Gespräch mit ihren Angehörigen und ihrer Ärztin des Vertrauens tun, und dass sie es sehr bewusst und überlegt tun.

Problematisch wird es dann, wenn Kostenträger, also Krankenversicherer – wie die Postulantinnen vorschlagen – oder eben auch der Staat sich einmischen oder eine Person gar zum Abschluss einer Patientenverfügung gedrängt wird. Denn Kostenträger im Gesundheitswesen profitie-

ren immer auch monetär von einem frühzeitigen Verzicht auf medizinische Leistungen. Es geht bei einer Patientenverfügung aber um andere Werte, um ein Sterben in Würde, um die Selbstbestimmung der betroffenen Person. Die Unabhängigkeit einer Patientenverfügung muss gewährt sein. Das bedeutet, dass auch diejenigen, die Patientenverfügungen fördern und sie zur Verfügung stellen, nicht selber von einem frühzeitigen Verzicht auf medizinische Leistungen profitieren dürfen. Wir folgen deshalb der Argumentation der Regierung und begrüssen die indirekte Förderung über vertrauenswürdige Institutionen. Diesen Institutionen stehen tatsächlich oft zu wenig Mittel zur Verfügung; dieses Problem muss gelöst werden, aber wird mit diesem Postulat nicht gelöst. Wir begrüssen es auch, dass Prozesse, die dafür sorgen, dass vorhandene Patientenverfügungen auch tatsächlich berücksichtigt werden, reibungslos funktionieren. Das muss gewährleistet sein.

Die SP sagt Ja zur Selbstbestimmung im Sterben, aber Nein zur Einmischung seitens Kostenträger medizinischer Leistungen. Wir lehnen das Postulat deshalb ab.

Daniela Güller (GLP, Zürich): Das Anliegen der Postulantinnen ist teilweise berechtigt. Es gibt zwar gut auffindbare Vorlagen für Patientenverfügungen und es ist auch möglich, den Standort der Patientenverfügung auf der Versichertenkarte eintragen lassen. Wir können die Argumente des Regierungsrates deshalb verstehen. Es besteht auch keine gesetzliche Handhabe, die Bevölkerung zu einer Patientenverfügung zu bewegen. Die Krankenkassen einzubinden, sehen wir wie der Regierungsrat auch eher kritisch. Jedoch besteht noch Optimierungspotenzial; sinnvolle Standards zu setzen wäre hilfreich.

Die Pflegezentren der Stadt Zürich beispielsweise verwenden schon seit einiger Zeit den Weg des Advanced Care Planning. Alle Bewohner und Bewohnerinnen werden beim Eintritt zu ihren persönlichen Werten und Vorstellungen befragt respektive auch gemeinsam mit Angehörigen und dem Behandlungsteam werden die Abstufungen einer Behandlung im Akutfall festgehalten. Einzelne Akutspitäler verwenden diese Methode ebenfalls vor dem Einsatz von Risiko-Operationen. Diese Institutionen haben sich mit klaren Konzepten der Fragestellung freiwillig gestellt und so kann der Regierungsrat dies ebenfalls. Prüfungswert wäre es auch, ob über den Spitalaufenthalt hinaus entsprechende Konzepte sinnvoll wären.

Die GLP unterstützt die Überweisung.

Nora Bussmann Bolaños (Grüne, Zürich): Wenn die Personen in der Frage der Patientenverfügung urteilsfähig sind – andernfalls ist es eben schon zu spät –, besprechen die Berufsbeistände und Berufsbeiständigen, die Mitarbeitenden der Spitex und der Pflegeeinrichtungen, Hausärzte und Hausärztinnen – da wäre vielleicht ein entsprechender Taxpunkt noch förderlich –, Fachpersonen der Pro Senectute und sicher noch weitere Fachpersonen anderer Einrichtungen das Thema der Patientenverfügung mit ihrer Klientel. Und die Einrichtungen im Kanton Zürich sind sogar in der Pflicht. Im Paragraph 10 Absatz c Ziffer 2 der Verordnung über die Pflegeversorgung steht folgendes: «Tritt eine Person in ein Pflegeheim ein, bespricht der Leistungserbringer mit ihr das Thema der Patientenverfügung. Auf Wunsch der eintretenden Person nehmen Bezugspersonen an der Besprechung teil. Das Ergebnis der Besprechung wird dokumentiert und zu den Akten genommen.» Soweit die Verordnung.

Genauso selbstbestimmt wie für eine Patientenverfügung – und das geht manchmal unter – entscheiden sich Menschen auch dagegen: gegen die Auseinandersetzung mit den technischen und medizinischen Möglichkeiten und vor allem gegen die Auseinandersetzung mit dem eigenen Sterben. Auch Nein sagen zu einer Patientenverfügung ist Selbstbestimmung. Und um ein menschenwürdiges Sterben zu gewährleisten – was sicher alle wollen –, braucht es keine Verfügungen, sondern genügend Fachpersonen im Gesundheitswesen.

Aber ja, es stimmt, es braucht noch viel Überzeugungsarbeit und auch Informationskampagnen. Oder haben Sie schon eine Patientenverfügung? Was es jedoch nicht braucht – und da teilen wir Grünen die Meinung der Regierung –, ist, den Krankenkassen eine zentrale Rolle in dieser Frage einzuräumen. Es braucht auch keine einheitlichen Formulare und keine direktstaatlichen Massnahmen zur Förderung von Patientenverfügungen. Es ist erstaunlich, dass gerade von jener Seite, welche den Begriff der Eigenverantwortung in ihrer DNA trägt, so viel staatliche Steuerung gefordert wird. Wir verstehen das Anliegen und wünschen uns wahrscheinlich im Ergebnis dasselbe. Das Postulat lehnen wir jedoch ab, weil es in der Freiheit der Menschen liegt, die letzten Fragen auch unbeantwortet zu lassen.

Mark Anthony Wisskirchen (EVP, Kloten): Vorwärtskommen mit Patientenverfügungen; eigentlich müsste es heissen, vorwärtskommen mit den EPD, mit dem elektronischen Patientendossier. Die Postulantinnen verlangen aber in ihrem Postulat vom Regierungsrat staatliche Hilfestellung zur Steigerung von qualitativ hochstehenden, wenn möglich

elektronischen Patientenverfügungen der Zürcherinnen und Zürcher. Vom bischöflichen Ordinariat Chur über Dignitas (*Sterbehilfeorganisation*) bis Heilsarmee stellen unzählige Institutionen im Gesundheitswesen auf ihren Internetportalen Hilfestellungen und Downloads von Patientenverfügungen teils gratis, teils gegen eine kleine Gebühr und kostenlose telefonische Hilfe und Beratungen zur Verfügung.

Wenn ich jetzt die Postulantinnen der FDP beim Wort nehmen möchte, stellt sich mir die Frage: Weshalb ein Postulat, in welchem der Regierungsrat aufgefordert wird, staatliche Unterstützung aufzubauen, wenn eigentlich auf die Eigenverantwortung gerade in diesem doch sehr persönlichen und vertrauensvollen Schritt einer Patientenverfügung zu setzen wäre? Natürlich ist das Ansinnen nicht ganz von der Hand zu weisen und eine wichtige Angelegenheit, denn man weiss ja nie. Aber in vielen Institutionen beispielsweise in Langzeiteinrichtungen gehört die Frage nach einer Patientenverfügung schon länger zum Standard-Prozess. Die Entlastung im Ernstfall für Pflegende, Ärzteschaft und Angehörige kann enorm sein. Daher kann sich die EVP-Fraktion sehr gut den fundierten Erkenntnissen und Antwort des Regierungsrats anschliessen. Es ist grundsätzlich zu begrüessen, wenn möglichst viele Personen von ihrem Selbstbestimmungsrecht Gebrauch machen und eine Patientenverfügung erstellen, auf die im Ernstfall abgestellt werden kann. Empfehlenswert sind beispielsweise die von der FMH (*Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte*) und der schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften zur Verfügung gestellten Patientenverfügungen, die in zwei Varianten – eine ausführliche und eine Kurzversion – sowie einer Hinweiskarte fürs Portemonnaie erhältlich sind.

Es ist aber ganz wichtig, individuell zu entscheiden, wann ich mich und für welche Art der Patientenverfügung entscheiden möchte oder in einem gewissen Krankheitsstadium entscheiden muss. Gerade für bestimmte Krankheiten gilt es eine spezifische Patientenverfügung, die für die jeweilige Krankheit beispielsweise Krebs, Parkinson oder auch bei psychischen Erkrankungen oder gar einer ideologisch spezifischen Institution und Lebensweise zugehörigen Patientenverfügung anzunehmen. Eine Beratung ist empfehlenswert. Ein Austausch mit seinem Hausarzt, Hausärztin oder behandelnden Arzt oder Ärztin hilfreich.

Wie auch immer, Sie und ich, oder auch Menschen, die schon oder Patient, Patientin sind, können sich entscheiden, es ist immer ein freiwilliger Entscheid und er kann nur bei absoluter Urteilsfähigkeit gefällt, aber auch korrigiert werden. Somit ist definitiv jede Patientenverfügung eine eigenverantwortliche Angelegenheit und kann weder über die Krankenversicherer noch staatlich verfügt werden.

Aus diesen Gründen wird die EVP das Postulat nicht weiter unterstützen, aber empfiehlt allen Personen eine Patientenverfügung in eigener Verantwortung zu erstellen. Ich sollte das auch tun.

Nicole Wyss (AL, Zürich): Patientenverfügungen sind eine gute Sache. Sie erfüllen nicht nur das Recht auf Selbstbestimmung, sondern entlasten auch die Angehörigen bei sehr, sehr schwierigen Entscheidungen, Entscheidungen, bei welchen häufig Lebenskonzepte, ethische und religiöse Haltungen aufeinanderprallen und für sehr grosse Konflikte sorgen. Was ist für Sie Lebensqualität? Es wird wohl so viele Antworten geben, wie es Personen im Saal hat. Auch eine schnelle und einfache Auffindbarkeit der Patientenverfügung ist im Ernstfall für Angehörige und behandelnde Ärzte eine Erleichterung. Den Kranken- und Unfallversicherungen eine zentrale Rolle in dieser Angelegenheit zu geben, sehen wir, die Alternative Liste, allerdings nicht. Die Versicherer sind keine Vertrauenspersonen und der Inhalt einer Patientenverfügung geht sie nichts an.

Wir bedanken uns beim Regierungsrat für die ausführliche Stellungnahme. Beratungen, Mustervorlagen, Hinweise bezüglich Aktualisierungen sowie Ablagemöglichkeiten für Patientenverfügungen sind vorhanden. Nichtsdestotrotz ist die Hemmschwelle, sich der Beantwortung dieser tiefgreifenden Fragen zu stellen, sehr hoch. Dass die Patientenverfügungen freiwillig bleiben, ist klar. Es darf keine Pflicht sein. Wir wünschen uns aber dennoch, dass mehr Bürgerinnen und Bürger eine erstellen.

Die Alternative Liste wird das Postulat überweisen.

Lorenz Schmid (Die Mitte, Männedorf): Die Mitte wird dieses Postulat überweisen und zwar nur schon, damit wir nicht nur mit der GLP in der grünen Mitte erscheinen, sondern auch einmal mit der FDP.

Mark Wisskirchen, es geht in der Tat darum, dass wir etwas finden, um das EPD zu füllen. Und das EPD, das ist ja eigentlich auch in der Pflicht des Kantons vorwärtszutreiben. Sie schlafen momentan, sie lassen Axsana (*Verwalterin von EPD-Stammdaten*) und so weiter in der Unterfinanzierung hängen. Das ist schade. Es ist ein Digitalisierungsprojekt. Wir fordern in diesem Sinne durch dieses Postulat den Regierungsrat auf, in einer Digitalisierung eine Lösung zu finden für den Anwendungscase «Patientenverfügung». Ich habe auch eine Patientenverfügung geschrieben. Fragen Sie mich nicht, wo sie liegt. Sie wird wahrscheinlich bei mir in der Apotheke im Tresor liegen. Ob dort jemand gleich dann hinschaut, wenn ich sie bräuchte, weiss ich nicht. Deshalb

geht es wirklich darum: Der Kanton soll in einem Digitalisierungscase sich Gedanken machen anhand der Patientenverfügung. Eigentlich hat Mark Wisskirchen recht, wir sollten es vorwärtstreiben über ein allgemeines Tool, das EPD. Auch wenn dieses Postulat nur dazu führt, den Kanton zu verpflichten, das EPD vorwärtszutreiben, ist schon sehr viel getan. Wir stehen zu diesem Postulat und sind gespannt auf weitere Antworten, die der Regierungsrat uns vorlegen würde. Wir werden es überwiesen. Danke.

Regierungsrätin Natalie Rickli: Ich habe auch eine Patientenverfügung und ich weiss sogar, wo sie liegt. Sie wissen es, eine Patientenverfügung ist eine Vorsorgemassnahme, mit der eine urteilsfähige Person im Voraus festlegen kann, welchen medizinischen Massnahmen sie im Fall ihrer Urteilsunfähigkeit zustimmt oder nicht zustimmt.

Bereits heute existieren für das Erstellen einer Patientenverfügung gute Vorlagen. So haben beispielsweise die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte, FMH, und die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, SAMW, gemeinsam eine Vorlage ausgearbeitet. Daneben gibt es zahlreiche weitere Institutionen, die gute Mustervorlagen zur Verfügung stellen. Im Kanton Zürich bestehen zudem diverse Angebote, die Beratung und Unterstützung bei der Erstellung von Patientenverfügungen anbieten, so zum Beispiel das Schweizerische Rote Kreuz Kanton Zürich oder die Patientenstelle Zürich. Die Gesundheitsdirektion fördert und unterstützt einige dieser Angebote mittels Ausrichtung von Staatsbeiträgen für die Informations- und Beratungstätigkeit zugunsten der Bevölkerung. Das Erstellen von gut formulierten, qualitativ hochwertigen und auf die individuellen Bedürfnisse zugeschnittenen Patientenverfügungen ist also bereits heute unkompliziert möglich. Eine einzelne Mustervorlage als verbindlich zu erklären, ist nicht zweckmässig. Es muss stets die Möglichkeit gewahrt bleiben, eine Patientenverfügung den eigenen Bedürfnissen und Wertvorstellungen entsprechend individuell anzupassen.

Der Regierungsrat begrüsst es, wenn möglichst viele Personen von ihrem Selbstbestimmungsrecht Gebrauch machen und eine Patientenverfügung erstellen. Die Corona-Pandemie, die uns alle ja seit Monaten in verschiedener Hinsicht sehr stark beschäftigt, hat auch dem Thema Patientenverfügung Auftrieb verliehen, und es haben sich deutlich mehr Menschen für eine Patientenverfügung entschieden. Der Entscheid zum Verfassen einer Patientenverfügung muss aber stets freiwillig gefällt

werden. Die heute bestehenden Angebote ermöglichen eine gute Qualität und einen niederschweligen Zugang zu Mustervorlagen. Einen Bedarf für ergänzende staatliche Massnahmen gibt es nicht. Daher beantragt Ihnen der Regierungsrat die Ablehnung des Postulats.

Abstimmung

Der Kantonsrat beschliesst mit 100 : 49 Stimmen (bei 2 Enthaltungen), das Postulat KR-Nr. 305/2019 nicht zu überweisen.

Das Geschäft ist erledigt.

11. Geschlechterunterschiede in der Medizin

Postulat Nicola Yuste (SP, Zürich) und Katrin Cometta-Müller (GLP, Winterthur) vom 25. Mai 2020

KR-Nr. 170/2020, RRB-Nr. 872/9.9.2020 (Stellungnahme)

Ratspräsident Benno Scherrer: Der Regierungsrat beantragt dem Kantonsrat, das Postulat nicht zu überweisen. Er hat seine schriftliche Ablehnung am 9. September 2020 bekannt gegeben. Der Rat hat zu entscheiden.

Nicola Yuste (SP, Zürich): Haben Sie auch gelesen, dass mehr Männer als Frauen an Covid-19 sterben, obwohl sich Männer und Frauen gleich häufig mit dem Virus infizieren? Und wussten Sie, dass das am meisten vernachlässigte Krankheitsbild in Europa die Osteoporose ist – aber nur bei Männern? Und warum nehmen Frauen eigentlich Medikamente, die weder an weiblichen Zellen, noch an weiblichen Versuchstieren, und oft nur ungenügend an Frauen in klinischen Studien getestet wurden? Heute wissen wir: Das Geschlecht spielt für unsere Gesundheit eine Rolle. Es hat Auswirkungen darauf, welche Symptome eine Krankheit aufweist, welchen Verlauf sie nimmt, und wie sie behandelt werden muss.

Gemäss der Schweizerischen Ärztezeitung werden jährlich 8000 bis 9000 Artikel zu den Geschlechterunterschieden in der Medizin publiziert. In der Praxis werden diese Unterschiede aber oft vernachlässigt, in den klassischen Lehrbüchern sind sie fast gar nicht thematisiert und uns Laien kaum bekannt. Das kann fatale Folgen haben. In der Schulzeit hat man mir ein Video mit einem Bauarbeiter gezeigt, der sich plötzlich an die linke Brustseite fasst, gebückt dasteht und sichtlich

schwer atmet. So sieht ein typischer Herzinfarkt aus, habe ich gelernt. Eine Sensibilisierung auf die Symptome ist entscheidend, denn bei einem Herzinfarkt ist schnelles Alarm-Schlagen überlebenswichtig. Was ich nicht gelernt habe, ist, dass sich die Symptome bei Frauen stark unterscheiden; sie leiden zum Beispiel oft an Übelkeit oder Druck im Rücken oder Bauch. Dass wir uns dessen nicht bewusst sind, führt dazu, dass Herzinfarkte bei Frauen – auch in Zürich – oft zu spät erkannt und behandelt werden, wie 2019 eine traurige Studie des Stadtsitals Triemli gezeigt hat. Gemäss den Studienautorinnen zögern Frauen bei einem Herzinfarkt länger als Männer, bis sie medizinische Hilfe in Anspruch nehmen. Einerseits da Herzinfarkte fälschlicherweise als typische Männerkrankheit betrachtet werden, andererseits, weil Frauen eben häufig andere Symptome haben als Männer, was aber kaum bekannt ist. Und wir sprechen hier nicht von einer Randerscheinung: In Europa leiden mehr Frauen als Männer an Herz-Kreislaufkrankungen. Und laut der Schweizerischen Herzstiftung ist der Herzinfarkt die Todesursache Nummer eins in der Schweiz und weltweit. Wie kann es da sein, dass die Allgemeinheit keine Ahnung von den weiblichen Symptomen hat?

Es geht selbstverständlich nicht darum, den Hochschulen vorzuschreiben, wo oder wie sie forschen sollen. Sondern es geht darum, zu eruieren, wo die Politik und Verwaltung im Kanton Zürich Einfluss nehmen können, um die Erkenntnisse aus der Forschung rascher in die medizinische Praxis und ins Bewusstsein der Bevölkerung zu bringen. Dass hier schweizweit Handlungsbedarf besteht, hat 2019 auch der Bundesrat anerkannt. Wir sollten aber nicht warten, bis uns der Bund sagt, was zu unternehmen ist, sondern als Kanton unsere Verantwortung für die Gesundheit der Bevölkerung schon heute wahrnehmen.

Mit unserem Postulat haben Katrin Cometta und ich die Regierung deshalb gebeten, in einem Bericht aufzuzeigen, wie den Auswirkungen der geschlechtsspezifischen Unterschiede in der medizinischen Forschung, aber vor allem Prävention und Versorgung im Kanton Zürich mehr Rechnung getragen werden kann. In ihrer Stellungnahme beschränkt sich die Regierung aber leider vor allem darauf, die Bemühungen in der Akademie aufzuzählen. Es stimmt, die Universität Zürich hat einen Handlungsbedarf erkannt, der Aufbau eines Instituts und einer Professur für Gendermedizin sind in Planung, ausserdem wurde ein neuer Schweizer CAS (*Certificate of Advanced Studies*) gegründet.

Um ein generelles Umdenken bei der Ärzteschaft und ein Bewusstsein in der Bevölkerung zu erreichen, wird es aber wohl noch viele weitere

Anstrengungen brauchen. Was kann der Kanton nun konkret unternehmen, um diese zu fördern? Im Bereich der Prävention ist die Gesundheitsdirektion federführend. Auch in der Versorgung nimmt sie eine wichtige Rolle ein, indem sie mit Strategien und Programmen Ziele, Vorgehensweisen und Massnahmen in unterschiedlichen Bereichen der Gesundheitsversorgung festlegt – das habe ich auf der Website gelesen. Der Kanton Zürich ist einer der bedeutendsten Forschungs-, Bildungs- und Gesundheitsstandorte der Schweiz. Ich verlange von der Regierung mit diesem Postulat, ihre Verantwortung für eine chancengleiche medizinische Versorgung, Forschung und Prävention im Kanton wahrzunehmen. Als Bürgerinnen und Bürger können dabei wir erwarten, dass nicht die Hälfte der Bevölkerung als Sonderfall vernachlässigt wird. Ich danke Ihnen, die noch da sind, herzlich für Ihre Unterstützung.

Lorenz Habicher (SVP, Zürich): Es wird Sie nicht erstaunen, dass die SVP-Fraktion dieses Postulat ablehnt.

Es gibt durchaus Punkte, die für das Postulat sprechen, zum Beispiel, dass die Postulantinnen anerkennen, dass es zwei verschiedene biologische Geschlechter gibt: Mann und Frau (*Heiterkeit*). Das Geschlecht hat Auswirkungen auf das Auftreten, den Verlauf sowie der Therapie von Krankheiten. Frauen und Männer, Frau und Mann, weisen nicht nur verschiedene Symptome auf, sondern reagieren auch unterschiedlich auf Medikamente. Auch der Bundesrat stellt fest, dass es Hinweise darauf gibt, dass den geschlechtsspezifischen Unterschieden in der Medizin nicht ausreichend Rechnung getragen wird. Das ist in der Stellungnahme des Bundesrates vom 21. August 2019 zu der Motion 19.3577 festgehalten. Der Regierungsrat hat dies aufgeführt und beantragt in seiner Stellungnahme, das Postulat abzulehnen. Der Nationalrat hat ferner das Postulat 19.3910, «Gesundheit der Frauen, bessere Berücksichtigung ihrer Eigenheiten», angenommen, das vom Bund einen Bericht über die bereits getroffenen oder noch anzustossenden Massnahmen im Zusammenhang mit spezifischen Bedürfnissen der Frau in der Medizin fordert. Der Kanton Zürich respektive die Universität Zürich haben bereits zahlreiche Bestrebungen unternommen, um die Forschung zur geschlechterspezifischen Medizin zu stärken, die Thematik in der Aus- und Weiterbildung einzubringen und die Übertragung der Erkenntnisse aus der Forschung auf die Anwendung in der medizinischen Versorgung zu gewährleisten.

All dies geschieht in enger Zusammenarbeit mit den universitären Spitälern. Es besteht also weder Bedarf noch die Notwendigkeit einen weiteren Bericht zu diesen Massnahmen im Kanton Zürich zu verfassen.

Wir sind der Meinung, es wird genügend getan. Es ist anerkannt, dass die Menschen verschieden sind, Frau und Mann. Das Postulat ist abzulehnen. Ich danke Ihnen.

Raffaella Fehr (FDP, Volketswil): In Vertretung meiner Kollegin Ariane Moser verlese ich nun ihr Votum.

Inhaltlich ist das postulierte Anliegen richtig und wichtig. Das Thema wurde lange vernachlässigt. Heute ist es aber anerkannt und bekannt, und zwar nicht nur in Hinblick auf Geschlechterunterschiede, sondern ebenso in Hinblick auf Menschen unterschiedlicher genetischer Herkunft oder Alters. Die Antwort des Regierungsrats zeigt auf, welche zahlreichen Initiativen und Projekte zu genau diesem Thema bereits gestartet wurden. So hat – um nur ein Beispiel zu nennen – die UZH (*Universität Zürich*) eine Gastprofessur zum Thema installiert. Und gerade mit der Corona-Impfung ist das Thema nochmals mehr ins Bewusstsein gerutscht und wird zum Beispiel die Eignung für die unterschiedlichen Altersgruppen separat beurteilt.

Wir lehnen das Postulat ab, obwohl wir die Thematik sehr stark unterstützen, weil offene Türen aber nicht mehr eingerannt werden müssen. Gleichzeitig bekräftigen wir aber hier auch die Erwartung, dass der eingeschlagene Weg weitergegangen wird. Besten Dank.

Sonja Gehrig (GLP, Urdorf): Das Postulat verlangt einen Bericht, der gendergerechte Massnahmen in der medizinischen Forschung, der Prävention und der Versorgung im Kanton Zürich aufzeigen soll. Was wird da schon gemacht, welche Massnahmen können noch vertieft und in Zukunft weiterverfolgt werden? Darum geht es also. Die GLP hat das Postulat mitunterzeichnet und unterstützt das Anliegen auch weiterhin. Unbestritten ist: Das biologische Geschlecht hat markante Auswirkungen auf das Auftreten, den Verlauf sowie die Therapie von Krankheiten. Frauen und Männer können unterschiedliche Symptome aufweisen und aufgrund ihrer physiologischen Unterschiede auch anders auf Medikamente reagieren. Inhaltlich geht es um drei Ebenen einer gendergerechten Medizin: Einerseits geht es um Forschung. Als zweites geht es um die Prävention, also mit der Bevölkerung als Zielgruppe. Und drittens geht es um die Anwendung in der Medizin und die Ausbildung des medizinischen und des Pflegepersonals. Auch hier ist die Bevölkerung unmittelbar betroffen.

In der Tat scheint das Postulat offene Türen einzurennen. In seiner Stellungnahme hat der Regierungsrat zum ersten Anliegen, der gendergerechten Forschung, dargelegt, was schon gemacht wird. Nicht nur im

Kanton Zürich, auch auf nationaler Ebene wird das Thema als relevant eingestuft und ist in der Forschung ins Bewusstsein gelangt. Der Nationalrat hat im Juni letzten Jahres ein Postulat zu gendergerechten Massnahmen in der Medizin überwiesen. Und der Regierungsrat zählt in seiner Antwort laufende und geplante Massnahmen der medizinischen Fakultät auf, die zeigen, dass die Uni Zürich bereits zahlreiche Bestrebungen unternommen hat, um die Forschung zur geschlechterspezifischen Medizin zu stärken. Auch die Ethikkommission des Kantons Zürich sei sich des Problems der gendergerechten Forschung bewusst, und Gesuchstellende von Forschungsprojekten werden mit einer Checkliste zur Thematik sensibilisiert. Soweit so gut. Allerdings ist dies nur eine Empfehlung. Besser wäre es, wenn die geschlechterspezifischen Unterschiede auf medizinische Anwendungen systematisch – also konsequent – untersucht würden.

Aber weshalb braucht es das Postulat trotzdem? Bei den Anliegen zwei und drei des Postulats – also der Prävention und der Anwendung der Erkenntnisse in der Bevölkerung – gibt es noch grossen Handlungsbedarf. Bei der Bevölkerung ist das Thema gendergerechte Medizin noch nicht richtig angekommen. Dies betrifft vor allem Massnahmen auf der Ebene Prävention. Nehmen wir das Beispiel des Herzinfarkts nochmals als eine der häufigsten Todesursachen in der Schweiz: Vor allem Frauen zeigen oft nicht die typischen Symptome wie eben ein Kribbeln im linken Arm, Schmerzen in der Brust oder Atemnot, so wie wir es immer noch lernen. Vorboten bei Frauen sind öfters Schwindel, Übelkeit, Schlaf- und Verdauungsstörungen oder weitere als untypisch bezeichnete Symptome. Ähnlich unterschiedliche Krankheitsbilder und -verläufe gibt es noch viele, wie wir von Nicola Yuste exemplarisch gehört haben. Und es ist wichtig, dass die Bevölkerung, aber vor allem auch das medizinische Personal, diese untypischen oder anders verlaufenden Symptome eben auch kennt.

Bei der Aus- und Weiterbildung des medizinischen Personals gibt es also noch grossen Handlungsbedarf. Den Ärztinnen und Ärzten fehlt es oft an Kenntnissen über zum Beispiel abweichende Dosierungen von Medikamenten bei Frauen und Männern. Es braucht also – neben weiterer Forschung, die unbestritten ist – insbesondere noch Anstrengungen bei der Umsetzung der wissenschaftlichen Erkenntnisse aus der Forschung. Darauf ist der Regierungsrat in seiner Antwort kaum eingegangen. Der Handlungsbedarf ist da aber ungebrochen gross, wie auch der Bundesrat in der Stellungnahme zur Motion 3577 aus dem Jahr 2019 bestätigt.

Aus diesen Gründen braucht es das Postulat, und wir bitten Sie, die Überweisung ebenfalls zu unterstützen. Besten Dank.

Benjamin Walder (Grüne, Wetzikon): Ich gebe meine Interessensbindung bekannt: Ich studiere an der Uni Zürich Medizin. Um es vorwegzunehmen, wir Grünen unterstützen das Postulat. Die Antwort des Regierungsrates hat mich überrascht: Ein Schwerpunkt der Arbeit bilde die Integration der Gendermedizin ins Curriculum des Medizinstudiums. Wissen Sie, was das in der Praxis bedeutet?

Ich studiere nun im siebten Semester. Im zweiten Jahr wurde das Thema Geschlechtermedizin das erste Mal in einer einzigen Vorlesung thematisiert. Diese Vorlesung war in diesem Semester die einzige Vorlesung, welche freiwillig und somit nicht prüfungsrelevant war. Sie können sich vorstellen, dass anstatt der 400 Kommilitoninnen und Kommilitonen nicht einmal 50 im Raum anwesend waren. Dabei konnte ich zudem die männlichen Kollegen an einer Hand abzählen, und dies bei einer Männerquote von 35 bis 40 Prozent – so viel zum Thema Eigenverantwortung. Und auch im dritten Jahr wurde es nicht besser: Auch hier gab es wiederum nur eine einzige Vorlesung zum Thema Medikamente, welches zum Glück wenigstens prüfungsrelevant war. Das heisst, dass praktisch alle Studenten in dieser Vorlesung waren. Wenn ich diese Vorlesung jedoch ins Verhältnis zu anderen Vorlesungen setze, wo in viel mehr Vorlesungen Tumormarker vermittelt wurden, welche ich wohl nie mehr brauchen werde, wo ich mit Krankheitsbildern konfrontiert wurde, mit denen nicht einmal die Professorinnen oder Professoren des entsprechenden Fachgebiets konfrontiert wurden, dann fragen wir Grünen uns schon, welchen Stellenwert so etwas Grundlegendes wie die Unterschiede der Geschlechter in der medizinischen Ausbildung haben.

Da Frauen zum Beispiel in der Regel einen höheren Körperfettgehalt haben, führt dies zu einer stärkeren Anreicherung von fettlöslichen Medikamenten. Bei Frauen ist zudem beispielsweise der Dickdarm länger. Allgemein ist die Beförderungszeit langsamer, was zu einer höheren Resorption der Medikamente führt. Da die Zusammensetzung der Darmbakterien von der Nahrung abhängt, und diese wiederum geschlechtsabhängig ist, ist die Zusammensetzung der Darmbakterien ebenfalls geschlechtsabhängig. Dies führt wiederum zu einer massiv veränderten Aufnahme von Medikamenten und auch zu einem veränderten Immunsystem. Diese unterschiedliche Ausgangslage führt dazu, dass im Ganzen bei 88 Prozent aller Medikamente – 88 Prozent – geschlechtsspezifische Nebenwirkungen bekannt sind.

Und was macht die Forschung? Geschlechtsspezifische Nebenwirkungen werden nur in 12 Prozent der Studienberichte erwähnt. Was ist der Grund? Die Entwicklung von Medikamenten findet überwiegend an männlichen Tieren statt. 60 Prozent der Studien sind nur mit männlichen Tieren, 10 Prozent nur mit weiblichen, 15 Prozent mit beiden und beim Rest weiss man es gar nicht, wird es nicht einmal angegeben. Die mögliche Unwirksamkeit einer Substanz fällt somit erst gar nicht auf. Dies kann verheerende Auswirkungen haben. Digitalis, ein Medikament gegen Herzerkrankungen, senkt die Morbidität, bei Frauen hingegen wird sie erhöht. Warum? Das Medikament wird über die Niere ausgeschieden. Die Nierenfunktion nimmt jedoch im Alter bei Frauen deutlich stärker ab als bei Männern. Ein weiteres Beispiel sind die bekannten Beta-Blocker: Während bei Männern das niedrigste Risiko bei einer Dosis von 100 Prozent der verschriebenen Dosis liegt – kein Wunder, die Studie wurde auch mit Männern gemacht –, das niedrigste Risiko für Nebenwirkungen liegt bei Frauen bei 60 Prozent. Bei 100 Prozent wäre das Risiko deutlich höher. Und auch bei den Opiaten, den stärksten Schmerzmitteln, ist es nicht anders. Es tut mir leid, liebe Männer, sie sind keine Weicheier, sie haben jedoch einen 40 Prozent höheren Opiatbedarf, um die gleiche Schmerzlinderung zu erfahren.

Wie Sie sehen, ist im Bereich der Bildung und Forschung noch viel Potenzial, um der Thematik der geschlechterunterschiede in der Medizin gerecht zu werden.

Aus diesen Gründen bitte ich Sie, dem Postulat zuzustimmen. Herzlichen Dank.

Josef Widler (Die Mitte, Zürich): Der junge Kollege hat Ihnen gezeigt, dass trotz sehr weniger Vorlesungen die junge Generation doch sehr viel über diese Unterschiede weiss – das zum Ersten. Zum Zweiten: Selbstverständlich war es so, dass die Unterschiede lange nicht bekannt waren, und es ist heute noch so, dass Frauen immer später in den Genuss von neuen Medikamenten kommen. Warum ist das so? Weil Frauen – solange sie noch schwanger werden können – nicht in die Studien einbezogen werden können. Also ist eine bestimmte Altersgruppe immer ausgeschlossen. Das war auch ein Problem bei der Impfung mit Covid-19. Wir haben erst Erfahrung gesammelt durch jene Frauen, die sich impfen liessen, als sie noch nicht wussten, dass sie schwanger waren. Und als die Zahl derer, die irrtümlich geimpft wurden, dann genug gross war, dann bekamen wir auch hier Resultate. Aber sie dürfen Frauen nicht in solche Studien einbeziehen, weil die Gefahr der Missbildung besteht. Das Problem wurde erkannt. Die Differenzialdiagnose ist dann

vielleicht für den jungen Kollegen noch schwierig, aber in meinem Alter schaut man die Patienten eben an. Und es ist so, wie er gesagt hat, die Symptome sind verschieden. Aber ich meine, das kommt mit der Erfahrung. Und die Forschung, die läuft. Und ich kann Sie beruhigen, junger Kollege, die Männer sind nicht nur weniger in der Vorlesung, sondern es gibt auch mehr Frauen, die dieses Fach studieren. Sie können sicher sein, dass die Geschlechtsgenossinnen schon dafür sorgen werden, dass die Anliegen der Frauen im Medizinstudium berücksichtigt werden.

Also, das Postulat, hier einen Bericht zu schreiben, das kostet Energie, bringt nichts. Schauen Sie lieber, dass man eben unterstützt und nicht Berichte schreibt. Ich bin da zuversichtlich, da die Medizin doch ziemlich viel Ehrgeiz hat, solche Probleme zu lösen. Es gibt keinen Grund, dass es Ärztinnen und Ärzte gibt, die sich nicht um dieses Problem kümmern.

Lorenz Habicher (SVP, Zürich) spricht zum zweiten Mal: Entschuldigen Sie, dass ich ein zweites Votum halte. Es ist aber ganz kurz.

Letzte Woche habe ich meinen Refresher-Kurs gehabt als First Responder und kann hier alle im Saal beruhigen: Der Unterschied zwischen Mann und Frau wird dort angesprochen, und man erklärt auch die Symptome bei einem Herzkreislaufstillstand. Es ist aber nicht so, dass die Einsatzkräfte oder die First Responder völlig ahnungslos sind, dass es zwei Geschlechter gibt. Ich kann Sie auch beruhigen, sogar die Kleinkinder werden in diesen Kursen behandelt, damit man die richtigen Sachen anwendet.

Ich danke Ihnen, wenn Sie das Postulat nicht überweisen.

Regierungsrätin Natalie Rickli: Die kantonale Ethikkommission wurde angesprochen, die ja zur Gesundheitsdirektion gehört und alle Humanforschungsprojekte bewilligt. Sie ist sich des Themas der gendergerechten Forschung sehr bewusst. Sie hat deshalb Empfehlungen zuhanden von Gesuchstellerinnen und Gesuchstellern von Forschungsprojekten verfasst. Anhand einer Checkliste können die Gesuchstellenden prüfen, ob ihr Projekt den Anforderungen hinsichtlich Gendergerechtigkeit genügt.

Die Rechtsetzung im Bereich der Humanforschung ist Angelegenheit des Bundes. Die kantonale Ethikkommission hat daher das zuständige Bundesamt für Gesundheit aufgefordert, auch bei der gegenwärtigen Revision der beiden Verordnungen zum Humanforschungsgesetz die

Gendergerechtigkeit als Prüfkriterium aufzunehmen. Eine erste Rückmeldung des BAG war positiv. Im Juni letzten Jahres – das wurde auch schon angesprochen – hat der Nationalrat zudem ein Postulat angenommen, das thematisch in dieselbe Richtung geht.

Auch die Medizinische Fakultät der Universität Zürich hat das Thema Gendermedizin bereits vor Längerem aufgegriffen und 2016 eine Arbeitsgruppe eingesetzt. Daraus wurden fünf verschiedene Initiative entwickelt. Ich möchte an dieser Stelle gerne drei beispielhaft nennen: Erstens hat die Medizinische Fakultät der Universität Zürich gemeinsam mit dem Inselspital Bern einen CAS entwickelt zum Thema, der im Frühjahr 2021 erstmals durchgeführt wurde. Ziel des CAS ist es einerseits, das Bewusstsein für die Thematik zu fördern. Andererseits wird den Teilnehmenden das Rüstzeug gegeben, um das erworbene Wissen in Klinik, Forschung sowie Aus- und Weiterbildung anzuwenden. Zweitens plant – und das ist wahrscheinlich die wichtigste Information – die Medizinische Fakultät ein Genderinstitut, das sich vertieft der gendermedizinischen Forschung widmet. An dieses Institut angegliedert werden soll das Women's Health Center, um die Übertragung der Erkenntnisse aus der Forschung auf die Versorgung zu gewährleisten. Damit werden die Forschungsergebnisse direkt den Patientinnen und Patienten zugutekommen. Und drittens beteiligt sich die Universität Zürich, die UZH, etwa am neu geschaffenen Swiss Gender Health Network. Die Gesundheitsprävention schliesslich ist seit jeher auf einzelne Zielgruppen fokussiert, weil sie nur so funktioniert. Geschlechtsspezifische Merkmale, Verhaltensweisen oder Bedürfnisse werden stets berücksichtigt. So werden beispielsweise Massnahmen zur Stärkung eines positiven Körperbildes geschlechtergetrennt vermittelt.

Insgesamt zeigt sich, dass im Kanton Zürich in diesem Bereich bereits verschiedenste Bestrebungen unternommen wurden, um die geschlechterspezifische Medizin zu stärken. Die Übertragung von Erkenntnissen aus der Forschung auf die Anwendung in der medizinischen Versorgung geschieht in enger Zusammenarbeit mit den universitären Spitälern.

Ich beantrage Ihnen daher namens des Regierungsrats das Postulat abzulehnen. Man kann es auch ausführen wie Kantonsrätin Raffaella Fehr: Offene Türen müssen nicht mehr eingerannt werden. Vielen Dank.

Abstimmung

Der Kantonsrat beschliesst mit 74 : 63 Stimmen (bei 0 Enthaltungen), das Postulat KR-Nr. 170/2020 zu überweisen.

Ratspräsident Benno Scherrer: Das Geschäft geht an den Regierungsrat zur Ausarbeitung eines Berichts innert zweier Jahre.

Das Geschäft ist erledigt.

12. Verschiedenes

Neu eingereichte parlamentarische Vorstösse

– **Mit Steuergeldern Kriminalität verharmlosen und verherrlichen?**

Interpellation *René Isler (SVP, Winterthur)*, *Susanna Lisibach (SVP, Winterthur)*, *Erich Vontobel (EDU, Bubikon)*

– **«Zweimal 1977»**

Anfrage *Hans-Peter Amrein (SVP, Küsnacht; fraktionslos)*

Schluss der Sitzung: 18.00 Uhr

Zürich, den 27. September 2021

Die Protokollführerin:

Daniela-Graziella Jauch

Von der Protokollprüfungskommission der Geschäftsleitung genehmigt am
XXXXXXXX 20XX.