

## **2. Spitalplanungs- und Finanzierungsgesetz (SPFG), Anforderungen für Leistungsaufträge**

Vorlage

§ 5. b. Anforderungen an die Leistungserbringer

Abs. 1 lit. e

**Minderheit Bettina Balmer, Linda Camenisch, Jörg Kündig:**

*e. (gemäss geltendem Recht.)*

*Benjamin Fischer (SVP, Volketswil), Präsident der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit (KSSG):* Noch einmal, damit wir alle wissen, wo wir sind: Wir sind immer noch bei Paragraph 5, den Voraussetzungen für die Leistungsaufträge. Die Mehrheit der Kommission wünscht eine gesetzliche Verankerung der Sozialarbeit in den Spitälern und folgt damit einer Forderung des Schweizerischen Fachverbands Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. Das ist ein wichtiger Bereich im heutigen Gesundheitswesen, der an Gewicht eben auch zunimmt, weil die Menschen immer älter werden, weil die Situation immer komplexer wird – nicht zuletzt gilt auch das Credo «ambulant vor stationär». Es ist ja explizit gewünscht, dass die Menschen nicht mehr zu lange im Spital sind, auch zur Rehabilitation und so weiter, sondern nach dem Spitalaustritt dann eben eine Nachsorge oder die Organisation eines Platzes im Pflegeheim in Rehabilitation, also eine Anschlusslösung gewährleistet ist. Und die Sozialberatung ist eine Schnittstelle und nimmt diese Triagefunktion wahr. Es ist tatsächlich so, dass viele Spitäler bereits über einen Sozialdienst verfügen, sodass wir in der Realität also bereits sehr gut dastehen, auch ohne gesetzliche Verankerung. Nichtsdestotrotz erachtet es die Mehrheit der Kommission als notwendig, dass wir das hier im Gesetz festschreiben. In diesem Sinne beantrage ich, dem Antrag der Kommission zuzustimmen.

*Bettina Balmer-Schiltknecht (FDP, Zürich):* Die FDP wird beim ursprünglich von Jeanette Büsser eingebrachten Antrag Nein stimmen. Wir verstehen, dass Jeanette Büsser als Sozialarbeiterin die Sozialberatung sehr wichtig findet. Wir verstehen auch, dass gerade beim Spitalaustritt die Sozialberatung eine wichtige Rolle spielt, und wollen dies auch überhaupt nicht in Frage stellen, ganz im Gegenteil. Aber ist es nicht auch so, dass auch andere Berufsgruppen eine wichtige Rolle spielen an der Schnittstelle zu vor- und nachgelagerten Leistungserbringern? Ich denke hier zum Beispiel an die Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie oder an die ambulante ärztliche Vor- und Nachbehandlung, an die Spitex und an viele mehr.

Kurz zusammengefasst verstehen wir also nicht, dass die Sozialberatung hier als einzelne Berufsgruppe explizit und besonders erwähnt werden muss. Wir finden im Gegenteil, ganz verschiedene Player müssen bei einem nachhaltigen Patientenversorgungskonzept gemeinsam eine wichtige Rolle spielen. Sololäufe von einzelnen Berufsgattungen sind gerade bei Schnittstellenproblematiken falsch.

*Andreas Daurù (SP, Winterthur):* Moderne Medizin ist ja auch bekanntlich soziale Medizin. Gesundheitliche und soziale Themen sind oft sehr nahe beieinander. Nicht zuletzt wissen wir das aus Studien, welche belegen, dass Menschen mit niedrigem sozialem Status ein etwa doppelt so hohes Risiko haben, schwer zu erkranken, einen Unfall zu erleiden oder von Gewalt betroffen zu sein. Zudem sind die Spitäler auch immer mehr mit Patientinnen oder Patienten konfrontiert, die chronisch krank und/oder multimorbide Krankheitsbilder aufweisen. Mit der zunehmenden Individualisierung der Gesellschaft führt das auch öfters dazu, dass immer mehr Menschen allein leben und zum Beispiel während oder nach einem Krankheitsfall und einem stationären Aufenthalt ziemlich auf sich selbst gestellt sind. Aus diesem Grund braucht es nach einer erfolgreichen körperlichen Genesung auch einen gut aufgegleisten Spitalaustritt. Betroffene Patientinnen oder Patienten brauchen eventuell vorübergehende Unterstützung zu Hause. Allenfalls braucht es eine gute und angepasste Nachbehandlung oder Rehabilitation. In diesem Zusammenhang müssen vielfach auch finanzielle Erstabklärungen gemacht werden. Dies ist die wichtige Aufgabe eines Spitalsozialdienstes. Das Problem: Der Sozialdienst im Spital droht je länger je mehr zum Sparopfer zu werden. Ich wiederhole mich, wenn ich sage, warum: Seit der Einführung der Fallpauschalen ist der Kostendruck bei den Spitälern gestiegen; die Leistungen der Spitalsozialarbeit werden in den Fallpauschalen nicht berücksichtigt und können daher nicht abgerechnet werden. Alles, was nicht abgerechnet und entsprechend ungenügend in den DRG (*Diagnosis Related Groups*) abgebildet ist, kommt unter den Sparhammer.

Dies ist natürlich eine sehr kurzfristige Denkweise, denn ein nicht nachhaltig geplanter Austritt führt nicht selten zum Drehtüreffekt und belastet die Spitäler erst recht; insbesondere, wenn der «Fall» zum Beispiel innerhalb von 18 Tagen wiederaufgenommen werden muss und in die gleiche Diagnosegruppe fällt. Zudem müsste gerade auch die FDP mit ihren Gemeindevertreterinnen und -vertretern hier drinnen ein sehr grosses Interesse an diesem Antrag haben, bleibt es doch nicht zuletzt auch an den Sozialdiensten der Gemeinden hängen, wenn zum Beispiel eine individuelle Unterstützung oder Pflege benötigt wird und das Spital diese vorgängig nicht rechtzeitig und entsprechend aufgegleist hat.

Stimmen Sie diesem Antrag also zu und ermöglichen Sie es, dass der Spitalsozialdienst beziehungsweise die Sozialberatung der Spitäler eine Selbstverständlichkeit für jedes Spital auf der Liste wird.

*Jeannette Büsser (Grüne, Zürich):* Eine gesetzliche Verankerung der Sozialberatung ist überfällig und notwendig. Geschätzte Bettina, nicht nur ich finde das persönlich wichtig, weil ich selbst als Sozialarbeiterin vor 20 Jahren im USZ (*Universitätsspital Zürich*) und später im KSW (*Kantonsspital Winterthur*) gearbeitet habe. Es stimmt, ich finde es persönlich sehr wichtig, aber auch andere finden es sehr wichtig. Andere Kantone haben die gesetzliche Verankerung schon lange gemacht: Sankt Gallen, Appenzell et cetera. Und wie wir auch gehört haben, der Schweizerische Fachverband Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (*sages*) fordert

es und es gibt viele gute Gründe dafür. Beispiel: Kantonsspital Winterthur, wo du ja arbeitest. Soziale Arbeit ist nicht KVG-pflichtig und wurde darum in der Chirurgie vor circa zehn Jahren gestrichen, das heisst ökonomisiert. Dafür wurde eine Patientenkoordination aufgebaut.

Geld verdient man mit dem nächsten Ein- beziehungsweise Austritt und nicht unbedingt mit einem sorgfältigen Aufgleisen der Nachbetreuung. Sozialarbeiterinnen sind sich gewohnt, unterschiedliche Interessenlagen zu berücksichtigen. Da ist natürlich die Spitalorganisation, die ein freies Bett braucht. Da sind die Krankenkassen – wie ist jemand versichert? –, allenfalls Angehörige, leider immer weniger, der Patient, die Patientin, Arbeitgeber und so weiter. Es ist ihre Aufgabe, damit zu jonglieren, dass das Ziel, nämlich das Wohl der Patientin, des Patienten zu fördern, erreicht wird. Alles andere ist gesamtgesellschaftlich kostentreibend. Darum muss auch der Kanton ein klares Interesse an einer funktionierenden Sozialberatung haben. Das Spital als ökonomisierter Schrebergarten – er kann ja gar nichts dafür – hat dieses Interesse nicht immer und nicht unbedingt. Darum braucht es diese explizite Erwähnung und es braucht auch die Ausführung «den anerkannten Regeln des eigenen Berufes verpflichtet und allgemein verfügbar». Liebe Bettina, auch du würdest dies verlangen, wenn plötzlich eine andere Berufsgattung, zum Beispiel ich, entscheiden würde, wann du operieren dürftest. Das passiert aktuell mit der sozialen Arbeit im Spital.

Doch nur eine interdisziplinäre Versorgung führt zu der Qualität, die wir wollen. Es freut mich sehr, dass ansonsten alle Parteien dem Antrag der Grünen in der Kommission zustimmen konnten.

*Lorenz Habicher (SVP, Zürich):* Als dieser Antrag von den Grünen eingebracht wurde, haben wir von der SVP-Fraktion auch nicht wirklich gejubelt. In der ursprünglichen Form und Fassung hätten wir diesen auch nicht unterstützt. Die Beratungen in der KSSG haben aber ein Ergebnis erzielt, dem zugestimmt werden kann. Wichtig zu wissen: Die Sozialberatung wird heute schon gemacht und sollte festgehalten werden. Sozialberatung ist in diesem Kontext wichtig und kann sich positiv – auch kostenmässig – auswirken. Nur weil der Antrag von den Grünen gekommen ist, muss dieser also nicht zwingend abgelehnt werden. Die SVP wird mit der Kommissionsmehrheit stimmen und den Minderheitsantrag ablehnen.

*Claudia Hollenstein (GLP, Stäfa):* Leistungsaufträge können Spitälern und Geburtshäusern erteilt werden, die über ein auf die Schnittstellen zu vor- und nachgelagerten Leistungserbringern ausgerichtetes Patientenversorgungskonzept – einschliesslich eine den anerkannten Regeln des eigenen Berufs verpflichteten allgemein verfügbaren Sozialberatung – verfügen. So steht es nun geschrieben, so sieht eine Mehrheit der KSSG die neue Formulierung und den Mehrwert damit: Patientinnen und Patienten werden heute immer früher aus dem Spital in eine Pflegesituation nach Hause oder in eine Rehabilitation entlassen. Oft sind die Menschen aber noch nicht genesen, benötigen Unterstützung. Ist eine Sozialberatung vor Ort, ist es ihre Aufgabe, sowohl für das Wohnen nach dem Austritt aus einer Institution wie auch für unterstützende Therapien Abklärungen zu treffen,

mit verantwortlichen Personen aus den Institutionen zu sprechen und für die Patientin oder den Patienten den bestmöglichen Ort und die bestmögliche Unterstützung zu organisieren.

In der Sozialberatung laufen die Fäden zusammen. Sie organisiert Familiengespräche, moderiert diese in oftmals nicht einfachen Momenten für die betroffenen Menschen und ihre Familien. Ein Spital, das auf eine etablierte, erfahrene und gut organisierte Sozialberatung als unabdingbaren Bestandteil in ihre Institution setzt, setzt Zeichen. In der heutigen Zeit, wo Menschen immer älter werden, chronische Erkrankungen durch diesen Umstand auch vermehrt auftreten, unterschiedliche Wohnmöglichkeiten wählbar sind, kann ein Spital mit seiner Sozialberatung einen wichtigen Dreh- und Angelpunkt anbieten, was auch als Mehrwert für eine Spitalwahl bezeichnet werden kann. Die zusätzlich zu erbringenden Leistungen müsste man diskutieren. Man könnte sie den Spitälern ja auch abgelten.

Die Grünliberale Fraktion wird den Kommissionsantrag annehmen und den Minderheitsantrag Balmer ablehnen.

#### *Abstimmung*

**Der Kommissionsantrag wird dem Minderheitsantrag von Bettina Balmer gegenübergestellt. Der Kantonsrat beschliesst mit 139 : 30 Stimmen (bei 0 Enthaltungen), dem Antrag der Kommission zuzustimmen.**

#### *§ 5 Abs. 1 lit. f–h*

Keine Bemerkungen; genehmigt.

#### *§ 5 Abs. 1 li. i*

*Ratspräsident Benno Scherrer:* Hier liegen nehmen dem Kommissionsmehrheitsantrag ein Minderheitsantrag I, Andreas Daurù und Mitunterzeichnende, und ein Minderheitsantrag II, Lorenz Habicher und Mitunterzeichnende, vor. Wir stellen diese drei Anträge im sogenannten Cupsystem einander gegenüber.

***Minderheit I Andreas Daurù, Jeannette Büsser, Nora Bussmann, Thomas Marthaler, Esther Straub, Mark Wisskirchen:***

*i. ... sowie der erzeugte Umsatz nicht auf die Vergütung auswirken,*

***Minderheit II Lorenz Habicher, Bettina Balmer, Linda Camenisch, Benjamin Fischer, Jörg Kündig, Susanna Lisibach, René Truninger:***

*i. ...Leistungserbringung setzt,  
(Rest streichen.)*

*Benjamin Fischer (SVP, Volketswil), Präsident der KSSG:* Es geht hier bei litera i um die Frage, inwiefern Anreize auf die Vergütung gemacht werden sollen. Noch einmal zur Erinnerung: Wir werden ja noch die Diskussion um die Vergütung haben, wo es aber eben nur um die kantonalen Institutionen geht. Hier geht

es im SPFG-Teil um sämtliche Institutionen, die einen Leistungsauftrag erhalten wollen. Und hier ist sich die Kommission einig, dass nur Spitäler einen Leistungsauftrag erhalten sollen, die über ein Vergütungssystem für die Ärztinnen und Ärzte verfügen, das keine Anreize für eine unwirksame, unzweckmässige oder nicht wirtschaftliche Leistungserbringung setzt. Sie kennen das. Es sind diese WZW-Kriterien (*Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit*), die man ja auch aus der nationalen Gesetzgebung kennt.

Die Kommission ist sich aber nicht ganz darüber einig, inwiefern sich Art und Menge der Behandlung und der erzeugte Umsatz auf die Vergütung auswirken sollen. Es geht hier also um die Menge, um die Art der Behandlung und um den Umsatz. Wir haben die Formulierung des Regierungsrates, der sich die Kommissionsmehrheit anschliesst. Sie sagt, dass es sich «nicht wesentlich» auswirken soll. Wir haben den Antrag Daurù, der möchte, dass sich das gar nicht auswirkt, und wir haben den Antrag Habicher, der den entsprechenden Teil streichen möchte und eben nur die Formulierung will, dass kein negativer Impact auf die WZW-Kriterien bestehen darf.

Im Namen der Kommission beantrage ich, der Kommissionsmehrheit zu folgen und die beiden Minderheitsanträge abzulehnen.

*Andreas Daurù (SP, Winterthur):* Kurz vorweg, hier gibt es eben diese zwei Minderheitsanträge: Einer ist konsequent und der andere ist undemokratisch. Der Undemokratische ist derjenige der SVP und der FDP.

Am 8. Juni 2020, also noch nicht einmal vor ganz einem Jahr, haben wir noch im schönen Rathaus einer Motion der Mitte, damals noch CVP, mit 96 zu 73 Ja zugestimmt (*KR-Nr. 87/2018*). Sie wollte mengenabhängige Honorar- und Bonusvereinbarungen als Ausschlusskriterium für den Leistungsauftrag im SPFG. Nun hat die Regierung versucht, diese Motion – unserer Meinung nach immer noch zu wenig konsequent, aber immerhin – bei diesem Paragraphen umzusetzen. Was machen nun die damals unterlegenen Parteien SVP und FDP heute? Sie wollen diese Honorare und Bonusvereinbarungen in Bezug auf Menge und Art der Behandlung quasi durch die Hintertür wieder ermöglichen und gehen weit hinter den Vorschlag der Regierung zurück, welche mit dem vorliegenden Gesetz auch die besagte Motion abschreiben will. Das ist undemokratisch. Nun, das ist das Eine, das Andere ist die inhaltliche Forderung des SVP/FDP-Antrags: Wie alle hier drin jammern insbesondere auch über die hohen Gesundheitskosten. Doch jeder Antrag, der nur ansatzweise diese Kostenentwicklung bremsen will, wird von Ihnen beiden aktiv bekämpft. Denn auch hier geht es wieder um Klientelpolitik, um die Ärzteschaft.

Im Bericht der Expertengruppe des Bundes von 2017 zu den Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ist die erste unmittelbar umsetzbare Massnahme, dass eben solche Spitäler mit Vergütungssystemen, welche mengenabhängige Honorare und Boni zulassen, nicht auf die Spitalliste gehören. Denn es gibt klare Hinweise, dass die Zahl der Eingriffe ansteigt, wenn das Einkommen der Ärztinnen und Ärzte an solche Entschädigungssysteme gekoppelt ist, und das führt wiederum zu medizinisch nicht

gerechtfertigten Mengenausweitungen. Und dann sind wir gleich bei der Qualität, konkret bei der Indikationsqualität. Es kann nicht im Interesse der Zürcher Patientinnen und Patienten sein, dass sie Opfer von unnötigen Eingriffen werden, um die Kasse der Spitäler und den Ärztinnen und Ärzten aufzubessern und die Prämien der Versicherten weiter zu erhöhen.

Wir wollen gar keine unnötigen Eingriffe. Wir nehmen die WZW-Kriterien ernst und sind konsequent: Die Menge und Art der Behandlung darf auf keinen Fall Auswirkung auf die Vergütung der Ärzteschaft haben.

*Lorenz Habicher (SVP, Zürich):* Wir bilden den Gegenpol zu Andreas Daurù. Wie Sie bereits bemerkt haben, hat die Festsetzung von Paragraf 5 es so richtig in sich. Wir sind schon eine ganze Weile daran. Nun, dem Minderheitsantrag Daurù kann man nicht zustimmen. Stellen Sie sich vor, welche Auswirkungen die Streichung von «wesentlich» in diesem Kontext hat. Der Antrag bewirkt, dass sich Menge und Art der Behandlung sowie der erzeugte Umsatz nicht auf die Vergütung auswirken. Toller Ansatz, denn hier versteckt sich ganz klar ein Fixlohnsystem hinter dem Minderheitsantrag Daurù.

Ganz anders der SVP-Antrag: Wir wollen zurück auf das geltende Recht. Wir stehen ein für ein Vergütungssystem, das Leistungen belohnt und unwirksame und unzweckmässige oder wirtschaftlich unnötige Eingriffe bestraft. Mehr Einsatz, Mehrleistung, Ideen und Innovation der Ärztinnen und Ärzte sollen sich auch auszahlen. Wo bleibt der Ansporn, die Motivation, wenn es sich am Ende des Tages nicht bezahlt macht? Hier beginnt doch der Braindrain, die Abwanderung und der Verlust der besten Köpfe, wenn sie andernorts genau für diese zusätzliche Leistung, für diesen zusätzlichen Einsatz entschädigt werden. Wir wollen eine variable Komponente im Vergütungssystem. Wir wollen, dass die besten Köpfe auch mit finanziellen Anreizen gehalten werden können.

Das Gesundheitswesen ist sehr stark reguliert, zum Teil sicher überreguliert. Aber hier brauchen wir den Spielraum, den der Minderheitsantrag der SVP bietet. Ich bitte Sie, den Minderheitsantrag der SVP zu unterstützen und den Minderheitsantrag der SP abzulehnen.

*Bettina Balmer-Schiltknecht (FDP, Zürich):* Der Regierungsrat hat eine gesetzliche Vorlage für die Vergütungssysteme von angestellten Ärztinnen und Ärzten geliefert, die akzeptabel ist. Darauf habe ich bereits in meiner einleitenden Rede zum SPFG hingewiesen. Es darf nicht sein, dass aufgrund mengenabhängiger Anreize viel oder sogar zu viel behandelt wird. Aber genauso wenig ist es in Ordnung, dass diejenigen Kliniken, die besonders gut arbeiten und deswegen mehr Patienten haben als andere Kliniken, für ihre Exzellenz bestraft werden. Hier liegt also ein gewisser Widerspruch vor, den die Regierung in ihrer Formulierung berücksichtigt hat. Mit der Umschreibung «nicht wesentlich» wird klar zum Ausdruck gebracht, dass ungerechtfertigte Mengenausweitungen medizinischer Leistungen mit dem Ziel eines finanziellen Gewinns für das Spital ein No-Go sind.

Dennoch wäre es unserer Meinung nach nicht notwendig, dieses Dilemma zwischen gerechtfertigter und ungerechtfertigter Mengenausweitung in einem einzelnen Spital auf diese Art im Gesetz festzuhalten. Den zweiten Teil des Satzes in Paragraf 5 litera i braucht es also nicht. Die Begründung dafür ist simpel. Erstens: Arbeitet eine Klinik ausgezeichnet und hat aufgrund ihres guten Rufs mehr notwendige Leistungen zu verzeichnen, so sollte sie auch besser entlohnt werden können. Zweitens: Werden aus monetären Gründen Leistungen ungerechtfertigt durchgeführt, so stimmt die Indikationsqualität nicht, und solche Spitäler sollten gar nicht erst auf die Spitalliste kommen.

Es ist also viel entscheidender und wichtiger, dass eine gute Indikationsqualität zu den Kriterien für die Verteilung von Leistungsaufträgen gehört, als dass man Mengenausweitung aufgrund guter und notwendiger Leistungen verhindert. Ich verweise an dieser Stelle gerne auch auf den mehrheitsfähigen Antrag in Paragraf 7 Absatz 1 litera c. Damit lässt sich ungerechtfertigte Mengenausweitung verhindern und diesen Antrag werden wir als FDP auch mit voller Überzeugung unterstützen.

Da der Antrag in Paragraf 5 Absatz 1 litera i von der SVP und von uns leider nicht mehrheitsfähig zu sein scheint, obwohl er gerade mit Blick auf den Mehrheitsantrag in Paragraf 7 Absatz 1 litera c viel logischer wäre, werden wir uns in einem zweiten Schritt dem regierungsrätlichen Antrag fügen. Die regierungsrätliche Formulierung können wir mittragen, weil so einem Listenspital mit seinen angestellten Ärzten immer noch ein gewisser, wenn auch nicht wesentlicher finanzieller Anreiz für gute Arbeit bleibt. Um es noch einmal ganz deutlich zu sagen: Gute Leistung sollte sich auch in Spitälern lohnen und nicht gänzlich abwürgt werden.

*Claudia Hollenstein (GLP, Stäfa):* Noch immer bei Paragraf 5, also der Erteilung der Leistungsaufträge an Spitäler und Geburtshäuser, mittlerweile bei Buchstabe i, sprechen wir über das Vergütungssystem für angestellte Ärztinnen und Ärzte. Einer Minderheit unter den KSSG-Mitgliedern ist es ein grosses Anliegen, dass bei der Formulierung der erzeugte Umsatz sich nicht wesentlich auf die Vergütung auswirkt und das Wort «wesentlich» den Satz verlassen soll. Aus unserer Sicht ist der wirtschaftliche Anteil wichtig. Ohne das Wort «wesentlich» könnte auch der variable Vergütungsbestandteil nicht mehr auf den wirtschaftlichen Erfolg des Spitals Bezug nehmen. Somit gehört für uns das Wort in den Satz und deshalb lehnen wir den Minderheitsantrag Daurù ab.

Eine andere Minderheit aus den Reihen der KSSG ist der Meinung, den zweiten Teil des Satzes, formuliert wie folgt – «dass die Menge und Art der Behandlung sowie der erzeugte Umsatz sich nicht wesentlich auf die Vergütung auswirkt» – ganz gestrichen werden soll; also keine Bezeichnung von Menge und Art der Behandlung, die einen Einfluss auf die Vergütung haben soll. Wir erachten diesen Abschnitt als richtig mit dem Wort «wesentlich» und sehen keine Veranlassung, diesen ganz zu streichen.

Wir lehnen auch den Minderheitsantrag II Habicher ab und unterstützen somit den Kommissionsantrag.

*Nora Bussmann Bolaños (Grüne, Zürich):* Soll sich Art und Menge der Behandlungen sowie der erzeugte Umsatz nicht wesentlich, wie von der Regierung vorgeschlagen, oder gar nicht auf die Vergütung auswirken, wie es die Minderheit, zu der wir Grünen auch gehören, vorschlägt? Unserer Meinung nach ist klar: Wenn wir bei den kantonalen Spitälern ein Vergütungssystem einführen wollen – und das wollen wir –, bei dem das so ist, dann sollte das selbstverständlich auch für die anderen Listenspitäler gelten. Zudem sind diesbezüglich schon einige Regionalspitäler dem Gesetz voraus und könnten mit der Anforderung – nicht auf das Vergütungssystem auswirken oder nicht wesentlich auf das Vergütungssystem auswirken – bestens leben, zum Beispiel das Spital Bülach oder das Spital Limmattal. Sie machen gute Erfahrungen mit Fixlöhnen bei den Kaderärztinnen und Kaderärzten und einem ganz kleinen flexiblen Lohn-Anteil.

Wenn sich der Umsatz auf die Vergütung auswirken darf, dann haben wir weiterhin den Anreiz, mehr zu operieren – das schleckt keine Geiss weg –, auch wenn wir von einem sehr hohen Berufsethos bei den allermeisten Ärztinnen und Ärzten ausgehen können.

Dann gibt es noch die Minderheit FDP, SVP, die die Präzisierung im zweiten Teil des Buchstabens, eben dass sich Menge und Art der Behandlung und der Umsatz nicht oder nicht wesentlich auf die Vergütung auswirken soll, ganz streichen will; für uns absolut unverständlich, nachdem wir wissen, was falsche Honorarsysteme für Auswüchse haben können – nicht bei allen, aber haben können. Und Entschuldigung, man kann doch gute Leistungen erbringen, ohne zu wissen, dass ich dann eben noch etwa einen Drittel mehr verdiene oder nicht. Ein bisschen intrinsische Motivation unterstelle ich allen Ärztinnen und Ärzten. Liebe Bettina Balmer, in der Eintretensdebatte moniertest du, dass es ungerecht und wettbewerbsnachteilig sei, wenn wir für die kantonalen Spitäler einen Lohndeckel einführen, dieser für die anderen Listenspitäler aber nicht gelten soll. Ihr von der FDP seid aber nicht bereit, in Bezug auf die Vergütungssysteme hier nun gleichlange Spiesse für alle Listenspitäler – also die kantonalen und die übrigen, auch die privaten – zu schaffen.

Haben Sie den ABG-Bericht (*Aufsichtskommission für Bildung und Gesundheit*) gelesen? Kennen Sie die Empfehlung der Gesundheitsdirektorenkonferenz? Wir kommen doch einfach nicht umhin, nun endlich in allen Listenspitälern die falschen Anreize in den Vergütungssystemen endgültig und ausdrücklich zu eliminieren. Daher stimmen Sie bitte mit uns Grünen dem Minderheitsantrag I zu.

*Lorenz Schmid (Mitte, Männedorf):* Der Vorschlag der Regierung geht zurück auf die Motion (*KR-Nr. 87/2018*), die meine Wenigkeit, Daniel Häuptli und Andreas Daurù 2018 eingereicht haben. Und zwar haben wir dort ja formuliert, die Anforderungen an leistungserbringende Spitäler so zu ergänzen, dass mengenabhängige Honorar- und Bonusvereinbarungen nicht oder nur noch stark beschränkt möglich sind. Dazu muss ich jetzt sagen, Andreas Daurù, die SP hat in diesem Sinne ihre Motion verlassen und sagt, es soll gar nichts mehr möglich sein. Deshalb votieren wir von der Mitte her weiterhin für den mittigen Goldweg. Nicht «wesentlich» soll dieses Element der mengenabhängigen Renommierung möglich sein. Und wir

tragen das alleinig noch als Mitte und GLP mit, denn, und da sind wir, so glaube ich, alle einverstanden, es gibt über mengenabhängige Anreize einfach mehr Kosten. Das scheinen die SVP und FDP immer noch nicht verstehen zu wollen. Es gibt eine schlechtere Indikationsqualität.

Es gibt ja auch ein Postulat, das wir eingereicht haben zur Verbesserung der Indikationsqualität in unserem Gesundheitswesen (*KR-Nr. 78/2018*). Das wurde vorletztes Jahr eingereicht. Wir sind dann sehr gespannt, was die Regierung dazu sagen mag. Aber sie wird wieder über falsche Anreize informieren müssen. Der Bundesrat hat notabene schon eine Vorlage formuliert, im KVG mengenabhängige Renommierungen nicht zuzulassen oder zumindest wesentliche mengenabhängige Renommierungen nicht zuzulassen. Und deshalb sind wir da voll und ganz auf der Ziellinie mit dem Bundesrat.

Bettina Balmer, du hast formuliert, es gehe doch nicht, dass Kliniken, die gut arbeiten, nicht besser verdienen oder die Person, die dort gut arbeitet, nicht besser verdient, weil sie ja auch einen besseren Zuspruch der Bevölkerung hat und mehr leisten kann. Das ist nicht ausgeschlossen, solange es einfach als Grundlohn bezahlt wird. Oder eine Klinik kann sagen «wir sind gut, wir haben gute Leute, wir bezahlen im Grundlohn gut». Aber der variable Lohnanteil darf einfach ein vernünftiges Mass nicht überschreiten. Deshalb: Der Markt bleibt bestehen. Ich bin kein Marktverneiner, aber ich bin ein Spielregelgeber für den Markt, für einen geregelten Markt wie den Gesundheitsmarkt, um die Kosten zu bremsen.

Deshalb stimmen Sie dem Goldweg in der Mitte zu. Lehnen Sie beide Minderheitsanträge ab, und im Cupsystem haben Sie dann die Möglichkeit, den Vorschlag der Regierung zu unterstützen.

*Kaspar Bütikofer (AL, Zürich):* Die Alternative Liste AL wird den Minderheitsantrag Daurù unterstützen und den Minderheitsantrag der SVP und FDP ablehnen. Wenn wir die Kostenentwicklung bei den Spitalbehandlungen anschauen, dann sehen wir: Seit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung gab es keine Kostensteigerung bei den Spitalbehandlungen, die Kostensteigerungen fanden einzig und allein bei der Mengenausweitung statt. Und hier haben wir das grosse Problem und deshalb ist dieser Antrag von Andreas Daurù ein Kernelement dieser Revision. Es geht nämlich darum, dass wir Fehlanreize im System – und hier im Honorarsystem – beseitigen. Es kann nicht sein, dass Mengenausweitung zusätzlich noch monetär belohnt wird. Natürlich leistet jede Ärztin und jeder Arzt den hippokratischen Eid, aber leider ist es so, dass wir auch pekuniäre Anreize haben, auf die sie reagieren. Und ich glaube, manchmal ist dann halt das Geld etwas näher als der hippokratische Eid. Wie dem auch sei, wir brauchen hier klare Spielregeln. Es ist okay, wenn man eine gute Arbeit honoriert, wenn man gute Leistungen honoriert. Aber diese bestehen nicht in der Menge, der Quantität, sondern die bestehen darin, dass gute Qualität abgeliefert wird und insbesondere gute Indikationsqualität.

Den goldenen Mittelweg der Mitte finden wir nicht so goldig, einfach deshalb, weil er etwas Wischiwaschi ist. Wir wissen nicht genau, was es heisst, wenn wir sagen «nicht wesentlich». Wie kann man juristisch genau definieren, was dann

«nicht wesentlich» ist und was nicht? Wie muss dann die Gesundheitsdirektion dies abwägen? Wie geht sie vor, wenn sie das allenfalls sanktionieren will? Ich sehe hier eher eine Rechtsunsicherheit.

Stimmen Sie also dem Minderheitsantrag Daurù zu, lehnen Sie den SVP-/FDP-Minderheitsantrag ab.

*Valentin Landmann (SVP, Zürich):* Wir vermischen zwei vollkommen verschiedene Probleme praktisch im gleichen Satz und mit den gleichen Worten. Wir wollen doch, dass sichergestellt ist, dass Spitäler medizinisch indizierte Leistungen erbringen, dass sie qualitativ hochstehende Leistungen erbringen und so weiter. Das ist gut. Damit haben wir übrigens nur nebenbei der Alternativmedizin einen gewaltigen Tritt in den Hintern gegeben. Aber das ist jetzt nicht meine Sache.

Weiter wird aber mit diesem Problem die Frage der Menge der Eingriffe völlig vermischt. Wenn nun ein Arzt medizinisch indizierte, hochstehende und wirtschaftliche und qualitativ einwandfreie Eingriffe in höherer Zahl vornimmt, so ist vollkommen unerfindlich, wieso dieser Arzt nicht entsprechend höher entlohnt werden soll. Zum Beispiel ein Kniechirurg, der halt drei Knie am Tag operiert, der kann – sofern das indiziert ist und nicht durch Voodoo-Kult indiziert ist –, doch ruhig wesentlich mehr bekommen als der Arzt, der nur ein Knie repariert. Die Frage der Qualität und der medizinischen Indikation ist völlig zu trennen von der Frage der Menge der Eingriffe. Wenn die Menge der Eingriffe medizinisch indiziert ist, dann sollen sie auch entlohnt werden. Deshalb bitte ich Sie, wie die SVP, von einem Eingriff in das Spitallohnsystem abzusehen.

*Andreas Daurù (SP, Winterthur) spricht zum zweiten Mal:* Herr Landmann, sind Sie der Meinung, dass die Pflegefachfrau, die zehn Verbände am Tag macht statt acht oder sechs oder fünf, auch mehr verdienen soll? Dann können wir uns mal treffen und darüber diskutieren.

*Regierungsrätin Natalie Rickli:* Die Formulierung des Minderheitsantrags I würde dazu führen, dass der Lohn in keiner Weise mehr vom erzeugten Umsatz abhängen darf. Das geht dem Regierungsrat zu weit. Es kann durchaus Sinn machen, Ärztinnen und Ärzte auch am wirtschaftlichen Erfolg des Spitals zu beteiligen. Man muss einzig verhindern, dass daraus Fehlanreize entstehen. Ein Arzt soll nicht deshalb eine teurere Behandlung wählen, weil er daran spürbar mitverdient. Wenn die Auswirkung auf seinen Lohn aber sehr klein ist, wird er sich bei der Behandlungswahl nicht davon leiten lassen; es liegt also kein Fehlanreiz vor. Und das ist ja auch das Ziel – wir diskutieren es später noch einmal –, Fehlanreize sind zu verhindern, denn leider gibt es sie.

Darum bitte ich Sie, dem Regierungsrat zuzustimmen, der Formulierung, dass sich der Umsatz nicht wesentlich auf die Vergütung auswirken darf. Wenn der Lohn nur zu einem geringen Teil an den Spitalumsatz oder den Gewinn gebunden ist, besteht kein solcher Fehlanreiz. Aus diesem Grund ist aber auch Minderheit II abzulehnen. Denn wenn der restliche Teil des Satzes gestrichen wird, würden diese Fehlanreize ja eben gerade weiterbestehen.

*Ratspräsident Benno Scherrer:* Der Kommissionsantrag, der Minderheitsantrag I von Andreas Daurù und der Minderheitsantrag II von Lorenz Habicher sind als gleichwertige Anträge zu behandeln. Wir werden nach Paragraf 76 Kantonsratsreglement im sogenannten Cupsystem abstimmen. Wir werden die Eingänge schliessen und die Anwesenden ermitteln. Auf den Monitoren wird die darauffolgende Abstimmung wie folgt dargestellt: Wer für den Kommissionsantrag ist, drückt die Ja-Taste und erscheint grün. Wer seine Stimme dem Minderheitsantrag I gibt, drückt die Nein-Taste, welche rot dargestellt wird. Und wer sich für den Minderheitsantrag II entscheidet, drückt die «Enthalten»-Taste und wird weiss dargestellt. Vereinigt keiner der Anträge die Mehrheit der stimmenden Mitglieder auf sich, wird entschieden, welcher der beiden Anträge, die am wenigsten Stimmen auf sich vereinigt haben, ausscheidet. In der Folge wird das Verfahren fortgesetzt, bis einer der Anträge eine Mehrheit erlangt. Die Tür ist zu schliessen und die Anwesenden drücken bitte die Taste «1».

*Abstimmung im Cupsystem*

Anwesende Ratsmitglieder .....	172
Absolutes Mehr .....	87 Stimmen
Kommissionsantrag.....	32 Stimmen
Minderheit I.....	67 Stimmen
Minderheit II.....	70 Stimmen

*Ratspräsident Benno Scherrer:* Keiner der Anträge hat das absolute Mehr erhalten. Ich stelle die beiden Anträge, die am wenigsten Stimmen auf sich vereinigt haben, einander gegenüber.

*Abstimmung*

**Der Kommissionsantrag wird dem Minderheitsantrag I von Andreas Daurù gegenübergestellt. Der Kantonsrat gibt mit 111 : 59 Stimmen (bei 0 Enthaltungen) dem Antrag der Kommission den Vorzug.**

*Ratspräsident Benno Scherrer:* Der Minderheitsantrag I scheidet aus. Ich stelle die beiden verbleibenden Anträge einander gegenüber.

*Abstimmung*

**Der Kommissionsantrag wird dem Minderheitsantrag II von Lorenz Habegger gegenübergestellt. Der Kantonsrat beschliesst mit 99 : 69 Stimmen (bei 0 Enthaltungen), dem Antrag der Kommission zuzustimmen.**

*Ratspräsident Benno Scherrer:* Die Eingänge können wieder geöffnet werden.

§ 5 Abs. 1 lit. j

Keine Bemerkungen; genehmigt.

§ 5 lit. k (neu)

*Ratspräsident Benno Scherrer:* Hier liegen drei Minderheitsanträge sowie der eingangs erwähnte Antrag 2 von Lorenz Schmid für je einen neuen Buchstaben k vor, über die wir einzeln abstimmen werden.

***Minderheit Lorenz Schmid, Andreas Daurù, Thomas Marthaler, Esther Straub:***

*k. eine nachhaltige Leistungserbringung sicherstellen,*

***Minderheit Bettina Balmer, Linda Camenisch, Benjamin Fischer, Lorenz Habicher, Jörg Kündig, Susanna Lisibach, René Truninger:***

*k. eine eigene Notfallstation führen, eine angemessene Ersatzabgabe leisten oder eine verminderte Entschädigung für ihre Leistungen erhalten,*

***Minderheit Andreas Daurù, Jeannette Büsser, Nora Bussmann, Thomas Marthaler, Lorenz Schmid, Esther Straub, Mark Wisskirchen:***

*k. über ein Qualitätssicherungssystem verfügen, das mit uneingeschränkter Weisungsbefugnis beim Leitungsgremium liegt.*

***Antrag 2 Lorenz Schmid:***

*(...) nach Abzug der Kapitalverzinsung den Unternehmensgewinn grundsätzlich in der Spitalbilanz belassen.*

*Benjamin Fischer (SVP, Volketswil), Präsident der KSSG:* Wir machen hier wieder etwas für die Ratseffizienz und ich spreche gleich zu allen vier Anträgen, wenn das recht ist. Litera k, das sind alle Anträge auf eine neue Litera, einerseits der Antrag von Lorenz Schmid für die nachhaltige Leistungserbringung: Der Begriff der «Nachhaltigkeit» kann sehr unterschiedlich verstanden werden und er hat auch in der Vernehmlassung damals zur Kritik geführt. In Paragraf 4 Absatz 3 wird unter den Planungszielen neu die langfristige Versorgung der Bevölkerung mit Spitalleistungen aufgenommen, womit eigentlich der Sinn oder die Intention des Antragstellers abgedeckt sein sollte. Die Mehrheit der Kommission sieht also keinen Bedarf, die «nachhaltige Leistungserbringung» an dieser Stelle noch einmal gesetzlich festzuschreiben, zumal es eben nicht klar zu definieren ist, was denn das im juristischen Sinne für eine Auswirkung hat.

Dann haben wir den Antrag Balmer zu den Notfallstationen: Die Mehrheit der Kommission sieht keine Notwendigkeit, das Führen einer Notfallstation beziehungsweise eine Ersatzabgabe oder eine verminderte Entschädigung als Anforderung an die Leistungserbringer aufzunehmen, wie es die Antragstellerin wünscht.

Dann noch der Antrag Daurù zum Qualitätssicherungssystem (QSS): Die Mehrheit der Kommission will die Vorgabe von Leistungsaufträgen nicht auf Spitäler oder Geburtshäuser beschränken, die über ein Qualitätssicherungssystem verfügen, das mit uneingeschränkter Weisungsbefugnis beim Leitungsgremium liegt. Zum letzten Antrag von Lorenz Schmid, Belassung Unternehmensgewinne in der Spitalbilanz, kann ich aus Kommissionssicht keine Stellung nehmen, weil dieser in der Kommission nicht diskutiert wurde.

Namens der Kommission beantrage ich also, die drei genannten Minderheitsanträge abzulehnen. Besten Dank.

*Lorenz Schmid (Die Mitte, Männedorf):* Ich nehme vorweg, dass ich den Minderheitsantrag «eine nachhaltige Leistungserbringung sicherstellen» zurückziehe zugunsten des jetzt neu eingereichten Antrags «nach Abzug der Kapitalverzinsung den Unternehmensgewinn grundsätzlich in der Spitalbilanz zu belassen». Somit ist die Vorlage schon ein bisschen bereinigt. Es haben alle, die mich unterstützt haben, dieser Änderung beziehungsweise diesem Rückzug zugestimmt. Ich muss sagen: Nachdem nicht mal die Grünen und die EVP den Begriff «nachhaltig» so verstanden, wie ich ihn meine, musste und sah ich mich gezwungen, diese Nachhaltigkeit auszudeutschen. Sie liegt vor: «Abzug der Kapitalverzinsung». Der Gewinn, das Kapital soll in der Spitalbilanz grundsätzlich verbleiben, nach Abzug der Kapitalverzinsung. Kapitalverzinsungen, das wissen wir, die können sehr verschieden sein. Notabene sagt auch der Kanton bei seinem KSW und bei seinem USZ, was er als Gewinn abschöpfen will. Wir ziehen jedes Mal schön Beträge im Bereich von 6 bis 19 oder 20 Millionen Franken pro Jahr aus diesen Institutionen ab, es ist also eine Gewinnausschüttung möglich, das alles nach dem Geld, das wir für Reinvestitionen brauchen. Also Jörg Kündig, ich will nicht Ihre Investitionen killen mit diesem Antrag. Was ich eigentlich grundsätzlich will, das ist, dass nicht Spitäler betrieben werden, um grosse Gewinne als Dividenden aus dem Gesundheitswesen abzuschöpfen. Das ist die Zielrichtung.

Schauen Sie in die Landschaft: Welches Spital folgt nicht diesem Paragraphen? Eigentlich alle. Alle sind entweder durch die öffentliche Hand getragen, kennen eine Kapitalverzinsung und so weiter. Die Kapitalverzinsung, die kann ja grösser oder tiefer angesetzt sein. Grundsätzlich kann man ja auch noch etwas abziehen. Der Begriff «grundsätzlich», liebe FDP und SVP und GLP, der wird von der SP zwar bestritten und sie hat mir auch nahegelegt, das «grundsätzlich» zu streichen, und Herr Bütikofer wird mir dies sicher wieder als unbestimmten Begriff vorwerfen, der nicht in eine Legiferierung Einzug halten, weil er juristisch nicht klar ist. Das ist mir bewusst, liebe Leute, es geht darum, dass die Gesundheitsdirektion nach Richtlinien tendenziell handeln kann. Sie muss nicht immer klar zwischen Schwarz und Weiss unterscheiden. Es soll eine Richtlinie sein, dass unsere Spitäler nicht als Cashcow und Dividendengeber funktionieren – dies natürlich zulasten der Steuerzahler, das Geld, das verschwindet – und deshalb diese Formulierung.

Ich bin überzeugt: Würden wir Spitaldirektoren fragen, würden 95 Prozent der Spitaldirektoren dieser Bestimmung zustimmen. Wir hätten glatte Mehrheiten,

und zwar mehr als zwei Drittel. Und wir haben irgendwie das Gefühl, wir müssten da einen Entscheid gegen solche Prinzipien fällen; ich weiss nicht, ob es ideologisch ist oder nicht. Aber ich würde es Ihnen anraten, nachdem wir jetzt schon den vorgängigen prozentualen Antrag für Zusatzversicherungen abgelehnt haben. Es wäre dies eine andere Möglichkeit, der zu starken Ökonomisierung unseres Gesundheitswesens Einhalt zu bieten. Ich stehe für einen Wettbewerb. Er muss aber – einmal mehr – geregelt sein. Ich danke.

*Ratspräsident Benno Scherrer:* Der Minderheitsantrag von Lorenz Schmid ist zurückgezogen. Ich gebe das Wort den anderen Unterzeichnenden der Minderheitsanträge und dann den weiteren Fraktionssprechenden.

*Bettina Balmer-Schiltknecht (FDP, Zürich):* Die Revision des SPFG sieht nicht mehr in jedem Fall zwingend eine Notfallstation für Listenspitäler vor. Das ist gut so. Aber – und das habe ich auch bereits in meinem Eingangsreferat erwähnt – diese Neuerung birgt auch latent die Gefahr, dass es zu einer Unterversorgung an Notfallstationen im Kanton Zürich kommen könnte, zumal sich diese aus wirtschaftlicher Sicht oft nicht lohnen. Entsprechend stellen wir hier den Antrag, dass im SPFG festgehalten werden soll, ein Spital, welches keine Notfallstation führt, soll entweder eine angemessene Ersatzabgabe zahlen oder eine verminderte Entschädigung für seine Leistungen erhalten.

*Ratspräsident Benno Scherrer:* Ich korrigiere mich, wir fahren anders fort. Wir sprechen jetzt zum Minderheitsantrag von Bettina Balmer, in der Hoffnung, dass sich alle darauf fokussieren. Wer alles erwähnt, soll das tun. Dann sprechen wir zum Minderheitsantrag von Andreas Daurü. Und Lorenz Schmid hat zu seinem Minderheitsantrag bereits gesprochen. Aber es kommt dann wahrscheinlich nochmals.

*Lorenz Habicher (SVP, Zürich):* Wenn wir jetzt schon so Schwierigkeiten haben mit dem Abstimmen, dann bin ich ja gespannt, wie das beim Subventionsparagrafen 11 in der Abstimmung aussehen wird.

Schon heute wird für die eigene Notfallstation eine Ersatzabgabe ausgerichtet. Dass eine solche Ersatzabgabe angemessen sein soll, wird sicher nicht bestritten. Wir unterstützen in dieser Frage den Minderheitsantrag der FDP.

Da Sie in Paragraf 4 Absatz 3 litera c die Kooperation und Konzentration befürwortet haben, mache ich Sie hier darauf aufmerksam, dass davon auch die Notfallstationen betroffen sind und mit einer Konzentration auf einige wenige die angemessene Ersatzabgabe nötiger denn je sein wird.

*Esther Straub (SP, Zürich):* Eine Behandlung im Notfall ist teuer, doppelt so teuer wie bei der Hausärztin. Sie wollen nun den Wettbewerb ankurbeln, obwohl die Notfallbetreuung im Kanton ausreichend ist. Wir haben mit der Errichtung des kantonalen Notfalldienstes ein wichtiges kostendämpfendes Grundnetz geschaffen. Die Spitalnotfallstationen sind ebenfalls ausreichend vorhanden. Wir haben

bis jetzt kein Problem, zu wenige Notfallstationen im Kanton zu haben. Aktuell werden auf der Liste 25 Spitäler mit Standort im Kanton Zürich sowie das Kantonsspital Schaffhausen geführt, das für die Weinländerinnen teils schneller erreichbar ist als die Zürcher Spitäler. 16 dieser Spitäler führen eine allgemein zugängliche Notfallstation, die rund um die Uhr in Betrieb ist. Für diese Spitäler ist ein breites Leistungsspektrum obligatorisch, da Notfallpatientinnen oft mit unklaren Beschwerden ins Spital eintreten.

Auf der aktuellen Zürcher Spitalliste sind neun Spitäler, die keine Notfallstation führen, weil sie ein begrenztes Leistungsangebot anbieten. Sie wollen nun genau diesen Spitälern wiederum einen falschen Anreiz geben, unnötige Kapazitäten im Notfallbereich und darum herum aufzubauen. Und wieder plädieren Sie für eine unnötige Mengenausweitung und Kostensteigerung. Umgekehrt dienen Notfallstationen den Spitälern, die sie betreiben, der durchaus beabsichtigten Akquirierung von neuen Patienten und Patientinnen. Warum sonst werden die Notfallstationen denn so aktiv beworben? Weil sie eben in der Gesamtrechnung des Spitals lukrativ sind. Darauf kommen wir dann auch noch in bei einem anderen Antrag zu sprechen. Patientinnen und Patienten in den Notfall zu holen und sie fortan im Spital zu behandeln, das lohnt sich. Und dann reagieren Sie wieder darauf. Wenn es nach Ihrem Vorschlag wieder eine Mengenausweitung und noch zusätzliche Notfallstationen gegeben hat, dann werden Sie wieder gegenüber der Notfallübersorgung reagieren mit Vorstössen wie jenen, eine Busse von 50 Franken zu erheben für unnötige Notfallkonsultationen. Dieser Vorstoss (*KR-Nr. 192/2017*) ist noch pendent, da waren Sie auch dafür. Umgekehrt die Patientinnen dann aber zu bestrafen, wenn sie den Notfall aufsuchen – hilfloser und inkonsistenter geht es fast nicht mehr. Lehnen Sie deshalb diese unnötige, kostentreibende und mengenausweitende Massnahme ab.

*Jeannette Büsser (Grüne, Zürich):* Meine Vorrednerin Esther Straub hat schon aufgezeigt, wie inkonsistent und ambivalent das Wirtschaftsverständnis der FDP ist. Warum jetzt alle Spitäler eine Notfallstation führen sollen – und, falls Sie das nicht tun, abgestraft werden sollen – leuchtet uns nicht ein. Monetäre Anreize funktionieren unserer Ansicht nach nicht beziehungsweise führen zu weiteren Disfunktionalitäten und Fehlanreizen in einem Markt ohne Marktpreise. Es ist weder wirtschaftlich, noch fördert es die Qualität. Aus unserer Sicht sind Notfallstationen oft auch Eintrittspforten für andere Behandlungen, also die Werbepattform per se für ein Spital. Warum soll jetzt ein Spital, welches nicht über dieses Aushängeschild verfügt, eine Ersatzabgabe leisten? Das Anliegen erschliesst sich uns definitiv nicht. Wir Grünen lehnen diesen Minderheitsantrag ab.

*Regierungsrätin Natalie Rickli:* Ich erlaube mir an dieser Stelle zu allen drei Anträgen von Lorenz Schmid, Bettina Balmer und Andreas Daurù die Stellungnahme der Regierung abzugeben. Erlauben Sie mir die Bemerkung: Sie können es auch als Kompliment verstehen, Herr Schmid, Sie sind sehr kreativ, was Ihre Anträge betrifft. Den neuen Antrag, den Sie eingereicht haben, lehnen wir trotzdem ab. Es

ist schlicht ein unnötiger Eingriff in die Wirtschaftsfreiheit. Wenn ein Spital qualitativ gut und wirtschaftlich ist, obwohl es seiner Trägerschaft Gewinn ausschüttet, müssen wir das nicht speziell regeln im SPFG. Sie haben argumentiert, Sie wollen der Gesundheitsdirektion mitgeben, dass wir nach Richtlinien handeln können. Das tun wir, aber dazu brauchen wir diesen Antrag nicht.

Ich bitte Sie auch, die Minderheit Bettina Balmer abzulehnen. Spitäler mit Notfallstationen haben heute schon eine höhere Basisfallpauschale als Spitäler ohne Notfallstation. Das macht eine Differenz von 200 Franken. Es ist Sache der Tarifpartner, die Mehrkosten beim Betrieb einer Notfallstation über die Basisfallpauschale zu steuern. Es gibt keinen Grund, hier etwas anderes ins Gesetz zu schreiben.

Und auch die Minderheit Daur bitte ich Sie abzulehnen. Hier werden zwei Dinge verknüpft, die nicht gesetzlich verknüpft werden dürfen: Qualitätssicherung und Weisungsbefugnis. Klar ist, dass der Empfänger des Leistungsauftrags verpflichtet ist, die Qualität im Spital sicherzustellen. In der Regel geschieht das mit der hierarchischen Weisungsbefugnis. Bei Belegarztspitalern aber besteht keine direkte Weisungsbefugnis der Spitalleitung, denn die Belegärzte handeln fachlich eigenverantwortlich. Hier kann die Qualität nur so durchgesetzt werden, dass das Spital den Belegarzt notfalls nicht mehr behandeln lässt.

Ich danke Ihnen für die Unterstützung.

#### *Abstimmung*

**Der Kommissionsantrag wird dem Minderheitsantrag von Bettina Balmer gegenübergestellt. Der Kantonsrat beschliesst mit 97 : 73 Stimmen (bei 1 Enthaltung), dem Antrag der Kommission zuzustimmen.**

*Andreas Daur (SP, Winterthur):* Wir haben – das habe ich heute ja schon einige Male sagen dürfen – eine Gesundheitsversorgung mit einem künstlich erzeugten ökonomischen Wettbewerb. Was wir aber nicht haben oder viel zu wenig haben, ist ein echter Wettbewerb um Qualität. Warum ist das so? Die Qualitätsdaten und Qualitatserhebungen sind viel zu wenig transparent und es gibt nicht wirklich einheitliche, über alle Spitäler vergleichbare Qualitätssicherungssysteme. Für Patientinnen und Patienten bedeutet dies eine grosser Herausforderung. Nun kommt vonseiten des Bundes mit der neu gegründeten eidgenössischen Qualitätskommission und den damit verbundenen Qualitatsvertragen mit den Leistungserbringern zum Glück etwas Bewegung in die Sache; beides ist im neu revidierten KVG zu finden. Das ist ein wichtiger Schritt und noch wichtiger ist es, dass alle Spitäler auf der Zürcher Spitalliste ihre Qualitätssicherungssysteme und später dann auch die besagten Qualitatsvertrage in ihren Betrieben entsprechend durchsetzen und verantworten.

Ein Spital als Adressat des Leistungsauftrags ist für die Erfüllung des Leistungsauftrags und die medizinisch indizierte und einwandfreie Leistungserbringung verantwortlich. Das Spital beziehungsweise die Spitalleitung trägt gegenüber den Patientinnen und Patienten und gegenüber dem Kanton die Gesamtverantwortung

für die Erfüllung des Leistungsauftrags und der damit zusammenhängenden Anforderungen. Es ist äusserst wichtig, dass ich mich als Patient beispielsweise darauf verlassen kann, dass Qualitätsvorgaben und Richtlinien von allen am Spital tätigen Fachpersonen eingehalten werden, insbesondere von den Operateurinnen und Operateure. Hier möchte ich auch ganz konkret die Belegärztinnen und -ärzte erwähnen, welche hier mitgemeint sind und sich unserer Meinung nach auch klar an die Qualitätsvorgaben des Spitals, an welchem sie operieren, zu halten haben und nicht primär an ihre eigenen selbstdefinierten. Dies bezieht sich bei den Belegärztinnen und -ärzten insbesondere auch auf die Indikationsqualität; da kommen wir nachher noch dazu.

Gerne erwähne ich an dieser Stelle auch die Empfehlungen 34 und 39 des ABG-Berichts zu den Untersuchungen am USZ, den wir ja jetzt nicht vorweggenommen haben. Darin wird empfohlen, dass Kontrollprozesse zum Qualitätsmanagement über alle Kliniken und Führungsebenen ausgestaltet und durchgesetzt werden müssen. Auch müssen chirurgische Standardprozesse definiert und institutionalisiert werden, welche auf die Patientinnen und Patienten ausgerichtet sind und nicht auf die Operateurinnen und Operateure. Eigentlich sollte auch dies eine Selbstverständlichkeit sein. Wir wollen aber nicht nur, dass sich allein das USZ in Zukunft an solche Empfehlungen hält, wir wollen, dass alle Spitäler auf der Spitalliste über Qualitätssicherungssysteme verfügen, welche sie dann auch durchsetzen. Stimmen Sie diesem Antrag im Sinne der Qualität also zu. Und eigentlich müssten das alle Fraktionen, die bei der Subkommission zur Untersuchung des USZ dabei waren, auch tun. Denn es kann ja nicht sein, dass Sie das wirklich nur beim USZ wollen, sondern eigentlich wollen Sie das ganz bestimmt bei allen Spitälern so.

*Lorenz Habicher (SVP, Zürich):* Unsere Gesundheitsdirektorin hat es bereits ausgeführt: Der Antrag Daurù ist ungesetzlich. Sie vermischen etwas, was Sie nicht vermischen sollten. Aber es bleibt Ihnen natürlich überlassen, das zu tun. Wir werden ihm nicht zustimmen. Dass Leistungserbringer über ein Qualitätssicherungssystem verfügen müssen, ist eigentlich unbestritten, dass dieses QSS bei Spitälern und Geburtshäusern unterschiedlich ist oder auch sein kann, ganz grundsätzlich auch. Dass dieses Qualitätssicherungssystem auch die Belegärzte, die dort operieren, betrifft, sollte auch klar sein. Und nun beginnen die Probleme mit dem Minderheitsantrag Daurù: uneingeschränkte Weisungsbefugnis beim Leistungsgremium – lassen Sie sich das auf der Zunge zergehen –, uneingeschränkte Weisungsbefugnisse durch alle Ebenen. Entschuldigung, aber waren Sie auch einmal in einem Leitungsgremium tätig? Es ist nicht sinnvoll, das einzurichten. Auch wenn es gut gemeint ist, ist es nicht gut gemacht. Natürlich träumt Andreas Daurù als Co-Präsident der SP Zürich nicht nur davon, sondern ich bin mir sicher, die Parteileitung der Genossen hat ein Qualitätssicherungssystem und uneingeschränkte Weisungsbefugnis, um ihre Mandatsträger und Mitglieder in die Schranken zu weisen. Nur nebenbei: Unser Benjamin Fischer (*Präsident der SVP Kanton Zürich*) hat das nicht. Meine Nerven – und die Mitte sitzt auch noch mit diesem Antrag auf, was wir nicht verstehen. Es ist nicht die goldene Mitte, Lorenz

Schmid, wenn du hier aufsitzt. Es tut mir leid, aber ich brauche noch etwas Geduld und Nerven für weitere Anträge und überlasse hier das Feld Bettina Balmer.

*Bettina Balmer-Schiltknecht (FDP, Zürich):* Ja, ich muss gerade nachdoppeln: Hier soll also ein Leitungsgremium aufgebaut werden, welches sich um Qualität kümmert, so weit, so gut. Aber ehrlich gesagt bedeutet das einfach zusätzliche und vor allem unnötige Bürokratie. Die Fachgesellschaften sind bereits daran, Qualitätsstandards zu definieren. Der Bund hat sich bereits in seiner Gesetzgebung intensiv mit Qualitätsstandards beschäftigt. Das ist auch alles richtig und gut so, denn auch wir finden Qualität sehr wichtig. Aber nun denken wir, dass die ganze Diskussion und Organisation rund um die Qualität auch gelebt und umgesetzt werden muss und nicht noch mehr Gremien dazu ins Leben gerufen werden müssen. Die Spitäler haben sich organisiert, sie haben Qualitätsbeauftragte, sie verteilen jährlich Qualitätsberichte. Die verschiedenen Berufsgattungen in den Spitäler haben diverse Qualitätslabel. Ja es ist eine regelrechte «Zertifizitis» ausgebrochen und die Fachgesellschaften haben auch ihre Qualitätskontrollen. Und ich kann Ihnen versichern, die sind nicht zu knapp. Ich verbringe Sonntage damit, alles zu protokollieren und zu dokumentieren, was ich mache und was ich an Fortbildung und so weiter alles erfülle. Und ich glaube, das reicht.

*Claudia Hollenstein (GLP, Stäfa):* Mit dieser Formulierung sollen Spitalern und Geburtshäusern Leistungsaufträge erteilt werden, die über ein Qualitätssicherungssystem verfügen, das mit uneingeschränkter Weisungsbefugnis beim Leistungsgremium liegt.

Der Anforderung an die Qualität wird bereits in Paragraph 5 Absatz 1 litera c des SPFG gerecht, welche die bundesrechtliche Anforderung an Qualität für alle Spitäler, und zwar für alle Patienteneingriffe, voraussetzt. Alle Leistungen, egal von welchen Spitalern, müssen die Anforderungen des KVG an die Qualität und Wirtschaftlichkeit erfüllen. Warum also diese Doppelspurigkeit? Dies gilt übrigens für alle Leistungserbringer im Gesundheitswesen, egal auf welcher Hierarchiestufe. Und falls damit die selbstständigen Leistungserbringer wie Belegärzte angesprochen werden sollen, so sind diese in litera j bereits sehr gut abgedeckt. Auch alles medizinische Handeln der Belegärzteschaft muss den WZW-Kriterien unbedingt genügen. Insbesondere dürfen – was eigentlich ohnehin klar ist – keine medizinisch nicht indizierten Behandlungen durchgeführt werden. Aber davon mehr in Paragraph 7.

Erlauben Sie mir noch diesen Hinweis mit Bezug auf das Qualitätskriterium: Im Bereich Qualität sind in letzter Zeit vom Bund viele neue Regelungen erlassen und sogar eine eidgenössische Qualitätskommission eingesetzt worden. Unter dem Blickwinkel der Versorgungssicherheit ist ohnehin eine schweizweite Harmonisierung anzustreben, wobei hier der Kanton Zürich auch mit Blick auf die übrigen Kantone eine Vorbildfunktion wahrnehmen kann und sollte. Einzel- oder Speziallösungen, wie die von der Minderheit Daurù beantragte, werden diesen Bundesvorgaben ohnehin nicht mehr gerecht. Es ist deshalb zu beachten, dass der Kanton Zürich seine Anforderungen derart ausgestaltet, dass sie in naher Zukunft

geltendem Bundesrecht nicht widersprechen oder das vom Bund in Kraft gesetzte System noch weiter verkomplizieren.

Die Grünliberale Fraktion lehnt den Minderheitsantrag Daurù zu Paragraf 5 Absatz 1 litera k ab.

*Nora Bussmann Bolaños (Grüne, Zürich):* Wir Grünen unterstützen den Minderheitsantrag Daurù. Auch ich möchte in der Diskussion um diesen Punkt gerne den ABG-Bericht heranziehen. Die Empfehlungen 34 und 39 wurden von Andreas Daurù schon zitiert. Ich möchte noch die Empfehlung Nummer 6 zitieren: «Dem Spitalrat wird empfohlen, die Spitaldirektion mit allen Aufgaben, Verantwortlichkeiten und Kompetenzen zur Führung der Klinik- und Institutionsdirektorinnen und -direktoren zu betrauen inklusive umfassender Weisungs- und Sanktionsbefugnisse.» Was Empfehlungen für das Unispital Zürich sind, ist auch wichtig für alle anderen Listenspitäler. Denn mit dem vorliegenden Gesetzesentwurf und den Anhängen zur Spitalliste macht der Kanton den Listenspitälern Vorgaben in Bezug auf die Qualitätssicherung, Indikation, Wirtschaftlichkeit et cetera und überträgt den Trägerschaften die Verantwortung für deren Einhaltung. Wie aber sollen die Verantwortlichen eines Spitals Verantwortung übernehmen können, wenn sie beispielsweise keine Weisungsbefugnisse in ihren Kliniken oder auch gegenüber Belegärztinnen und Belegärzten haben? Wenn die oberste operative Führungsebene zwar kontrollieren, aber bei Fehlern nicht intervenieren kann, haben wir ein strukturelles Problem. Im Unispital hat sich dies ganz deutlich gezeigt. Als Mutter möchte ich auch nicht nur meinem Kind sagen können, sein Zimmer sei nicht aufgeräumt, ohne das Recht zu haben, ihm zu sagen, es soll aufräumen. Aber diese Kompetenz muss ich zum Glück nicht in einem Organigramm oder in einem Qualitätssicherungssystem darstellen, sondern es erklärt sich von selbst. Aber bei den Spitälern brauchen wir klare Regelungen, wer eben für die Qualitätssicherung dann wirklich auch die Befugnis hat, da zu kontrollieren.

Wir Grünen unterstützen daher den Minderheitsantrag Daurù.

*Lorenz Schmid (Die Mitte, Männedorf):* In der Tat, wir unterstützen diesen Minderheitsantrag auch. Und zwar geht er zurück auf die Vorlage von Altregierungsrat Thomas Heiniger. Er schrieb anno dazumal davon, dass «die Erfüllung des Leistungsauftrags mit Leistungsgremien mit uneingeschränkter Weisungsbefugnis sicherstellt», das geht ja noch viel weiter. Sie spüren jetzt die Differenz. Wir haben hier ja nur die unbeschränkt uneingeschränkte Weisungsbefugnis betreffend das Qualitätssystem gefordert und nicht betreffend alle Leistungen und alles als Weisungsbefugnis gegenüber Belegärzten. Also dies wurde gar nicht aufgegriffen in diesem Bereich, aber wir haben es zumindest im Qualitätsbereich wieder aufgegriffen. Ich weiss nicht, wie ihr Qualitätssysteme umsetzen wollt als Spitaldirektion, wenn ihr keine Weisungsbefugnisse habt. Und ich weiss sehr wohl von sehr vielen Spitälern und auch vom VZK (*Verband Zürcher Krankenhäuser*), dass Belegärzte eben problematisch in diesem Sinne sind, dass sie sich sehr häufig nicht einfach unter das Qualitätssystem des Spitals unterordnen lassen. Ich sage Ihnen, Spitäler würden diesen Antrag sogar schätzen (*Zwischenruf von Ronald*

*Alder, der widerspricht*) – doch, doch es ist so, schau mal deine Belegärzte in deinem Spital an. Sie müssen sich dem Qualitätssystem, der Befugnis so oder so unterordnen, das geht gar nicht anders, sonst kann ein Spital diese Verantwortung nicht übernehmen.

Dass das gesetzeswidrig sein mag, das kann ich nicht verstehen. Vielleicht war der alte Antrag der alten Regierung gesetzeswidrig, aber sicher nicht, dass man eine Weisungsbefugnis unter ein Qualitätssystem nicht als rechtens erachten mag. Wir werden diesen Minderheitsantrag unterstützen.

*Thomas Marthaler (SP, Zürich):* Ich bin jetzt wirklich erstaunt. Ich bin etwa fünf Jahre in der KSSG und wir haben immer diese Finanzkontrollberichte gelesen mit diesen Verfehlungen, mit diesen Problemen. Wir sprechen darüber seit fünf Jahren, und das war vorher eigentlich schon alter Mist. Jetzt haben wir hier einen Antrag, mit dem die Durchsetzung dieser Kriterien gefordert wird. Und da machen alle von der bürgerlichen Seite wieder auf «Blindflug». Sie sagen «das ist nicht nötig, wir haben die Fachgesellschaften» und so weiter. Aber niemand ist interessiert, dass man das wirklich durchsetzt, und hier hätten Sie die Gelegenheit, das zu machen. Also mir stinkt es ein bisschen, dass Sie keinen Tatbeweis zu erbringen bereit sind. Wen stört das schlussendlich, wenn irgendwer das dann abhäkelt und die Verantwortung trägt? Wer die Verantwortung für die Leitung trägt, der müsste das auch kontrollieren können. Und wir haben schon stundenlang von Belegärzten gesprochen, die das nicht erfüllen, und so weiter, und niemand kann denen irgendwie ins Handwerk pfuschen. Sie machen das, aber sie sind trotzdem in irgendeiner Klinik angestellt. Und wenn da die Führung nicht funktioniert, muss man irgendjemanden haben, der dann wirklich auch eingreifen kann. Darum verstehe ich das heute wirklich nicht. Das braucht eine gesetzliche Grundlage, und warum wir die nicht schaffen sollen, das entzieht sich meinen Vorstellungskräften.

*Bettina Balmer-Schiltknecht (FDP, Zürich) spricht zum zweiten Mal:* Ja, ich wollte eigentlich nur kurz an Lorenz Schmid und jetzt an Thomas Marthaler eine Einladung aussprechen. Wenn ich das nächste Mal einen Sonntagnachmittag lang meinen ganzen «Bürokratiekarsumpel» mache, um nachzuweisen, dass ich sämtliche Qualitätskriterien für meine Berufsausübung wirklich auch habe, dann seid ihr eingeladen, mir zuzuschauen, wie mühsam das alles ist. Es wird gelebt und gemacht.

*Abstimmung*

**Der Kommissionsantrag wird dem Minderheitsantrag von Andreas Daurù gegenübergestellt. Der Kantonsrat beschliesst mit 95 : 75 Stimmen (bei 0 Enthaltungen), dem Antrag der Kommission zuzustimmen.**

*Lorenz Habicher (SVP, Zürich):* Der Unternehmensgewinn soll grundsätzlich in der Spitalbilanz belassen werden. Das ist die Quintessenz des Minderheitsantrags 2 von Lorenz Schmid. Liebe Mitte, zuerst muss Gewinn erwirtschaftet werden,

und da für die Linke der Gedanke an einen Gewinn schon der blanke Horror ist, ist die Motivation der Mitunterzeichnenden schon fast geklärt. Wir gehen mit Unternehmensgewinnen unverkrampfter um, stehen aber klar für Transparenz ein. Denn wenn ein Gewinn abgeschöpft wird, sollen die Karten offengelegt werden. Aber auch hier: Mark Wisskirchen, was treibt dich im Spital Bülach, oder Markus Bärtschiger, was treibt dich im Spital Limmattal um, dass solche Anträge eingereicht und mitunterzeichnet werden? Ein ganz, ganz grosses Fragezeichen für mich. Hier gibt es nur eine Antwort: Wasser predigen und Wein trinken. Liebe Esther Straub, ich hoffe, du nimmst dir den fehlgeleiteten Genossen noch so richtig zur Brust. Was haben Markus Späth und Andreas Daurù am Morgen (*in der Eintretensdebatte anlässlich der Vormittagssitzung*) gesagt? Die Spitallobbyisten wurden erwähnt und sie haben ja wunderbar gearbeitet.

Jetzt habe ich in diesem Zusammenhang noch ein wissenswertes Leckerli aus der «Limmattaler Gewerbezeitung» vom 27. April 2021, Titel «Deutsche Investoren fassen Fuss im Spital Limmattal. Filz oder doch Zufall? Die urologische Abteilung des «Limmi» wird per 1. Oktober 2021 via Uroviva von der deutschen Investorengruppe ECM (*Equity Capital Markets*) übernommen, eine Private-Equity-Gesellschaft, welche die Interessen ihrer Investoren befriedigen muss.» Vielleicht kann uns Markus Bärtschiger in dieser Sache aufklären. Fliesst aus der Zusammenarbeit mit «Uroviva» Geld in Form von stationären Patienten ins Spital Limmattal? Und der resultierende Unternehmensgewinn? Bleibt der dann ganz, ganz sicher grundsätzlich in der Spitalbilanz, oder schöpfen vielleicht die Investoren den Gewinn ab? Wie ist das jetzt in dieser Sache?

Aber zurück zum Thema: Dieser Antrag ist schädlich und weltfremd, ein klarer Ausdruck von gut gemeint, aber falsch in der Sache. Wir wollen hier nicht eine Dummheit machen und Juristenfutter produzieren. Die SVP-Fraktion lehnt diesen nachträglichen Antrag Schmid ab. Schliessen Sie sich uns an.

*Esther Straub (SP, Zürich):* Dass Gewinne grundsätzlich reinvestiert werden müssen und nicht abgeschöpft werden dürfen, ist goldrichtig und gilt dann selbstverständlich für alle Spitäler. Der Abfluss von Betriebsmitteln über Gewinnausschüttungen soll minimiert werden und mit subventionierten Leistungen dürfen langfristig keine Gewinne realisiert werden. Spitäler auf der Spitalliste leisten im Unterschied zu Vertragsspitälern öffentliche, staatlich subventionierte Aufträge. Der Unternehmensgewinn muss zurück ins Gesundheitswesen fliessen und die Refinanzierung von Investitionen in teure Grossgeräte und Betriebsliegenschaften nachhaltig sichern. Im Hintergrund dieser Forderung steht aber natürlich gleichzeitig die Forderung, dass der Anteil an Zusatzversicherten gleichmässig verteilt ist; das haben Sie heute Morgen erneut abgelehnt. Denn mit dem riesigen Gewinn aus staatlich subventionierten Leistungen im Zusatzversichertenbereich sollen nicht Armaturen vergoldet werden, sondern diese Gewinne sollen über alle Spitäler gleichmässig verteilt sein. Und dann sollen sie in der jeweiligen Spitalbilanz bleiben und so ins Gesundheitswesen für alle fliessen. Das wäre richtig und das wäre unser Gesetz.

Dieser Antrag bildet auch die Grundlage, um Lohnauszahlungen für nichtöffentliche Spitäler zu decken, wie es anscheinend die FDP neu will. So habe ich es heute Morgen gehört. Der Antrag ist auch die Voraussetzung, liebe GLP, für den zuletzt diskutierten litera i. Es erstaunt etwas, dass Sie diesen Antrag nun nicht unterstützen, denn Lohndeckel und ebenso limitierte Vergütungssysteme nach litera i würden ja gar nicht funktionieren, wenn gleichzeitig Angestellte des Spitals als Aktionäre mit Dividenden bedient werden können. Sie sind auch hier wieder widersprüchlich.

Wir sind hier bereits beim dritten Antrag, der eine Kostendämpfung bewirken könnte. Auch dieser Antrag, wie die beiden vorherigen – der «Hirslanden-Antrag» und eben litera i –, all diese Anträge wurden von Ihnen, GLP, FDP und SVP, abgelehnt. Also das ist Nummer 3 und wir zählen weiter, wer wirklich für Kostendämpfung eintritt. Wir unterstützen diesen Antrag der Mitte.

*Jeannette Büsser (Grüne, Zürich):* Wie in einem Fussballspiel wird hier ein Pass vom ehemaligen Gesundheitsdirektor Heiniger von der CVP-Mitte geschickt angenommen. Wäre es nicht so, wir Grünen hätten unsere Offensive ausbauen müssen. Und für die Zuschauerinnen und Zuschauer ist es einfach spektakulärer, wenn ein klassischer Vertreter der freien Marktwirtschaft erklärt, wo der Markt nicht funktioniert. Es ist ein Vorschlag vom ehemaligen FDP-Regierungsrat, dass die Gewinnausschüttungen limitiert und reinvestiert werden, um zu verhindern, dass das Gesundheitswesen ausgehöhlt wird.

Die Grünen wollen in diesem Sinne eine nachhaltige Versorgung und stimmen darum dem aktualisierten Antrag der Mitte zu.

*Kaspar Bütikofer (AL, Zürich):* Die Alternative Liste wird dem modifizierten Antrag von Lorenz Schmid zustimmen. Es geht uns dabei nicht darum, dass Gewinne verboten werden in den Spitälern; das ist absolut nicht der Fall. Es geht uns nur darum, dass die Gewinne der Allgemeinheit vorenthalten sind. Das heisst also, der Ertrag soll im Spital bleiben. Er soll dazu dienen, dass mit diesem Ertrag Investitionen getätigt werden können, dass Einrichtungen und Anlagen finanziert werden können. Diese Erträge und Gewinne, die setzen sich letztendlich zusammen aus den Beiträgen der Krankenkassen und des Staates und deshalb soll es auch keine entsprechende Gewinnabschöpfung seitens Privater geben können.

In Paragraf 1 des SPFG, dem Zweckartikel, steht, der Kanton stellt die notwendige Spitalversorgung sicher. Das heisst, dass all die Spitäler, die auf der Spitalliste sind, letztendlich im Auftrag des Kantons Zürich zur Spitalversorgung beitragen. Sie führen also eine Aufgabe im Namen des Staates aus, und es ist so, dass staatliche Tätigkeit letztendlich nicht gewinnorientiert sein soll. Sie soll eben non-profitorientiert sein, in dem Sinne, dass, wenn Gewinne anfallen, die Gewinne für die Allgemeinheit wiederum da sind.

Wenn wir uns noch Gedanken machen über die ganze Finanzierung, dann haben wir die Problematik, dass mit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung auch bei Zusatzversicherten die Grundfinanzierung aus Beiträgen der OKP (*Obligatorische Krankenpflegeversicherung*) und des Kantons bestehen. Diese zusätzlichen

Mittel, die da fliessen, hätten eigentlich an die zusatzversicherten Personen in Form von Beitragssenkungen weitergegeben werden sollen. Das fand aber nicht statt, sondern diese zusätzlichen Mittel sind in den Spitälern geblieben. Das macht einerseits Sinn, dort, wo es darum geht, dass eben nicht kostendeckende Behandlungen querfinanziert werden. Aber es kann nicht sein, dass Spitäler, die sich hauptsächlich auf zusatzversicherte Patienten verlegen, dass die dann so hohe Gewinne machen können und damit Private, das heisst ihre Aktionäre, bedienen können. Dann bedienen sie letztendlich Private mit Steuermitteln und mit Mitteln, die wir über die Krankenkassenprämien bezahlt haben, und das kann es nicht sein. Deshalb werden wir dem Antrag von Lorenz Schmid zustimmen.

*Mark Anthony Wisskirchen (EVP, Kloten):* Lieber Lorenz Habicher, Polarisieren bringt eigentlich keinen Konsens, denn es gibt Spitäler, die bereits vernünftig unterwegs sind. Dass dem so ist, entspricht einfach seriöser Arbeit. Mögliche Gewinne, ganz im Sinne der Unternehmung, sollen im Unternehmen bleiben, um die Liquidität und operative Unabhängigkeit zugunsten beispielsweise von Mitarbeitenden, aber auch der Infrastruktur zu finanzieren. Unsere Aktionäre der Spital Bülach AG – du hast mich explizit angesprochen – erwarten keine Dividenden, sondern ein funktionierendes Spital, eine funktionierende Institution als Gesamteinstitution, und das in der Region, für die Region, für die Patientinnen und Patienten. Deshalb unterstützt die EVP ganz unlobbyistisch und unabhängig den sinnvollen, dynamischen Antrag der Mitte-Partei.

*Lorenz Schmid (Die Mitte, Männedorf):* Lorenz Habicher, du hast eigentlich das Argument geliefert, warum man diesem Minderheitsantrag zustimmen soll. Das ist genau die Absicht, ich möchte das Schweizer Gesundheitssystem vor Private Equity schützen. Man kann das schon wollen, aber das kommt uns sehr teuer zu stehen und geht nicht zugunsten der Qualität. Das kann ich euch jetzt schon bereits sagen. Ich habe in diesem Minderheitsantrag «grundsätzlich» drin und ich habe die «Kapitalfinanzierung» drin. Und es gibt nach wie vor immer noch Möglichkeiten, Gewinne abzuschöpfen.

Ich muss der Gesundheitsdirektorin widersprechen: Die Idee scheint sie als innovativ anzusehen, aber sie will sie doch nicht unterstützen, weil sie glaubt, sie brauche hier keine Wegleitung. Ich glaube, wir sind unserer Bevölkerung gegenüber Ausschöpfungen aus dem Gesundheitssystem als Gewinne für Private Equity schuldig. Das ist die Begründung. Das würde und wird nicht verstanden. Da müssen wir einfach aufpassen. Ich warte nur, bis die grossen deutschen Spitalbetreiber in die Schweiz kommen. Die werden uns mit unseren kleinen Budgets sicher stark durchwühlen, das kann ich euch sagen. Und dann wird plötzlich auch eine Mehrheit dieses Rates vielleicht die Einsicht haben. Beim Ärzte-Zusatzhonorargesetz waren ja vor drei Jahren noch die SVP, FDP und GLP unisono dagegen. Jetzt plötzlich ist das so einfach gegangen, drei Jahre danach. Die Revision geht durch wie Butter. Ich bin zuversichtlich, dass auch hier die Zukunft uns zeigen wird, dass wir eine Entschleunigung brauchen.

*Ronald Alder (GLP, Ottenbach):* Meine Interessenbindung: Ich bin Mitarbeiter des Verbandes der Zürcher Krankenhäuser. Ich habe mich jetzt lange zurückgehalten. Ich hätte oft etwas sagen wollen, wenn hier Fakten als Fakten wiedergegeben wurden, die tatsächlich keine Fakten mehr sind, weil sich einfach das Gesundheitswesen, das Spitalwesen seit 2012 dramatisch verändert hat. Und diese Diskussion um die Gewinne hat mich jetzt schon etwas sehr irritiert, insbesondere von den Gesundheitspolitikern. Wenn man Ihnen zuhört, dann hat man das Gefühl, dass die Spitäler hier alle gigantische Gewinne erzielen, die irgendwohin abwandern, und da müssen wir jetzt dringend etwas dagegen machen.

Ich meine, den Topplatz erhält hier Kaspar Bütikofer, der jetzt auch noch davon spricht, dass Spitäler staatliche Unternehmen seien. Seit 2012 ist das nicht mehr so, Herr Bütikofer. Ein Spital ist ein eigenständiges Unternehmen, das mit Leistungspauschalen abgegolten wird – that's it –, jedes Spital ist ein eigenes Unternehmen. Auch die Auslastung wird seit 2012 nicht mehr gleich berechnet. Heute sind es Nächte und nicht mehr Tage. Also bitte halten Sie sich doch an die aktuell gültigen Fakten. Jetzt aber nochmals etwas dazu: Kaspar Bütikofer hat auch gesagt, die Spitäler erzielten Gewinne aus den allgemeinversicherten Patienten und die Zusatzversicherungserträge wären einfach noch «on top». Auch das ist eigentlich unglaublich, dass das hier noch erzählt wird, wo wir doch alle wissen, dass die allgemeinversicherten Patienten in die Finanzen der Spitäler Löcher reissen und sich die Spitäler nur finanzieren können, weil sie zusatzversicherte Patienten behandeln. Es ist genau umgekehrt, liebe Kolleginnen und Kollegen, die meisten Spitäler haben ein grosses Finanzierungsproblem, weil die Gewinne nicht ausreichen, um entsprechende Massnahmen, Weiterentwicklungen und so weiter fördern zu können. Es ist genau das Gegenteil. Tun Sie nicht so, dass man hier jetzt die Spitäler abstrafen muss, weil sie zu hohe Gewinne erzielen, sondern es ist genau das Gegenteil: Wir müssen schauen, dass sich die Tarifsituation ändert, damit zum Beispiel auch die Forderung «ambulant vor stationär» endlich aus den Startpflöcken kommt.

*Abstimmung*

**Der Kommissionsantrag wird dem Antrag 2 von Lorenz Schmid gegenübergestellt. Der Kantonsrat beschliesst mit 93 : 74 Stimmen (bei 0 Enthaltungen), dem Antrag der Kommission zuzustimmen.**

*§ 5 Abs. 1 lit. l*

***Minderheit Andreas Daurù, Jeannette Büsser, Nora Bussmann, Thomas Martaler, Esther Straub, Mark Wisskirchen:***

*l. über einen Gesamtarbeitsvertrag verfügen, sich einem Gesamtarbeitsvertrag angeschlossen haben oder die Arbeitsbedingungen anbieten, die insbesondere hinsichtlich Arbeitszeit, Entlohnung und Sozialleistungen dem Gesamtarbeitsvertrag des betreffenden Wirtschaftszweigs oder Berufs entsprechen.*

*Benjamin Fischer (SVP, Volketswil), Präsident der KSSG:* Ich halte mich kurz. Ich gehe davon aus, dass der Antrag auch hier für Diskussionen sorgen wird. Es

geht um den Gesamtarbeitsvertrag (GAV). Eine Frage, die man immer wieder diskutiert hat, auch als es um das Gesetz zum Kantonsspital Winterthur ging. Es stellt sich die Frage, ob man gesetzlich überhaupt vorschreiben kann, einen Gesamtarbeitsvertrag abzuschliessen beziehungsweise in Verhandlungen für einen Gesamtarbeitsvertrag zu treten. Es wäre ja möglich, dass keine Einigung erzielt wird, und es stellt sich dann die Frage, wie juristisch damit umgegangen werden soll. Die Personalstatuten der kantonalen Spitäler können in betrieblich gebundenen Fragen vom kantonalen Personalrecht abweichen und das gibt einen gewissen Handlungsspielraum; das ist so zu begrüssen. Namens der Kommission beantrage ich Ihnen, den Minderheitsantrag zum GAV abzulehnen.

*Andreas Daurù (SP, Winterthur):* Vorweg: Ja, man kann, Benjamin Fischer, ich komme dann noch dazu. Sie können hier nun alle, hier und heute, bei diesem Antrag nach den Worthuldigungen von heute Morgen – die habe ich auch noch gehört bezüglich des Personals und der letzten Monate, mit denen Sie insbesondere dem Gesundheitspersonal und den Spitälern den Respekt und die Anerkennung für ihre grosse und wichtige Arbeit aussprechen – auch Taten folgen lassen, und zwar konkret und nachhaltig. Spätestens seit der aktuellen Covid-19-Pandemie sollte allen klar sein, dass die Gesundheitsversorgung nicht in erster Linie eine Frage der Bettenkapazität oder der Anzahl der Beatmungsgeräte ist, sondern dass die Quantität und Qualität der Gesundheitsversorgung davon abhängen, ob genügend gut motiviertes und qualifiziertes Personal vorhanden ist. Jetzt können Sie alle aus den Fraktionen der GLP, FDP, SVP und der Mitte unter Beweis stellen, ob es Ihnen ernst ist und ob Sie die Zeichen der Zeit endlich begriffen haben.

Der Fachkräftemangel im Gesundheitswesen und insbesondere in der Pflege ist ja nicht erst seit der Pandemie dramatisch. Es ist ein wenig wie beim Klima: «Es isch Matthäus am Letschte». Wenn wir jetzt nicht handeln und sofort den Turnaround schaffen, dann «guet Nacht am Schatte»! Dann braucht es nämlich gar keine Pandemie mehr, welche das Gesundheitswesen an den Rand des Zusammenbruchs bringt.

Das Pflege- und Gesundheitspersonal muss attraktive Arbeitsbedingungen erhalten und es muss ausreichend Zeit für eine gute und sichere Pflege zur Verfügung haben, insbesondere im Interesse der Patientinnen und Patienten. Denn der Fachkräftemangel in der Pflege ist nicht unbedingt nur ein Mangel an zu wenig ausgebildeten Personen, es ist vor allem auch ein Mangel aufgrund der Tatsache, dass ausgebildete Pflegepersonen unter den aktuellen Arbeitsbedingungen nicht mehr arbeiten wollen. Zu diesen Arbeitsbedingungen gehört vielfach die nicht adäquate Arbeitsplanung, welche die Vereinbarkeit von Familie und Beruf praktisch verunmöglicht und Mütter nach einer Babypause auch nicht wieder in den Beruf einsteigen lässt. Es sind aber auch die konstante personelle Unterbesetzung und die damit verbundenen hohen Belastungen, keine anspornenden Strukturen und vielfach mangelhafte Unterstützung in der Karriereplanung beziehungsweise in Bezug auf Weiterbildungen.

Natürlich spielt auch der Lohn eine Rolle, der sich in den letzten Jahren sehr wenig bis gar nicht verändert hat und somit mit der immer besseren Ausbildung und der damit verbundenen immer grösseren Verantwortungsübernahme der Pflegenden in ihrem Berufsalltag schlicht nicht mitgehalten hat. Darum braucht es nun einen GAV für alle Spitäler, die auf die Liste wollen. Ein GAV ermöglicht es, zusammen mit den Sozialpartnern entsprechende Arbeitsbedingungen auszuhandeln. Und wenn die einen nun bereits ab den Buchstaben «G», «A» und «V» die Nase wegen einem angeblich sozialistischen Stallgeruch rümpfen, dann soll ihnen gesagt sein: In der Privatwirtschaft und im Gewerbe sind GAV gang und gäbe, und die Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber fahren ganz gut damit. Am Stichtag 1. Juli 2020 waren auf Bundesebene 46 und auf kantonaler Ebene 33 allgemeinverbindliche GAV in Kraft. Auf Bundesebene sind dies also insgesamt 66'111 Arbeitgeber und 1'006'366 Arbeitnehmende, die einem GAV unterstellt sind.

Und auch im Gesundheitswesen ist das nichts Aussergewöhnliches. Nehmen wir das Beispiel Kanton Bern, welcher in seinem Spitalversorgungsgesetz – und jetzt kommt es, Benjamin Fischer –, das Pendant zu unserem SPFG, in Paragraf 50 Folgendes geregelt hat: «Die im Kanton Bern gelegenen Listenspitäler und Listengeburtshäuser verfügen über einen Gesamtarbeitsvertrag, haben sich dem Gesamtarbeitsvertrag der Branche angeschlossen oder bieten ihrem Personal Arbeitsbedingungen an, die insbesondere hinsichtlich Arbeitszeit, Entlohnung und Sozialleistungen dem Gesamtarbeitsvertrag der Branche entsprechen.» Es geht.

Und sogar die GDK (*Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren*), also die Kantone gemeinsam, halten in ihrer Empfehlung 13 zu den Spitalplanungen der Kantone fest: «Eine angemessene Lohnpolitik ist für die Sicherung des Personalbedarfs zentral. Kurz- und mittelfristig wird damit einer Abwanderung von Gesundheitspersonal in andere Berufe vorgebeugt und langfristig die Attraktivität der Gesundheitsberufe beziehungsweise des Arbeitsplatzes gewahrt. Überdies ist auch die Wahrung des Arbeitsfriedens von öffentlichem und gesundheitspolitischem Interesse.»

Stimmen Sie diesem Antrag zu, zeigen Sie damit, dass Sie wirklich etwas für das Personal tun wollen und dafür, dass wir auch in zehn Jahren noch eine gute Gesundheitsversorgung haben.

*Lorenz Habicher (SVP, Zürich):* Sehr gerne bin ich der Gegenpol zu Andreas Daurù. Ich möchte nicht zu lange werden. Bei jeder Gesetzesneufassung, -überarbeitung und -revision stellt die SP diesen GAV-Antrag aufs Neue, immer und immer und immer wieder. Der Antrag wird dadurch nicht besser und die Argumente dafür sind dürftig in der irrigen Annahme, für einen Angestellten würden die Bedingungen mit einem GAV besser. Falsch. Ohne GAV kann der/die interessierte Einzelne viel besser und freier seine/ihre Anstellung verhandeln. Und glauben Sie mir – das Gesundheitspersonal ist interessiert und erzielt so die gewünschte Teil- oder Vollzeitanstellung mit den gewünschten Konditionen.

Natürlich möchten die Gewerkschaften einen GAV-Zwang; hier geht es um einen Zwang. Es geht nicht um die Freiheit, dass sie mal einen abschliessen können, sie

müssen ihn abschliessen, sonst sind sie nicht auf der Liste. Das heisst für die Gewerkschaften mehr Mitglieder, mehr Einnahmen und mehr Macht. Mehr Macht heisst mehr politischer Einfluss, mehr Mandate und mehr Forderungen. Mehr Forderungen heisst höherer Druck, höhere Kosten und weniger Freiheit für die Einzelnen. Und die Spirale dreht sich weiter und weiter. Denn nur wenn sich diese dreht, haben die Roten Erfolg. Andreas Daurù, habe ich das Anliegen gut zusammengefasst?

Ohne diesen GAV-Zwang gibt es freiere Vertragsverhandlungen, gibt es bessere Ergebnisse. Wir sind nicht gegen einen Gesamtarbeitsvertrag, aber dieser soll nicht im Gesetz festgelegt werden und der Zwang soll nicht da sein. Wenn Sie schon von vornherein wissen, dass Sie einen GAV abschliessen müssen, dann können Sie nicht gut verhandeln und die Verhandlungsposition ist schlecht. Die SVP-Fraktion wird diesen GAV-Artikel klar ablehnen, tun Sie das auch.

*Jeannette Büsser (Grüne, Zürich):* Die Pflegenden sind mit Abstand die grösste Berufsgruppe im Gesundheitswesen. Trotzdem sind ihre Leistungen, ihre Diagnosen und ihre Sicht des Pflegebedarfs kaum ein Thema der Gesundheitsökonomie und auch in den DRG nur ungenügend abgebildet. Falls etwas thematisiert wird, sind es die Kosten der Pflege. Wir haben heute Morgen die Drohungen auch schon gehört, wo man dann sparen will. Und diese Kosten können nun mal nicht einfach abnehmen, denn pflegen werden sie nie schneller können. Es bleibt immer gleich zeitintensiv oder es wird noch zeitintensiver, wie wir alle gesehen haben auf den Intensivstationen. Mehr Technik, das heisst mehr Entwicklung, führt zu erhöhtem Personaleinsatz. Erhöhter Personaleinsatz führt zu erhöhtem Fachkräftemangel. Er war da, er ist da und verschärft sich täglich, auch ohne «Pflexit», das neu angekündigte Post-Corona-Phänomen.

In der IT-Branche waren die Löhne horrend gestiegen wegen des Mangels an Fachkräften. Das wäre der Markteffekt, der zu erwarten wäre, der aber hier nicht spielt. In den Köpfen ist es immer noch ein Frauenberuf. Und darum gehen Gesundheitsökonominnen für die Pflegenden von einem anderen, nämlich moralischen statt monetären Anreizsystem aus, im Sinne von «je sinnvoller die Arbeit, desto weniger muss sie bezahlt werden», nicht jedoch für die Ärztinnen und Ärzte, denen von den Markttheoretikern finanzielle Eigeninteressen unterschoben werden. Die grossen Unterschiede in der Finanzierung ärztlicher Leistungen und der Finanzierung von Leistungen der Pflege erstaunen darum niemanden. In den Spitälern hat zum Beispiel die Lohnsumme für die Pflege in den 2000er-Jahren prozentual bedeutend weniger zugenommen als jene für Ärztinnen und Ärzte.

Also, es gibt Spielräume. Es müssen endlich bessere Rahmenbedingungen für eine faire Personalpolitik geschaffen werden. Darum sagen wir Grünen Ja zum Antrag von Andreas Daurù.

*Claudia Hollenstein (GLP, Stäfa):* Zu guter Letzt sprechen wir nun in Paragraf 5 noch über den Sinn und Nutzen eines Gesamtarbeitsvertrages. Tatsächlich ist es nicht so, dass die Menschen ohne Anstellungsbedingungen in den Spitälern arbeiten, sie arbeiten also nicht in vertragslosem Zustand. Es ist unabdingbar, dass die

Spitäler für das Personal attraktiv sein müssen. Was als Vorteil mit einem Gesamtarbeitsvertrag ausgelegt wird, ist vielleicht eher ein Nachteil. Der aktuelle Personalmangel in den Gesundheitsberufen erfordert keine Personalschutzmassnahmen, bei denen ihnen durch einen GAV eher ein Korsett angelegt wird. Alle Spitäler sind auf gutes und genug Personal angewiesen und müssen dafür sorgen, dass die Menschen dort auch arbeiten wollen. Der Nutzen einer Änderung zu einem Gesamtarbeitsvertrag ist für uns nicht gegeben, brächte aber vor allem viel Aufwand und würde den Gewerkschaften mehr Mitspracherecht einräumen, egal zu welchen Anstellungsbedingungen die Arbeitnehmer ihren Vertrag abgeschlossen haben. Dieser könnte nämlich auch ohne GAV besser sein.

Wir lehnen den Minderheitsantrag Daurù ab.

*Thomas Marthaler (SP, Zürich):* Das ist ja nicht sehr überraschend, wie sich da jetzt die Bürgerlichen gegen Gesamtarbeitsverträge wehren. Es ist natürlich so, ich komme aus der anderen Ecke; mein Vater war «Pöstler» und er wusste: Die Gewerkschaften, die Gesamtarbeitsverträge, die haben geholfen, dass sich die Arbeitsbedingungen in der Schweiz verbesserten. Das war nicht der liebe Gott oder der Arbeitgeberverband. Die haben das unter Druck getan, wenn gut verhandelt wurde. Und jetzt kann man irgendwie schauen, welche Löhne gut sind, besser. Das sind die, die gut organisiert sind, die Gesamtarbeitsverträge vorliegen haben. Und was auch noch eine gute Sache ist mit diesen Gesamtarbeitsverträgen: Man kann die Löhne besser austarieren. Wir haben ja jetzt das Problem, dass wir eine Schere haben, die auseinander geht. Es gibt Leute, die in Berufen tätig sind, wo die Einstiegshürde nicht wahnsinnig hoch ist, und dann wird wenig bezahlt. Und da gibt es Spezialisten, denen muss man das Geld nachwerfen. Wir haben es heute ja gehört: Sonst bekomme man die guten Leute nicht oder die kämen gar nicht in die Schweiz und operierten nicht mehr. Die Qualität gehe in den Boden, wenn wir nicht so viel bezahlen könnten.

Liebe Leute, die Gesamtarbeitsverträge würden die Anstellungsbedingungen verbessern in den Spitälern. Ich habe eine Ex-Frau, die auch im Spital gearbeitet hat. Die Leute sind nach sechs, sieben, acht, zehn Jahren durch. Die hören auf, da zu arbeiten. Das kann man auch abwenden, wenn man die Arbeitsbedingungen verbessert. Und freiwillig wird das nicht gemacht vom Verband der Krankenhäuser, wenn man immer wieder neue Leute einführen kann aus Deutschland, aus Polen, weiss woher. Dann muss man den Leuten hier in der Schweiz Sorge tragen, die vor Ort sind. Die muss man richtig vergüten und denen muss man die nötigen Ruhezeiten geben, und das kann man in einem Gesamtarbeitsvertrag aushandeln. Es ist einfach eine Tatsache, dass die gut organisierten Branchen bessere Arbeits- und Lohnbedingungen haben.

Und jetzt sagen Sie, das sei kein staatlicher Bereich mit 55 Prozent Subventionen an die Leistungen. Also das sind Beteiligungen an den Operationen, da können Sie nicht sagen, es sei kein staatlicher Bereich. Und darum müssen wir diesen Leuten besser Sorge tragen und darum braucht es diese Norm, braucht es Gesamtarbeitsverträge. Wenn Sie das nicht wollen, dann machen Sie einfach Lippenbekenntnisse und klatschen da, wenn wieder irgendwo eine Sendeminute ist für die

armen Pflegeleute. Aber jetzt haben Sie die Gelegenheit, denen wirklich zu helfen, damit die Arbeitsbedingungen sich nachhaltig verbessern im Spitalbereich.

*Andreas Daurù (SP, Winterthur) spricht zum zweiten Mal:* Ich muss schon sagen, ich bin überrascht. Ich bin nicht überrascht, dass dieser Antrag nicht durchkommt. Ich bin aber überrascht, dass die einzigen Argumente, die ich jetzt von der Gegenseite gehört habe, nur die sind, dass Gewerkschaften Geld machen wollen. Kein Wort über das Personal in diesen Spitälern. Kein Wort, warum es vielleicht auch gut sein könnte, dass das Personal bessere Arbeitsbedingungen bekommt, auch wenn Sie jetzt vielleicht nicht für einen GAV sind. Aber ich habe nichts zum Personal gehört. Also habe ich die doppelte Bestätigung: Das Personal ist für Sie nicht relevant, auch nach einer Corona-Krise nicht.

Und Lorenz Habicher, ganz ehrlich, ich weiss nicht, in was für einer Welt du lebst. Aber wenn du einmal mit Pflegefachpersonen oder Gesundheitsfachpersonen im Allgemeinen gesprochen hast – du glaubst ja nicht ernsthaft, dass hier über Löhne verhandelt werden kann bei einer Anstellung als Einzelpflege-Fachfrau im Bewerbungsverfahren? Nicht wirklich, oder? Hier gibt es gar nichts zu verhandeln, Lorenz Habicher. Hier bekommst du einen Lohn vorgelegt und den hast du zu nehmen oder dann wieder zu gehen. Und die Arbeitsbedingungen sind auch mehr oder weniger klar vorgegeben. Ich kann dir einige Beispiele nennen, zum Beispiel von einer Mutter, die gerne wieder in die Pflege eingestiegen wäre, die vorher, als sie schwanger geworden ist, eine Leitungsposition hatte. Und sie hat angeboten, zusammen mit einer Kollegin zurückzukommen und in einer Co-Leitung die Stationsleitung zu übernehmen. Sie wären interessiert gewesen an dieser Person, weil sie gut gearbeitet hat. Aber dann ist von oben gekommen: «Nein, das geht nicht, wir haben hier keine Teilzeitanstellungen und wir machen hier auch keine Co-Leitungen. Das können wir hier nicht, das ist nicht möglich. Entweder kommen Sie zu 100 Prozent oder dann kommen Sie nicht.» Wenn das noch weiter so geht, lieber Lorenz Habicher, liebe bürgerliche Parteien, dann sind wir nicht erst in zehn Jahren soweit, dass wir keine Leute mehr in der Pflege haben, dann sind wir vielleicht schon in vier oder fünf Jahren soweit. Überlegen Sie sich, ob wir uns das leisten können.

*Jörg Kündig (FDP, Gossau):* Lieber Andreas Daurù. Ich mag dich ja gut und schätze dich, aber was da jetzt von dir gekommen ist – so funktioniert das Spitalwesen nicht, das muss ich dir offen sagen. Ich trage Verantwortung für ein Haus mit 800 Mitarbeitenden (*der Votant ist Verwaltungspräsident des GZO Spitals Wetzikon*), Menschen, die sich tagtäglich einsetzen und die wir absolut wertschätzen in der Leistung, die sie wirklich bringen. Und wenn du jetzt aufgrund dieser Nicht-Annahme der Idee eines Gesamtarbeitsvertrages alle Spitäler schlechtreddest und sagst, sie schätzten das Personal nicht, dann liegst du völlig falsch und ich muss mich dagegen wehren.

Wir wissen alle, wie es funktioniert, wenn wir Knappheit haben an Personal. Was machen die Unternehmen? Sie sorgen dafür, dass die Leute zu ihnen kommen.

Das heisst, sie müssen Bedingungen schaffen, die den Mitarbeitenden das Verbleiben in den Häusern möglich machen, sodass sie dort arbeiten wollen, und das tun wir überall und jeden Tag. Zu behaupten, die Anstellungsbedingungen seien schlecht, nur weil keine Gesamtarbeitsverträge vorhanden sind – das ist völlig daneben. Wir schätzen – und damit schliesse ich – die Mitarbeitenden. Wir sorgen dafür, dass sie sich wohlfühlen, dass sie gute Arbeitsbedingungen haben, auch wenn wir Gesamtarbeitsverträge nicht für nötig befinden. In diesem Sinne bitte ich doch, da bei der Wahrheit und bei der objektiven Beurteilung der Situation zu bleiben.

*Hans-Peter Amrein (SVP, Küsnacht; fraktionslos):* Ich wollte heute nichts sagen zu diesem Geschäft, denn es ist nicht mein Kerngeschäft und wir haben hier Spezialisten. Wir haben hier Spezialisten wie Jörg Kündig eben, der es klar dargelegt hat, und nicht Gewerkschafter, die hier ihre Anliegen bringen. Es braucht keinen Gesamtarbeitsvertrag für gute Bedingungen, nein, das braucht es nicht. Es braucht gute Ausbildung, es braucht Wertschätzung für die Arbeit in der Pflege. Und wenn man mir hier unterstellt, ich würde keine Wertschätzung geben für das Pflegepersonal, Andreas Daurù, dann sage ich für mich: Ich habe höchste, allerhöchste Wertschätzung für das Pflegepersonal, aber nicht für Gesamtarbeitsverträge und nicht für Spitäler, welche Leute aus dem Ausland hereinholen zu schlechteren Bedingungen als in der Schweiz. Um das geht es nämlich und nicht um Gesamtarbeitsverträge, welche jetzt auf einmal gemäss Herrn Daurù, dem Gewerkschafter, als gesamtverbindlich erklärt werden sollen.

*Abstimmung*

**Der Kommissionsantrag wird dem Minderheitsantrag von Andreas Daurù gegenübergestellt. Der Kantonsrat beschliesst mit 101 : 66 Stimmen (bei 0 Enthaltungen), dem Antrag der Kommission zuzustimmen.**

*§ 5 Abs. 2 und 3*

Keine Bemerkungen; genehmigt.

*§ 6. c. Auswahlkriterien*

*lit. b*

***Minderheit Nora Bussmann, Jeannette Büsser, Andreas Daurù, Thomas Martaler, Esther Straub, Mark Wisskirchen:***

*b. die spitalgebundene, versorgungspolitisch sinnvolle, ambulante Pflichtleistungen anbieten,*

*lit. b und c werden zu lit. c und d.*

*Benjamin Fischer (SVP, Volketswil), Präsident der KSSG:* Ich mache noch einmal einen Anlauf im Sinne der Ratseffizienz und spreche zu allen drei Anträgen bei Paragraph 6. Wir haben in Paragraph 6 Absatz 1 Litera b neu die Auswahlkriterien. Hier gibt es einen Minderheitsantrag Bussmann. Die nationale Gesetzgebung

sieht vor, dass der Kanton für die Planung der stationären Leistung und nicht der ambulanten zuständig ist. Es ist eine Frage, die auch bereits in der Vernehmlassung des ursprünglichen Entwurfs sehr kontrovers diskutiert wurde. Aber es ändert sich nichts am Grundsatz, dass eben der Kanton für die stationären Leistungen zuständig ist.

Es ist Teil der Qualitätssicherung, die durch die Gesundheitsdirektion geprüft wird, ob ein Spital eine ambulante Vor- und Nachversorgung führt. Es ist aber kein eigenes Kriterium für die Erteilung eines Leistungsauftrags, und das soll aus Sicht der Kommissionsmehrheit auch so bleiben.

Paragraf 6 Absatz 2 ist eine interessante Sache: der sogenannte Experimentierartikel. Es geht hier darum, dass man eine Möglichkeit will, Neues ausserhalb des eng vordefinierten Rahmens ausprobieren zu können. Die Kommissionsmehrheit will diesen Artikel im SPFG aufnehmen im Wissen darum, dass er zum aktuellen Zeitpunkt eigentlich KVG-widrig ist, weil einem Spital eben kein Leistungsauftrag ohne ausgewiesenen Bedarf erteilt werden kann. Aber wir sind hier etwas mutig – und der Begriff sagt es: «Experimentierartikel» – und wollen hier vorausgehen als Kanton Zürich. Die Möglichkeit steht im Rahmen der KVG-Revision zur Diskussion und die Kommissionsmehrheit hofft, dass auf nationaler Ebene die Grundlage für so einen Experimentierartikel geschaffen wird und der Kanton Zürich dann eben bereitsteht. Nicht zuletzt soll dieser Artikel auch ein Signal sein in Richtung Bern, der dort hoffentlich auch Mut macht. Hier beantrage ich, dem Kommissionsantrag für diesen Experimentierartikel zuzustimmen.

Und dann haben wir Paragraf 6 Absatz 3 zu den Auswahlkriterien «grösstmögliche gemeinnützige Ausrichtung». Das wird dann vielleicht eine ähnliche Diskussion, wie wir sie vorher beim Antrag von Lorenz Schmid hatten. Auch in der ursprünglichen Vernehmlassung, noch unter Regierungsrat Heiniger, wurde «eine zwingend gemeinnützige Ausrichtung» vorgesehen, die aber eben sehr stark kritisiert wurde. Das Hauptargument dagegen ist, dass die Gemeinnützigkeit kein KVG-Planungskriterium ist. Gemeinnützigkeit hat nicht direkt mit Wirtschaftlichkeit, Zugänglichkeit oder Qualität zu tun. Ein Spital, das gewinnorientiert handelt, kann auch wirtschaftlich oder qualitativ besser sein als ein gemeinnützig orientiertes Spital, oder auch umgekehrt. Zumindest gibt es hier keine Korrelation. Und deshalb ist die Mehrheit der Kommission der Ansicht, dass qualitative und wirtschaftliche Kriterien eine Rolle spielen, und sieht in der «Gemeinnützigkeit» kein effektives Auswahlkriterium.

Hier beantrage ich im Namen der Kommission, diesen Minderheitsantrag abzulehnen. Besten Dank.

*Nora Bussmann Bolaños (Grüne, Zürich):* Ich tue es dem Kommissionspräsidenten gleich und werde gleich zu allen drei Anträgen zu Paragraf 6 reden.

Zuerst zu unserem Minderheitsantrag, Paragraf 6b: Im damaligen Vorschlag von Thomas Heiniger war dieser Paragraf drin. Weil er in der Vernehmlassung aber stark kritisiert wurde, hat ihn die jetzige Gesundheitsdirektorin nicht mehr aufgenommen. Dennoch möchten wir an ihm festhalten. Wir sind überzeugt, dass der

Kanton auch in der spitalgebundenen ambulanten Versorgung immer mehr Planung übernehmen wird und soll. Auch in Bundesbern sind Bestrebungen im Gange, den Kantonen in der ambulanten Versorgung eine neue Rolle zu geben. Es geht hier in diesem Artikel aber nur um die spitalgebundene ambulante Versorgung. Uns ist klar, dass es viele Schwachstellen und Lücken in der Versorgungskette gibt, und gewisse versorgungspolitisch wichtige Angebote eine Finanzierungsproblematik aufweisen. Gerade Angebote wie Tages- und Nachtkliniken in der Psychiatrie sind Angebote, die es unbestritten braucht und für die der Kanton eine Steuerung und Planung übernehmen sollte, um die Versorgung zu sichern. Auch die Verschiebung von stationär zu ambulant, die Zunahme in der Langzeitpflege oder die Digitalisierung bringen in Zukunft – und wir machen hier ein Gesetz für die nächsten zehn Jahre – eine Veränderung in den Versorgungsketten mit sich. Es sollten zukunftsgerichtete Versorgungsmodelle gesetzlich verankert werden, zum Beispiel auch aufsuchende medizinische Angebote, die in der wohnortsnahen Nachbetreuung von Patientinnen und Patienten der Psychiatrie und Rehabilitation von Bedeutung sind.

Klar, der Kanton soll den Spitälern keine Auflagen für Angebote machen, die nicht genügend finanziert werden. Aber zusammen mit dem Paragraphen 11, der dem Kanton gemäss einer Mehrheit, die wir hoffentlich haben werden, neu ermöglichen soll, auch Leistungen im ambulanten Bereich subventionieren zu können, sollte es auch ein Auswahlkriterium sein, Spitäler auszuwählen, die solche wichtigen spitalgebundenen ambulanten Pflichtleistungen anbieten. Und dereinst gibt es dann vielleicht mal eine bessere Lösung, was die Finanzierungsproblematik angeht.

Zu Paragraph 6 Absatz 2: Den sogenannten Experimentierartikel haben wir in der Kommission, entgegen dem Vorschlag der Gesundheitsdirektion, wieder aufgenommen. Auch hier hat sich die Ausgangslage etwas geändert. Ein solcher Experimentierartikel – wir haben es von Benjamin Fischer gehört – ist auch auf Bundesebene wieder im Gespräch und wird – gut möglich – auch eine Mehrheit finden. Der Einwand, dieser Paragraph sei nicht KVG-konform, wird vielleicht also dahinfallen. Also können wir getrost den Antrag der Kommission unterstützen, einen Experimentierartikel aufzunehmen, anhand dessen es dem Kanton möglich sein soll, zeitlich und umfangmässig beschränkte Leistungsaufträge zu erteilen für neuartige Versorgungsmodelle, die wesentliche Erkenntnisse für die Patientenversorgung erwarten lassen. Auch dies soll einer zukunftsgerichteten, veränderten Versorgungskette dienen, dem Kanton eine gewisse Flexibilität in der Planung der integrierten Versorgung geben und Innovation fördern.

Dann noch zu Paragraph 6 Absatz 3: Auch diesen Antrag unterstützen wir Grüne. Dass bei einem Überangebot und mehreren bewerbenden Institutionen, die die restlichen Auswahlkriterien alle gleichermassen erfüllen, die Ausrichtung des Unternehmens zum Auswahlkriterium wird, ist für uns unbestritten. Wir Grüne stimmen also auch diesem Minderheitsantrag zu.

*Lorenz Habicher (SVP, Zürich):* Ich spreche nur zum Minderheitsantrag Bussmann, den spitalgebundenen, versorgungspolitisch sinnvollen, ambulanten

Pflichtleistungen, wenn ich es zusammenfasse: Achtung, wir werden hier zum Paragrafen 4 zurückgeworfen, denn die Auswahlkriterien haben klare Auswirkungen auf die Planungsbereiche und das Planungsziel, welches wir in Paragraf 4 Absatz 3 festgelegt haben. Die Leistungsaufträge werden also unter den sich Bewerbenden erteilt, wenn die Leistungserbringer versorgungspolitisch sinnvolle ambulante Pflichtleistungen anbieten. Wir verpolitisieren hiermit die Auswahlkriterien über das nötige Mass hinaus und dehnen die Planungsbereiche auf ambulante Pflichtleistungen aus. Dieses Vorgehen ist ein sehr schmaler Grat, über den Sie, die Minderheit, hier gehen und etwas noch nicht klar Definiertes erreichen wollen.

Dieser Minderheitsantrag Bussmann führt unweigerlich zu juristischen Auseinandersetzungen und Rekursen. Die SVP-Fraktion will das nicht und unterstützt die Mehrheit der Kommission.

*Bettina Balmer-Schiltknecht (FDP, Zürich):* Spitalgebundene versorgungspolitisch sinnvolle ambulante Pflichtleistungen gehören nicht in ein Gesetz, welches die stationäre Versorgung regelt. Darum lehnen wir diesen Antrag ab. Der Kanton regelt die stationäre und nicht die ambulante Behandlung, selbst dann, wenn mit EFAS (*einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen*) eine Verschiebung der Leistungen in den ambulanten Bereich angestrebt wird, was wir selbstverständlich als sinnvoll erachten und entsprechend unterstützen. Da aktuell EFAS noch nicht umgesetzt ist und der ambulante Bereich in der Gesundheitsversorgung keine kritischen Engpässe aufweist und per se auch ausbaufähig wäre, gibt es wirklich keinen Grund für den Kanton, via Leistungsaufträge an Listenspitäler regulierend im ambulanten Bereich einzugreifen. Ausserdem hätte der Kanton schon jetzt via die Anzahl Studienplätze in der Humanmedizin und via die Zulassungsbewilligungen von Arztpraxen ein Instrument in der Hand, eine allfällige Über- oder Unterversorgung zumindest ein Stück weit zu regulieren. Bei den Praxisbewilligungen hat die Gesundheitsdirektion kürzlich mit den zusätzlichen Auflagen für ausländische Ärzte auch ein Stück weit eingegriffen, und das wurde von uns sowie von einer grossen Mehrheit als gut befunden.

*Lorenz Schmid (Die Mitte, Männedorf):* Ich beginne mit dem gleichen Satz wie Frau Balmer, nämlich dass spitalgebundene, versorgungspolitisch sinnvolle ambulante Pflichtleistungen noch nicht in dieses Gesetz gehören. Ich möchte dies kurz erwähnen, denn seit dem 19. Juni 2020 ist ja die Bundesgesetzgebung über das Krankenversicherungsgesetz geändert worden und beinhaltet jetzt eben auch die Hoheit des Kantons über ambulante Leistungen der Spitäler.

Frau Regierungsrätin, Sie wissen, dass dies zukünftig, in den nächsten ein, zwei Jahren, unbedingt auch in unsere Gesetzgebung einfliessen muss, denn es war ja in der Vernehmlassung, die noch unter Herrn Heiniger stattfand, im Gesetz sehr viel vorgesehen, «ambulant», «im ambulanten Bereich» der Spitäler zu definieren. Das wurde als nicht KVG-konform zurückgewiesen, ist jetzt aber natürlich mit dieser Gesetzesrevision auf Bundesebene in Vorbereitung. Deshalb werden wir über diesen Punkt sprechen müssen, liebe Frau Regierungsrätin, es eilt.

Zweitens: Unabhängig vom Bedarf können zeitlich und umfanggemäss beschränkte Leistungsaufträge im Sinne eines Experimentierartikels geleistet werden. Liebe Kolleginnen und Kollegen Minderheitsantragsteller – oder nein, es gibt dazu ja eine Mehrheit –, ich finde es einfach ein bisschen befremdend. Dieser Experimentierartikel wird auf Bundesebene jetzt diskutiert und wird dann vielleicht auch kommen. Jetzt dies ins Gesetz zu nehmen, hat einfach keine Relevanz. Es steht da und darf nicht umgesetzt werden. Es darf dann umgesetzt werden, wenn der Bundesgesetzgeber es erlassen hat. Es ist also einfach überflüssig. Ich finde Experimentierartikel an und für sich richtig, aber ich bin halt einfach nur Kantonsrat und nicht National- und Ständerat, was ich nicht bedaure. Aber wir müssen hier die Kompetenzen des Bundesgesetzgebers einfach akzeptieren. Das hat hier nichts in diesem Gesetz zu suchen, auch wenn die NZZ wieder im besagten Artikel vom 3. Mai 2021 – gegrüsst sei die Redaktion vor der Kamera – dazu ein Votum gehalten hat, das sei super und wirklich sinn- und zielführend, einen Experimentierartikel aufzunehmen. Herr Jan Hudec, es ist einfach nicht möglich, weil wir das nicht auf kantonaler Ebene verfügen können. Ich danke.

*Thomas Marthaler (SP, Zürich):* Ich bin auch bei «die spitalgebundene, versorgungspolitisch sinnvolle, ambulante Pflichtleistungen anbieten»: Wir unterstützen diesen Antrag. Das wurde bis jetzt ja immer verwehrt, weil man sagte, das sei nicht KVG-konform und darum sollen die Spitäler diese ambulanten Leistungen nicht ausbauen. Aber im Sinne einer integrierten Versorgung kann es natürlich sehr wohl Sinn machen, dass da ein Fall noch von den gleichen Leuten abgeschlossen werden kann. Darum unterstützen wir diesen Antrag von Nora Bussmann.

#### *Abstimmung*

**Der Kommissionsantrag wird dem Minderheitsantrag von Nora Bussmann gegenübergestellt. Der Kantonsrat beschliesst mit 96 : 71 Stimmen (bei 0 Enthaltungen), dem Antrag der Kommission zuzustimmen.**

#### *§ 6 Abs. 2*

***Minderheit Lorenz Habicher, Benjamin Fischer, Claudia Hollenstein, Susanna Lisibach, Lorenz Schmid, René Truninger:***

*Abs. 2 streichen.*

*Lorenz Habicher (SVP, Zürich):* Sie wollen bedarfsunabhängige beschränkte Leistungsaufträge erteilen. Wir wollen das nicht. Entschuldigen Sie, aber einen Experimentier-Leistungsauftrag finden wir nicht sinnvoll, vor allem, wenn gänzlich unklar ist, ob wesentliche Erkenntnisse in der Patientenversorgung erwartet werden können oder eben nicht. Die Frage sei erlaubt, warum Andreas Daurù hier das Wort «wesentliche» nicht gestrichen haben möchte. Andernorts wollte er ja das Wort «wesentliche» streichen. Okay, Sie wollen einen Versuch starten und brauchen dazu einen zeitlich und umfangmässig beschränkten Leistungsauftrag. Der Versuch ist bedarfsunabhängig – das heisst: egal, ob ein Bedarf besteht oder

nicht –, aber er lässt «wesentliche Erkenntnisse» – nicht nur einfache, komplexe oder fragwürdige Erkenntnisse – zu. Das ist die Ausgangslage – das wissen Sie ganz genau –, um den Experimentierleistungsauftrag zu beantragen. Nun auf gut Deutsch heisst das: Sie haben eine Idee und kein Geld, erwarten wesentliche Erkenntnisse, wenn der Versuchsballon steigt, und wollen im Wesentlichen nur Ihre Kosten durch die Allgemeinheit gedeckt haben. Danke, aber wir verzichten und lehnen den Experimentier-Mehrheitsantrag ab. Unterstützen Sie den Minderheitsantrag und streichen Sie diesen Absatz 2.

*Esther Straub (SP, Zürich):* Dieser sogenannte Experimentierartikel, der im Vernehmlassungsentwurf von Regierungsrat Heiniger damals vorgesehen war, wurde als KVG-konform eingestuft. Ihn jetzt wieder im SPFG aufzuführen, geht auf unseren Antrag zurück. Und wir freuen uns, dass wir die Mehrheit der Kommission für dieses wichtige Anliegen gewinnen konnten.

Vielleicht noch zum Hinweis von Lorenz Schmid: Ich unterstütze es ja auch. Es gibt keinen Grund, dass der Kanton diese Gesetzesgrundlage jetzt nicht freiwillig erstellt, während die Pflicht dazu, sie zu erstellen, in Bern noch verhandelt wird. Die Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung ist im Interesse der Patientinnen und Patienten und innovative Projekte und die Entwicklung von neuartigen Versorgungsmodellen müssen während eines laufenden Planungsintervalls möglich sein und auch gefördert werden, zumal wenn von ihnen zu erwarten ist, dass die Leistungen künftig qualitativ besser und auch wirtschaftlicher erbracht werden können. Die Massnahme stammt ja eben ursprünglich aus dem Bericht «Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung» von August 2017.

Es ist eine Kann-Formulierung und die Pilote sind zeitlich und auch umfangsmässig begrenzt. Es können zum Beispiel Pilotprojekte im Bereich der integrierten Versorgung sein, die gefördert und erprobt werden wie zum Beispiel der Pilot von USZ und Stadtspital Waid «Hospital at Home» für geriatrische Patientinnen, die im häuslichen Umfeld therapiert werden, die aber üblicherweise mit ihrer Erkrankung hospitalisiert werden müssten. Bei solchen Projekten sind eben die Finanzierungsfragen nie klar und so scheitern sie dann. Leistungserbringer, die solche neuen Versorgungsmodelle aufbauen und testen wollen, sind darauf angewiesen, dass ihre Leistungen im Rahmen eines Leistungsauftrags zulasten der Krankenversicherung beziehungsweise des Kantons abgegolten werden. Die Einzelheiten, insbesondere die konkreten Voraussetzungen, die ein entsprechendes Angebot erfüllen muss, sind dann vom Regierungsrat zu regeln.

*Bettina Balmer-Schiltknecht (FDP, Zürich):* Auch wir finden, der Experimentierartikel sollte jetzt ins SPFG aufgenommen werden. Der Bund ist ja jetzt daran, in der KVG-Revision einen Experimentierartikel einzufügen. In der Botschaft 19.046 zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung, Massnahmen zur Kostendämpfung, Paket 1, vom 21. August 2019 – und das ist jetzt doch schon mehr als ein Jahr her – erwähnt der Bundesrat explizit den Experi-

mentierartikel und dieser wurde im weiteren Verlauf im Nationalrat in einer bisher engeren Definition auch schon gutgeheissen. Die Möglichkeiten, die ein Experimentierartikel bietet, finden auch wir von der FDP wichtig. Wir wollen innovative und qualitativ bessere Leistungen ermöglichen und fördern und freuen uns, wenn sie gleichzeitig kostendämpfend sind. Wir finden diesen Experimentierartikel eine wirklich gute Sache und werden dafür stimmen.

*Claudia Hollenstein (GLP, Stäfa):* Einige von uns Politikerinnen und Politikern ereifern sich beim Gedanken, dass die Spitäler zu eigenständig, zu selbstständig, zu selbstbewusst unterwegs sind. Sie sollen in ihrem Bewegungsspielraum eher eingeschränkt, kontrolliert und zurückgebunden werden, denn sie geben zu viel Geld aus, produzieren falsche Anreize und drängen den Patienten Untersuchungen, Operationen et cetera auf, die diese gar nicht wollen; so habe ich das im Ohr. Gerade die aktuelle Situation führt uns vor Augen, dass zuweilen eher eine Unter- als Überversorgung besteht. Der zunehmende Bedarf an stationären Betten infolge einer vermehrten Alterung der Bevölkerung, wie im Versorgungsbericht ausgewiesen, wird das Spitalsystem noch mehr belasten.

Wie genau soll das denn gehen, wenn wir im Gesetz, notabene KVG-widrig, einen Experimentierartikel platzieren? Neuartige Versorgungsmodelle, die wesentliche Erkenntnisse für die Patientenversorgung ermöglichen, werden sicherlich, erstens, nicht gratis zu haben sein und lassen sich, zweitens, eher weniger kontrollieren. Ein solcher Artikel schafft Ungleichheit. Hier spielt das Geldausgeben keine Rolle, aber ja. Ein solcher Artikel ist für uns nicht elementar, aber als Verkaufsargument ist er natürlich sehr sympathisch. Die GLP-Fraktion lehnt die Verankerung im Gesetz ab und stimmt dem Minderheitsantrag Habicher zu.

Dann spreche ich gleich noch zu Paragraf 6 Absatz 3. Der Minderheitsantrag Daurù zielt darauf ab, dass bei Überangeboten die Auswahl auf das Kriterium grösstmöglicher gemeinnütziger Ausrichtung des Unternehmens abbestellt werden soll. Um es kurz zu machen: Auch dieser Antrag ist mit dem KVG nicht vereinbar. Wer kostengünstiger und qualitativ besser ist, soll nach KVG einen Leistungsauftrag erhalten, und zwar unbesehen, ob er gewinnorientiert oder gemeinnützig handelt; dies umso mehr, als sich Gewinnerorientierung und Gemeinnützigkeit gar nicht zwingend gegenseitig ausschliessen müssen.

Zudem wurden die Leistungsangebote und die kantonale Nachfrage von der Gesundheitsdirektion in ihrer Spitalplanung 2023 nach genauen Kriterien festgelegt, und es leuchtet deshalb auch nicht ein, weshalb es, einfach so, zu sogenannten Überangeboten kommen kann respektive soll im Kanton Zürich. Hierfür gibt es bereits genaue kantonale Kriterien, mit denen man sich aber auch auseinandersetzen muss. Die Grünliberale Fraktion lehnt den Minderheitsantrag Daurù zu Paragraf 6 Absatz 3 ab.

*Urs Hans (parteilos, Turbenthal):* Zur Experimentierfreudigkeit: Über die Qualität unserer Gesundheitsversorgung wurde heute ja viel geredet. Schlussendlich stellt aber diese Art von Gesundheitssystem gleichsam eine über Gebühr hochgezüchtete Milchkuh dar, an welcher sich unzählige Zwischenwirte laben wollen.

Von Wettbewerb der Methoden und Innovation kann in vielen Bereichen keine Rede sein. Klar ist, dass gute Leistungen korrekt entschädigt werden sollen. Viele Methoden mit patentierten Medikamenten sind längst veraltet, haben Monopolcharakter, sind exzessiv überteuert, oft unwirksam und füllen nur die Taschen der Pharmaunternehmen und ihrer Aktionäre.

Wenn Kaspar Bütikofer erklärt, dass Innovation an den Universitäten stattfindet, so stimmt das nur sehr bedingt. Solange die Pharmaindustrie einen derart penetranten Einfluss auf Forschung und Lehre, also auch auf die Ausbildung unserer Ärzte und das Pflegepersonal ausübt, steht in erster Linie der Profit der Industrie im Zentrum und nicht die Gesundheit der Menschen. Und so steigen die Kosten ohne echte Innovation und Fortschritt weiter an.

Es gibt sehr viele altbewährte Medikamente, welche nicht patentgeschützt sind und sehr effizient eingesetzt werden können. Weshalb gibt es Weltgegenden, wo man Krebs und Kreislauferkrankungen fast suchen muss, und weshalb sterben in Europa und in den USA zwei Drittel der Menschen viel zu früh daran? Genau in diesen Regionen haben wir eine übermächtige Pharmaindustrie, welche seit John D. Rockefeller (*US-amerikanischer Unternehmer und Mitbegründer der Erdölraffinerie*) ungeheuren Einfluss auf die Universitäten nimmt und begonnen hat, alle gut bewährten natürlichen Medikamente zu verunglimpfen und an die Wand zu fahren. Anfangs des 20. Jahrhunderts war das Verhältnis zwischen Schulmedizin und natürlichen Methoden in den USA und Europa ungefähr im Gleichgewicht. Danach begannen die schädlichen, erdölbasierten, giftigen Medikamente... (*Der Votant wird vom Ratspräsidenten unterbrochen.*)

*Ratspräsident Benno Scherrer:* Urs Hans, darf ich Sie bitten, wieder auf den Experimentierartikel zurückzukommen?

*Urs Hans fährt fort:* Es geht darum, ich komme dazu: Das Modell «Impfstoffe und Pestizide» trat seinen Siegeszug rund um die Welt an und machte seine Strippenzieher zu Multimilliardären. Das Modell, mit Angst und Krankheiten viel schnelles Geld zu verdienen, war geboren. Es ist in diesem Zusammenhang ja geradezu zynisch, von einem erfolgreichen Gesundheitssystem zu reden. Dieses Gesetz wird unseren intransparenten Moloch «Krankheitsindustrie» mit ihren Lobbyvertretern in der Politik nicht wesentlich verändern. Was wir dringend bräuchten, wäre ein Wende zu einem Gesundheitsbewusstsein und echten nachhaltigen Therapien im Dienste der heute verängstigten und drangsalierten Bevölkerung.

Die Einschätzung unserer Gesundheitsdirektorin, wonach sich unser Gesundheitssystem während der Corona-Inszenierung bewährt haben soll, teile ich nicht im Geringsten. Erstens kam es vor allem zu Beginn zu vielen Todesfällen durch Falschbehandlungen, obwohl altbewährte Vitamine und Medikamente vorhanden waren. Zweitens führten die unsäglichen Massnahmen zu einer vollkommen ungerechtfertigten Hysterie, Panik und Depression in der Bevölkerung mit entsprechenden Todesfällen, geschürt durch Politik, Mainstream-Medien und die Pharma. Drittens wurde bald klar, dass es nur darum ging, die ganze Bevölkerung

mit einer neuartigen, bisher an Tieren erfolglos getesteten Behandlung zu beglücken. Von «Impfung» wird nur deshalb geredet, weil die Firmen dafür keine Haftung übernehmen müssen. In Wirklichkeit handelt es sich um eine experimentelle Gentherapie, welche bereits zu Beginn zu einem nie dagewesenen Ausmass an schweren Impfnebenwirkungen und Todesfällen führte. Genauer erklärt habe ich es in meiner Anfrage (KR-Nr. 177/2021) vom 10. Mai 2021 zu den vielen Todesfällen in direkter Folge von Corona.

In der letzten Woche meldeten sich 57 europäische Wissenschaftler zu Wort und verlangten einen sofortigen Stopp dieser Spritzen. Liebe Frau Regierungsrätin, Ihre entsprechende Kampagne finde ich absolut unverantwortlich und ich bitte Sie, künftig auch von einer «experimentellen Gentherapie» zu sprechen, damit den Betroffenen reiner Wein eingeschenkt wird.

*Regierungsrätin Natalie Rickli:* Ich war kurz draussen und habe wahrscheinlich in der Zwischenzeit etwas verpasst. Ich dachte, wir sind immer noch beim Experimentierartikel. Jedenfalls möchte ich Sie bitten, Nein zu stimmen zum Antrag der Kommissionsmehrheit. Ich erkläre Ihnen auch, warum:

Solange das Bundesrecht keine Experimentierklausel enthält – das wird ja bald kommen, da dürfen wir uns alle darauf freuen –, darf der Kanton keine Leistungsaufträge erteilen, ohne den Bedarf abzuklären. Vor jedem Leistungsauftrag muss der Kanton prüfen, ob ein quantitativer Bedarf besteht. Dies ist eine Massnahme, um keine Überkapazitäten zu generieren; und dazu haben Sie heute ja eigentlich von allen Parteien gesprochen, dass wir das alle nicht wollen.

Der Kanton Zürich hat es vor wenigen Jahren einmal versucht und hat vor Bundesverwaltungsgericht verloren. Wir hatten einen beschränkten Leistungsauftrag für ein neues Versorgungsmodell erteilt, obwohl rein quantitativ keine Versorgungsnotwendigkeit bestanden hatte. Das Bundesverwaltungsgericht hat das Experiment also unterbunden. In diesem Sinne müssten Sie jetzt eigentlich den Antrag der Mehrheit der Kommission ablehnen. Wenn vonseiten des Bundes dieser Experimentierartikel dann kommt, kann dieser direkt angewendet werden. Es braucht dazu keine Regelung im SPFG.

#### *Abstimmung*

**Der Kommissionsantrag wird dem Minderheitsantrag von Lorenz Habicher gegenübergestellt. Der Kantonsrat beschliesst mit 85 : 83 Stimmen (bei 0 Enthaltungen), dem Minderheitsantrag zuzustimmen.**

#### *§ 6 Abs. 3*

***Minderheit Andreas Daurù, Jeannette Büsser, Nora Bussmann, Thomas Martaler, Esther Straub, Mark Wisskirchen:***

<sup>3</sup> Bei Überangeboten kann bei der Auswahl auf das Kriterium grösstmöglicher gemeinnütziger Ausrichtung des Unternehmens abgestellt werden.

*Andreas Daurù (SP, Winterthur):* Die Sicherung der Gesundheitsversorgung der gesamten Bevölkerung ist eine Aufgabe, bei der nicht primär marktwirtschaftliche

Gesichtspunkte, sondern eigentlich eben Service-public-Ausrichtung gefragt ist. Leider ist Ersteres aber vielfach nach wie vor ein grosser Anreiz für gewisse Spitäler – und es ist mir bewusst, dass es nicht viele auf der Spitalliste betrifft –, einen mehr als durch die neue Spitalfinanzierung bedingten, nötigen Gewinn zu machen. Insbesondere für Spitalketten beispielsweise aus dem nahen und fernen Ausland besteht ein grosses Interesse, auf eine Schweizer beziehungsweise auf eine Zürcher Spitalliste zu kommen. Man hat das auch in den Medien lesen können, es gibt deutsche Spitalketten, die sehr gerne bei uns auf die Liste kommen würden.

Im Versorgungsbericht 2023 steht geschrieben, dass die Gesundheitsdirektion gegen Überversorgung vorgehen will. Das ist gut so und wir unterstützen sie hier auch mit diesem Antrag gerne noch zusätzlich in diesen Bestrebungen. Bewerben sich zum Beispiel mehrere Leistungserbringer auf bestimmte Leistungsbereiche beziehungsweise -gruppen und würde deren Aufnahme auf die Liste über den entsprechenden Bedarf hinausgehen, also ein Überangebot entstehen, müssten diejenigen Spitäler mit der grösstmöglichen gemeinnützigen Ausrichtung berücksichtigt werden. Das sind beispielsweise die öffentlich-rechtlichen Spitäler, von denen wir vier haben im Kanton, Zweckverbands-Spitäler, kirchliche Trägerschaften – davon gibt es nicht so viele – und Aktiengesellschaften, welche die Gemeinnützigkeit klar in den Statuten verankert haben.

Die Gefahr bei den auf Gewinn oder eben übertrieben auf Gewinn ausgerichteten Spitälern ist schlicht und einfach grösser, dass da und dort die Indikation einer Behandlung breiter ausgelegt wird – Stichwort «Indikationsqualität», wir kommen noch dazu – und dass bei solchen Spitälern auch ein erhöhtes Risiko für das sogenannte «Cherry-Picking» besteht.

Wir haben beziehungsweise die Gesundheitsdirektion hat zwar in einem solchen Fall gewisse Handlungsmöglichkeiten, leider aber unserer Meinung nach viel zu wenige und vor allem zu wenig griffige. Es darf also gar nicht so weit kommen. Spitäler, welche primär der Gewinnmaximierung und dem Aktionariat verpflichtet sind und damit einer Überversorgung weiteren Schub verleihen würden, indem sie Eingriffe forcieren, sollen gar nicht erst auf die Liste kommen. Das ist nicht nur im Interesse der Steuer- und Prämienzahlerinnen und -zahler, sondern auch im Interesse der Patientinnen und Patienten in Bezug auf die mögliche Strapazierung der Indikationsqualität.

Unterstützen Sie diesen Minderheitsantrag.

*Lorenz Habicher (SVP, Zürich):* Bei Überangeboten ist die grösstmögliche gemeinnützige Ausrichtung ein Auswahlkriterium für einen Leistungsauftrag. Hierfür gibt es nur eine einzige Antwort: Bei Überangeboten soll es keinen Leistungsauftrag geben, auch nicht einen zeitlich und bedarfsunabhängigen Experimentalleistungsauftrag, und sicher nicht einen auf der grösstmöglichen gemeinnützigen Ausrichtung basierenden Leistungsauftrag. Andreas Daurù, wie war das in deinem Eintretensvotum und in der Medienmitteilung der SP von wegen kostenreduzierende Anträge würden von uns abgelehnt? Wir sehen in Überangeboten eine

Möglichkeit zur Kostenreduktion, indem diese abgebaut werden, und nicht, indem diese aus Gemeinnützigkeit dennoch einen Leistungsauftrag bekommen. Nein zum Minderheitsantrag Daurù heisst, das KVG korrekt einsetzen und diesen Antrag ablehnen. Wichtig ist: Es soll kein Überangebot entstehen. Und wenn es entsteht, dann brauchen wir ganz klar kein Auswahlkriterium der Gemeinnützigkeit, die ein Überangebot noch stützen würde.

*Bettina Balmer-Schiltknecht (FDP, Zürich):* Die FDP erachtet die WZW-Kriterien im Gesundheitswesen als entscheidende Auswahlkriterien für die Erteilung von Leistungsaufträgen – dies entspricht auch der nationalen Gesetzgebung im KVG. Gemeinnützigkeit als Kriterium für einen Leistungsauftrag lehnen wir ab. Einerseits ist der Begriff «Gemeinnützigkeit» ein schwammiger Begriff und andererseits bedeutet er auch, dass eine Unternehmung nicht gewinnorientiert arbeiten soll. Natürlich ist ein Spital per se nicht eine gewinnorientierte Firma; gerade ich als Ärztin sehe das überhaupt nicht so. Aber dass die Finanzen in den vom Kanton Zürich unterstützen Listenspitälern überhaupt keine Rolle spielen sollen, das geht dann auch mir doch etwas zu weit. Sorgfältiger Umgang mit Steuersubstrat ist wichtig. Weiter ist es auch so, dass gemeinnützige Organisationen immer wieder Angestellte haben, die gratis arbeiten. Meinen die Antragsteller nun also etwa, dass Spitäler mit Personal, welches zu tieferen Löhnen arbeitet, bevorzugt werden soll oder meinen sie etwa, dass diejenigen Spitäler bevorzugt werden sollen, die mehr als andere Spitäler auf Kosten von Dritten finanziert werden? Das kann doch nicht sein. Ich finde, dass Patienten auf möglichst wirksame, zweckmässige und wirtschaftliche Art und Weise optimal behandelt werden sollen – und damit sind wir wieder bei den WZW-Kriterien und dem KVG.

#### *Abstimmung*

**Der Kommissionsantrag wird dem Minderheitsantrag von Andreas Daurù gegenübergestellt. Der Kantonsrat beschliesst mit 103 : 65 Stimmen (bei 0 Enthaltungen), dem Antrag der Kommission zuzustimmen.**

#### *§ 7. d. Spitalliste* *Abs. 1 lit. a und b*

Keine Bemerkungen; genehmigt.

#### *lit. c*

*Ratspräsident Benno Scherrer:* Hier liegen neben dem Kommissionsmehrheitsantrag ein Minderheitsantrag I von Nora Bussmann und Mitunterzeichnenden und ein Minderheitsantrag II von Lorenz Habicher und Mitunterzeichnenden vor. Wir stellen diese drei Anträge im Cupsystem einander gegenüber.

#### ***Minderheit I Nora Bussmann, Jeannette Büsser:***

*c. ...Personal, Aus- und Weiterbildung von Angehörigen der Berufe des Gesundheitswesens, Qualität, insbesondere Indikationsqualität, Mindestfallzahlen, ...*

***Minderheit II Lorenz Habicher, Benjamin Fischer, Claudia Hollenstein, Susanna Lisibach, René Truninger:***

*lit. c. gemäss Antrag des Regierungsrates.*

*Benjamin Fischer (SVP, Volketswil), Präsident der KSSG:* Die Kommission erachtet es als wichtig, dass die Qualität der Spitäler, die mit den Leistungsaufträgen verbundenen Anforderungen an die Spitäler, berücksichtigt werden. Die Kommissionmehrheit will zudem neben der Qualität im Allgemeinen auch spezifisch noch die Indikationsqualität als Anforderung aufnehmen. Die Indikationsqualität ist die Angemessenheit und Notwendigkeit medizinischer Intervention, damit man das hier auch mal noch definiert hat, wir haben ja schon des Öfters davon gesprochen.

Die Minderheit Bussmann möchte zudem die Aus- und Weiterbildung von Angehörigen der Berufe des Gesundheitswesens als Anforderung aufnehmen. Die Aus- und Weiterbildung wird jedoch bereits in Paragraf 22 des Gesundheitsgesetzes mit einer Kann-Formulierung geregelt. Die vorgeschlagene Formulierung würde dann zu einer Pflicht und es stellt sich die Frage, wie die Direktion das umsetzen würde. In der Praxis erlässt diese nur Vorgaben für den nicht-universitären Bereich, das heisst, primär im Bereich der Pflege. Die anderen Bereiche sieht sie in der Zuständigkeit der Fachgesellschaften. Dieser Argumentation schliesst sich die Kommissionmehrheit an.

Namens der Kommission beantrage ich Ihnen, dem Kommissionsantrag zuzustimmen und die beiden Minderheitsanträge abzulehnen. Besten Dank.

*Nora Bussmann Bolaños (Grüne, Zürich):* In einer ersten Beratungsrunde in der KSSG haben wir das Anliegen verschiedener Fraktionen, mit der Spitalliste auch die Aus- und Weiterbildung aller Angehörigen der Gesundheitsberufe zu regeln, an mehreren Stellen des Gesetzes aufgenommen. So war es auch der FDP ein wichtiges Anliegen. Bei der weiteren Beratung und zum Teil aufgrund der geänderten Systematik ist das Thema dann aber so ziemlich überall wieder von der Bildfläche verschwunden. Dabei ist die Aus- und Weiterbildung aller Berufe des Gesundheitswesens ein sehr wichtiges Anliegen und muss Teil der Leistungsvereinbarungen sein. Die Ausbildungsverpflichtung der Spitäler bei den nichtuniversitären Berufen des Gesundheitswesens ist bestens im Gesundheitsgesetz geregelt und etabliert, nicht aber die der universitären Medizinberufe. Daher müssen mit den Leistungsaufträgen auch qualitative und quantitative Vorgaben zur Förderung der Aus- und Weiterbildung des universitären Gesundheitspersonals verbunden sein. Zudem ist es wichtig, dass in allen Listenspitalern die Vorgaben zur strukturieren und nicht strukturierten Weiterbildung der Assistenzärzte und -ärztinnen eingehalten werden. Der Kanton zahlt jährlich 15'000 Franken an Weiterbildung pro Assistenzstelle und sollte ein Interesse daran haben, dass diese Beträge nicht einfach in der Gesamtspitalrechnung versickern, sondern zur Sicherstellung der

zukünftigen medizinischen Qualität eingesetzt werden. Daher möchten wir Grünen mit unserem Minderheitsantrag die Aus- und Weiterbildung hier stärker gewichten.

Ein weiterer, in unserem Minderheitsantrag enthaltener Aspekt, und auch im Kommissionsvorschlag so aufgenommen, ist die Indikationsqualität, die wir nebst dem sehr allgemeinen und weit gefassten Begriff der Qualität hier verankert haben möchten. Die Indikationsqualität ist extrem wichtig für die Patientensicherheit und wird bei Qualitätssteigerung eher eine Kosteneindämmung mit sich bringen. Denn es ist bekannt, dass gewisse Behandlungen und Abklärungen zu oft gemacht werden und damit den Patientinnen und Patienten mehr schaden als nützen. Der Fokus sollte auf der optimalen, nicht auf der maximalen Versorgung sein. Es ist bekannt, dass gewisse Untersuchungen und Behandlungen viel zu häufig gemacht werden und diese dann eher schädlich denn nützlich sind. Ich verweise da gerne auf die Liste die Kampagne «Smarter Medicine», die pro Medizinbereich eine «Top 5» führt.

Wir Grünen möchten, dass der Kanton gegenüber den Listenspitälern klare Anforderungen an die Indikationsqualität formuliert. Bitte unterstützen Sie mit uns Grünen das klare Signal für die Sicherstellung der medizinischen Qualität mittels klarer Anforderungen in die Aus- und Weiterbildung aller medizinischen Berufe sowie bei der Indikationsqualität. Qualität soll mehr als ein gut tönendes Schlagwort sein, mit diesem Antrag können Sie dem Begriff etwas Kontur verschaffen. Vielen Dank.

*Lorenz Habicher (SVP, Zürich):* Unter «Leistungsaufträge» und «Spitalliste» legen wir die Kompetenzen zur Erteilung fest. In Absatz 1 ist dies der Regierungsrat, und wir, die SVP-Fraktion, stützen den Antrag des Regierungsrates vom 8. Juli 2020 kurz und klar.

Zum Minderheitsantrag I Bussmann: Am falschen Ort, gehört und ist schon im Anhang. Für uns wird unter dem Oberbegriff «Personal» auch die Aus- und Weiterbildung subsumiert.

Zum Mehrheitsantrag «Der Regierungsrat legt die Anforderungen insbesondere betreffend Indikationsqualität fest»: Nun, wir trauen dem Regierungsrat sehr viel zu, darum unterstützen wir auch den Antrag des Regierungsrates. Aber die Anforderungen betreffend Indikationsqualität durch die Regierung festlegen zu lassen oder auch durch den Kantonsrat, das wollen und können wir nicht machen. Das trauen wir dem Regierungsrat und auch dem Kantonsrat nicht zu. Schauen Sie die bestehende Situation an: Schon Fachorganisationen haben grösste Mühe mit der Bemessung der Indikationsqualität. Und Sie wollen, dass der Regierungsrat, ein politisches Gremium, die Anforderungen dafür festlegt? Also Ihren Optimismus möchte ich für einmal haben. Bleiben wir bei dieser Gesetzgebung alle mit beiden Beinen auf dem Boden und unterstützen Sie den Minderheitsantrag der SVP.

*Andreas Daurù (SP, Winterthur):* Kurz vorweg: Die SP unterstützt ebenfalls den Minderheitsantrag I von Nora Bussmann, auf der Synopse ist das nicht ersichtlich.

Wir sind hier also auch zusätzlich für die Aus- und Weiterbildung, nicht nur die Indikationsqualität. Warum, habe ich beim GAV eigentlich bereits ausgeführt. Ein Grund, warum die Pflegefachleute ihren Beruf verlassen, hat auch damit zu tun, dass die Möglichkeiten beziehungsweise die Unterstützung für Weiterbildung vonseiten der Leistungserbringer nicht immer entsprechend gefördert werden. Andererseits muss aber der Fachkräftemangel in den Gesundheitsberufen so schnell als möglich angegangen werden. Paragraf 5 Absatz 1 litera f sieht die Aus- und Weiterbildung bei den Anforderungen an die Listenspitäler zwar bereits vor, das ist natürlich richtig. Wir wollen dies aber zusätzlich auch in den Leistungsaufträgen als konkrete Anforderung drin haben.

Nun zur zweiten Ergänzung gegenüber dem Regierungsantrag bei litera c, der Indikationsqualität: Der Nutzen medizinischer Interventionen ist nicht immer vorhanden. Oft wird er überschätzt, falsch interpretiert oder eben vielleicht auch durch falsche Anreize ökonomisiert. Um dem entgegenzuwirken, muss die Indikationsqualität bei den Leistungserbringern verbessert und entsprechende Massnahmen und Instrumente müssen dahingehend auch um- und eingesetzt werden. Die Indikationsqualität ist quasi die vierte Dimension der Qualität – neben der Struktur-, der Prozess- und der Ergebnisqualität. Am Anfang einer jeder medizinischen Behandlung steht die Diagnose. Eine grosse Anforderung ist danach die Überprüfung des konkreten Nutzens der zur Verfügung stehenden Therapieverfahren, das heisst, für die korrekte Indikation des eventuell danach folgenden medizinischen Eingriffs. Eine wichtige Voraussetzung – das ist wirklich so, das habe ich mit Claudia Hollenstein vor dem Mittagessen besprochen –, eine wichtige Voraussetzung dafür ist natürlich eine vertrauensvolle Arzt/Ärztinnen-Patient/Patientinnen-Beziehung. Eine solche kann aber nur dann entstehen, wenn der Patient oder die Patientin sicher sein kann, dass die Ärztin/der Arzt die Indikation unabhängig von nicht-medizinischen Entscheidungsdeterminanten stellt, zum Beispiel eben nicht aufgrund von möglichen Bonuszahlungen, die eventuell dann kommen. Uns ist durchaus bewusst, dass finanzielle, ökonomische Anreize nicht das einzige Problem bei nicht indizierten Behandlungen sind und dass es gerade auch für Ärztinnen und Ärzte nicht immer einfach ist, im Rahmen der verschiedensten Abwägungen die richtige Entscheidung zu treffen. Nicht zuletzt sind es auch die Patientinnen und Patienten, die dann gewisse Eingriffe auch einfach wollen. Aber genau dafür gibt es mittlerweile gute Ansätze und Instrumente, Nora Bussmann hat es bereits genannt: «Smarter Medicine», ich gehe da nicht mehr weiter darauf ein. Es braucht aber eventuell auch noch weitere Erhebungsinstrumente, mit welchen die Indikationsqualität besser bestimmt werden kann, beispielsweise valide Patientenbefragungen wie das PROMS, die «Patient Reported Outcome Measures», oder die konsequente Anwendung von «Health Technology Assessments», das wird ja auch an vielen Universitätsspitalern und an weiteren Spitälern bestimmt schon gemacht.

Ein letztes konkretes Beispiel: Der Kanton Basel-Stadt. Dieser hatte in Teilbereichen der Medizin Hinweise auf Überversorgung und nutzte den Handlungsspielraum im Bereich der WZW-Kriterien aus. Im Bereich der Hüft- und Knieeingriffe startete der Kanton zusammen mit den Leistungserbringern – zusammen mit den

Leistungserbringern! – das COMI (*Versorgungsmonitoring*). Sie führten dabei prä- und postoperative Befragungen bei Patientinnen und Patienten vor beziehungsweise eben nach einer Hüft- oder Knieprothese durch und massen so, kurz gesagt, die gewonnene oder eben vielleicht dann auch nicht gewonnene Lebensqualität.

Kurzum: Es gibt diverse mögliche Ansätze und daher müssen diese auch eine verpflichtende Anforderung in den Leistungsverträgen mit den Spitälern sein. Und sie sollen vor allem auch transparent und ersichtlich sein, sodass die Patientinnen und Patienten eben auch im Rahmen eines qualitativen Wettbewerbs entscheiden können, welches Spital was anbietet und wie sie die Indikationsqualität dann auch messen. Stimmen Sie also diesen Ergänzungen bitte zu.

*Bettina Balmer-Schiltknecht (FDP, Zürich):* Wie bereits mehrfach dargelegt, ist Qualität in der Gesundheitsversorgung für die FDP wichtig. Insbesondere bei der Indikation von medizinischen Leistungen spielt die Qualität eine grosse Rolle, weil hier die Weichen für eine hervorragende und bezahlbare Behandlung gestellt werden. Nicht immer ist das Teuerste auch das Beste, und genau darum ist die richtige Indikation in Abhängigkeit von einer individuellen Konstellation entscheidend. Wir finden sie sogar so entscheidend, dass sie im SPFG auch bei den Leistungsaufträgen berücksichtigt werden muss.

An dieser Stelle erlaube ich mir, der Regierung zu danken, dass in Paragraf 7 Absatz 1 litera c auch explizit Anforderungen an die Vorsorge für ausserordentliche Lagen, Datenlieferung, Datenschutz und Informationssicherheit bei der Auswahl von Spitälern und Geburtshäuser aufführt. Die Corona-Pandemie hat uns klar vor Augen geführt, wie wichtig die Vorsorge in ausserordentlichen Lagen ist; man erinnere sich an die Engpässe bei den Masken anfangs der Pandemie oder man denke beispielsweise nur schon an die Logistik für die aktuell notwendige Impfkation. Auch Datenlieferung, Datenschutz und Informationssicherheit werden mit der zunehmenden und dringend nötigen Digitalisierung im Gesundheitswesen immer wichtiger.

Gesundheitsinstitutionen sind aber für Cyberangriffe besonders anfällig, denn Gesundheitsdaten sind besonders sensible Daten. Entsprechend wichtig sind auch gut funktionierende Systeme und Sicherheitsvorrichtungen in diesem Bereich. Es ist also wirklich wichtig, dass Anforderungen an die Vorsorge für ausserordentliche Lagen, Datenlieferung, Datenschutz und Informationssicherheit auch Kriterien für die Aufnahme auf der Spitalliste sind.

*Claudia Hollenstein (GLP, Stäfa):* Ein Teilbereich eines Ganzen zeigt sich im Ganzen. Der Regierungsrat formuliert die Anforderungen bei den Leistungsaufträgen klar. Beschrieben sind die Infrastruktur, Personal, Qualität, Mindestfallzahlen et cetera. Ein Teilbereich der Qualität ist die Indikationsqualität. Sie zusätzlich und ausdrücklich im Gesetz zu verankern, erscheint uns weder richtig noch nötig.

Indikationsqualität ist die Indikationsqualität, für diese braucht es eine Patientin, einen Patienten und einen Arzt ihres Vertrauens. Diese per Stempel aus der Verwaltung als korrekte Weisheit zu zementieren, ist anmassend und in keiner Art und Weise sinnbringend. Genau so sehen wir es auch mit der Implementierung von Aus- und Weiterbildung von Angehörigen der Berufe des Gesundheitswesens in diesen Paragrafen. Keine Frage, sie ist notwendig und elementar, sicherlich sind wir hier alle dieser Meinung. Wir sehen aber keinen Gewinn für das Anliegen, wenn wir diesen Paragrafen damit hier verlängern.

Wir lehnen sowohl die Indikationsqualität als den Kommissionsantrag wie auch den Zusatz mit der Aus- und Weiterbildung als Minderheitsantrag I hier ab und folgen dem Antrag des Regierungsrates.

*Regierungsrätin Natalie Rickli:* Zuerst vielen Dank für die wohlwollende Unterstützung der regierungsrätlichen Formulierung. Es geht nun einerseits um den Mehrheitsantrag der Kommission bezüglich der zusätzlichen Formulierung der Indikationsqualität. Es ist klar, das ist die Messgrösse der Zukunft, aber wir sind noch nicht so weit. Ich halte es für problematisch, wenn wir dies heute so im SPFG festschreiben würden, wie auch Frau Hollenstein beispielsweise vorher erwähnt hat. Natürlich ist die Indikationsqualität unbestrittenerweise ein Element der Qualität, die wir auch festhalten wollen. Nur lässt sich diese nicht so einfach, so schnell und überall überprüfen, und auch die Vergleichbarkeit ist entsprechend schwierig. Da gibt es schon in einzelnen Bereichen, in einzelnen Spitälern Indikationsboards und Ähnliches, also ärztliche Gremien, die die Indikation für eine Behandlung besprechen. Zum Teil kann man die Indikationsqualität auch durch Befragungen der Patientinnen und Patienten erheben. So einfach ist das aber nicht. Wir sind daran, die Indikationsqualität auszubauen, soweit es sich machen lässt. Das braucht aber noch seine Zeit. Mittelfristig werden wir eine klarere Messgrösse formulieren können, aber umfassend messen werden wir sie nicht können. Das ist einfach wichtig für Sie – ich sehe die Mehrheitsverhältnisse –, wenn Sie das heute ins Gesetz schreiben.

Noch ein Wort zur Aus- und Weiterbildung, das ist der Minderheitsantrag von Nora Bussmann: Das haben wir – es wurde auch schon erwähnt – im Gesundheitsgesetz, das Sie erst kürzlich revidiert haben, bereits geregelt, nämlich in Paragraph 22 Absatz 1, ich zitiere: «Die Gesundheitsdirektion kann die nach diesem Gesetz bewilligungspflichtigen Institutionen verpflichten, in angemessenem Umfang die Aus- und Weiterbildung im Bereich der Gesundheitsberufe sicherzustellen.» Sie sehen, das machen wir bereits heute schon. Die Spitäler müssen nach den Vorgaben der Gesundheitsdirektion aus- und weiterbilden. Kommen sie dem unzureichend nach, erheben wir von den Spitälern eine Ersatzabgabe. Vielleicht überlegen Sie es sich noch einmal mit der Indikationsqualität, es ist nicht gescheit, das zum jetzigen Zeitpunkt festzuschreiben, denn wir werden das so nicht umsetzen können. Vielen Dank.

*Ratspräsident Benno Scherrer:* Der Kommissionsantrag, der Minderheitsantrag I von Nora Bussmann und der Minderheitsantrag II von Lorenz Habicher sind als

gleichwertige Anträge zu behandeln. Wir werden nach Paragraf 76 Kantonsratsreglement im sogenannten Cupsystem abstimmen. Zu diesem Zweck werden die Zugänge gesperrt, um die Anwesenden ermitteln zu können. Auf den Monitoren wird in der Abstimmung Folgendes dargestellt: Wer für den Kommissionsantrag ist, drückt die Taste «1», das erscheint grün. Wer seine Stimme dem Minderheitsantrag I Bussmann gibt, drückt die Taste «2», welche rot erscheint. Und wer den Minderheitsantrag II Habicher unterstützt, drückt die Taste «3», was weiss dargestellt wird. Die Eingänge sind zu schliessen und die Anwesenden drücken die Taste «1».

Es sind 167 Ratsmitglieder anwesend. Das absolute Mehr beträgt demnach 84 Stimmen.

#### *Abstimmung im Cupsystem*

Anwesende Ratsmitglieder .....	167
Absolutes Mehr .....	84 Stimmen
Kommissionsantrag .....	17 Stimmen
Minderheit I.....	56 Stimmen
Minderheit II .....	92 Stimmen

*Ratspräsident Benno Scherrer:* Der Minderheitsantrag II von Lorenz Habicher hat das absolute Mehr erreicht und somit obsiegt. Die Eingänge können geöffnet werden.

#### *§ 7 Abs. 2–5*

Keine Bemerkungen; genehmigt.

#### *§ 7a. (neu)*

##### *Abs. 1*

*Ratspräsident Benno Scherrer:* Hier liegen der Minderheitsantrag I von Lorenz Schmid und der Minderheitsantrag II von Andreas Daurù und Mitunterzeichnenden vor. Wir stellen in einem ersten Schritt die beiden Minderheitsanträge einander gegenüber und dann den obsiegenden Antrag dem Mehrheitsantrag der KSSG.

#### ***Minderheit I Lorenz Schmid:***

##### *§ 7a. Leistungsmengen*

<sup>1</sup> *Der Regierungsrat kann in Absprache mit den Fachgesellschaften den Listenspitälern Bandbreiten mit verminderten Tarifen ab Überschreitung der jährlich zu erbringenden Leistungsmengen in Fallzahlen pro Leistungsbereich oder -gruppe zuweisen.*

***Minderheit II Andreas Daurù, Jeannette Büsser, Nora Bussmann, Thomas Marthaler, Esther Straub, Mark Wisskirchen:***

***§ 7a. Überschreitung der Höchstfallzahlen***

*<sup>1</sup>Der Regierungsrat kann für jedes Listenspital Höchstfallzahlen je Leistungsbe-  
reich und Leistungsgruppe festlegen und verminderte Tarife festsetzen, soweit die  
Höchstfallzahl überschritten wird.*

*Benjamin Fischer (SVP, Volketswil), Präsident der KSSG:* Wir kennen die Mindestfallzahlen im Kanton Zürich ja bestens, eben auch Mindestfallzahlen für einzelne Behandlungen, Mindestfallzahlen pro Operateur. Und hier geht es jetzt um das Gegenteil, nämlich die Höchstfallzahlen. Der Minderheitsantrag Daurù stammt aus der Vernehmlassungsvorlage von 2019 unter dem Vorgänger der jetzigen Gesundheitsdirektorin, und diese Bestimmung war sehr umstritten. Die wichtigsten Gegenargumente in der Vernehmlassung waren die fehlende gesetzliche Grundlage auf Bundesebene für solche degressiven Tarife, eine Verletzung der freien Spitalwahl – was ist, wenn eine Höchstfallzahl erreicht ist, jemand aber in diesem Spital behandelt werden möchte? – und nicht zuletzt auch Ausweichreaktionen in andere Kantone sowie Störung der Anreize zur Qualitätsverbesserung. Sie sehen, es ist ein filigranes System, in dem ganz unterschiedliche Anreize enthalten sind.

Die Kommissionsmehrheit ist gegen diesen Vorschlag. Sie befürchtet, dass ein Spital eine Leistung nicht mehr anbieten würde, wenn es in die Nähe der vorgegebenen Bandbreite gelangen würde, weil es dann eben nicht mehr kostendeckend wäre.

Die Minderheit argumentiert, dass ihr Vorschlag der Zurückbindung der Überversorgung und der Kostensenkung diene – wir haben es auch schon mehrfach gehört –, und erachtet es als sinnvoll, degressive Tarife anzusetzen, wo Behandlungen überborden. Wir haben das sehr intensiv diskutiert.

Gemäss Kommissionsmehrheit setzt dieses Prinzip am falschen Ort an. Wenn generell ab einer bestimmten Höchstfallzahl ein Hebel geschoben wird, könnte das zu Fehlanreizen führen. Es brauche andere Wege, um Kosten zu sparen. Namens der Kommission beantrage ich Ihnen deshalb, beide Minderheitsanträge abzulehnen. Besten Dank.

*Lorenz Schmid (Die Mitte, Männedorf):* Noch kurz zurückkommend: Ich bin enorm enttäuscht über die FDP, die jetzt sogar die Indikationsqualität aus dem Gesetz geschmissen hat, weil sie einfach glaubt, wir seien noch nicht so weit. Gleichzeitig sagt ihr, eine Gesetzgebung sei da, um langfristig vorauszudenken. Claudia Hollenstein, das sind doch unsere Worte, die wir verwenden. Und jetzt: «Wir sind noch nicht so weit, also schreiben wir es nicht ins Gesetz.» Das ist widersprüchlicher als widersprüchlich.

Ich komme zu diesem Minderheitsantrag: Er geht natürlich zurück auf die Vorlage von Thomas Heiniger. Ja, Thomas Heiniger hat aufgrund eines Postulates, das ich mit verschiedenen Personen einmal eingereicht habe, über die ZHAW (*Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften*) von Professor Urs Brügger

die Studie «Sparpotenzial im Gesundheitswesen – Massnahmen und Instrumente zur Beeinflussung der Kostenentwicklung im Schweizer Gesundheitswesen aus der Perspektive des Kantons Zürich» verfassen lassen, mit enorm vielen Massnahmen. Die Massnahme N3 ist «Globalbudget», Seite 38. Ich bitte doch einfach mal, auch solche wissenschaftlichen Berichte kennenzulernen. Die haben wir bestellt und die wurden uns präsentiert. Das Potenzial ist mittel und die Rechtsrealisierung ist leicht, die rechtliche Realisierbarkeit ist die kantonale Verordnung, es braucht nicht mal den Gesetzgeber dazu. Die zeitliche Realisierbarkeit ist unter zwei Jahren und die Komplexität der Realisierung ist mittel.

Jetzt kommen wir zu diesem Globalbudget: Wir haben ja nicht mal gesagt, dass wir ein Globalbudget wollen, sondern dass wir – dies natürlich auch zurückgehend auf einen Vorstoss, den wir einmal gemeinsam mit der GLP getragen haben – degressive Margen und Tarifsysteme für Indikationen einzuführen, die bei den Leistungserbringern überschreitende Zahlen haben. Wir von der Mitte haben sehr intensiv diskutiert. Ich habe einen Arzt in meiner Fraktion (*gemeint ist Josef Widler*), der sagt: Degressivität kommt überhaupt nicht infrage. Ich mache im Gesundheitswesen nie etwas gegen die Ärzteschaft, somit haben wir zumindest in meinen Minderheitsantrag «in Absprache mit den Fachgesellschaften» geschrieben. Ich sage euch, ihr könnt mit den Fachgesellschaften sprechen, die wissen genau, wo eine Überversorgung besteht und wo zu viel therapiert und operiert wird, in Verletzung der Indikationsqualität, also höhere Kosten zu tieferem Qualitäts-Outcome. Deshalb finde ich diesen Minderheitsantrag wirklich nicht so bahnbrechend. Er würde dem Bericht von Professor Brügger entsprechen. Er würde der Postulatsantwort, die wir alle überwiesen haben – Sparpotenzial im Kanton Zürich –, entsprechen, aber es fehlt uns einfach der Mut. Ich bin perplex, und es fehlt momentan einfach auch der GLP der Mut, ein bisschen zu schraubeln, nur einfach mal einen Stift, einen Schraubenzieher in die Hand zu nehmen und ein bisschen an dieser Tinguely-Maschine (*Jean Tinguely, Schweizer Künstler*) zu schrauben, um die Überversorgung in den Griff zu bekommen, in Absprache mit den Fachgesellschaften, entsprechend einer gesetzlich möglichen, legalen Einschränkung über degressive Tarife. Wissen Sie, das ist ja nur einfach mal ein Text, und der müsste dann umgesetzt werden. Das ist nichts, was von heute auf morgen entstehen würde, das braucht dann eh noch Zeit. Aber wir brauchen eine gesetzliche Grundlage, um bremsen zu können, die Kosten laufen uns aus dem Ruder. Bitte unterstützt doch diesen Experimentierartikel oder wie auch immer ihr ihn nennen wollt. Es ist wirklich wichtig, dass wir bremsen. Ich danke.

*Andreas Daurù (SP, Winterthur):* Wie aus dem Versorgungsbericht 2023 ersichtlich wird, will die Gesundheitsdirektion gegen die kantonale Überversorgung vorgehen, ich habe es schon erwähnt, und die Hospitalisierungsrate, also den Wert, aus dem eine mögliche Überversorgung ersichtlich wird, dem Schweizer Durchschnitt anpassen. Das ist nötig und wichtig, denn die Überversorgung ist auch im Kanton Zürich bei einigen Spitalleistungsgruppen schlicht eine Tatsache. Auf Seite 86 des Versorgungsberichts sehen Sie auch, welche Leistungsbereiche am

ehesten von Korrekturen in Zukunft betroffen wären. Das sind – neben der Augenheilkunde – insbesondere die Thoraxchirurgie, die Viszeralchirurgie und die Neurochirurgie. Wir wollen der Gesundheitsdirektion aber in den Bestrebungen zur Verhinderung der Überversorgung auch hier noch griffigere Instrumente in die Hand geben, und zwar soll sie Höchstfallzahlen je Leistungsbereich und Leistungsgruppe festlegen können, die bei einer Überschreitung verminderte Tarife zur Folge haben. Da nicht zuletzt die Gefahr der Überversorgung mit dem finanziellen Anreiz verbunden ist, muss dieser entsprechend beseitigt werden, und dies geschieht am besten durch verminderte oder eben degressive Tarife ab der Überschreitung einer vorgegebenen Höchstzahl. Und der Regierung soll es zudem, wie in Absatz 2 erwähnt, dann auch möglich sein, Massnahmen zur Prüfung und Verbesserung der Prozessqualität der Spitäler eingreifen zu können. Denn in einem solchen Fall ist es nichts als richtig, dass die Gesundheitsdirektion als Aufsicht in der Gesundheitsversorgung näher an ein Spital herangeht und die Prozessqualität und dann auch die Indikation überprüfen kann. Wenn Sie nun hier bereits wieder sozialistische Mechanismen am Werk sehen, möchte ich Ihnen gerne darauf erwidern, erstens: Der Bericht der ZHAW zum möglichen Sparpotenzial im Gesundheitswesen, ein Bericht im Auftrag der Gesundheitsdirektion, noch unter dem Vorgänger von Frau Rickli, sagt in der Massnahme P2, ich zitiere: «Die grösste Anreizwirkung hat hingegen die Einführung von degressiven Tarifen, ein Ansatz, der sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor anwendbar ist. Leistungen werden demnach ab einem gewissen Maximalvolumen mit deutlich geringerer Vergütungshöhe abgegolten.» Nicht zuletzt wurde die Idee der degressiven Tarife auch bereits im Vorentwurf des SPFG 2019 von Regierungsrat Heiniger vorgeschlagen. Weiter schlägt der Bericht in diesem Zusammenhang die Massnahme M3 vor, dass das Leistungswachstum eines Spitals ferner über den Umfang des Leistungsauftrags beeinflussbar ist und daher neben den bereits heute geltenden Vorgaben zu Minimalmengen – das wären dann die Mindestfallzahlen – die Mengensteuerung auch mit Vorgaben zu Maximalmengen, das heisst Höchstfallzahlen, für bestimmte Eingriffe sinnvoll ist. Der ZHAW-Bericht schlägt in Massnahme M4 sogar Globalbudgets vor, aber das fordern wir hier ja gar nicht, wir getrauen uns nicht, so weit zu gehen. Beide Massnahmen wurden notabene im Bericht mit einer grünen Ampel versehen, heisst «leicht und wirksam umsetzbar». Sie sehen, das ist also kein linkes Hirngespinnst und schon gar nicht führt es zu einer Rationierung oder Zweiklassenmedizin, was von bürgerlicher Seite in diesem Zusammenhang immer wieder gern behauptet wird.

Dazu kommt, dass auch der Bund im Rahmen seiner Kostendämpfungspakete 1 und 2 die degressiven Tarife einführen will. In diesem Zusammenhang bin ich zudem ein bisschen überrascht, dass die GLP diesen Antrag nicht unterstützt. Sie sollte sich da mit der nationalen Partei einmal absprechen. Die GLP Schweiz unterstützt in der Vernehmlassung zu beiden Massnahmenpaketen 1 und 2 zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen nämlich ausdrücklich die Möglichkeit der Einführung von degressiven Tarifen und fordert gar eine in der Vernehmlassung zum Paket 2, dass im entsprechenden KVG-Artikel, in dem vom Bundesrat vor-

geschlagen wird, dass die Kantone Tarifsenkungen in Abhängigkeit der Leistungsmenge festlegen können, eine Muss-Formulierung. Die GLP Schweiz geht also weiter als wir hier vonseiten SP im SPFG, die hier lediglich von einer Kann-Formulierung sprechen würden. Also, liebe GLP, verhelfen Sie uns bei diesem Artikel nun doch zum Durchbruch. Es ist eine Unterstützung in der Bekämpfung einer unnötigen Mengenausweitung.

*Bettina Balmer-Schiltknecht (FDP, Zürich):* Ich kann es hier kurz machen: Degressive Tarife lehnen wir ab. Natürlich wollen auch wir keine unnötige Mengenausweitung. Aber es darf nicht sein, dass Spitäler ab einer gewissen Anzahl Eingriffe diese nicht mehr anbieten, weil sie sonst weniger Geld für ihre Arbeit erhalten. Dies entspricht einem verdeckten Globalbudget, und dass Globalbudgets nachteilig für die Gesundheitsversorgung sind, wurde in den umliegenden Ländern bereits bewiesen. Diesen Fehler müssen wir nicht wiederholen.

*Claudia Hollenstein (GLP, Stäfa):* Im Minderheitsantrag I sprechen wir von Absprachen. Sich selbst zu verwirklichen kann auch einer der Beweggründe sein, weshalb man geneigt sein kann, eigene neue Paragraphen in ein zu verabschiedendes Geschäft implementieren zu wollen. Ein besonderer Reiz scheint auch die Möglichkeit zu bieten, einer nahestehenden Organisation etwas Kraft und Macht zu übertragen – legitimiert, weil fortan im Gesetz verankert.

Warum aber Fachgesellschaften per Gesetz befähigt mit dem Regierungsrat die Hoheit über Bandbreiten mit verminderten Tarifen ab Überschreitung der jährlich zu erbringenden Leistungsmengen in Fallzahlen pro Leistungsbereich für die Listenspitäler bestimmen sollen, scheint nicht auf der Hand zu liegen. Mit dem Finger auf die einen zu zeigen und daneben die anderen in den Loop zu bringen, ist eine gängige Machart, aber – sorry – gehört nicht in dieses Gesetz.

Der zweite Minderheitsantrag befasst sich mit definierten Höchstfallzahlen je Leistungsbereich und Leistungsgruppe. Der Regierungsrat soll diese festlegen, zudem verminderte Tarife festsetzen, wenn Höchstfallzahlen überschritten werden. Für eine solche Gesetzesänderung fehlt die Grundlage auf Bundesebene. Sie verletzt die freie Arztwahl. Die Gefahr, dass Patientinnen und Patienten in andere Kantone ausweichen, ist mit einem solchen Paragraphen gegeben. Zudem befeuert sie die Zweiklassenmedizin, weil Behandlungen von Patienten von einem Jahr ins andere verlegt werden. Dies kann nicht unser Ziel sein.

Aus unserer Sicht ein falscher Ansatz. Zudem werden damit auch Anreize zur Qualitätsverbesserung gestört, und diese liegt ja auch den Minderheitsantragstellern am Herzen. Wir verankern zwar einen Experimentierartikel – oder jetzt eben nicht –, aber schlagen grundsätzlich Pflöcke ein. Das ist keine kongruente Haltung. Wir lehnen Minderheitsantrag Schmid wie auch Minderheitsantrag Daurù ab.

*Jeannette Büsser (Grüne, Zürich):* Die Grünen unterstützen den Minderheitsantrag Daurù, weil wir der Meinung sind, dass der Regierungsrat Höchstfallzahlen festsetzen können soll, dort, wo es sinnvoll ist. Und wir vertrauen jetzt mal darauf,

dass er es wirklich nur dort macht, wo es sinnvoll ist. gleichzeitig hoffen wir, dass die Massnahmen zur Qualitätssicherung, insbesondere der Indikationsqualität, greifen und politische Eingriffe nicht notwendig werden. Dass er zudem die Fachgesellschaften zu Rate ziehen kann, versteht sich von selbst. Dass er diese zu Rate ziehen muss, wie es die Mitte möchte, finden wir nicht sympathisch. Insbesondere befürchten wir, dass diese Absprachen mit Fachgesellschaften dann auch noch kostenpflichtig wären. Dies ist nämlich die Vorstellung von Lorenz Schmid beziehungsweise der Mitte beim Paragraphen 17 Absatz 4, den wir später besprechen werden, wo die Daten, welche sowieso schon erfasst werden, auch noch bezahlt werden sollen.

Wir unterstützen den Minderheitsantrag Daurù und lehnen den Minderheitsantrag Schmid ab. Danke.

*Kaspar Bütikofer (AL, Zürich):* Die Alternative Liste wird beide Minderheitsanträge ablehnen. Auch wenn sich die Alternative Liste stark macht dagegen, dass wir im Gesundheitssystem Überkapazitäten haben und so auch Anreize zu einer Überversorgung geschaffen werden, so sind wir dennoch gegen diese beiden Minderheitsanträge, die eher technokratisch sind und letztendlich reine Symptombekämpfung. Sinnvoll wäre es gewesen, wenn wir die echten Fehlanreize im System beseitigt hätten, deshalb bin ich sehr, sehr enttäuscht, dass die GLP und die FDP heute gekippt sind und die Indikationsqualität als Voraussetzung für die Spitalliste wieder rausgestrichen haben. Hier hätten wir echt einen Ansatzpunkt gehabt, um Fehl- und Überversorgung anpacken zu können. Dass wir aber Mengenbeschränkungen für einzelne Spitäler machen, ist letztendlich nicht zielführend. Wir haben hier dann einen Ansatz, der auf das einzelne Spital zielt, und das hilft wenig. Wir müssen das gesamte System, wennschon, steuern können. Wir haben hier also die drei Punkte, die uns eher kritisch stimmen und uns dazu bewegen, dass wir dagegen sind: Das eine ist eben die fehlende Gesamtsteuerung, das zweite ist: Die freie Spitalwahl wird so im Einzelfall eingeschränkt. Die freie Spitalwahl wäre eigentlich bei der KVG-Revision 2007 ein grosser Fortschritt gewesen. Wir haben, ehrlich gesagt, diese freie Spitalwahl nicht, sondern nur ansatzweise. Zürcherinnen und Zürcher, die nicht zusatzversichert sind, können nicht in ein Spital gehen, das teurer ist als ein Listenspital im Kanton Zürich, oder sie müssen die Differenz selber bezahlen. Und jetzt haben wir also die Situation, dass ich in ein Spital, in dem ich mich behandeln lassen möchte, nicht gehen kann, wenn es die vereinbarte Fallmenge bereits ausgeschöpft hat. Ich muss entweder an einen anderen Ort gehen oder aber ich muss warten, bis wieder eine neue jährliche Vereinbarung greift. Und das dritte Argument, das uns kritisch stimmt, ist, dass in dieser Festsetzung von Höchstfallzahlen der Keim von Rationalisierung steckt, und das wollen wir auf keinen Fall. Wir wollen, dass, wenn Eingriffe angezeigt sind, diese auch wahrgenommen werden können, auch wenn es elektive Eingriffe sind. Solange die WZW-Kriterien erfüllt sind, soll dieser Eingriff gemacht werden können und nicht verschoben werden, bis dann wieder neue Fallzahlen greifen.

Wir sind gegen diese beiden Minderheitsanträge, weil sie letztendlich keinen Einfluss auf die Überversorgung haben. Besten Dank.

*Esther Straub (SP, Zürich):* Ich bin sehr erstaunt, welche Schlagworte jetzt wieder kommen – wider Technokratie, Symptombekämpfung –, dann Befürchtungen, Patienten würden verlegt, die Qualität würde verschlechtert und es sei gar nicht zulässig. Alles ist nicht der Fall. Es ist klar, die GDK empfiehlt diese Massnahme sogar. Sie sagt, man solle verminderte Tarife bei Mengenüberschreitungen ergreifen. Auch Globalbudgets sind eine Empfehlung der GDK und ein legitimes Mittel. Ich bin vor allem erstaunt, dass Sie uns unterstellen, eine Mengenbeschränkung hätte keinen Anhalt an der Sache und es gehe dann um Rationierung. Das ist nicht der Fall, sondern es ist ganz klar ein Eingriff gegen die teure Überversorgung. Es muss niemand warten, sondern die Spitäler müssen genauer hinschauen und dürfen nur medizinisch indizierte Leistungen erbringen. Es geht ja hier genau um die Qualität, um die Indikationsqualität. Das ist zum Wohle der Patientinnen und Patienten und nicht zu deren Schaden. Den Schaden haben wir jetzt mit der Überversorgung, darunter leiden Patientinnen und Patienten. Das sind keine Fantasiezahlen, die dann in Rücksprache auch mit Fachgesellschaften vorgegeben würden, sondern es sind eben begründete Mengen.

Sie können diese Massnahmen mit der erfolgreichen Gesetzesänderung bei «ambulant vor stationär» vergleichen, das wäre ein legitimer Vergleich. Dort haben wir auch die Spitäler verpflichtet, bestimmte Untersuchungen und Behandlungen ambulant statt stationär durchzuführen, und diese Massnahme ist nun seit 2018 in Kraft und bringt Millioneneinsparungen im zweistelligen Bereich – ohne Qualitätseinbussen. Es kam vor der Massnahme aber auch nicht zu eigenen Einsparungen bei den Spitälern. Sie haben nichts gemacht, bis die Vorgabe von der Gesundheitsdirektion oder von uns kam. Und hier wird es genauso sein, es wird keine Qualitätseinbusse sein, sondern es wird sich eine Qualitätsverbesserung ergeben, weil unnötige Operationen nicht gemacht werden. Das sind keine Wartezeiten, die dann kommen, sondern adäquate Behandlungen. Aber Sie sind auch hier wieder nicht bereit, kostensenkend einzugreifen. Es ist also schon die vierte Gelegenheit, die Sie nicht ergreifen. Und auch hier ginge es ohne Verlust für die Versorgungssicherheit, sondern im Gegenteil mit einem Gewinn für die Qualität. Und wenn wir dann später wieder über die Prämienverbilligung diskutieren, dann sagen Sie «Symptombekämpfung». «Es müssen die Kosten gesenkt werden», sagen Sie dann, «und nicht für niedrige Einkommen die hohen Prämien verbilligt werden». Hauptsache ist ja schliesslich: Sie haben den Gewinn in ihrer eigenen Tasche.

*Cyrill von Planta (GLP, Zürich):* Ich möchte hier klarstellen, dass ich ausdrücklich nicht für die Grünliberale Fraktion spreche. Aber zum Thema «degressive Tarife» gibt es, denke ich, doch noch etwas zu sagen, was vielleicht sonst ein wenig untergeht, und zwar ist das Wort «degressiver Tarif» vielleicht einfach das falsche Wort für das, worum es hier geht. Das richtige Wort wäre wahrscheinlich einfach «korrekte Tarife», denn das Problem, das wir im Gesundheitswesen haben, ist folgendes: dass unsere Tarifstruktur linear ist. Das heisst, der Umsatz ist Menge mal Tarif. Solange das so ist, haben wir ein Anreizproblem. Ein korrekter

Tarif würde eben so gehen, dass die Fixkosten korrekt eingerechnet sind und die variablen Kosten korrekt eingerechnet sind, sodass eben ab einer gewissen Menge der Gewinn für das Spital trotzdem konstant bleibt. Gewinne sind nichts Falsches, aber im aktuellen linearen Tarif, den wir haben, ist es wirklich das Problem, dass, je mehr man macht, desto höher die Gewinnmarge wird. Das ist kein korrekter Tarif und etwas, das wir in unsere, Gesundheitssystem langfristig korrigieren müssen. Es zeichnet sich ab, dass der Kantonsrat es nicht korrigieren kann, aber dass es dann halt wieder von Bern aus gemacht werden muss.

*Ratspräsident Benno Scherrer:* Ich erkläre Ihnen nochmals das Abstimmungsverfahren: In einem ersten Schritt stellen wir die beiden Minderheitsanträge einander gegenüber und dann den obsiegenden Antrag dem Mehrheitsantrag der KSSG.

#### *Abstimmung I*

**Der Minderheitsantrag I von Lorenz Schmid wird dem Minderheitsantrag II von Andreas Daurù gegenübergestellt. Der Kantonsrat beschliesst mit 57 : 6 Stimmen (bei 99 Enthaltungen), dem Minderheitsantrag Daurù zuzustimmen.**

#### *Abstimmung II*

**Der Kommissionsantrag wird dem Minderheitsantrag von Andreas Daurù gegenübergestellt. Der Kantonsrat beschliesst mit 103 : 57 Stimmen (bei 0 Enthaltungen), dem Antrag der Kommission zuzustimmen.**

#### *§ 7a Abs. 2*

***Minderheit Andreas Daurù, Jeannette Büsser, Nora Bussmann, Thomas Martaler, Esther Straub, Mark Wisskirchen:***

<sup>2</sup> *Bei Überschreitung der Höchststallzahlen kann er zusätzlich:*

*a. Massnahmen zur Prüfung und Verbesserung der Prozessqualität der Spitäler ergreifen*

*Ratspräsident Benno Scherrer:* Der Minderheitsantrag von Andreas Daurù zu Paragraph 7a Absatz 2 ist zurückgezogen.

Wir machen mit dem Spitalplanungs- und –finanzierungsgesetz am 31. Mai 2021 am Nachmittag nach den Geschäftsberichten ZKB (*Zürcher Kantonalbank*) und EKZ (*Elektrizitätswerke des Kantons Zürich*) weiter.

*Die Beratung der Vorlage 5637a wird unterbrochen. Fortsetzung am 31. Mai 2021.*