

4. Bedarfsgerechte Akutversorgung: Keine Leistungsaufträge für Überkapazitäten

Parlamentarische Initiative Kaspar Bütikofer

KR-Nr. 142a/2016

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

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

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

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

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

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

Die Spitalplanung 2012 rechnete bis 2020 mit einer moderaten Zunahme der Patientenzahlen dank einer Verkürzung der Aufenthaltsdauer mit konstanten Pfl-

getagen. Trotz Bevölkerungszunahme und Alterung prognostizierte die Gesundheitsdirektion infolge des medizinischen Fortschrittes und der Einführung der Fallpauschalen keinen zusätzlichen Kapazitätsbedarf für die Zürcher Spitäler.

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

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

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

Der Spitalplatz Zürich ist wegen seiner Zentrumsfunktion und insbesondere auch wegen seines hochspezialisierten Angebots überdurchschnittlich attraktiv. Die Gesundheitsdirektion geht bis 2025 von 42'000 zusätzlichen inner- und ausserkantonalen stationären Patientinnen und Patienten aus. Dafür sind etwa 400 zusätzliche Betten bei einer Erhöhung des Auslastungsgrads von heute 80 Prozent auf 85 Prozent erforderlich. Der im Gesundheitsversorgungsbericht 2016 ausgewiesene stetige Anstieg ausserkantonaler Patientinnen und Patienten – er beträgt derzeit jährlich 5 Prozent – dürfte weitergehen. Prognostiziert wird für 2025 ein Anteil an ausserkantonalen Patientinnen und Patienten von über 20 Prozent.

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

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

Im Rahmen der KVG-Revision erfolgte auch bei der Spitalfinanzierung ein Systemwechsel. Die wichtigste Änderung bestand darin, dass vom bisherigen Kostenabgeltungsprinzip zur Leistungsabgeltung umgestellt wurde. Seither wird den

Spitälern ein im Voraus definierter Preis pro Behandlung – die sogenannte Fallpauschale – auf der Basis eines Benchmarkings der Fallkosten bezahlt. In diesem Preis sind auch die Investitionen enthalten. Es werden keine Betten, sondern Leistungen bezahlt.

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

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

Die Kommissionsminderheit spricht sich in Bezug auf das Kernanliegen der parlamentarischen Initiative dagegen aus, die Möglichkeit aufzuheben, dass über den Bedarf hinausgehende Leistungsaufträge zur Wettbewerbsförderung erteilt werden können. Zwar dürften nach enger Auslegung des KVG grundsätzlich nur so viele Leistungserbringer berücksichtigt werden, wie zur Deckung des ermittelten Bedarfs nötig sind. Damit würde jedoch das Versorgungssystem zementiert und neue Anbieter wären von vornherein ausgeschlossen. Um die Innovationsbereitschaft zu erhalten und eine qualitätssteigernde und kostensenkende Konkurrenz zu fördern, wurde mit Paragraf 6 Absatz 2 SPFG die Voraussetzung geschaffen, um ausnahmsweise über den eigentlichen Bedarf hinausgehende Leistungsaufträge erteilen zu können.

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

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

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

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

Die Spitalplanung ist ein Dauerthema, und wir wissen es: Mit dem KVG und dem Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetz – ich hätte fast sagen wollen «haben wir ein neues System», aber neu ist es ja mittlerweile auch nicht mehr, auch wenn da und dort noch einige Kinderkrankheiten auszumachen sind –, mit dieser neuen Spitalplanung und -finanzierung haben wir die WZW-Kriterien, die Institutionen müssen sich an Wirkung, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit orientieren. Und sie sind auf der anderen Seite einem Wettbewerb ausgesetzt. Die Patienten haben seit 2012 die freie Spitalwahl, können Ärzte und Kliniken selber auswählen. Ich weiss, dieser Wettbewerb und diese freie Spitalwahl, das ist auch eine etwas ideologische Debatte; wir haben sie hier drin und auch in der Kommission schon häufig geführt. Und selbstverständlich ist mir bewusst, dass der Wettbewerb im Gesundheitswesen ein besonderer ist. Es ist ein besonderer Markt, wie viele andere aber auch und von daher auch wieder nicht so besonders.

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

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

Konzentration. Das ist also auch innerhalb des Wettbewerbs möglich, die Wettbewerbsteilnehmer verhalten sich durchaus rational.

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

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

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

Ein kleiner Lichtblick am Himmel – auch das haben wir hier schon gehört – sind die aktuell angedachten Pläne einiger Spitäler, sich nun langsam doch in Richtung Kooperation zu begeben, gemeinsam zu planen und über das unmittelbare geografische Umfeld hinaus zu denken, Stichwort: Spitäler Uster/Wetzikon, die

Stadtspitäler oder aber auch letztthin die Kooperation Männedorf und USZ, die angedacht ist. Es besteht die Frage: Braucht es wirklich noch überall eine 24-Stunden-365-Notfallstation? Müssen wirklich alle Eingriffe überall möglich sein? Und so weiter. Dies würde in die Richtung «Kooperation statt Konkurrenz» gehen, was wir vonseiten SP seit langem fordern. Eine Verbundlösung, wie sie die SP ebenfalls gefordert hat, wäre auch eine Möglichkeit gewesen, hier entsprechend vorzugehen.

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

Astrid Furrer (FDP, Wädenswil): Die FDP hat diese PI nicht vorläufig unterstützt und wir bleiben bei dieser Haltung, wie Sie sehen. Die FDP ist überzeugt, dass mit einem Konkurrenzverbot – denn darum geht es, wenn man den Absatz 2 aufhebt – eine Überversorgung, sofern sie denn überhaupt besteht, nicht reduziert wird. Denn bekanntlich haben wir ja eine Leistungsplanung und keine Bettenplanung mehr. Wir bedauern, wenn diese PI im Rat durchkommt, und so sieht es ja im Moment aus. Wir sind überzeugt und warnen davor: Wir erweisen der Gesundheitsversorgung im Kanton einen Bärendienst, wenn diese PI angenommen wird. Die behaupteten Überkapazitäten bei den Betten haben nämlich nicht den Einfluss auf Überbehandlungen, wie die Initianten uns weismachen wollen. Es sind die Fehlanreize im gesamten Gesundheitssystem, die zu einer ungesunden Mengenausweitung führen. Wird die PI umgesetzt, dann heisst das nichts anderes, als dass ein Anbieter seine Alleinposition für immer und ewig behält, da die Gesundheitsdirektion keinem anderen, der vielleicht sogar besser und billiger ist, einen Leistungsauftrag erteilen kann. Andere Anbieter, die diese Leistung erbringen wollen, haben dann gar keinen Zugang und gar keine Chance mehr, diese Leistung auch erbringen zu dürfen. Wir hatten ja eben gerade letztthin den wahrscheinlich ersten Anwendungsfall – das wurde bisher unterschlagen –, und zwar bei der Geschichte

mit der Knochentumorchirurgie, wo der Balgrist (*Universitätsklinik Balgrist*) alleiniger Leistungsnehmer war und dann das USZ auch einen Leistungsauftrag bekommen hat. Denn das Problem ist ja – was heisst Problem, es ist einfach so –, dass die Leistungen an eine Institution gebunden sind und nicht an eine Person. Und wenn jetzt die Person halt von diesem Spital weggeht in ein anderes, ja, was macht man dann? Dann ist es doch wichtig, dass man einer anderen Institution diesen Leistungsauftrag geben kann. Zudem wird das Thema im Spitalfinanzierungsgesetz, das sich derzeit in der Vernehmlassung befindet, ja aufgegriffen, und zwar in einem erweiterten Kontext. Dort steht auch wortwörtlich – und das wird den Initianten sicher gefallen –, dass die Sicherung der Gesundheitsversorgung und die Vergabe von Leistungsaufträgen eine Aufgabe sei, bei der nicht primär marktwirtschaftliche, sondern humanitäre Gesichtspunkte gelten sollten.

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

Daniel Häuptli (GLP, Zürich): Im jüngsten Zeitungsinterview wird unser ehemaliger Gesundheitsdirektor mit der Aussage zitiert, dass im Kanton Zürich eine Spitalüberkapazität vorhanden ist und dass das ein Fehler ist. Ich schätze diese Transparenz und Ehrlichkeit unseres ehemaligen Gesundheitsdirektors, und mit dieser Aussage sind wir schon einen wichtigen Schritt weiter. Wie oft haben wir nämlich hier drin gehört, wie gut das Zürcher Gesundheitswesen hinsichtlich Wirtschaftlichkeit dasteht, basierend auf einem Benchmarking mit anderen Kantonen. Das Benchmarking, also der Vergleich mit anderen Kantonen, ist irrelevant, wenn ungebremster Kostenanstieg in allen Kantonen ein gravierendes ungelöstes Problem darstellt.

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

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

Der zweite und auch wichtige Grund, wieso wir der PI zustimmen, ist unsere Erwartungshaltung an die Revision der Spitalliste. Die Regierung muss mit der Spi-

talliste eine Grundlage schaffen, welche Überkapazitäten vermeidet. Reservekapazitäten für ausserordentliche Ereignisse sind keine Überkapazität, um das sicherheitshalber zu klären. Und diese PI anzunehmen, heisst auch nicht, dass kein Bett mehr frei sein darf, Benjamin Fischer, das ist doch ein zu vereinfachtes Bild. In unserem Kanton haben wir aktuell zu viele Spitäler, und das ist hochproblematisch. Es befeuert unnötige Behandlungen und Operationen. Für Patienten ist das ungesund und mit tieferer Lebensqualität verbunden. Es kostet uns enorm viel. Spitäler sind einer der grössten Ausgabenposten in unserem Staatshaushalt und es kommen noch die Krankenkassenprämien hinzu, die jeder privat zahlt. Eine von der Spitalliste aufgeblähte Spitallandschaft führt auch dazu, dass die Politik mit Pflasterlipolitik die Auswüchse stoppen will oder muss; «ambulant vor stationär», «Peer Reviews», das ist immer mit administrativen Aufwand für Spitäler und Personal verbunden. Das raubt Zeit, die für die wichtigen Arbeiten am Patienten. Solche flankierenden Massnahmen würde es nicht oder in weniger starkem Ausmass benötigen, wenn die Grundlagen des Gesundheitswesens vernünftig wären. Dazu zählt eine monistische Finanzierung – wir kommen bei einem nächsten Traktandum darauf zurück – und eben auch eine Spitalliste, die Überkapazitäten im Ausmass wie heute gar nicht ermöglicht.

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

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

Kathy Steiner (Grüne, Zürich): Für uns kommt diese PI gerade zur richtigen Zeit. Jetzt läuft die Evaluation der Spitäler für die neue Spitalplanung 2022. Und hier sind wir sehr gespannt auf die neue Führung in der Gesundheitsdirektion, wobei der letzte Gesundheitsdirektor, nachdem er zwölf Jahre im Amt war, ganz am Schluss, so wie Daniel Häuptli das gesagt hat, eingestanden hat, dass wir eine Überkapazität haben. Liebe Astrid Furrer, das ist nicht eine linke Behauptung, sondern die Gesundheitsdirektion ist selber zu diesem Schluss gekommen. Die bestehende Spitalliste durfte wegen Planungs- und Rechtssicherheit der Listenspitäler bisher ja nicht angerührt werden. Umso wichtiger also, dass jetzt endlich,

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

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

Diese PI ist nötig, unterstützen Sie sie bitte.

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

Wir diskutieren hier unter Parlamentarierinnen und Parlamentariern. Ich finde, wir sind extrem resistent gegenüber Einsichten, die der Bundesrat uns in seinem Expertenbericht «Massnahme M20» wirklich auf den Tisch legt, «Angebotsinduzierte Nachfrage reduzieren». Dann hat unser alter Gesundheitsdirektor ebenfalls eine Studie «Sparpotenzial im Gesundheitswesen – Massnahmen und Instrumente zur Beeinflussung der Kostenentwicklung» bei der ZHAW (*Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften*) in Auftrag gegeben. Massnahme M3 «Steuerung Kapazität Spital stationär», Fazit: Die Reduktion der Anzahl Spitäler oder Leistungsaufträge – ich spreche nicht über Spitäler – ist eine einfache Massnahme, sie ist politisch unattraktiv. Das ist das Fazit und wir sprechen immer noch so, als ob keine Expertenmeinungen im Raume stünden. Der alte Gesundheitsdirektor Thomas Heiniger hat selber über Überversorgung berichtet, Christian Schär, der Präsident des VZK (*Verband Zürcher Krankenhäuser*), spricht von Überkapazität, und jetzt haben wir die Revision des SPFG. Ich bin da nicht so pessimistisch wie Andreas Daurù, er spricht da im Grundsatz von bedarfsgerechter Spitalversorgung. Er macht dann in Paragraf 6 doch noch eine Windung, wie ich sie häufig auch in Voten mache. In Absatz 2, Überangebot, kann bei der Auswahl auf das Kriterium «grösstmöglich gemeinnützige Ausrichtung des Unternehmens» abgestellt werden. Stellen Sie sich vor: Wir machen bewusst eine Überversorgung. Und dann haben wir eine Massnahme und wollen dann nur die gemeinnützigen Institutionen fördern. Also liebe Liberale hier im Saale, wollt ihr das? Das ist nicht liberal. Schaut, es gibt sehr viele Kriterien, die wirklich für bedarfsgerechte und

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

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

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

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

somit auf einen Bettenleerstand von über einem Drittel der Spitalkapazitäten anwachsen. Es hat also genügend Betten für alle Patientinnen und Patienten und die freie Spitalwahl bleibt somit definitiv gewährt.

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

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

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

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

Paragraph 6 Absatz 2 ist deshalb ein Feigenblatt, damit der Kanton keine Spitalplanung machen muss. Es ist sehr unerheblich, ob dieser Paragraph je angewendet worden ist oder nicht. Das Problem ist, dass der Kanton keine bedarfsgerechte Spitalplanung gemacht hat und dass der Kanton Zürich weit weg von einer bedarfsgerechten Spitalplanung ist. Das zeigt die durchschnittliche Bettenauslastung im Kanton Zürich. Wir haben hier eine Bettenauslastung von 78 Prozent, das heisst, fast jedes vierte oder fünfte Spitalbett ist überflüssig. Zum selben Schluss

kommt auch der Präsident des Verbandes der Zürcher Krankenhäuser: Herr Schär (*Christian Schär*) sagt, dass ein Viertel der Spitalbetten überflüssig sei. So liess er sich im Tages-Anzeiger zitieren. Vielleicht übertreibt er ein bisschen, aber wenn wir in die Zukunft schauen, dann muss man sagen: Er hat bestimmt recht, denn die Spitäler sind weiter am Kapazitäten-Ausbauen. Es wird weiter investiert. Es sollen zusätzlich 400 neue Betten im Kanton Zürich erstellt werden. Dies entspricht einem Zuwachs von etwa 9 Prozent. Die Sache wird noch schlimmer, wenn wir bedenken, dass die Strategie «ambulant vor stationär» zu greifen beginnt, das heisst, es werden weitere Betten überflüssig.

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

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

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

Josef Widler (CVP, Zürich): Ob Sie diesen Absatz 2 belassen oder ihn streichen, wird sehr wenig ändern. Sicher ist, dass eine Spitalplanung vonnöten ist, aber die Rezepte, die hier gegeben werden, greifen etwas kurz.

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

Sie sagen, es werde zu viel in die Spitäler investiert, man müsse die Betten beschränken. Sprechen Sie doch mit Ihren Gemeindepräsidenten, die sind ja daran, zu schauen, dass man mehr Spitäler baut respektive gut investiert. In Affoltern hat die Bevölkerung gesagt «Nein, nein, wir wollen das». Wir schauen dann, ob Sie die 100 Millionen bereitstellen. Die Stadt Zürich hat zwei Stadtspitäler. Man will nicht die Kapazitäten reduzieren, sondern das Angebot steigern im Sinne der ambulanten Versorgung. Dem sagt man «Markt». Sie wollen Konkurrenz, Sie wollen Wirtschaft. Mehr Betten bedeutet übrigens eine noch grössere Not beim Pflegepersonal. Sie müssen die Betten betreiben können, wir haben schon heute zu wenige Pflegerinnen und Pfleger. Und wenn Sie jetzt sparen respektive die Leute nicht ins Spital nehmen: Ja, wo sind sie dann? In den Pflegeheimen. Und was haben wir dort für ein Problem? Wir haben zu wenig gut ausgebildetes Personal. Wettbewerb heisst Kosten sparen. Die grössten Kosten sind die Personalkosten. Wollen Sie also auf die Löhne der Pflege drücken? Wollen Sie das? Effizienz heisst, den Patienten schneller abzufertigen. Wollen das die Patienten? Ich sage Ihnen einfach: Seien Sie vorsichtig mit den einfachen Rezepten. Ob Sie diesen Absatz streichen oder nicht, wird nichts ändern. Das System ist komplex. Wenn Sie an der einen Ecke ziehen, passiert auch an der anderen Ecke etwas. Wir werden in den nächsten Jahren ein Problem mit der Versorgung haben, weil uns nicht die Betten fehlen, sondern das gut ausgebildete Personal.

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

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

Zuerst einmal die Aussagen zum Thema «Investitionen und mehr Betten»: Wir sprechen von 400 Betten mehr. Ich habe noch nirgends gesehen, dass mehr Betten geplant werden. Glauben Sie, dass die Verantwortlichen für Regionalspitäler eine Mengenausweitung in einem für sie defizitären Geschäft angehen? Tatsächlich? Wir haben hier drin in den vergangenen Jahren ambulante Eingriffe bevorzugt. Wir sprechen von mehr ambulanten Behandlungen. Und was wir wissen sollten, wenn wir so etwas tun: Diese Eingriffe sind alle defizitär. Kein Spital wird also die Bettenzahl ausweiten, um mehr ambulante Eingriffe zu machen, weil die wirtschaftliche Komponente hier einfach nicht stimmt. Aber was wir wissen müssen: Viele Spitäler sind noch völlig anders aufgestellt. Bei den Investitionsvorhaben geht es vor allem darum, dass wir die Erneuerung erreichen. Viele Häuser sind 40-, 50-jährig und ich glaube, es geht niemand in ein Spital, das so alt ist. Also Umstellung auf ambulant, Ersatzinvestitionen, das sind die grossen Themen. Und wenn dann Kathy Steiner sagt, es gebe keinen Plan, dann muss ich Ihnen sagen: Sie sind herzlich eingeladen, einmal an unserer Verwaltungsratssitzung teilzunehmen. Tatsächlich ist es so, dass wir uns wirklich auf diese Situation einstellen müssen. Wir versuchen, über Kooperationen die Grundversorgung sicherzustellen und gleichzeitig auch zu erreichen, dass unsere Häuser wettbewerbsfähig sind. Und wenn Sie dann mit Freude zur Kenntnis nehmen, dass das Universitätsspital Jahr für Jahr einen tollen Gewinn ausweist, wenn Sie gleichzeitig zur Kenntnis nehmen, dass das Universitätsspital offensichtlich die Mittel hat, um sich extern an Regionalspitälern zu beteiligen, dann muss ich sagen: Haben Sie sich schon überlegt, welche Differenzen zwischen dem USZ und den Regionalspitälern bestehen? Da geht es um Fragen der Finanzierung, der Sicherheit. Da geht es um die DRG-Geschichte. Universitätsspitäler und unser Universitätsspital haben deutlich höhere DRG-Werte als wir. Wir sind nicht in der Lage, kostendeckend zu produzieren, wollen aber – und auch ich bin Gemeindepräsident – unsere Bevölkerung adäquat versorgen. Also da gibt es verschiedene Themen, und diese Mengenausweitung, die da heraufbeschworen wird, ist einfach nicht richtig. Niemand will das, sondern wir wollen eine gute Grundversorgung erreichen.

Und zum Schluss nochmals die Frage: Wettbewerb oder nicht? Was passiert, ist tatsächlich, dass wir dem Wettbewerb ausgeliefert sind, zunehmend, indem man nämlich an diesen DRG-Finanzierungen dreht. Und wenn Sie einen Wettbewerb haben, in dem Sie für Ihre Produkte immer weniger erhalten, dann ist das das, was sich mittel- und langfristig abzeichnet, nämlich das Aushungern der einzelnen Einrichtungen, das Verhungern am ausgestreckten Arm. Ich glaube, das ist nicht Idee und Sinn und Zweck dieser ganzen Grundversorgung im Gesundheitswesen.

Also seien Sie vorsichtig, wie es Josef Widler gesagt hat, dieses einfache Instrument, das wir da vermeintlich jetzt an die Hand nehmen, das wird die Probleme nicht lösen, aber uns viele Probleme schaffen.

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

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

Kathy Steiner (Grüne, Zürich) spricht zum zweiten Mal: Ich möchte nur schnell Jörg Kündig antworten: Ich habe gesagt, es fehle an einer kantonalen Planung, und das haben Sie bestätigt. Sie planen in der Region. Sie beklagen sich, dass Sie am gestreckten Arm verhungern werden. Sie beklagen sich, dass das USZ besser gestellt sei. Genau das braucht es ja: Ich will eine kantonale geplante Spitallandschaft. Wenn die Gemeinden nur für sich planen, dann ist es nicht so, dass es am Schluss zusammenstimmt.

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

Es wurde auch schon angesprochen: Mit der KVG-Revision 2012 haben das eidgenössische Parlament und in der Folge auch Sie, der Zürcher Kantonsrat, mit dem SPFG ein starkes Zeichen für eine wettbewerbsorientierte Spitallandschaft

gesetzt. Und Wettbewerb bedeutet Konkurrenz, und Konkurrenz bedeutet Effizienz und Qualität. Dass gewisse Überkapazitäten nicht zwangsläufig unnötige Hospitalisierungen und Mehrkosten auslösen, hat ja gerade das Zürcher Steuerungsmodell bewiesen. Fallausweitungen wird mit qualitativen Steuerungselementen, wie beispielsweise «ambulant vor stationär» oder Mindestfallzahlen, begegnet. Und ich möchte Ihnen auch sagen: Die freie Spitalwahl wurde verschiedentlich angesprochen, aber leichte Überkapazitäten dienen nicht nur dem Wettbewerb, sondern sie sind erforderlich, um auch gewisse Patientenschwankungen aufzufangen. Die Möglichkeit dieser moderaten Überkapazitäten ist ein zentrales Element des von Ihnen im Jahr 2012 mit grosser Mehrheit verabschiedeten SPFG. Und richtig ist, dass dieses SPFG als Ganzes, wie ja jedes Gesetz, gelegentlich überprüft wird. Genau das hat Ihnen der Regierungsrat noch in der alten Zusammensetzung auch in Aussicht gestellt und eine Vernehmlassung dazu eröffnet. Auch vor diesem Hintergrund macht es meiner Meinung nach Sinn, heute hier jetzt nicht einen isolierten Eingriff vorzunehmen, sondern dass Sie mir die Chance und die Gelegenheit geben, Ihnen Vorschläge unterbreiten zu können. Ich habe gehört, es sind Erwartungen an mich formuliert worden, auch Hoffnungen, auch Zeichen, die Sie mir senden wollen, und dass Sie meine Arbeit mit Spannung begleiten. Das freut mich sehr.

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

Eintreten

ist beschlossen, nachdem kein anderer Antrag gestellt worden ist.

Detailberatung des Dispositivs

Titel und Ingress

Keine Bemerkungen; genehmigt.

I.

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

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

Abstimmung

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

Detailberatung der parlamentarischen Initiative KR-Nr. 142/2016

Titel und Ingress

I.

§ 6

Keine Bemerkungen; genehmigt.

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

Das Geschäft ist für heute erledigt.