

### **23. Einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Gesundheitsleistungen**

Postulat Lorenz Schmid (CVP, Männedorf), Andreas Daurù (SP, Winterthur) und Daniel Häuptli (GLP, Zürich) vom 26. Juni 2017  
KR-Nr. 173/2017

*Das Postulat hat folgenden Wortlaut:*

Der Regierungsrat wird gebeten, in einem Bericht zu erläutern, wie und in welcher Form er die Bestrebungen des Bundesrates sowie des Nationalrates unterstützt, die ambulante sowie stationäre Gesundheitsversorgung ohne Mehrbelastung für die Kantone einheitlich zu finanzieren.

*Begründung:*

Die stationären Spitalkosten werden gemäss Krankenversicherungsgesetz KVG von den Kantonen und den Krankenkassen gemeinsam bezahlt, dies im Gegensatz zu den ambulanten Behandlungen, die alleine durch die Kassen bezahlt werden. Dieser Umstand führt neben unterschiedlichen Tarifsystemen zu ungewollten finanziellen Fehlanreizen. So erbringen Spitäler viele Leistungen aufgrund der höheren Rentabilität weiterhin stationär, obschon aufgrund des technologischen Fortschritts diese Leistungen kostengünstiger ambulant erbracht werden könnten. Die Folgen sind höhere Gesamtkosten sowie höhere Spitalkapazitäten. Auch verhindert die heute ungleiche Finanzierung von ambulanten und stationären Finanzierungen innovative, die Effektivität, Effizienz und Qualität steigernde Versorgungsmodelle. So sehen integrative Behandlungsmodelle das Zusammenspiel verschiedener Leistungserbringer entlang einer Behandlungskette vor, die heute durch die ungleiche Finanzierung und Tarifierung behindert werden. Es macht Sinn, dass der Regierungsrat, insbesondere die Gesundheitsdirektion und der Gesundheitsdirektor die Revision hin zur einer einheitlichen Finanzierung stützt und konstruktiv-kritisch vorwiegend im Hinblick auf Kostenneutralität aus Sicht der Kantone mitwirkt.

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

Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG, SR 832.10, Art. 41 Abs. 1 und 1<sup>bis</sup> in Verbindung mit Art. 49a) sieht seit 2007 vor, dass die Kosten der ambulanten Versorgung zu 100% von den Krankenversicherern zu tragen sind, während die Kosten einer stationären Spitalbehandlung aufgeteilt werden zwischen Krankenversicherern (45%) und Kanton (55%). Diese Aufteilung führt dazu, dass von den Gesamtkosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) rund 75% von den Kassen und rund 25% von den Kantonen getragen werden.

Bereits während der Debatte zur KVG-Revision von 2007 war im Bundesparlament die Idee aufgekommen, man könnte ambulante und stationäre Behandlungen einheitlich durch die Krankenversicherer finanzieren (sogenannter Monismus oder «Einheitliche Finanzierung ambulant-stationär [EFAS]»). Diese Idee fand

2007 im Parlament aber keine Mehrheit. In der Folge erteilte das Bundesparlament dem Bundesrat mit zwei verschiedenen Motionen (Motion 06.3009 «Einheitliche Finanzierung von Spital- und ambulanten Leistungen» der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates und Motion 09.3535 «Leistungsfinanzierung nach dem KVG vereinheitlichen» der SP-Fraktion) den Auftrag, zu diesem Thema Entscheidungsgrundlagen zu erarbeiten. 2010 verabschiedete der Bundesrat einen entsprechenden Bericht zu möglichen Umsetzungsvarianten und hielt fest, dass hierzu eine vertiefte Diskussion mit den Kantonen notwendig sei. Seit 2009 ist im Weiteren die parlamentarische Initiative von Nationalrätin Ruth Humbel 09.528 «Einführung des Monismus» hängig; der Nationalrat hat die Frist bis zur Wintersession 2017 verlängert. 2013 hat die CVP-Fraktion zudem die Motion 13.3213 «Gleiche Finanzierung von stationären und ambulanten Spitalleistungen» eingereicht. Die Beratung im Parlament wurde vorerst sistiert.

Gegenwärtig setzt sich eine Subkommission der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK-N) mit der möglichen Ausgestaltung des Monismus vertieft auseinander. Als Ziele einer einheitlichen Finanzierung definierte sie die Förderung der Verlagerung von Leistungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich, die Förderung einer sachgerechten Tarifierung, die Stabilisierung der steuer- und prämiendifinanzierten Anteile der Leistungen der OKP und die Verhinderung neuer Fehlanreize und Wettbewerbsverzerrungen. Der Geltungsbereich einer einheitlichen Finanzierung soll sich auf alle stationären und ambulanten Leistungen erstrecken, einschliesslich Psychiatrie und Rehabilitation, jedoch unter Ausschluss der Pflegefinanzierung, der Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung und weiterer kantonaler Ausgaben im Gesundheitswesen wie beispielsweise für die Gesundheitsprävention.

Die Kantone würden nach dem Modell der Subkommission SGK-N ihren Vergütungsanteil für die ambulanten und stationären Leistungen der OKP an die Krankenversicherer überweisen, und zwar in Form einer Pauschale von rund 25% auf dem Vorjahresaufwand. Gegenüber den Leistungserbringern (Ärztenschaft, Spitäler usw.) würden die Versicherer als alleinige Zahler auftreten. Der Systemwechsel hätte für Kantone und Versicherer kostenneutral zu erfolgen. Konkret heisst dies: Der Kanton Zürich müsste die stationären Spitalbehandlungen nicht mehr wie heute direkt an die Spitäler vergüten, sondern den Betrag von rund 1,5 Mrd. Franken, der für die Vergütung der stationären Gesundheitsversorgung jährlich anfällt, anteilmässig den Krankenversicherern überweisen.

Die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) hat sich mit dem EFAS-Modell der Subkommission SGK-N vertieft auseinandergesetzt. Sie hat die Vor- und Nachteile eines entsprechenden Systemwechsels gegeneinander abgewogen und kommt zum Schluss, dass ein solcher Monismus einen Finanzierungsumbau, aber keine Kostendämpfung zur Folge hätte. Eine positive Wirkung auf die integrierte Versorgung wäre allenfalls darin zu sehen, dass Versicherte mit alternativen Versicherungsmodellen (integrierte Versorgung) von zusätzlichen Prämienrabatten profitieren könnten und damit

diese Versicherungsmodelle attraktiver würden. Hingegen räumen selbst die Entwickler des Modells ein, dass die Wirkungen nur schwer vorherzusehen und nicht quantifizierbar sind. Mehr noch: Aus Sicht der GDK werden die wesentlichen Fehlanreize des heutigen Systems (veraltete und nicht aufeinander abgestimmte Tarifstrukturen, Zusatzversicherungen fördern unnötige stationäre Spitalbehandlungen) nicht angegangen. Die Krankenversicherer könnten bereits nach geltendem Recht beispielsweise die Tarifstrukturen weiterentwickeln oder neue Versorgungsmodelle auf den Markt bringen. Sie tun es nicht oder nur rudimentär. Auf die Frage, weshalb sich dies ändern sollte, wenn mit monistischer Finanzierung die Versicherer über die Gelder insgesamt verfügten, bleiben auch die Befürworter von EFAS eine Antwort schuldig.

Gleichzeitig ist das geplante Monismus-Modell der Subkommission SGK-N mit gewichtigen Nachteilen für die Kantone verbunden: Zum einen verringerte es die Möglichkeiten des Kantons, seinen in der Verfassung (Art. 113 Kantonsverfassung, LS 101) verankerten Auftrag der Versorgungssteuerung wahrzunehmen, wenn die Kostenbeteiligung des Kantons automatisch an die Ausgaben der Krankenversicherer geknüpft würde. Denn die Versicherer trachten danach, ihren Einfluss auf die Leistungserbringer zu vergrössern. Dies zeigt sich etwa in ihrer steten Forderung, den Vertragszwang in der ambulanten Versorgung zu lockern, oder auch in der unlängst von Nationalrat Heinz Brand eingereichten parlamentarischen Initiative 17.460 «Mitsprache und Mitbestimmung der Krankenversicherer bei kantonalen Spital- und Pflegeheimlisten» (mit dieser soll den Versicherern eine Beschwerdelegitimation gegen kantonale Versorgerlisten verschafft werden). Zudem müsste der Kanton sich neu an den Arzneimittel- und Laborkosten in der ambulanten Versorgung beteiligen, ohne dass er einen Einfluss auf den Preis solcher Leistungen hätte, denn dieser wird zwischen dem Bundesamt für Gesundheit und der Pharmabranche ausgehandelt. Daraus ergäbe sich eine Mehrbelastung des kantonalen Finanzhaushalts von rund 25 Mio. Franken. Diese Beispiele illustrieren die Befürchtung, dass die Kantone die Verwendung der kantonalen Steuermittel im Gesundheitswesen nur noch in geringem Mass beeinflussen könnten, würde das Modell so eingeführt, wie von der Subkommission SGK-N vorgesehen. Auch die korrekte Verwendung der Steuermittel wäre infrage gestellt: Die Versicherer prüfen heute den Wohnsitz ihrer Versicherten kaum – dies im Gegensatz zu den Kantonen bezüglich der Steuerpflicht der Patientinnen und Patienten in ihren Listenspitälern. Sie täten es auch nicht, wenn sie 100% der Leistungen vergüteten, was zur Folge haben könnte, dass ein Kanton die Behandlung einer ausserkantonalen Patientin oder eines ausserkantonalen Patienten (und Steuerzahlerin oder Steuerzahlers) mitfinanzieren müsste.

Gegen Neuerungen im Bereich der spitalambulanten Versorgung (z.B. die Einführung von Leistungspauschalen wie «Zero-Night-Pauschalen» oder «Komplexpauschalen» für polymorbide Patientinnen und Patienten) wäre an sich nichts einzuwenden. Auch hat der Kanton Zürich den Tatbeweis erbracht, dass er kostendämpfende Massnahmen zu treffen gewillt ist, die nicht in seine Versorgungssteuerung eingreifen, indem er den Grundsatz «ambulant vor stationär» gesetzlich verankert und Leistungen bezeichnet hat, die im Regelfall ambulant statt stationär zu

erbringen sind (vgl. Antrag des Regierungsrates vom 29. Juni 2016 zur Änderung des Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetzes, Vorlage 5293).

Das von der Subkommission vorgeschlagene Modell einer einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen wäre aber auch mit dem verfassungsrechtlichen Grundsatz der fiskalischen Äquivalenz nicht vereinbar: Art. 43a Abs. 3 der Bundesverfassung (SR 101) bestimmt, dass das Gemeinwesen, das die Kosten einer staatlichen Leistung trägt, über diese Leistung bestimmen kann. Dies wäre mit der Einführung des vorgesehenen Monismus-Modells nicht mehr gewährleistet.

Die Kantone haben aus all diesen Gründen das EFAS-Modell mit den Versicherern als Monisten an der GDK-Plenarversammlung vom 19. Mai 2017 einstimmig abgelehnt.

Der Regierungsrat kann angesichts der vorstehend aufgeführten Gründe auch keine gegenteilige Position einnehmen. Ein Postulatsbericht könnte daran nichts ändern. Aus diesem Grund beantragt er dem Kantonsrat, das Postulat KR-Nr. 173/2017 nicht zu überweisen.

*Lorenz Schmid (CVP, Männedorf):* Das Postulat ist alt, 2017 eingereicht und mit der Antwort des Regierungsrates aus dem Jahr 2017. Ich glaube, die Wortäusserungen diesbezüglich sind ja auch nicht aktuell. Frau Regierungsrätin (*Natalie Rickli*), Sie werden sich sicher zu meinem Vorstoss äussern. Ja, leider ist das Postulat erst jetzt auf der Traktandenliste. Ich müsste eigentlich an der Vorgängerin des Ratspräsidiums, meiner lieben Kollegin Yvonne Bürgin, Kritik äussern, dass das Postulat nicht schon vorher auf die Liste gekommen ist.

Ich muss auf das Umfeld zurückgreifen, als wir diesen Vorstoss eingereicht haben: Anno dazumal war Thomas Heiniger (*Altregierungsrat*) noch Präsident der GDK, der Gesundheitsdirektorenkonferenz. Alle Regierungsräte haben sich da eindeutig gegen das Modell EFAS (*einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen*) gesträubt, das von Ruth Humbel (*Nationalrätin*) im Nationalrat eingereicht wurde. Der Vorstoss von Ruth Humbel wurde damals sistiert, es war diesbezüglich einfach keine Bewegung vorhanden, gemeinsam die ambulanten und stationären Leistungserbringer zu finanzieren. Aus diesem Grund der vollständigen Paralyse seitens der Regierungsräte, der GDK, wie auch des Parlaments, des Nationalrates, haben wir dann diesen Vorstoss eingereicht. Ich habe verschiedene Personen gesucht und beinahe den ganzen Rat als Mitunterzeichner dieses Postulates gefunden, ausser der FDP, die sich dem Diktat von Thomas Heiniger fügen musste und nicht unterschreiben konnte.

Wir wissen auch, dass inzwischen Massnahmen ambulant und stationär vom Bund wie auch vom Kanton beschlossen wurden und dass diese Finanzierungsplits zwischen ambulanten und stationären Leistungen natürlich für falsche Anreize diesbezüglich verantwortlich ist.

Ich möchte auch zur Äusserung der FDP oder zu dem, was ich zur FDP gesagt habe, sagen: Im Nationalrat hat die FDP diese Vorlage auch erst kürzlich wieder unterstützt, also gemeinsame ambulante wie stationäre Finanzierung. Ich hatte anno dazumal auch gefragt – und das möchte ich jetzt kurz erwähnen –, ob die

SVP mitunterschreibe. Ruth Frei (*Altkantonsrätin*) wollte unterschreiten, und plötzlich kam dann die Kehrtwende. Und zwar kam sie nicht von der Gesundheitspolitik, sondern sie kam von der Finanzdirektion. Ernst Stocker (*Regierungsrat*) hat sich vehement gegen die Unterstützung dieses Postulates gewehrt, weil er gesagt hat: «Ambulant vor stationär», das bringt Sparmassnahmen diesbezüglich. Der Kanton hat weniger zu bezahlen, da Leistungen jetzt vermehrt ambulant und nicht stationär erbracht werden, und die ambulanten Leistungen werden vom Kanton ja nicht mitfinanziert. Ich kann mich noch erinnern, wir waren damals an einer kleinen Exkursion in Winterthur für eine Parlamentssitzung – ihr erinnert euch – anlässlich unseres Jubiläums (*100 Jahre Proporz-Wahlrecht im Kanton Zürich*), damals hat mir Ernst Stocker glatt ins Gesicht gesagt: «Lorenz, das macht vielleicht gesundheitspolitisch Sinn, aber es bringt dem Kanton Mehrausgaben und zu diesen kann ich nicht stehen.» Ihr seht, es sind sehr verschiedene Faktoren im Spiel. Der Regierungsrat, besser gesagt Ernst Stocker, hat die SVP von diesem Weg weggebracht. Ich hoffe trotzdem, dass Sie diesen Vorstoss weiterhin unterstützen können.

Es ist inzwischen einiges Wasser durch die Limmat wie auch durch die Aare in Bern geflossen. Mittlerweile hat der Nationalrat die Beratung wieder aufgenommen. Er klemmt sich ein bisschen verbissen hinter die Vorlage meiner Parteikollegin Ruth Humbel und will unbedingt EFAS zum Durchbruch verhelfen. Wir haben das Postulat so geschrieben, dass wir eben nicht in der Unterstützung für die gemeinsame ambulante und stationäre Finanzierung EFAS die Lösung sehen. Ich komme noch zur Beurteilung von EFAS. Meines Erachtens ist EFAS, so wie es jetzt der Nationalrat beurteilt hat, stur und will jetzt einfach nur diese Lösung voranbringen. Die GDK hat sich ja dazu geäußert, hat auch einen Schwenker gemacht. Seit 2017 steht sie im Jahr 2019 jetzt hinter der gemeinsamen Finanzierung ambulant und stationär. Sie hat zwei Bedingungen umgesetzt. Die Gesundheitsdirektoren wollen in der Planung der Kapazitäten der ambulanten Leistungserbringung mitreden, und zwar nicht nur der ambulanten Leistungen der Spitäler, sondern sie wollen auch ambulante Leistungserbringer der Ärzteschaft mitplanen, wenn sie denn schon mitfinanzieren sollten. Ich stehe dieser Forderung hier sehr positiv gegenüber, vielleicht entgegen der Meinung meines Ratskollegen Josef Widler (*Präsident der Ärztesgesellschaft des Kantons Zürich*). Ich glaube wirklich, die GDK hat hier den Finger auf den wunden Punkt gelegt und sagt «Als Mitfinanzierer müssen wir auch die ambulante Leistungserbringung mitgestalten und koordinieren können». Ich habe dies auch in der Vernehmlassungsantwort zur Revision des SPFG (*Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetz*) habe ich dies so erwähnt, es ist ja auch so angedacht. Ich glaube, es gibt da viel Widerstand, aber ich glaube wirklich: Wenn wir stationär koordinieren und die Spitäler zu ambulanten Leistungen zwingen, dann müssen wir schauen, dass nicht einfach die Koordination der stationären Leistungserbringung durch den Kanton umgangen wird durch den freien Markt von ambulanten Leistungen der Spitäler sowie auch ambulanten Leistungen der Ärzteschaft.

Die zweite Forderung der GDK geht mir persönlich ein bisschen zu weit. Sie wird aber vonseiten der Sozialdemokraten unterstützt, dass die GDK eben sagt, wir

müssen auch zusätzlich zu den ambulanten und stationären Leistungserbringern gleich die ganze Pflegefinanzierung noch in die Vorlage reinbringen. Ich glaube, das würde das Fuder überladen. Das wäre dann doch zu viel des Guten. Ich glaube, wir sollten vorerst einmal die ambulante und stationäre gemeinsame Finanzierung ins Trockene bringen. Der Nationalrat hat entschieden, meines Erachtens stur. Ich hoffe jetzt auf den Ständerat. Ich hoffe, dass der Ständerat korrigiert und eine mehrheitsfähige Version erarbeitet.

Zurück zu unserem Vorstoss: Der Regierungsrat lehnt das Postulat ab. Frau Regierungsrätin, Sie haben selber anlässlich der parlamentarischen Debatte im Nationalrat am 14. März 2019 der Vorlage EFAS zugestimmt. Ich bitte Sie, jetzt wirklich sachlich die Frage zu beurteilen, wo Ihr Herz schlägt. Sie haben fachlich eigentlich der gemeinsamen Finanzierung zugestimmt und müssen sich jetzt vielleicht im Kollegium der Regierungsrätinnen und Regierungsräte dagegen aussprechen. Ich erachte die Überweisung des Postulates als ein positives Signal aus den Kantonen.

Es ist nicht das einzige Postulat, das in den Kantonen überwiesen wurde. Dass die Regierungsräte mitgestalten sollten mit einem gemeinsamen Weg – mit dem National- und Ständerat haben Sie ja eigentlich eine gute Beziehung, Frau Rickli –, damit jetzt eine gemeinsame Lösung gefunden wird.

Deshalb bitte ich Sie, das Postulat zu überweisen. Ich weiss, dass der Entscheid in Bern gefällt wird, aber es ist sehr wichtig, dass unsere Regierungen dem Prozess «ambulant vor stationär», gemeinsame Finanzierung, positiv eingestellt sind. Denn die Opposition der Kantonalregierungen erschwert eine Lösung in Bern. Ich danke für die Unterstützung des Postulates.

*Claudio Schmid (SVP, Bülach):* In einer einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Gesundheitsleistungen sieht die SVP ein wirksames Potenzial zur Steuerung der Gesundheitsversorgung. Aus unserer Sicht kann das Denken in Behandlungsketten gefördert werden. Kein Ausspielen gegenüber, sondern das Wohl des Patienten im Mittelpunkt verhindert Ineffizienz und unnötige Behandlungen, eine einheitliche Finanzierung für Kantone und Patienten, kostenneutral zu sein. Im heutigen System bestehen diverse Fehlanreize. Monetäre Fehlanreize müssen eliminiert und das Kostenwachstum endlich eingedämmt werden. Ein weiterer positiver Aspekt müsste die Verminderung der Administration sein. Dieses Thema ist mittlerweile auch in Bundesbern auf der Traktandenliste. Wir fordern den Regierungsrat auf, klar Stellung zu beziehen und aufzuzeigen, wie sich eine einheitliche und kostenneutrale Finanzierung realisieren liesse. Damit könnte der Kanton Zürich ein deutliches Signal nach Bern senden und hoffentlich die Verhandlungen in den Räten im Sinne einer echten Gesundheitskorrektur positiv beeinflussen.

Deshalb wird die SVP dieses Postulat überweisen. Besten Dank.

*Andreas Daurù (SP, Winterthur):* Kollege Lorenz Schmid hat gesagt, das Postulat sei ja jetzt nicht mehr wirklich aktuell. Vielleicht das Postulat an sich nicht mehr,

aber das Thema ist nach wie vor sehr aktuell, nicht zuletzt aufgrund der Debatte im Nationalrat von vergangener Woche.

Die Prämisse «ambulant vor stationär» ist nicht ja nicht nur aus medizinischer Sicht vielfach sinnvoll, sie ist auch für die Patientinnen und Patienten vielfach von Vorteil und teilweise auch günstiger als eine stationäre Behandlung. Die Schwierigkeit jedoch bei «ambulant vor stationär» ist unter anderem die alleinige Verlagerung beziehungsweise Beschränkung der Kosten auf die Krankenkassen und somit die Prämienzahlerinnen und Prämienzahler. Die Beteiligung der öffentlichen Hand fällt ja bei Ambulanz dementsprechend weg. Das heisst im Klartext: Die Kosten werden dort nur über die unserer Meinung nach unsolidarischen Kopfprämien jeder oder jedes einzelnen Versicherten getragen. Wenn wir nun davon ausgehen, dass «ambulant vor stationär» weiter gefördert wird, verlagern sich die Kosten zunehmend allein auf die Versicherten. Auch wenn die ambulante Behandlung an sich teilweise günstiger ist, steigt hier also die Gefahr der zusätzlichen Belastung der Prämienzahlerinnen und Prämienzahler. Dies mal so zur Voraussetzung, und daher ist der Inhalt des Postulates nach wie vor aktuell.

Das aktuelle System setzt falsche Anreize. Die Lösung wäre ein einheitliches Finanzierungsmodell von ambulant und stationär, welches diese falschen Anreize vermeidet, die ambulante Behandlung zudem auch noch kostendeckend vergütet – also eine sachgerechte Tarifierung ist ebenfalls wichtig – und dadurch schliesslich auch die Prämienzahlerinnen und Prämienzahler entlastet.

In der Stellungnahme des Regierungsrates zu diesem Postulat beleuchtet die Gesundheitsdirektion die gerade eben sehr aktuell in der vergangenen Woche im Nationalrat diskutierte EFAS-Vorlage. Das aus der Sozial- und Gesundheitskommission des Nationalrates stammende EFAS-Modell möchte insbesondere den sogenannten Monismus. Das heisst, die Rechnung für eine Behandlung geht direkt an die Kasse, wird von dieser bezahlt, und die Kantone erstatten im Fall des EFAS-Modell dann, wie gedacht, 22,6 Prozent des Betrags an die Kassen zurück. Dass sich die Gesundheitsdirektion und mit ihr auch die Gesundheitsdirektorenkonferenz dagegen wehrt, ist absolut nachvollziehbar. Ein «Alle-Macht-den-Kassen»-Modell wollen wir auch von der SP nicht. Und beim EFAS-Modell ist zudem unschwer zu erkennen, dass es von den Kassenverbänden getragen und gezeichnet ist. Der Kanton würde beim EFAS-Modell zunehmend Schwierigkeiten in der Versorgungssteuerung erhalten. Das wollen wir auf keinen Fall und wäre auch nicht im Sinne der kantonalen Verfassung. Auch gibt das EFAS-Modell keine Antwort auf die aktuell eher unglücklichen und vorher von mir ausgeführten Tarifstrukturen. Es ist tatsächlich Wunschdenken, wenn wir glauben, dass der Monismus zudem die integrierte Versorgung stärken würde. Die Kassen werden einfach versuchen, die für sie attraktiven Versorgungsmodelle zu fördern, aber ob diese für die Versicherten und die Qualität immer die besten sind, bleibe dahingestellt. Zudem besteht die Gefahr, dass die verschiedenen Kassen die eigenen Modelle und Praxen fördern, was wiederum die Arztwahl und die integrierte und vernetzte Versorgung einschränken könnte. Was den Wunsch, ja, die Bedingungen des Kantons betrifft, auch die Langzeitpflege in den Systemwechsel einzubeziehen, erachten wir ebenfalls als überlegungs- und grundsätzlich begrüssenswert.

Aber davon sind wir leider aktuell etwas weit entfernt. EFAS wurde vom Nationalrat ohne Einbezug der Langzeitpflege durchgewinkt, wird es aber wahrscheinlich in der kleinen Kammer eher schwer haben angesichts der berechtigten Kritik der Kantone.

Warum es aber dieses Postulat nun vielleicht trotzdem braucht: Gerade in der aktuell intensiv geführten Diskussion um die Suche nach einer sinnvollen Lösung für eine gleichartige Vergütung von ambulanten und stationären Leistungen kann der Kanton Zürich mit seiner starken Position, insbesondere zusammen mit der GDK, vielleicht eine Vorreiterrolle übernehmen und nachhaltigere, bessere Modelle als das vorliegende EFAS zur Diskussion stellen. Der Kanton Zürich soll sich nicht einfach auf ein allfälliges Referendum der Kantone beschränken, sondern aktiv Einfluss nehmen. Jetzt ist die Zeit dazu wie gesagt hochaktuell, zum Beispiel im Rahmen der Verbesserungsforderungen vonseiten der GDK an das jetzige EFAS. Oder beispielsweise stellte auch der Expertenbericht des Bundes von August 2017 zu den kostendämpfenden Massnahmen zur Entlastung der OKP (*Obligatorische Krankenpflegeversicherung*) zur Diskussion, welche allenfalls prüfenswert wären und vonseiten der Kantone ins Spiel gebracht werden können. Näher anzuschauen wäre da vielleicht eine dual fix finanzierte Pauschale im ambulanten Bereich.

In dem in diesem Postulat verlangten Bericht möchten wir nun vonseiten der Regierungsrat hören, wie sie hier konkret gedenkt, weiter vorzugehen, und wie neben der für uns von der SP verständlichen Ablehnung des EFAS-Modells auch alternative Modelle ins Spiel gebracht werden können. Es wäre für den Kanton Zürich eine Chance, sich weiterhin aktiv und konstruktiv kritisch an dieser Diskussion zu beteiligen. Denn längerfristig braucht es eine Lösung dahingehend. Ansonsten bleibt ein wirksames «Ambulant vor stationär» ein eben erwähnter Wunschtraum und eine zusätzliche Belastung für die Prämienzahlerinnen und Prämienzahler und bedeutet keinen Fortschritt für eine kostendeckende integrierte Versorgung.

Unterstützen Sie dieses Postulat und ermöglichen wir der Gesundheitsdirektion, diese Chance anzupacken. Danke.

*Linda Camenisch (FDP, Wallisellen):* Wir, die FDP-Fraktion, sind wie die Postulanten, Kollege Lorenz Schmid, der Ansicht, dass eine einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Gesundheitsleistungen angestrebt werden muss, insbesondere, da der Kanton Zürich den Grundsatz «ambulant vor stationär» gesetzlich verankert und Leistungen bezeichnet hat, welche im Regelfall ambulant statt stationär zu erbringen sind. Mit der Einführung einer einheitlichen Finanzierung wird ein wichtiger Anreiz geschaffen, jede medizinische Leistung dort zu erbringen, wo sie im Sinne des KVG (*Krankenversicherungsgesetz*) am wirksamsten, zweckmässigsten und wirtschaftlichsten erbracht werden kann.

Gleich vorweggenommen: Am letzten Donnerstag, dem 26. September 2019, hat der Nationalrat grünes Licht für die EFAS gegeben, dies nach langen, kontrovers geführten Diskussionen zu dieser Reform. In einer ersten Stellungnahme zur angestrebten Reform hatte die Gesundheitsdirektorenkonferenz, damals noch mit

dem abgetretenen Gesundheitsdirektor Thomas Heiniger als deren Präsident, die einheitliche Finanzierung rundweg abgelehnt. Die GDK sah gewichtige Nachteile für die Kantone, sollte das geplante Monismus-Modell, die Finanzierung aus einer Hand, zum Zuge kommen. Ungeachtet dessen hatte die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates letztes Jahr ihren Vorentwurf über eine einheitliche Finanzierung in die Vernehmlassung geschickt. Termin war damals der 15. September 2018. Bereits früher aber dann, am 6. Juli 2018, nahm die GDK nochmals Stellung zur Monismus-Vorlage und erklärte sich nun doch bereit, ihren Teil zur Ausarbeitung einer tragfähigen Lösung zu leisten. Ganz neu dabei war, dass die GDK nun auch die Kosten der Langzeitpflege in ein solches Modell integrieren wollte. Eine solche Verknüpfung mit noch anderen KVG-Revisionsvorlagen erachten wir jedoch zum jetzigen Zeitpunkt nicht als sinnvoll. Bei der Pflegefinanzierung wird schon jetzt kein Unterschied zwischen stationären und ambulanten Leistungen gemacht.

Es hat sich auch gezeigt, dass innerhalb der GDK nicht alle Kantone so grundsätzlich gegen die einheitliche Finanzierung von ambulant und stationär, kurz EFAS genannt, sind. So hat beispielsweise der Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt einen kantonalen Vorstoss zu EFAS entgegengenommen. Die vom Nationalrat beschlossene Reform sieht nun vor, dass sowohl die ambulanten wie die stationären Behandlungskosten zu 75 Prozent von den Krankenversicherern beziehungsweise den Prämienzahlern und 25 Prozent von den Kantonen bezahlt werden.

Die FDP ist überzeugt, dass eine einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen über eine Änderung im KVG erreicht werden muss, und setzt auf die Bereitschaft der GDK und insbesondere auf unsere neue Regierungsrätin, sich ebenfalls dafür einzusetzen. Mit dem neuen System wird ein wichtiger Anreiz geschaffen, die integrierte Versorgung zu verbessern. Der Fehlanreiz, dass aus Finanzierungsgründen stationäre Behandlungen bevorzugt werden, wird endlich behoben. Und zur Erinnerung: Von EFAS sind nur die medizinischen Leistungen zulasten der Grundversicherung betroffen. Auch werden weiterhin der Bundesrat, die nationalen und die Kantonsregierungen die kantonalen Tarife genehmigen, die dann von der Grundversicherung übernommen werden müssen. So wird verhindert, dass mit medizinischen Leistungen zulasten der Grundversicherung missbräuchliche Gewinne erzielt werden.

In diesem Sinne unterstützen wir das Postulat und setzen auf die Unterstützung der Gesundheitsdirektorin. Besten Dank.

*Daniel Häuptli (GLP, Zürich):* Vielen Dank, Lorenz, für deine initiative und fundierte Auslegeordnung in deinem Votum. Wir sprechen oftmals von Fehlanreizen im Gesundheitswesen und den damit verbundenen Nachteilen, wie Überbehandlungen oder unnötige Krankenkassenprämien. Üblicherweise verfolgen wir, wenn wir zu Fehlanreizen legiferieren, notgedrungen den Ansatz, die Ausnutzung eines Fehlanreizes zu verbieten oder unattraktiv zu machen. Ambulant vor stationär, das ist im Kern eigentlich eine Verbotsliste und nimmt nur die Spitze des Eisbergs

in den Fokus. Bei diesem Geschäft geht es für einmal darum, Fehlanreize an der Ursache zu eliminieren.

Zu den in der Antwort der Regierung aufgeführten Nachteilen, dass der Einfluss der Kantone leiden und ein Finanzierungsumbau stattfinden würde: Meines Erachtens sollte man sich nicht Diskussionen verwehren, nur weil man allfällige Nachteile sieht. Das führt zur Blockade notwendiger Reformen des Kantons oder notwendiger Reformen generell. Und ich schätze es auch sehr, Andreas Daurù, dass ihr hier neben den vielen Risiken die Chancen seht und aktiv eine Diskussion unterstützt, um eine weitreichendere Verbesserung zu bewirken. Wir sind alle im gleichen Boot. Alle sind von den steigenden Gesundheitskosten betroffen, ob Bund, Kantone oder Versicherungsnehmer. Wir müssen doch zusammenkommen und die Situation zu verbessern versuchen, anstatt an die Verteidigung des eigenen Gärtchens zu denken.

Mit einem Monismus könnte man die ganze Administration um die Optimierung entlang ambulant oder stationär loswerden: alle Gesetze, alle Überprüfungen der Einhaltung dieser Gebote, alle Dokumentationspflichten in den Spitälern hierzu. Ich kann mir nicht vorstellen, dass das System teurer wird, wenn wir diesen Sand aus dem Getriebe entfernen. Trotzdem, in der Antwort der Regierung werden Mehrkosten von 25 Millionen Franken befürchtet. Das ist für mich nicht nachvollziehbar. Und auch wenn es für den Kanton teurer werden würde und dafür im grossen Ganzen günstiger, dann muss doch auch der Kanton für eine Änderung sein. Die Kantonsbewohner zahlen ja auch alle Krankenkassenprämien, nicht nur Steuern an den Kanton Zürich. Und apropos 25 Millionen Franken Mehrkosten: Nimmt man die 1,3 Milliarden Franken jährliche Kosten für die somatische Akutversorgung und die Annahme einer 25-prozentigen Überkapazität, welche zu einer Überversorgung führt, kommt man auf viel mehr als nur 25 Millionen Franken jährlich, und das hat bis vor kurzem niemanden gross zum Handeln angeleitet. Ich möchte also beliebt machen, den Vorstoss zu unterstützen, damit wir ein Signal senden können, um mit einem inhaltlichen Beitrag des Kantons Zürich die Diskussion über einen Monismus zu fördern.

*Kathy Steiner (Grüne, Zürich):* Von der langen Reihe an Vorstössen, die heute noch zum Thema «Gesundheitspolitik» auf der Traktandenliste stehen, zielen – ich würde mal schätzen – deutlich mehr als die Hälfte darauf ab, an den unsäglichen Fehlanreizen bei der Finanzierung von Gesundheitsleistungen herumzuschrauben. Der Normalfall ist ja leider, dass wir einen unerwünschten Fehlanreiz haben – zum Beispiel haben wir zu viele stationäre statt ambulante Behandlungen – und dass wir im Normalfall nicht die Ursache bekämpfen, nämlich den Fehlanreiz, sondern nur das Symptom, zum Beispiel mit der Liste «ambulant statt stationär». Der Fehlanreiz bleibt weiterhin bestehen und der Kanton betreibt Symptombekämpfung.

Die hier vorliegende Forderung postuliert nun aber nicht kantonale Symptombekämpfung, sie verfolgt eine grundlegende Governance-Anpassung. Und es ist erfreulich, seit der Beantwortung des Postulates hat in der Zwischenzeit auch in der

Gesundheitsdirektion ein gewisses Umdenken stattgefunden. Heute lehnt die Gesundheitsdirektorenkonferenz eine einheitliche Finanzierung nicht mehr rundweg ab, und auch der Kanton Zürich wird hier einen Schritt machen müssen. Es ist höchste Zeit, dass die Gesundheitsversorgung endlich aus einer Gesamtperspektive angeschaut wird. Das heutige «Kässeli»-Denken kommt uns nämlich viel zu teuer zu stehen. Ein einheitliches Finanzierungsmodell ist überfällig und es braucht endlich eine bessere Lösung. Dass die EFAS-Vorlage, so wie sie jetzt ist, noch überprüft werden muss, hat Andreas Daurù ausführlich ausgeführt. Aber es braucht eine Lösung. Die Gesundheitskosten können eingedämmt werden und damit nämlich auch die Krankenkassenprämien.

Wir erwarten von der Regierung, dass sie bei den Gesundheitskosten willens und in der Lage ist, über den Tellerrand der Kantonsfinanzen hinauszuschauen. Wir überweisen das Postulat.

*Mark Anthony Wisskirchen (EVP, Kloten):* Man könnte sagen «Was lange währt, wird endlich gut». Noch nicht ganz, wir haben ja die berechtigten Bedenken im Votum der SP gehört. Dennoch, ein Modell EFAS dämpft die Gesundheitskosten auch im Sinne der Patientinnen und Patienten. Es ist so – wir haben das in den Jahresberichten der Spitäler gelesen und in den unterschiedlichsten Voten auch gehört –, die ambulant erbrachten Leistungen müssen adäquat finanziert werden. Wir können die Spitäler nicht weiter mit ambulanten Aufträgen überhäufen oder die Gesetze dahintreiben, ohne auch lösungsorientierte Kostenbeteiligungen zu erarbeiten. Ich kann es kurz machen: Der Puck – und damit meine ich jetzt nicht den Puck in einem Kreisel in Kloten (*Anspielung auf eine Auseinandersetzung zwischen dem Kanton und der Gemeinde um die Gestaltung eines Strassenkreisels*) – liegt beim Ständerat, und der soll für eine bessere Lösung bedacht sein. Es wird schwierig, wir haben es vorher gehört.

Gebe der Regierungsrat doch ein positives Signal nach Bern! Die EVP wird dieses Postulat überweisen.

*Kaspar Bütikofer (AL, Zürich):* Die Alternative Liste wird dieses Postulat ebenfalls überweisen. Wir unterstützen die Stossrichtung, dass eine einheitliche oder monistische Finanzierung im Gesundheitswesen angestrebt wird. Denn heute haben wir zahlreiche Fehlanreize im System, wir haben es schon gehört, und die unterschiedliche Finanzierungsart von ambulanten und stationären Leistungen ist einer dieser Fehlanreize, ein Fehlanreiz, der zu einer Verzerrung im System führt. Es führt dazu, dass beispielsweise die kostspieligere Behandlungsart gewählt wird, die nicht die beste für den Patienten ist. Aber diese Behandlungsart ist dann für den Leistungserbringer eben die lukrativste. Das Problem wird noch gravierender, weil ambulante Leistungen zum Teil gar nicht kostendeckend erbracht werden können. Wir haben also hier ein Versagen des Systems. Die Kriterien «Wirksamkeit», «Zweckmässigkeit» und «Wirtschaftlichkeit» kommen nicht voll zum Zuge. Und es gibt auch keine oder fehlende Regulatoren, denn sowohl der Kanton als auch die Kassen haben gegenläufige Interessen in diesem Spiel. Das Bonmot von Lorenz Schmid, dass Ernst Stocker ihm gesagt habe, er lehne die

einheitliche Finanzierung ab, weil der Kanton so Geld sparen könne, spricht Bände. In der Tat ist die Förderung von «ambulant vor stationär» in der SPFG-Änderung eine Sparmassnahme. Sie wurde im Rahmen von Lü16 (*Leistungsüberprüfung 2016*) beschlossen. Es zeigt, dass mit bürokratischen Massnahmen in den Spitälern «ambulant vor stationär» nicht zum Durchbruch verholfen werden kann. Wenn wir «ambulant vor stationär» fördern wollen, dann brauchen wir eine einheitliche Finanzierung.

Ich habe auch Verständnis für die Bedenken der Gesundheitsdirektorenkonferenz, der GDK. Sie befürchtet, dass die Macht der Kassen so wachsen wird, und wünschen sich, dass sie auch bei der Planung ambulanter Leistungen mitreden können. Das sind hehre Ziele. Wenig Verständnis habe ich aber dafür, dass die Kantone das Kind mit dem Bade ausschütten und auch gleich die ungedeckten Pflegekosten in die ganze EFAS-Vorlage hineinpacken wollen. Das ist zwar eine hehre Absicht, wird auch von uns unterstützt, aber die Gefahr ist gross, dass man hier einen Murks macht und dann Kosten auf die Prämienzahlerinnen und -zahler verschoben werden. Wir wissen auch, dass die Kosten bei der Langzeitpflege zunehmen werden, denn die Alterung der Gesellschaft wird weiter zunehmen.

In diesem Sinne unterstützen wir das Postulat. Wir geben dem Kanton oder der Gesundheitsdirektion so einen Wink, dass sie konstruktiv auf eine tragbare Lösung hinarbeitet. Besten Dank.

*Ronald Alder (GLP, Ottenbach):* Als Interessenbindung gebe ich zunächst bekannt, dass ich als Mitarbeiter des Verbandes der Zürcher Krankenhäuser zunehmend Einblick erhalte in die Situation der Zürcher Spitäler. Und was bereits erwähnt wurde: Der medizinische Fortschritt geht rasant voran. Dadurch wird «ambulant vor stationär» immer mehr möglich, und es ist auch zum Nutzen der Patientinnen und Patienten, weil sie früher nach Hause gehen könnten. Aber – das wurde auch bereits erwähnt – der ambulante Kostendeckungsgrad in den Zürcher Spitälern liegt bei 79 Prozent im Durchschnitt. Das zeigt deutlich auf, dass die finanziellen Anreize völlig in der falschen Richtung liegen.

Ein paar Worte zu den Krankenkassenkosten: Die Analyse für letztes Jahr hat ergeben, dass die Krankenkassenkosten allein im stationären Bereich um 7 Franken pro Monat und Patient gesunken sind, und um 4.40 Franken im ambulanten Bereich gestiegen sind. Also nur im Krankenkassenbereich – nicht einmal im Kantonsbereich – bringt die Verlagerung von stationär zu ambulant einen finanziellen Vorteil. Und wenn wir davon sprechen, dass wir die Gesundheitskosten bremsen wollen, wäre es hier wirklich auch an der Zeit, etwas zu unternehmen.

Die TARMED-Diskussion (*Tarif für ambulante medizinische Leistungen*) hat die Frau Regierungsrätin angesprochen, dass dies auf nationaler Ebene zu regeln ist, das ist selbstverständlich so. Was aber auf Kantonsebene kommt, sind die Taxpunktwerte, und dort hat sehr wohl jeder Kanton – und in dem Sinne auch unser Kanton – die Möglichkeit, einzugreifen und zum Beispiel den Taxpunktwert entsprechend zu erhöhen, damit eben die Fehlanreize beseitigt werden und das Ganze in einen Anreiz umgewandelt wird. Dazu haben wir ja auch unser Postulat 265/2019 eingereicht.

*Josef Widler (CVP, Zürich):* «Ambulant vor stationär», ein Zauberwort. In diesem Postulat verlangen wir ja, dass der Kanton einmal klären soll, wie er dieses Anliegen kostenneutral umsetzen kann. Man spricht hier vom Anreizsystem der Leistungserbringer, vergisst aber, glaube ich, zu beachten, wie viel Infrastruktur stationär bereitsteht und wie viel Geld geplant ist, in die stationären Infrastrukturen zu investieren. Das heisst, wenn man denn schon darüber spricht, «ambulant vor stationär», um Kosten zu sparen, dann erwartet ich eben auch, dass einschneidende Massnahmen getroffen werden, wenn es darum geht, die stationären Leistungsaufträge zu vergeben. Wenn man das konsequent umsetzt, wird das eine oder andere Spital im Kanton Zürich seine Türen schliessen müssen. Und dann stellt sich die Frage, wie es volkswirtschaftlich steht, ob dann der Gemeindepräsident in der Gemeinde XY es gut findet, wenn sein Spital geschlossen wird. Diese Diskussion möchte ich dann auch hören.

Ein Problem, das immer wieder vergessen geht, das sich jetzt aber immer mehr abzeichnet, ist das Problem der Weiterbildung der Ärztinnen und Ärzte. Wir sehen, dass je mehr Eingriffe ambulant durchgeführt werden, desto tiefer ist der Ausbildungsgrad der Assistenzärzte. Ich meine, das wäre dann wieder ein Hinweis für die Leistungsaufträge der Spitäler. Da wird es ganz wichtig sein, dass man das in den Leistungsaufträgen berücksichtigt und dass jene Kliniken, die einen Leistungsauftrag erhalten, um Leistungen anzubieten, auch verpflichtet werden, qualitativ hochstehende Weiterbildung anzubieten. Alle von Ihnen, ausser jene, die an einem plötzlichen Herztod sterben, Sie alle werden darauf angewiesen sein, dass junge Ärztinnen und Ärzte gut ausgebildet werden. Denn Sie werden dann in 20 Jahren davon profitieren oder eben nicht.

Wir unterstützen also das Postulat, bitten aber die Regierung, das Ganze etwas weiter zu fassen als nur mit der Finanzierung der Krankenkassenprämien.

*Regierungsrätin Natalie Rickli:* Eigentlich haben Sie sich alle, die geredet haben, die Antworten schon selber gegeben und den Bericht, den Sie von mir wünschen, schon verfasst. Denn, wie Sie richtig festgestellt haben, ist das Postulat zwei Jahre alt. Und richtigerweise haben Sie darauf hingewiesen, was sich seither alles getan hat im eidgenössischen Parlament. Auch der Regierungsrat hat seine Meinung geändert. Die Postulatsantwort ist nicht mehr aktuell, wir sind jetzt für EFAS – aber da komme ich noch darauf – wie die GDK. Ich höre, dass Sie einstimmig der Meinung sind, dieses Postulat überweisen zu wollen. Es nützt gar nichts, dem hier entgegenzusprechen, ich kann Ihnen einfach sagen: Bis in zwei Jahren wird EFAS entweder in Kraft sein – aber dann, hoffe ich, mit den Änderungen, die der Ständerat noch einbringen wird – oder es wird eine Volksabstimmung geben. Aber gerne berichte ich Ihnen dann.

Jetzt noch kurz: Die Gesundheitsdirektion und der Regierungsrat, die GDK, bieten mittlerweile Hand für eine einheitliche Finanzierung, aber es müssen folgende Mindestvoraussetzungen erfüllt sein:

Erstens: Die Langzeitpflege – Pflegeheim und Spitex – muss in die einheitliche Finanzierung einbezogen und jetzt verbindlich im Gesetz verankert werden. Eine

von der GDK in Auftrag gegebene unabhängige Studie zeigt, dass die Mehrbelastung der Finanzierungsträger durch den Einbezug der Pflege insgesamt gerechter ausfällt. Der kantonale Anteil würde dafür von 22,6 auf 25,5 Prozent erhöht.

Zweitens: Die Kantone müssen Instrumente erhalten, um das ambulante Versorgungsangebot gezielt steuern zu können. Wenn die Kantone den stark wachsenden ambulanten Sektor mitfinanzieren sollen, müssen sie etwa im Falle eines Überangebots – das haben wir heute auch gehört – etwas tun können. Weiter fordern die Kantone einen kostenneutralen Übergang für jeden einzelnen Kanton. Und wenn ich das Postulat sehe, dann haben Herr Schmid, Herr Daurù und Herr Häuptli ja geschrieben, dass sie wünschen, in diesem Bericht aufgezeigt zu erhalten, wie das ohne Mehrbelastung für die Kantone zu finanzieren ist. Herr Häuptli hat sich dann aber widersprochen, indem er gesagt hat, auch wenn es für den Kanton teurer werde, müssten wir dafür sein. Frau Steiner von den Grünen hat auch gesagt, auch wenn es für den Kanton teurer wird, sollten wir da folgen. Da sind Sie sich, glaube ich, untereinander nicht ganz einig. Wir jedenfalls werden darauf hinarbeiten, dass es wirklich auch kostenneutral für unseren Kanton wird.

Sie haben mich gefragt, Herr Schmid, für was mein Herz schlägt, und das kann ich Ihnen sagen: Für den Kanton Zürich. Und ich werde mich auch für stabile Finanzen einsetzen – natürlich neben einer guten Gesundheitsversorgung.

Die EFAS-Vorlage, wie sie der Nationalrat jetzt verabschiedet hat, ist abzulehnen. Hier kann ich auch auf die Ausführungen von Andreas Daurù von der SP verweisen. Diese Vorlage leistet so auch keinen massgeblichen Beitrag zur Eindämmung der Systemkosten, die ja immer wieder ins Feld geführt werden, sondern lenken einfach den Finanzierungsstrom um. Und diese Vorlage ist massgeblich geprägt von den Krankenversicherern und berücksichtigt die Interessen der Kantone zu wenig. Das hat auch Bundesrat Alain Berset anerkannt. Leider wurden in der Abstimmung am 26. September 2019 die Interessen der Kantone nicht aufgenommen. Nun geht die Vorlage in den Ständerat, und da hoffen wir natürlich, dass die Anliegen der Kantone besser aufgenommen werden. Verschiedene von Ihnen stehen ja auch zur Wahl in den National- und Ständerat (*bei den eidgenössischen Wahlen am 20. Oktober 2019*). Ich freue mich dann natürlich auch, wenn Sie die Interessen des Kantons und einer guten Gesundheitsversorgung, die für unseren Kanton auch finanzierbar ist, dort einbringen können. Denn nur wenn unsere Anliegen aufgenommen werden, können bestehende Fehlanreize tatsächlich reduziert werden und es kann ein massgeblicher Beitrag zur Eindämmung der Kostenentwicklung erzielt werden. Und das muss ja das Ziel sein.

In diesem Sinne: Ursprünglich hat ja der Regierungsrat Ablehnung des Postulates beschlossen. In der Zwischenzeit ist viel passiert. Eigentlich haben Sie sich und habe ich Ihnen die Antworten schon gegeben. Aber wenn Sie das wünschen, dann erstatten wir Ihnen gerne in zwei Jahren Bericht. Und wenn Sie in der Zwischenzeit Fragen haben, können Sie gerne auch in der Gesundheitsdirektion einmal vorbeikommen.

*Abstimmung*

**Der Kantonsrat beschliesst mit 163 : 5 Stimmen (bei 1 Enthaltung), das Postulat KR-Nr. 173/2017 zu überweisen.** Das Geschäft geht an den Regierungsrat zur Ausarbeitung eines Berichts innert zweier Jahre.

Das Geschäft ist erledigt.