

5. Spitalplanungs- und Finanzierungsgesetz (SPFG), Anforderungen für Leistungsaufträge

Antrag des Regierungsrates vom 8. Juli 2020 und geänderter Antrag der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit vom 30. März 2021; Fortsetzung der Beratung

Vorlage 5637a

Ratspräsident Benno Scherrer: Wir fahren heute bei Paragraf 8, Leistungsaufträge, fort.

§ 8. e. Geltungsdauer

Abs. 1 und 2

Keine Bemerkungen; genehmigt.

§ 8 Abs. 3

Minderheit Lorenz Habicher, Benjamin Fischer, Susanna Lisibach, René Truninger:

³ ... einer zweijährigen Kündigungsfrist ...

Benjamin Fischer (SVP, Volketswil), Präsident der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit (KSSG): Wir sind also zurück beim SPFG, so schnell kann es dann plötzlich gehen.

Paragraf 8, Absatz 3, Geltungsdauer der Leistungsaufträge: Hier stellt sich die Frage der Kündigungsfrist.

Man muss zwischen der Planungssicherheit der Spitäler und einer möglichst schnellen Reaktion auf ein neues Bedürfnis oder ein neues Angebot abwägen. Die Kommissionsmehrheit ist der Ansicht, dass eine dreijährige Kündigungsfrist angebracht ist. Wenn die Spitäler einen Leistungsauftrag unterschreiben, gehen sie davon aus, dass er zehn Jahre Gültigkeit hat, und wünschen eine Kündigungsfrist, die natürlich möglichst nahe bei den zehn Jahren liegt. Das ist hier ein Notfallventil. Wenn der Leistungsauftrag nicht korrekt erfüllt wird, gibt es natürlich andere Kündigungsoptionen, die separat geregelt sind. Also wenn der Leistungsauftrag nicht erfüllt werden kann, ist natürlich auch eine anderweitige Kündigung möglich. Es handelt sich hier teilweise um zu erbringende Vorhalteleistungen, die Personal und Infrastruktur benötigen. Und eine zweijährige Kündigungsfrist, wie sie von der Minderheit gefordert wird, könnte zu Problemen und zu relativ hohen Kosten führen.

Namens der Kommission beantrage ich Ihnen also, den Minderheitsantrag abzulehnen und den Mehrheitsantrag zu unterstützen.

Lorenz Habicher (SVP, Zürich): Es geht um die zweijährige Kündigungsfrist, die wir beantragen. Wir bewegen uns jetzt in der Geltungsdauer der Spitalliste. Leistungsaufträge sind neu nicht mehr grundsätzlich unbefristet, sondern werden auf die Geltungsdauer der Spitalliste befristet. Sie, die einzelnen Leistungsaufträge, können auch mit einer kürzeren Geltungsdauer erteilt werden. So weit, so gut. Die Spitalliste wird sicher alle zehn Jahre überarbeitet, was als die übliche Geltungsdauer gilt. Wenn nun eine einvernehmliche Kündigung erfolgt, also keine Ausnahme, kein fristloser Entzug, dann kann auf das Jahresende mit einer dreijährigen Frist gekündigt werden.

Unser Minderheitsantrag möchte diese Frist jetzt um ein Jahr verkürzen. Es ist also nicht so, dass Knall auf Fall eine Kündigung erfolgt, nein, sie haben im längsten Fall 35 Monate und im kürzesten Fall 25 Monate Kündigungsfrist. Es ist also nicht so, dass die Vertragspartner nicht genügend Zeit hätten, denn es handelt sich nicht um eine Überraschungsaktion. Und wenn der Regierungsrat aufgrund von Paragraph 4, Erreichung des Planungsziels, kündigt, dann war sich das Spital auch schon früher, sagen wir mal, der misslichen Lage bewusst. Sie sehen also, es ist kein Unding, es ist möglich. Und entschuldigen Sie, eine Kündigung mit 24 Monaten, um sich wirtschaftlich danach zu richten, ist keine zu kurze Frist. Die SVP stellt den Minderheitsantrag, Sie dürfen uns gerne unterstützen.

Claudia Hollenstein (GLP, Stäfa): Was für den einen eigentlich zu wenig, ist für die anderen zu viel. Natürlich kann man sich auf den Standpunkt stellen, dass Planungssicherheit ein Unwort ist und völlig überschätzt, man muss aber nicht. Planungssicherheit wird für die verantwortlichen Personen in einem Spital als dringend nötig beschrieben. Wer in ähnlichen Positionen tätig ist, kann das nachvollziehen. Die im Gesetz formulierte Zahl von drei Jahren erscheint den Direktbetroffenen bereits als knapp. Diese nun noch auf zwei Jahre zu reduzieren, ist weder praxisnah noch sinnvoll. Die GLP-Fraktion lehnt den Minderheitsantrag Habicher ab.

Abstimmung

Der Kommissionsantrag wird dem Minderheitsantrag von Lorenz Habicher gegenübergestellt. Der Kantonsrat beschliesst mit 126 : 46 Stimmen (bei 0 Enthaltungen), dem Antrag der Kommission zuzustimmen.

§ 8a. Anpassung der Spitalliste während der Geltungsdauer

Abs. 1

Minderheit Lorenz Habicher, Benjamin Fischer, Susanna Lisibach, René Truninger:

§ 8 a. ¹ ...Geltungsdauer in folgenden Fällen ...

Benjamin Fischer (SVP, Volketswil), Präsident der KSSG: Es gibt eine gewisse Dynamik bei der stationären Versorgung in der Spitalplanung und dieser soll Rechnung getragen werden können. Dieser Paragraph ermöglicht es, Justierungen im kleinen Rahmen ohne umfassende Spitalplanung vornehmen zu können. Die

Anpassung der Spitalliste wird begrenzt durch die Vorgabe des Bundesrechts, dass Spitalplanungen immer eine umfassende Versorgungsplanung beinhalten müssen. Mit dieser Bestimmung könnte eine Versorgungslücke oder ein neu entstandener Bedarf mit einer kleinen Erweiterung des Leistungsauftrags aufgefangen werden.

Aufgeführt sind die Fälle, die in den letzten Jahren eine Anpassung der Spitalliste erfordert haben, und die Direktion sieht im Moment keine weiteren Fälle. Die Kommissionsmehrheit will dem Regierungsrat offenhalten, die Spitalliste auch in anderen als den aufgeführten Fällen anzupassen, und lehnt deshalb den Minderheitsantrag ab, die Fälle abschliessend aufzulisten. Es kann unter Umständen schwierig sein, aufgrund der letzten zehn Jahre eine abschliessende Prognose für die nächsten zehn Jahre zu erstellen. Sie können sich das vorstellen, die Coronapandemie beispielsweise hat gezeigt, dass man manchmal sehr flexibel sein muss. Und ich denke nicht, dass hier drin jemand von Ihnen behauptet, exakt zu wissen, was die nächsten zehn Jahre bringen. Die Kommissionsmehrheit will also diesen Handlungsspielraum für die Regierung. In diesem Sinne beantrage ich, den Minderheitsantrag abzulehnen. Besten Dank.

Lorenz Habicher (SVP, Zürich): Als Beitrag zur Ratseffizienz spreche ich jetzt zu beiden Minderheitsanträgen zu Paragraf 8a.

Was wollen wir von der SVP erreichen? Erstens: Mit der Streichung des Wortes «insbesondere» soll eine abschliessende Aufzählung der Fälle, in welchen die Spitalliste während der Geltungsdauer angepasst werden kann, erreicht werden. Belassen Sie «insbesondere» im Gesetz, dann können weitere Fälle – fast nach Belieben – gefunden werden. Wir vertrauen unserer Gesundheitsdirektorin (*Regierungsrätin Natalie Rickli*), aber für uns muss diese Aufzählung abschliessend sein.

Zweitens: Wir wollen das Planungsziel erreichen. Wir wollen hier ein realistisches Planungsziel setzen und dieses auch erreichen. Jedes vernünftige Unternehmen, das sich Planungsziele setzt, will diese auch erreichen. Und was macht der Staat: Sie, die Mehrheit, wollen eine schwammige Förderung der Erreichung des Planungsziels. Na dann gute Nacht. Wir fördern die Erreichung, vielleicht schaffen wir es, vielleicht nicht, aber wir fördern mal etwas. Die SVP-Fraktion will eine abschliessende Aufzählung der Ausnahmefälle, und wir wollen das Planungsziel erreichen. Also, sollten Sie uns in diesen beiden Minderheitsanträgen unterstützen, dann haben Sie nichts Falsches gemacht, sondern zu einem besseren, klareren Gesetz beigetragen. Ich danke Ihnen, wenn Sie die beiden SVP-Minderheitsanträge unterstützen.

Abstimmung

Der Kommissionsantrag wird dem Minderheitsantrag von Lorenz Habicher gegenübergestellt. Der Kantonsrat beschliesst mit 118 : 48 Stimmen (bei 0 Enthaltungen), dem Antrag der Kommission zuzustimmen.

Keine Bemerkungen; genehmigt.

§ 8a Abs. 1 lit. d

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

d. zur Erreichung des Planungsziels ...

Claudia Hollenstein (GLP, Stäfa): Auch hier in Paragraf 8 Absatz 1 litera d haben wir es mit Spitzfindigkeiten zu tun. Hier gesellt sich zur SVP noch die Mitte dazu. Weshalb hier Druckerschwärze, Hirnschmalz und Energie verschwendet wurde, nur um das Wort «Förderung», was man auch als «Unterstützung» bezeichnen könnte und im Sinne des Paragraphen hier gut platziert ist, aus diesem Abschnitt zu entfernen, entzieht sich unserer Kenntnis. Und eigentlich hätte die SVP diese Anträge auch zurückziehen können, sie wird nicht reüssieren. Die GLP hat dies bei Paragrafen 12 und 13 getan. Keine der anderen Fraktionen anerkannte die Unsinnigkeit und deren Inhalt. Somit wird die Gesundheitsdirektion weiterhin Bank spielen, und alle finden das in Ordnung. Wir nicht, was auch für diesen Antrag der SVP gilt. Für uns gehört Förderung in gemeintem Sinne dazu und deshalb lehnen wir auch diesen Minderheitsantrag Habicher in Paragraf 8 Absatz 1 litera d ab.

Lorenz Schmid (Die Mitte, Männedorf): Liebe Claudia, wir sparen Druckerschwärze, indem wir einen Buchstaben oder, besser gesagt, einen Begriff herausnehmen. Wir geben als nicht mehr Druckerschwärze aus als ihr, ihr gebt viel mehr aus. Haltet die Gesetze kurz und prägnant, so wie der Inhalt ist. Es geht um Förderung, um nichts anderes. Bitte diese Formulierung – wo Lorenz Habicher recht hat, hat er recht –, sie ist richtig.

Abstimmung

Der Kommissionsantrag wird dem Minderheitsantrag von Lorenz Habicher gegenübergestellt. Der Kantonsrat beschliesst mit 113 : 57 Stimmen (bei 0 Enthaltungen), dem Antrag der Kommission zuzustimmen.

§ 8a Abs. 2 und 3

Keine Bemerkungen; genehmigt.

§ 9. Weitere Leistungsbereiche

Abs. 1

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

§ 9. ¹... beeinträchtigt wird.

(Rest streichen.)

Benjamin Fischer (SVP, Volketswil), Präsident der KSSG: Hier folgt die Kommissionmehrheit der Argumentation des Regierungsrates. Es geht um weitere Leistungsbereiche und um die Frage, ob Listenspitäler auch als Vertragsspitäler agieren können. Würde man dies zulassen, dann wüsste ein Patient, eine Patientin nicht, ob er oder sie sich in einem Bereich behandeln lässt, in dem das Spital Vertragsspital und nicht Listenspital ist. Auch die Vorgaben von Mindestfallzahlen könnten so unterlaufen werden.

Leistungsaufträge werden aufgrund des prognostizierten Bedarfs vergeben. Sie sind an Qualitätsindikatoren und Anforderungen an die Infrastruktur beispielsweise gebunden. Wenn das nicht erfüllt ist und ein Spital trotzdem in diesen Bereichen operiert, wird die Spitalplanung in Bezug auf den Bedarf untergraben. Zudem wüssten die Patientinnen oder Patienten nicht, ob die Qualitätsanforderungen erfüllt beziehungsweise das Label der Gesundheitsdirektion gegeben ist oder nicht. Es wäre nicht klar, ob die Mindestfallzahlen erreicht werden, ob Qualitätscontrolling-Programme stattfinden.

Zur Frage der rechtlichen Zulässigkeit ist es zumindest umstritten, ob es überhaupt zulässig ist, dass ein Listenspital als Vertragsspital Leistungen des Leistungskatalogs der Zürcher Spitalliste anbietet, für die es eben keinen Leistungsauftrag hat. Die Gesundheitsdirektion vertritt die Meinung, dass dies nicht zulässig sei. Andere Kantone sehen das jedoch anders. Das ergibt sich nicht ganz klar aus dem KVG (*Krankenversicherungsgesetz*). Eine Festschreibung im SPFG würde zu einer klaren Rechtsgrundlage führen.

Namens der Kommission beantrage ich Ihnen, den Minderheitsantrag abzulehnen. Besten Dank.

Claudia Hollenstein (GLP, Stäfa): Die Grünliberale Fraktion vertritt und unterstützt den Minderheitsantrag, wonach die Einschränkung zu streichen ist, gemäss welcher ein Listenspital keine stationären Leistungen aus dem Leistungskatalog der Zürcher Spitalliste erbringen darf, für die es keinen Leistungsauftrag hat. Mit dieser weitgehenden Regelung soll ausgeschlossen werden, dass ein Listenspital ausserhalb seines Leistungsauftrags gleichzeitig als Vertragsspital wirken kann. Gemäss bisherigem SPFG konnten Listenspitäler weitere Leistungen anbieten, sofern dadurch die Erfüllung der kantonalen Leistungsaufträge nicht beeinträchtigt wurde. Davon haben die Spitäler durchaus Gebrauch gemacht.

Begründet wird die neue Vorschrift wohl mit der Sicherstellung der Spitalplanung, der Wahrung der Qualitätserwartung der Patientinnen und Patienten sowie allenfalls der Einhaltung der Mindestfallzahlen. Doch wie können die notwendigen Mindestfallzahlen und die damit zusammenhängende Praxis respektive das Know-how für künftige Leistungsaufträge überhaupt aufgebaut werden?

Ein Listenspital hat gemäss neuem SPFG keine Möglichkeit, ohne formellen Leistungsauftrag neue Leistungsbereiche aufzubauen. Das in Paragraph 9 Absatz 1 Satz 2 vorgesehene Verbot unterbindet die Innovation und den Wettbewerb. Es führt dazu, dass ein Listenspital sich gar nie ernsthaft um einen zusätzlichen Leistungsauftrag bewerben kann. Die einmal geltende Spitalplanung wirkt wie ein goldenes

Korsett, welches ein Wachstum auf dem Weg von zusätzlichen vertraglichen Leistungsaufträgen nicht mehr zulässt.

Übrigens, alle anderen Kantone, ausser Zug, erlauben das Tätigwerden eines Spitals ausserhalb seines Leistungsauftrags als Vertragsspital. Zürcher Listenspitäler werden gegenüber Vertragsspitälern schlechter gestellt. Unser Antrag lautet somit: Der zweite Satz in Paragraf 9 Absatz 1 fordert eine Änderung der bisherigen Praxis und sollte gestrichen werden. Wir stehen für den Minderheitsantrag ein.

Esther Straub (SP, Zürich): Liebe GLP und liebe SVP, was Sie mit diesem Antrag wollen, untergräbt die kantonale Spitalplanung: Sie wollen, dass Listenspitäler gleichzeitig auch als Vertragsspitäler agieren können. Einmal mehr fördern Sie damit die Überversorgung im Kanton. Wenn Listenspitäler auch Leistungen anbieten, für die sie keinen Leistungsauftrag haben, untergraben Sie die quantitative Spitalplanung, die der Kanton vornimmt. Und Sie untergraben auch die Qualitätsvorgaben: Der Kanton knüpft die Leistungsaufträge an Mindestfallzahlen. Listenspitäler würden nun also als Vertragsspitäler ohne Mindestfallzahlen Behandlungen vornehmen. Patientinnen und Patienten gehen davon aus, dass sie in einem Listenspital mit entsprechenden kantonalen Qualitätserwartungen und -kontrollen behandelt werden, was somit aber plötzlich nicht mehr der Fall wäre. Das ist höchst problematisch, Patientinnen und Patienten so zu täuschen.

Auch hier würde ausserdem zusätzlich der Wettbewerb angeheizt, indem Listenspitäler als Vertragsspitäler anderen Listenspitälern die Grundlage entziehen, die erforderlichen Mindestfallzahlen zu erreichen. Ich würde nicht von «goldenem Korsett» sprechen, Claudia Hollenstein, sondern eher von Verschwendung von Gold, übermässigem Wettbewerb und wieder Überversorgung und alles andere als Kostendämpfung.

Die Mindestfallzahlen sind ja auch in Bezug auf den prognostizierten Bedarf berechnet, also kurz: Die sinnvolle Zuteilung in der Spitalplanung, die Konzentration von Leistungen, die sich qualitätsfördernd auswirkt, würde nicht mehr greifen. Hingegen käme es eben zu einer teuren Mengenausweitung.

Bettina Balmer-Schiltknecht (FDP, Zürich): Der zweite Satz in diesem Paragrafen ist tatsächlich schwierig. Denn es wäre natürlich schön und aus Sicht der Spitäler auch von Vorteil, man könnte auch stationäre Leistungen des Leistungskatalogs anbieten, ohne dafür einen Leistungsauftrag zu haben. Der VZK (*Verband Zürcher Krankenhäuser*) schreibt dazu, dass insbesondere die Einschränkung im zweiten Satz von Paragraf 9 Absatz 1 innovationshemmend sei und es erschwere, Vorarbeiten in gewissen Bereichen zu leisten, um auf die Spitalliste zu kommen. Ausserdem werde die Vertragsautonomie untergraben. Die Gesundheitsdirektion versicherte daraufhin, dass dies nicht der Fall sei, und weist darauf hin, dass es in der Praxis – wir haben es gehört – zu einer Vermischung von Leistungen mit Leistungsaufträgen und Nicht-Leistungsaufträgen kommt. Am Schluss wisse der Patient nicht mehr, ob das Spital für eine Leistung einen Auftrag habe oder nicht. Eine Anpassung der Spitalliste sei während der Geltungsdauer mit einer entsprechenden Kündigungsfrist überdies gemäss Paragraf 8 möglich und geregelt. Und

schliesslich würden zusätzliche stationäre Leistungsangebote ohne Leistungsauftrag in einem Listenspital die Planung und Qualitätssicherung der stationären Versorgung erschweren. All das leuchtet ein. Und so wurde der zweite Satz im ersten Absatz von Paragraf 9 in unserer Fraktion auch intensiv diskutiert. Wir kamen aber schliesslich zum Schluss, dass ein Spital, das ambulante und stationäre Rechnungskreise trennen kann, auch Rechnungskreise für Aufträge aus der Spitalliste und Angebote ohne Auftrag der Spitalliste klar abgrenzen kann.

Weiter haben wir uns versichern lassen, dass es für ein Spital problemlos machbar sei, bereits auf der Webseite anzugeben, ob ein Auftrag im Rahmen der Spitalliste erfüllt wird oder ob für ein Angebot kein entsprechender Auftrag besteht. Unter dem Strich resultieren also bei Ablehnung der Einschränkung von Paragraf 9 Absatz 1 mehr Flexibilität und mehr Möglichkeit für ein unternehmerisches Agieren eines Spitals, was sowohl für die Gesundheitsversorgung des Kantons als auch für die Wirtschaftlichkeit eines Spitals vorteilhaft ist. Es ist also unserer Meinung nach in der Abwägung sinnvoller, die Einschränkung von Paragraf 9 Absatz 1 abzulehnen und den Spitälern mehr Freiraum zu gewähren.

Nora Bussmann Bolaños (Grüne, Zürich): Zugunsten der Ratseffizienz spreche ich gleich zu Paragraf 9 Absatz 1 und zu Paragraf 9b. Wir haben es hier nämlich mit zwei Anträgen der GLP zu tun, die die ganze Spitalplanung eigentlich untergraben und hinfällig machen würden. Der Forderung nach einer gewissen Flexibilisierung, um Zusammenarbeit und Kooperationen zu ermöglichen, kann ich ja durchaus etwas abgewinnen. Aber in dieser radikalen Form, wie in Paragraf 9 gefordert, würde es vielmehr heissen, dass alle Spitäler eigentlich alles anbieten können, auch wenn sie keinen Leistungsauftrag haben. Wie bitte soll das gut sein für eine Konzentration und Qualitätssteigerung in den Spitälern, wenn dann doch viele Patientinnen und Patienten in Spitälern ohne diesen Leistungsauftrag behandelt werden und so dem Spital mit dem Leistungsauftrag X die Patientinnen und Patienten fehlen, um die Mindestfallzahlen zu erreichen? Auch die Ausbildung der Ärztinnen und Ärzte wäre erschwert, und ganz zu schweigen von einem Kostenwachstum, welches diese Forderung nach einer totalen Liberalisierung bei den Spitälern mit sich bringen würde. Und wie könnte der Kanton eine Überprüfung der Leistungserbringung und Steuerung wahrnehmen?

Liebe GLP, dem «L» in eurem Namen macht ihr mit diesen beiden Anträgen ja alle Ehre, aber niemandem sonst im Rat – und schon gar nicht dem Zweck dieses Gesetzes – eine Freude. Wir hätten uns die vielen Stunden Anhörungen und Aktenstudium sparen können, wenn dieser Antrag eine Mehrheit finden würde. Tut er aber wahrscheinlich nicht, das heisst, die andern Fraktionen – mit Ausnahme auch der SVP – haben Sinn und Zweck des SPFG besser verstanden. Danke.

Regierungsrätin Natalie Rickli: Namens des Regierungsrates beantrage ich Ihnen, diesen Minderheitsantrag abzulehnen und dem Regierungsrat zu folgen. Im Wesentlichen gibt es drei Gründe, warum Sie dem Regierungsrat folgen sollten: Erstens würde mit dem Minderheitsantrag die Spitalplanung unterlaufen. Mit der Streichung von Satz 2 wird die Planung der stationären Leistungen durch den

Kanton unterlaufen. Der Kanton darf ja nur so viele Leistungsaufträge erteilen, wie nötig sind, um den Bedarf zu decken. Wenn nun Spitäler ausserhalb eines Leistungsauftrags Leistungen erbringen, entsteht ein Überangebot, Überversorgung, die wiederum zu Kostensteigerungen führt.

Zweitens: Behandelt ein Spital ausserhalb des Leistungsauftrags, müsste es in diesem Bereich keine Qualitätsvorgaben, zum Beispiel Mindestfallzahlen – es wurde vorhin angesprochen –, beachten, welche für die Spitäler mit entsprechendem Leistungsauftrag gelten. Somit würde also eine Gefährdung der Behandlungsqualität entstehen.

Und drittens geht es auch um den Vertrauensschutz. Patienten dürfen darauf vertrauen, dass für das Spital die Qualitätsvorgaben des Kantons gelten, Qualitätslabel «Leistungsauftrag». Wie erwähnt, gelten die Qualitätsvorgaben ausserhalb des Leistungsauftrags aber gerade nicht. Aus diesem Grund beantrage ich Ihnen, dem Regierungsrat zu folgen.

Abstimmung

Der Kommissionsantrag wird dem Minderheitsantrag von Claudia Hollenstein gegenübergestellt. Der Kantonsrat beschliesst mit 96 : 74 Stimmen (bei 0 Enthaltungen), dem Minderheitsantrag zuzustimmen.

§ 9 Abs. 2

Keine Bemerkungen; genehmigt.

C. Erfüllung des Leistungsauftrags § 9a. Sicherstellung der Erfüllung Abs. 1 und 2

Keine Bemerkungen; genehmigt.

§ 9a Abs. 3

Benjamin Fischer (SVP, Volketswil), Präsident der KSSG: Ich versuche hier etwas zur Effizienz beizutragen und spreche zu Absatz 3 und zu Absatz 4, das sollte nicht allzu kompliziert werden. Bei Absatz 3 geht es darum, dass die Direktion in gewissen Fällen bewilligen kann, dass ein Listenspital einen Teil der Behandlung einer Leistungsgruppe nicht anbieten muss. Es geht jetzt um die Frage, ob man das Wörtchen «begründet» noch ergänzen möchte: Soll das also begründet werden müssen?

Namens der Kommission beantrage ich Ihnen, hier dem Kommissionsantrag zuzustimmen.

Und dann noch zu Absatz 4, die Bewerbung der Notfalldienstleistungen: Dort gibt es einen Minderheitsantrag, der hier noch explizit ein Werbeverbot für Notfalldienstleistungen erwähnen möchte. Die Kommissionsmehrheit spricht sich hier dagegen aus.

§ 9a Abs. 4

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

⁴ *Listenspitäler dürfen Notfalldienstleistungen nicht bewerben.*

Lorenz Schmid (Die Mitte, Männedorf): Wie viele Male musste ich mich in den letzten Wochen rund um die Diskussion «Raus aus der Prämienfalle» (*Kantonale Volksinitiative, die am Wochenende vom Stimmvolk verworfen wurde*) den Vorwurf gefallen lassen: Lorenz, das wahre Problem müssen wir angehen, nämlich die Ausgaben. Sie steigen und steigen und steigen im Gesundheitswesen. Vorwiegend vonseiten der FDP, jedoch auch von anderen Gegnern der Initiative, SVP und GLP, spielte man mir dieses Argument immer wieder zu. Bei der GLP und jetzt auch bei der FDP bin ich auch nicht mehr so ganz sicher, ob Kostenwachstum im Gesundheitswesen für sie überhaupt ein Problem ist. Die FDP ist beim vorgängigen Minderheitsantrag gekippt und unterstützt jetzt wirklich den Markt und keine Einschränkungen. Und die GLP spielt eine ganz, ganz dubiose Rolle. Liebe Leute, ich weiss nicht, was ihr wollt. Wollt ihr ein Gesundheitswesen, das prosperiert und wächst, und gleichzeitig nicht die Verantwortung für die Finanzierung übernehmen? Ich bin sprachlos. Und heute schon diskutieren wir über eine solche Massnahme der Drosselung des Kostenwachstums. Denn Sie glauben es nicht: Werbung wirkt. Unglaublich, Werbung wirkt – nach Lehrbuch. Sie fördert den Mehrkonsum und/oder substituiert zulasten anderer.

Ich komme zum Mehrkonsum: Mehrkonsum kann in einem Land mit medizinischer Unterversorgung durchaus Sinn machen, um die Kindersterblichkeit zu senken, vielleicht auch die Früherkennung von Chronischkranken zu fördern, sozusagen als Förderung der Volksgesundheit. Wie steht es um die Zürcher Bevölkerung? Ich erlaube mir rhetorisch die Frage: Ist diese unterversorgt? Ich glaube nicht. Wir fördern somit mit Werbung Mehrkonsum, den es nicht braucht. Was ist denn Notfall? Gehen Sie doch mal auf die Notfallstationen der Zürcher Spitäler, dort reihen sich im Sommer Leute mit Splintern im Fuss auf, im Winter solche mit Ohrenentzündungen. Und Werbung für Notfalldienstleistungen fördert dieses Verhalten, Werbung fördert die Nachfrage im Gesundheitswesen, nennen wir dies «induzierte Nachfrage».

Kommen wir zum zweiten Zweck der Werbung, Substitution zulasten anderer: Früher noch fragten wir zuerst unsere Familienmitglieder, gingen zum Hausarzt, gingen in die Apotheke; meine Interessenbindung (*als Apotheker*) ist wohl Ihnen allen bekannt. So war es. Auch heute gehen wir zum Hausarzt, in die Apotheke, in die Permanence-Klinik; diese spriessen aus dem Boden und trotzdem bewerben die Spitäler ihre Notfallabteilungen. Glauben Sie mir, ich liebe den Markt. Hier jedoch erlauben wir Markt für eine Dienstleistung, die uns sehr teuer zu stehen kommt. Denn der Spitalnotfall ist teuer, eine Behandlung im Spitalnotfall kostet dreimal so viel wie ein Notfall beim Hausarzt oder in der Permanence. Auch die Notfallbehandlungen der sogenannten dem Spital vorgelagerten Notfallpraxen sind doppelt so teuer wie jene der Hausärzte. Warum? Mein lieber Sepp von meiner Fraktion (*Josef Widler, Hausarzt und Präsident der Zürcher Ärztesgesellschaft*)

könnte es sicher besser ausführen. Der Notfall wird im Spital immer vertieft abgeklärt, wird vertieft behandelt, nur schon aus rechtlichen Gründen, wegen des Anklagerisikos. Wir haben es hier somit mit einer Werbung für induzierte Nachfrage und für teure Dienstleistung zu tun. Und Werbung für Notfalldienstleistungen ist wirklich nur für diese zwei Zielsetzungen gedacht. Notfalldienstleistungen dienen der Rekrutierung der Spitäler. Das kann der VZK (*Verband der Zürcher Krankenhäuser*) bestätigen: Jedes Spital will Notfall. Er ist nicht rentabel, aber er rekrutiert. Erneutes Kriterium: Induzierte Nachfrage schaffen.

Liebe SVP, FDP, GLP, sind euch die Kosten wichtig, stimmt diesem Antrag zu! Foutiert ihr euch um die Kosten, so lehnt ihn ab! Ich bin gespannt auf eure Argumentation.

Esther Straub (SP, Zürich): Ich kann mich meinem Vorredner nur anschliessen. Die Bewerbung von Notfallstationen macht deutlich, dass Spitäler diese nutzen, um Patientinnen und Patienten zu akquirieren. Notfälle sind aber teuer und kosten doppelt so viel wie die Behandlung durch eine Hausärztin oder einen Hausarzt oder durch eine Notfallapotheke. Wir haben hier schon über diverse Vorstösse von GLP und SVP debattiert, die es für dringlich hielten, Massnahmen zu ergreifen, um die Notfallstationen von Bagatellfällen zu entlasten. Eine Motion (*KR-Nr. 192/2017*) zur Einführung einer Strafgebühr von 50 Franken ist beim Regierungsrat pendent.

Eine wirksame Entlastung von Spitalnotfallstationen ist eine Daueraufgabe aller beteiligten Akteurinnen und Akteure, das hat der Regierungsrat immer wieder beteuert. Und jetzt finden Sie es ganz okay, dass die Spitäler ihre Notfallstationen mit Plakaten und anderen Formaten teuer bewerben. Das ist einfach unglaublicher Unsinn. Der telefonische Notfalldienst soll der Bevölkerung bekannt sein: 0800 33 66 55. Unter dieser Nummer erhält jeder und jede die kompetente Beratung sofort, was er oder sie tun soll und wo die Person im tatsächlichen Notfall am schnellsten betreut wird. Weshalb sollen Spitäler also direkt ihre Notfallstationen bewerben? Weshalb? Es gibt keinen Grund – keinen Grund ausser Profitstreben. 50 Franken Busse, das tut den Spitälern doch nicht weh, nein, die Patientinnen und Patienten müssen es tragen. Die 50 Franken steigern noch einmal was? Was steigern sie noch einmal? Die neoliberale Bürokratie, die du, Bettina Balmer, so schlimm findest. Genau! 50 Franken Busse, aber die Notfallstationen noch dazu auffordern, dass die Leute kommen und dann die Busse bezahlen müssen.

Hier hätten wir einen kleinen, aber wirkungsvollen Beitrag zur Kostendämpfung. Es ist jetzt bereits die sechste kostendämpfende Massnahme, die wir beantragen oder mitunterstützen und die eine Mehrheit hier nicht umsetzen will. Sie haben soeben auch noch einen klar kostenausweitenden Antrag angenommen. Die Kosten werden weiter rasant steigen mit diesem Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetz, rasant. Und wenn wir über IPV (*Individuelle Prämienverbilligung*) debattieren, kommen Sie dann wieder und sagen: «Ja, das ist Symptombekämpfung, wir müssen die Kosten dämpfen und herunterfahren.» Und was machen Sie hier? Lauter kostensteigernde Anträge. Und die einzigen Anträge, die Kosten dämpfen, die verwerfen Sie in Bausch und Bogen. Sie politisieren hier für Spitalprofite,

ganz klar, Spitalprofite, die dann von den ungerechten Kopfprämien von allen in der Bevölkerung zu gleichen Teilen getragen werden müssen. Rücksichtsloser und unsozialer geht es nicht mehr. Verbieten Sie jetzt wenigstens diese Werbung für Notfalldienstleistungen.

Bettina Balmer-Schiltknecht (FDP, Zürich): Zuerst noch kurz zum vorhergehenden Antrag. Es ist natürlich falsch, wenn man sagt, dass es eine Kostensteigerung gibt, wenn in Nicht-Listenspitälern Aufträge durchgeführt werden, weil es eben nicht Listenspitäler-Aufträge sind.

Nun aber zum Werbeverbot. Lieber Lorenz, ich verstehe deinen Punkt und ich habe auch Sympathien für diesen Antrag. Es ist wirklich unglaublich, wenn man herumschaut, welche Notfälle ich zum Beispiel auf dem Kindernotfall behandeln muss. Es gibt ganz sicher einen Teil Notfälle, die das Prädikat «Notfall» mehr als verdient haben, aber es gibt auch einige Notfälle, bei denen ich mich frage, was die Patienten auf dem Notfall machen. Trotzdem, ein Werbeverbot für Notfalldienstleistungen führt zu weit. Die FMH (*Berufsverband der Schweizer Ärztinnen und Ärzte*) kennt Regeln bei der Bewerbung von ärztlichen Leistungen, es gibt das. Und auch die schweizerische Lauterkeitskommission kennt Grundsätze in der kommerziellen Kommunikation. Es ist tatsächlich wichtig und richtig, dass mit Steuergeldern nicht übermässig und aggressiv für Notfallstationen und generell für medizinische Leistungen geworben werden soll. Aber da es ja bereits Regeln zur Bewerbung gibt und ausserdem – und das ist jetzt der Punkt – die Gesundheitsdirektion in der Kommission versichert hat, die Bewerbung der Spitäler generell und der Notfallstationen speziell demnächst einmal gründlicher zu analysieren, werden wir deinen Antrag, Lorenz Schmid, ablehnen. Die Ausgangslage macht den vorliegenden Antrag also überflüssig, auch wenn das Anliegen per se durchaus eine Berechtigung hat.

Jeannette Büsser (Grüne, Zürich): Vor einigen Minuten, etwas unverhofft, ist das SPFG selbst hier drin zum Notfall geworden. Die FDP trägt mit ihrem Abstimmungsverhalten das SPFG vielleicht zur Urne, darüber müssen wir noch sprechen. Jetzt aber zum Antrag: Es mag erstaunen, dass wir Grünen diesen Antrag nicht unterstützen, aber es zeigt auch, dass wir grundsätzlich nicht gegen Wettbewerb sind. Zwar gibt es unserer Ansicht nach auch hier keinen echten Markt, und darum ist ein Wettbewerb sinnlos. Doch in diesem spezifischen Fall sind die Folgen gar nicht so schlecht. Einerseits gehen wir nicht von einer Mengenausweitung aus. Oder hoffen Sie auf einen geplatzten Blinddarm oder einen Schlaganfall, weil das USZ (*Universitätsspital Zürich*) tolle Werbung für die Behandlung macht? Wir glauben nicht. Dass zu viele Menschen den Notfall aufsuchen, hat nichts mit der Werbung zu tun, sondern weil sie keinen Zugang zur Hausarztmedizin haben oder auch nicht während der Arbeitszeit gehen können oder gehen dürfen. Und andererseits ist die Werbung in diesem Fall vor allem eines: Information. Und Information ist oft auch Prävention. Wir lehnen darum diesen Minderheitsantrag Schmid ab. Danke.

Claudia Hollenstein (GLP, Stäfa): Bei Paragraph 9 Absatz wird von einer Minderheit beantragt, dass Listenspitäler ihre Notfalldienstleistungen nicht bewerben dürfen. Begeben Sie sich bitte gedanklich mit mir zum Beispiel in ein Tram. Sie setzen sich auf einen freien Platz und blicken auf die A4-Werbetafel, die vor Ihnen an der Tramwand befestigt ist. Und was lesen Sie da? Das Triemlispital wirbt um Sie. Dort steht geschrieben, dass Sie sich bitte unverzüglich bei einer Unpässlichkeit oder einem sonstigen Leiden in die Notfallabteilung des Triemlispitals begeben sollen, notabene, weil es das beste Spital in der Stadt und am nächsten von Ihnen sei. Sie sind total happy und wissen nun, dass Sie sich sicher fühlen dürfen, denn die Notfallabteilung des Triemlispitals wartet auf Sie. Falls Sie nun der Meinung sind, Sie hätten so etwas noch nie gelesen, dann freut mich das; ich auch nicht. Wenn Spitäler für ihre Notfallabteilungen Werbung machen – wenn –, dann tun sie es immer mit einer Information zum Verhalten bei einem Herzinfarkt oder bei Schwierigkeiten und Schmerzen in Bezug auf Durchblutungsstörungen und Schlaganfällen, als Beispiel. Es ist davon auszugehen, dass Menschen, die sich nicht davon abbringen lassen, eine Notfallstation aufzusuchen, dies nicht aufgrund der Werbung im Tram tun.

Der Wille, ein solches Verbot im Gesetz zu verankern, ist kurzsichtig und hilft dem eigentlichen Anliegen nicht im Geringsten. Die GLP-Fraktion lehnt den Minderheitsantrag Schmid ab.

Kaspar Bütikofer (AL, Zürich): Die Alternative Liste unterstützt den Minderheitsantrag. Und ehrlich gesagt, ich verstehe die Welt jetzt nicht mehr ganz. Die GLP, unterstützt von anderen unliberalen Parteien, hat noch vor kurzem einen Vorstoss gemacht, dass eine Strafgebühr von 50 Franken für das Aufsuchen des Notfalls eines Spitals erhoben werden solle, sofern der Notfall leichtfertig aufgesucht wird. Die GLP liess sich damals von der Idee leiten, dass man den Notfall nicht leichtfertig aufsuchen solle, weil der spitalgebundene Notfalldienst ein Kostentreiber im Gesundheitswesen ist. Und er ist teurer als das Aufsuchen eines Hausarztes oder einer Permanence. Hinter dem Vorstoss der GLP war vielleicht eine gute Absicht, aber letztendlich wurde der falsche Ansatz gewählt. Denn viele können nicht einschätzen, ob sie jetzt den Notfalldienst des Spitals leichtfertig aufsuchen oder nicht. Aber was jetzt geschieht, ist eine 180-Grad-Wende der GLP. Nun soll also der Spitalnotfalldienst beworben werden. Und was soll das Ganze? Man wirbt also den Notfall, jemand geht in den Notfall, und dann heisst es «Jetzt kriegst du eine Busse von 50 Franken, weil du leichtfertig in den Notfall gegangen bist». Das ist doch eine absurde Politik, die da die GLP macht. Die Mehrheitsposition riecht doch sehr stark nach der Spitallobby. Zwar ist der Notfalldienst teuer und teurer als ein Hausarzt, aber es ist für die Spitäler lukrativ, weil sie über den Notfalldienst eben Patientinnen und Patienten akquirieren können. Sie können die guten Patienten dann ins Haus holen. Es handelt sich hier also um einen absoluten Fehlanreiz, der kostentreibend ist. Und solche Fehlanreize sollten eigentlich mit dieser SPFG-Revision getilgt werden. Stimmen Sie deshalb Ja zum Minderheitsantrag. Besten Dank.

Thomas Marthaler (SP, Zürich): Das Votum von Kaspar Bütikofer kann ich nur unterstreichen, es ist absolut richtig, was er sagt. Wo man ein bisschen differenzieren sollte, ist natürlich, dass Werbung, Information und Marketing alles Begriffe oder Tätigkeiten sind, die ineinanderfliessen und wo die Information wichtig ist. Wenn wir hier das Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetz besprechen, geht es immer auch um Anreize. Die Spitäler müssen ja auch Gelder generieren, aber das schafft eben auch Fehlanreize. Das haben wir beim Antrag vorhin gehört, als die FDP auf einmal kippte und sagte, auch die Vertragsspitäler sollten alles machen können, und der Antrag der SVP unterstützt wurde. Und das ist ein Sündenfall, liebe FDP, ihr kommt immer mit «Sparen», «haushälterisch Umgehen mit den Mitteln», aber irgendwo muss man auch konsequent sein. Ihr von den Grünen habt ja gesagt, dies könnte ein Grund sein, dass man ein Referendum ergreifen müsse. Denn dieses Gesetz ist, wenn es so ausgestaltet ist, nicht geeignet, die Kosten zu dämpfen oder nur schon dem Wachstum ein bisschen eine Bremse zu setzen. Wenn man sagt, alle sollen alles machen können, dann ist das typisch: Am Sonntag sagt man «keinen Alkohol trinken, sparen und so weiter», aber am Montag: Achtung, fertig, los! Oder eben jetzt bei dieser Gesetzesberatung: Da schaut halt die bürgerliche Seite oder die FDP, dass ihre Privatspitäler schon auch zu ihren Operationen oder zu ihren Behandlungen kommen. Der Regierungsrat hat die Vorlage im vorangegangenen Paragraphen so gemacht, dass die Mengenausweitung ein bisschen hätte eingeschränkt werden können. Aber sobald man eine Möglichkeit hat, hier die Schleuse wieder zu öffnen, schaut man für seine Klientel und schaut, dass sie zu ihrer Arbeit kommt und zu ihren Geldern kommt. Das ist inkonsequent.

Jetzt zu dieser Notfall-Bewerbung: Logisch ist es nicht sinnvoll, für die Notfälle noch Werbung zu machen, weil das auch wieder eine Mengenausweitung ist. Man hat dann die Leute vor Ort und sagt, ja, man müsse mal richtig abklären, und dann findet man auch noch etwas. Das ist ein Problem. Aber wir müssen die Notfallbehandlungen an einem anderen Ort regeln, ob wir beispielsweise in jedem Spital einen Notfall haben möchten oder nicht, ob wir das besser steuern wollen oder nicht. Aber das ist ja auch abgelehnt worden, weil halt jedes Spital für sich schaut. Das ist dann nicht immer so effizient für den ganzen Kanton. Vor allem für das Portemonnaie und die öffentlichen Finanzen ist das nicht so effizient. Aber unterstützen Sie den Antrag Schmid, denn es ist nicht nötig, dass jedes Spital Reklame für den eigenen Notfall macht. Wir müssen das an einem anderen Ort irgendwann einmal regeln, dass nicht jedes Spital eine Notfallabteilung braucht.

Hans-Peter Amrein (SVP, Küssnacht; fraktionslos): Was wir hier debattieren, ist knallharte Interessenpolitik, aber nicht gescheite Spitalpolitik. Kollega Schmid hat recht, Kollega Bütikofer hat es Ihnen gesagt, ich bin absolut einverstanden mit dem, was er gesagt hat. Dazu eine kurze Geschichte: Ich war vor einigen Jahren zur Eröffnung eines Notfalls eingeladen. Riesenapéro! Dann fiel mir vor dem Notfall ein riesiger Parkplatz auf. Gabi Petri wird jetzt staunen. Ich habe dann gefragt: Ja wofür ist jetzt der Parkplatz da im Notfall? Da kommen ja nur Krankenwagen und Leute, die schnell die Schwerverletzten abladen. «Nein, nein, das ist für die

Leute, die in den Notfall kommen», sagte mir die Spitalratspräsidentin (*gemeint ist Beatrix Frey, Verwaltungsratspräsidentin Spital Männedorf*), sie sitzt hier bei den Freisinnigen, bei der Lobbypartei. Sie sagte mir: «Wir müssen das haben, denn die Allgemeinpraktiker, die wollen das, die schicken uns das.» Und dann frage ich: «Ja, aber wieso habt ihr keine Permanence daneben?» Das macht ja Sinn, oder: Notfall, Permanence, Triage. «Das können wir nicht, dann kriegen wir keine Kunden mehr von den Allgemeinpraktikern. Die werden ja dann konkurrenziert.» Ich komme aus dem Bezirk Meilen. Wir haben im kürzesten Umkreis mehrere Spitäler, alle mit einem Notfall. Diese Notfallinstitutionen – in der einen oder anderen war ich mal mit einem Herzinfarkt oder zwei, und von meiner Familie auch noch das eine oder andere Mitglied – sind für den Patienten, der nicht weiss, wie's geht, der kein Gesundheitsspezialist ist, ganz verschieden organisiert. Ich sage mal, das eine Spital macht gerne noch etwas mehr, das andere macht nur das Nötige.

Unterstützen Sie diesen Antrag Schmid, Daurù, Marthaler, Straub. Für einen Notfall zu werben, das ist knallharte Interessenpolitik, aber keine Gesundheitspolitik. Überlegen Sie sich doch bitte noch, dass man endlich mal neben jedem Notfall, den es dann gibt, eine Permanence hintut. Dann braucht es das mit der Busse auch nicht.

Mark Anthony Wisskirchen (EVP, Kloten): Ja, wir betreiben Gesundheitspolitik, wir bleiben dabei. Und für die EVP ist die Welt noch in Ordnung, gerade auch in diesem Fall. Denn die EVP hat den unliberalen und liberalen Strafvorstoss der GLP dazumal nicht gestützt. Aber Werbung für den Notfall im Spital ist gar nicht notwendig, das stimmt, aber das wird auch nicht wirklich betrieben. Die Bevölkerung flutet regelrecht die Notfallaufnahmen, es ist also nicht notwendig, hier eine Sondermassnahme ergreifen zu wollen. Die EVP unterstützt damit den regierungsrätlichen Antrag.

Ronald Alder (GLP, Ottenbach): Ich erlaube mir hier kurz eine Präzisierung anzubringen, gerade zur Diskussion zum vorhergehenden Artikel. Sie sollten eigentlich alle wissen, dass es einen grossen Unterschied gibt zwischen einem Listenspital und einem Vertragsspital. Wenn ein Vertragsspital eine Leistung erbringt, dann geht es ausschliesslich auf Rechnung der Zusatzversicherung und nicht auf Rechnung der Grundversicherung und auch nicht der OKP (*Obligatorische Krankenpflegeversicherung*). Das heisst also, eine Leistung eines Vertragsspitals steigert nicht die Krankenkassenprämien und auch nicht die Ausgaben des Kantons. Ich bitte, dies präzise zu berücksichtigen. Wenn Sie hier von Mengenausweitung in grösserer Ordnung sprechen, dann wissen Sie, zumindest die Gesundheitspolitikerinnen und -politiker wissen, dass das so nicht stimmt. Und dann erzählen Sie es bitte auch nicht so. Es ist schlichtweg falsch. Wenn ein Listenspital, das auch Vertragsspitalleistungen erbringen will, das also keinen Leistungsauftrag hat, einen Patienten behandelt, dann kommt das Geld ausschliesslich aus der Zusatzversicherung, nicht aus der OKP-Allgemeinversicherung. Es ist stimmt schlichtweg

nicht, dass dies ein kostentreibender Faktor ist. Ich bitte Sie, dies zu berücksichtigen.

Und das Zweite, das ich Ihnen jetzt einfach auch noch mal ans Herz legen möchte – es wurde das letzte Mal immer wieder gesagt und heute auch – ist: Sie sprechen fast ausschliesslich von Überversorgung und Überkapazität. Ich bitte Sie zu berücksichtigen: Da war vor ein paar wenigen Monaten mal was (*Anspielung auf die erste Welle der Corona-Pandemie*), da waren wir froh um jedes einzelne Bett im Kanton Zürich, um die Gesundheitsversorgung der Zürcher Bevölkerung sicherstellen zu können. Sie können im Versorgungsbericht des Kantons Zürich nachlesen, dass von einem Mehrbedarf an Spitalbetten in den nächsten zehn Jahren ausgegangen wird, plus 15 Prozent, hauptsächlich getrieben durch die zunehmend ältere Bevölkerung. Also hören Sie einfach auf, Herr Schmid, hier von Überversorgung und Überkapazität zu sprechen. Sie haben es das letzte Mal angesprochen, Sie möchten am liebsten Spitäler schliessen. Sie können das tun, aber Sie müssen ja nicht meinen, dass darunter dann die Versorgung und vor allem Qualität nicht leiden. Hören Sie auf, auch dieses Märchen zu erzählen. Wenn wir Kosten sparen, wenn wir Kosten senken, dann heisst das auch Leistungen einschränken, Leistungen abbauen, und das hat dann Konsequenzen für die Bevölkerung. Versuchen Sie also bitte nicht immer nur die Kosten zu betrachten, vor allem auch die Qualität ist sehr, sehr wichtig, im Wissen, dass wir immer alle älter werden und dass das eigentlich der wahre Kostentreiber ist. Dazu sollten wir uns mal Gedanken machen, wie wir die Zukunft gestalten wollen. Einfach nur auf der stationären Versorgung herumzuhacken, löst das Problem in keiner Art und Weise, im Gegenteil: Ich lege es Ihnen ans Herz, wir werden in Zukunft mehr davon brauchen, wenn wir die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung aufrechterhalten wollen. Respektieren Sie das. Danke.

Lorenz Habicher (SVP, Zürich): Ich bin froh um das Votum von Ronald Alder, er hat vieles klargestellt. Ich möchte hier auf die Werbung zurückkommen, die Notfalldienstleistungen zu bewerben. Mein Namensvetter Lorenz Schmid möchte dies ja verbieten. Nun, die Werbung ist schon verboten und hier ist Hans-Peter Amrein einem Grundlagenirrtum aufgesessen: Die Werbung ist im Gesundheitsgesetz geregelt und dort ist es schon verboten, entsprechende Dienstleistungen zu bewerben. Sie brauchen also keine zusätzliche Umsetzung im SPFG. Und es wäre auch falsch, in einem Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetz ein Werbeverbot zu stipulieren. Insofern ist es richtig, die Institutionen können informieren. Es ist auch richtig, dass sie nicht aktiv Dienstleistungen bewerben dürfen. Nur ist die Unterscheidung zwischen diesen zwei Fällen natürlich ein schmaler Grat, das sind wir uns bewusst. Aber wir wissen auch, dass es im Gesundheitsgesetz richtig umgesetzt wird und dass es hier im Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetz keine Regelung braucht. Ich bitte Sie also, dem Mehrheitsantrag zuzustimmen und den Minderheitsantrag Schmid zu Absatz 4 abzulehnen.

Lorenz Schmid (Die Mitte, Männedorf) spricht zum zweiten Mal: Ja, lieber Lorenz, die Strafgebühr, als Vorstoss von der SVP, GLP und der Mitte eingereicht,

ist hängig, dies zur Erinnerung. Auf nationaler Ebene ist die Strafgebühr seitens der SVP eingereicht und traktandiert. Also der Widerspruch kann nicht grösser sein, als er hier jetzt debattiert wird. Schlaganfälle, Herzinfarkt, liebe Claudia, für diese Notfälle braucht es keine Werbung. Der liebe Hans-Peter brauchte keinen Hinweis, dass er mit seinem Herzinfarkt in den Spitalnotfall fahren musste. Liebe Claudia, Andreas Hauri (*Zürcher Stadtrat und Vorsteher des Gesundheitsdepartements*) macht in der Tat Werbung. Er macht nicht Werbung für Schlaganfälle und Herzinfarkt, er macht Werbung für Grundversorgung 24 Stunden, rund um die Uhr. Liebe Finanzpolitiker, die Kosten wachsen und mit ihnen der Kostenanteil der stationären Leistungen, die als Folgeleistung erbracht werden, eben für Notfallpatienten. Bitte nehmen Sie – jetzt muss ich gendgerecht sein – Ihre Gesundheitsstuten und Gesundheitshengste an die Zügel. Ronald, Vertragsspitäler ohne Aufträge, also ohne Listenspitalauftrag, belasten in der Tat nur die Zusatzversicherung. Aber was glaubt ihr denn: Wenn ein Spital in der Zusatzversicherung nicht den Mindestanforderungen der Fallzahl und so weiter entsprechen soll, dann haben wir einfach einen qualitativen Einbruch. Und das wollen wir nicht. Und wir haben bei Zusatzversicherten eben eine stark induzierte Nachfrage. Ich würde mir das als Zusatzversicherter nie antun, in ein Spital zu gehen, das nicht den Leistungsauftrag erfüllt. Also der Qualität zuliebe und den Finanzen zuliebe, bitte ich, zumindest diesem mickrigen Antrag auf Verbot von Werbung für Notfalldienstleistungen zuzustimmen. Es geht nicht um Betten, es geht um die Notfallstation und Leistungen in der Notfallstation.

Abstimmung

Der Kommissionsantrag wird dem Minderheitsantrag von Lorenz Schmid gegenübergestellt. Der Kantonsrat beschliesst mit 114 : 55 Stimmen (bei 0 Enthaltungen), dem Antrag der Kommission zuzustimmen.

§ 9b. Erfüllungsort

Minderheit Claudia Hollenstein:

² ... Leistungen an einem Nebenstandort oder in Zusammenarbeit mit anderen Listenspitälern zu erbringen, ...

Benjamin Fischer (SVP, Volketswil), Präsident der KSSG: Es geht um den Erfüllungsort. Die Spitäler sollen eine gewisse Flexibilität erhalten, um sich ausrichten und eben auch einen weiteren Standort erstellen zu können. Es würde aber den Planungszielen widersprechen und könnte zu einer unerwünschten Mengenausweitung führen, wenn dann an beiden Standorten dieselben Leistungen erbracht werden könnten. Im Zusammenhang mit Kooperationen unter den Listenspitälern wurden in der Kommission auch über die etwas besondere Position des Universitätsspitals Zürich diskutiert. Mit seiner Fülle an Leistungsaufträgen könnte es im ganzen Kanton Kooperationen eingehen und damit die Grundversorgung übermässig «aufsaugen»; dies etwas die Befürchtung.

Namens der Kommission beantrage ich Ihnen, den Minderheitsantrag abzulehnen und dem Kommissionsantrag zuzustimmen.

Claudia Hollenstein (GLP, Stäfa): Gemäss Paragraph 9b Absatz 2 wird die Übertragung eines Teils oder des ganzen Leistungsauftrags auf einen anderen Leistungserbringer ausgeschlossen, und auch die Erfüllung eines Leistungsauftrags durch ein anderes Listenspital ist unzulässig. Ausschliesslich die Erfüllung an einem Nebenstandort, kann unter gewissen Voraussetzungen und unter Einholung einer vorgängigen Bewilligung gestattet sein. Diese Standortgebundenheit wirkt strukturerhaltend. Strukturerhaltung lässt keine Bewegung zu. Die Sicherstellung der Behandlungsqualität durch das Listenspital mit Leistungsauftrag ist auch ohne dieses Ausschlusskriterium garantiert. Diese Regelung widerspricht eindeutig der politischen Forderung nach mehr Zusammenarbeit und Kooperation unter den Spitälern. Gerade Regionalspitäler könnten Behandlungen in Kooperation anbieten. So könnte beispielsweise ein teurer Eingriff in einem dafür spezialisierten Partnerspital durchgeführt werden. Die Patientin oder der Patient bleibt vor und nach dem Eingriff wohnortsnah betreut. Leistungsaufträge sollen in Kooperation mit Partnerspitälern in dieser Art erbracht werden können. So werden Doppelspurigkeiten in der Spitalversorgung verhindert, ohne das entsprechende Leistungsangebot abzubauen. Diese Zusammenarbeit senkt die Spitalkosten, sie erhöht sie nicht. Nicht an jedem Spitalstandort müssen die gleich teure Infrastruktur und das entsprechende Personal zur Verfügung stehen. Auch die Forderung nach mehr integrierter Versorgung wird dadurch auf unnötige Weise verhindert. Zudem ist die geforderte Sicherstellung der Behandlungsqualität durch das Listenspital auch ohne dieses Ausschlusskriterium garantiert. Die Zusammenarbeit durch Kooperation senkt die Spitalkosten, sie erhöht sie nicht. Das sieht auch die Mehrheit in der Bevölkerung so. Dies belegt die Sotomo-Umfrage (*Meinungsforschungsunternehmen*) zu politischen Massnahmen im Zürcher Gesundheitswesen. Gefragt nach dem grössten Sparpotenzial zur Steigerung der Kosteneffizienz im Zürcher Gesundheitswesen, erreicht «mehr Kooperation zwischen den Spitälern» über alle Parteigrenzen hinweg den absoluten Spitzenwert, vor kürzeren Spitalaufenthalten, räumlicher Konzentration oder Beschränkung von teuren Eingriffen. Eine Einschränkung der Spitalwahl wollen nur gerade 12 Prozent. Zumindest sollte die Kooperation unter den Spitälern für Teile ihrer Leistungsaufträge unter den Voraussetzungen des Paragraph 9b Absatz 2 gestattet sein. Aber nein, jegliche Zusammenarbeit wird, von der Kommissionsmehrheit so vertreten, leider verunmöglicht. Eine solche weitreichende Standortgebundenheit wirkt, wie gesagt, strukturerhaltend und ist mitunter innovationsfeindlich.

Die Grünliberale Fraktion steht klar für den Minderheitsantrag.

Nora Bussmann Bolaños (Grüne, Zürich): Eigentlich wollte ich dazu nicht mehr reden, aber nach dieser überraschenden Wende in Paragraph 9 fühle ich mich nun doch gezwungen, noch ein paar Sachen zu sagen.

Liebe Claudia, liebe GLP, Strukturerhalt wollt ihr nicht. Aber ihr möchtet den Strukturerhalt schon bei den lukrativen Zusatzversicherten oder bei dem, dass eben die Spitäler, die viele solcher lukrativer Zusatzversicherter anwerben wollen, dies weiterhin tun können. Ihr wart gegen einen Ausgleich zwischen nur OKP-

Versicherten und Zusatzversicherten. Zudem zahlt der Kanton auch bei den Listenspitälern indirekt für die Privatversicherten mit. Also einfach zu sagen, es sei überhaupt keine Mengenausweitung und keine Zunahme, wenn dann plötzlich alle wieder alles anbieten können, ist einfach falsch. Und es geht nicht nur um Überversorgung, dass wir ein Problem haben, wenn alle wieder alles anbieten sollen, sondern es geht auch darum, dass wir so die Qualität nicht sichern können. Wenn wir sagen, es soll Mindestfallzahlen geben, um die Leistungen in einer hohen Qualität erbringen zu können, dann wird das doch einfach torpediert, wenn nachher jedes Spital wieder jeden Leistungsbereich anbieten kann. Also da geht es nicht nur um Überversorgung, es geht sehr wohl um Qualität. Und mit einem SPFG ohne Steuerungsmöglichkeiten durch die Gesundheitsdirektion gewinnen weder die Steuerzahlenden noch die Patientinnen und Patienten. Deshalb lehnen wir auch diesen Paragraphen ab.

Abstimmung

Der Kommissionsantrag wird dem Minderheitsantrag von Claudia Hollenstein gegenübergestellt. Der Kantonsrat beschliesst mit 151 : 23 Stimmen (bei 0 Enthaltungen), dem Antrag der Kommission zuzustimmen.

§ 11. Weitere Leistungen

Abs. 1

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

§ 11 Abs. 1 gemäss Antrag des Regierungsrates.

Minderheit II Lorenz Schmid:

§ 11. ¹ Decken die Tarife die Kosten einer wirtschaftlichen Leistungserbringung nicht, kann der Kanton Leistungserbringern Subventionen bis zu 100% der ungedeckten Kosten für notwendige Leistungen gewähren, sofern ein überwiegendes öffentliches Interesse an ihrer Erbringung oder an der Gewährleistung der Versorgungssicherheit im Vordergrund steht.

a. stationäre und ambulante Pflichtleistungen,

lit. b wird aufgehoben.

lit. c–e werden zu lit. b–d.

e. weitere Versorgungsangebote, sofern sie die Versorgungskette verbessern oder die stationäre Spitalversorgung entlasten.

Ratspräsident Benno Scherrer: Hier liegen neben dem Kommissionsmehrheitsantrag ein Minderheitsantrag I von Andreas Daurù und Mitunterzeichnenden und ein Minderheitsantrag II von Lorenz Schmid vor. Wir stellen diese Anträge im Cupsystem einander gegenüber.

Benjamin Fischer (SVP, Volketswil): Wir kommen jetzt wieder zu einem ganz interessanten Paragraphen, es ist eigentlich des Pudels Kern, die Frage der Subventionen. Die Kommission hat sehr intensiv über die Vergabe von Subventionen an

Listenspitäler diskutiert. Und jetzt müssen Sie genau aufpassen: Die Minderheit Daurù will Subventionen neu auch für stationäre und spitalgebundene ambulante Pflichtleistungen bei Erwachsenen ermöglichen, soweit sie versorgungspolitisch sinnvoll sind. Gemäss geltendem Recht ist dies grundsätzlich nur für Leistungen bei Kindern und Jugendlichen möglich und bei Erwachsenen auf spitalgebundene ambulante Pflichtleistungen in psychiatrischen Kliniken beschränkt.

Die Kommissionsmehrheit will am geltenden Recht festhalten. Sie führt an, dass Tarife die Kosten der Spitäler decken sollten. Mit der Mengenausweitung sieht sie vor allem Subventionen in der Altersklasse 18plus. Es besteht die Befürchtung, dass diese vom Kantonsrat nicht gesteuert werden können, und die Kommissionsmehrheit erachtet es nicht als zielführend, diese Diskussion dann jeweils im Budget führen zu müssen. Sie sehen, es liegt eine gewisse Komplexität dahinter, wenn wir diese Subventionen diskutieren. Die Kommissionsmehrheit ist gegen beide Minderheitsanträge,

Die Kommissionsmehrheit ist gegen die beiden Minderheitsanträge, weil sie befürchtet, damit die Büchse der Pandora zu öffnen und dass zusätzliche Begehrlichkeiten entstehen könnten. Sie will nicht in eine Wachstumsspirale geraten und erinnert daran, dass der Kanton Zürich bis anhin für seine Zurückhaltung bei Subventionen gelobt wurde.

Namens der Kommission beantrage ich Ihnen, dem Kommissionsantrag zuzustimmen und beide Minderheitsanträge abzulehnen.

Andreas Daurù (SP, Winterthur): Wir haben es gehört, bei diesem Paragraphen gibt es viele Anträge, verschiedene Minderheitsanträge. Ich spreche zu allen Anträgen ausser zu Absatz 4 bei Paragraf 11. Die SP unterstützt nämlich hier vorbehaltlos alle Anträge der Regierung. Die Gesundheitsdirektion hat klar erkannt, dass die bisherige Regelung zu den Subventionen im Bereich der gemeinwirtschaftlichen Leistungen in der Praxis nicht zweckmässig ist und insbesondere auch Entwicklungen im Bereich von ambulanten, aufsuchenden und teilstationären Angeboten gehemmt hat.

Die Subventionen für gemeinwirtschaftliche Leistungen (*GWL*) werden dadurch immer wichtiger, und eigentlich ist das tragisch. Denn es zeigt wieder einmal mehr, dass das aktuelle KVG mit der entsprechenden Finanzierung durch Fallpauschalen im stationären Bereich und die zugleich starre Unterscheidung zwischen stationärer und ambulanter Behandlung in der Tarifstruktur bei weitem nicht alle Leistungen abdeckt beziehungsweise berücksichtigt, die für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung essenziell wären. Genau darum braucht es diese *GWL*.

Bisher konnten stationäre und spitalgebundene ambulante Pflichtleistungen bei allen minderjährigen Patientinnen und Patienten subventioniert werden. Bei erwachsenen Patientinnen und Patienten hingegen waren Subventionen bis anhin nur möglich, soweit es um spitalgebundene ambulante Pflichtleistungen einer psychiatrischen Klinik ging. Für diese und neue Angebotsmodelle im psychiatrischen Bereich sind diese schlicht überlebenswichtig. Eigentlich krass, wenn wir

bedenken, dass diese Behandlungsarten die Zukunft sein werden und diese neuen Settings schlussendlich auch die Gesundheitskosten längerfristig senken könnten. Nun sollen die gemeinwirtschaftlichen Leistungen weiter gefasst werden und damit wird eine integrierte Gesundheitsversorgung ermöglicht, etwas, das mittlerweile von allen namhaften Gesundheitsfachleuten – von Pflegeforscherinnen und -forschern, über Ärztinnen und Ärzte, Präventivmedizinerinnen und -mediziner bis zu den Gesundheitsökonominen und -ökonomen propagiert und auch von grossen Teilen der Politik gefordert wird. Was heisst das konkret? Beispielsweise können ergänzende, auf die familiäre Situation psychisch kranker Eltern ausgerichtete Beratungs- und Unterstützungsleistungen unterstützt werden. In der Akutsomatik beispielsweise gibt es in der Altersmedizin mit ihren spezifischen Herausforderungen – wir haben es bereits von Ronald Alder gehört, wir werden immer älter –, insbesondere der Multimorbidität. Möglichkeiten der Subventionierung von ganzheitlichen Angeboten sind dann vorhanden, etwas, das bisher ebenfalls nicht kostendeckend angeboten werden konnte, aber aufgrund der Demografie wichtig wird.

Kritik am Antrag zu Paragraph 11 kommt von rechts: FDP und SVP haben Angst vor einer weiteren Wettbewerbsverzerrung. Auch hier zeigt sich einmal mehr: Sie haben nicht verstanden, dass eben genau solche Angebote nicht annähernd einem Wettbewerb unterstellt sind. Die besagten Angebote sind nämlich ein Verlustgeschäft, ich habe es eingangs erwähnt: Aufgrund der ungenügenden Abdeckung werden Modelle zur Förderung einer integrierten Versorgung ohne GWL-Subventionen von keinem Leistungserbringer freiwillig angeboten. Sie müssen schon jetzt trotz GWL vielfach quersubventioniert werden oder werden schlicht geschlossen, wie wir bei der Tagesklinik der Clenia gesehen haben. Wenn wir die bisherige Praxis so eingeschränkt belassen würden, dann befürworten Sie eigentlich eine Zwei-Klassen-Medizin. Denn dann können sich ergänzende, integrierte und auf immer komplexer ausgerichtete Behandlungsansätze nur noch Zusatzversicherte leisten, wenn sie dann überhaupt angeboten werden.

Den Kompromissantrag der Mitte zum Paragraph 11 ist unserer Meinung nach unnötig. Die Bezeichnung «gemeinwirtschaftliche Leistungen» sagt ja bereits aus, dass es sich um Leistungen der Versorgung handelt, bei welchen ein öffentliches Interesse besteht und die für die Versorgungssicherheit relevant sind.

Noch kurz zu Absatz 3: Die Subventionen sollen über mehrere Jahre gesprochen werden können, um so auch Planungssicherheit zu erhalten. Gerade neue Versorgungsmodelle brauchen mindestens drei bis vier Jahre, bis sie etabliert sind und im Rahmen der integrierten Versorgung entsprechende Behandlungsziele erreichen können.

Unterstützen sie hier die Minderheitsanträge zu Paragraph 11 und somit die Anträge der Regierung.

Lorenz Schmid (Die Mitte, Männedorf): Subventionen sind wichtig, sie sind jedoch mit Vorsicht einzusetzen. Deshalb braucht es eine Gesetzesgrundlage, auf der die Regierung sie auch ausrichten darf. Das alte Gesetz ist zu rigide. Es wurde

von unserem Kommissionspräsidenten ausgeführt, dass hier einfach Kriterien genannt sind, die heute nicht die nötige Flexibilität ergeben. Da hat die Regierung jetzt einfach mal gesagt, «Ja gut, ich schreibe jetzt mal rein «sinnvoll»». Liebe Leute, was ist «sinnvoll»? «Sinnvoll» ist ein Begriff, der sehr subjektiv von einer Regierung, von einer Gesundheitsdirektion beschlossen werden kann. «Notwendigkeit» – und da unterscheiden wir uns in unserem Minderheitsantrag –, «Notwendigkeit» ist etwas, das man nachweisen muss. Ist es notwendig oder nicht? Verbessert es die Versorgungskette? Entlastet es, *litera e* unseres Minderheitsantrags, die Spitalversorgung? Es sind diese Nachweise zu erbringen. Deshalb unser Vorschlag als Minderheitsantrag der Mitte, das rigide Gesetz von heute nicht weiterzuführen, jedoch der Regierung klare Bedingungen zu setzen. Ich muss sagen, es ist mir nicht gelungen, zwischen den zwei Fronten rechts und links hier einen Mittelvorschlag mit Potenz für eine Mehrheit zu schaffen. Das tut mir leid. Vielleicht wird es teilweise noch von den Medien aufgegriffen. Aber wir werden, wenn unser Vorschlag nicht durchkommt, den regierungsrätlichen Vorschlag, also die Minderheit Daurù, ablehnen und uns halt mit dem alten Gesetz zufriedengeben, im Wissen: Subventionen müssen eine Grenze kennen und brauchen eine strenge, enge Legiferierung. Ich danke.

Lorenz Habicher (SVP, Zürich): Lieber Andi Daurù, wo du recht hast, hast du recht. Natürlich soll die Zukunft abgebildet werden und die Zukunft soll auch korrekt abgebildet werden. Wir wissen es, dass die Tarifstruktur, die Abgeltungen nicht ausreichen. Wir sind aber klar dagegen, dass man es über Subventionen regelt. Wir wissen, dass hier ein Problem besteht. Wir finden es aber nicht richtig, es über Subventionen zu regeln. Schlussendlich ist das Problem ja das, dass der Kantonsrat diese Subventionen erst im Budget bewilligt, dort als Sammelposition in der Grösse von 80 bis 100 Millionen Franken, und wir nicht im Detail genau wissen, wie sich das zusammensetzt, und wir also nicht über das Budget steuern können. Es wäre besser, wenn wir hier eine andere Lösung finden würden, anstatt über Subventionen zu finanzieren. Nur, diese Lösung liegt zurzeit nicht vor. Die SVP möchte hier ganz klar Druck ausüben, damit man bei der Tarifstruktur, den Abgeltungen et cetera eine bessere Lösung findet und damit Subventionen reduziert werden können. Da aber die Ansätze noch fehlen, müssen wir jetzt hier bei der Spitalplanung und -finanzierung Druck auf diese Subventionen ausüben, damit diese reduziert werden oder eben eine bessere Lösung gefunden wird. Sie sehen, wir lehnen hier den Minderheitsantrag Daurù ab und wir lehnen auch den Minderheitsantrag Schmid ab. Denn dieser Antrag ist, wie Andreas Daurù gesagt hat, wirklich unnötig. Er möchte einfach noch ein bisschen «Mitte-Finish» hineinbringen, was er bei vielen Anträgen bei dieser Gesetzgebung gemacht hat. Und zum «überwiegenden öffentlichen Interesse»: Das ganze Gesetz sollte eigentlich im öffentlichen Interesse stehen und nicht Partikular-Interessen abbilden. Ich bitte Sie also, beide Minderheitsanträge abzulehnen und hier den ursprünglichen Regierungsantrag, der im geltenden Recht steht, unterstützen.

Bettina Balmer-Schiltknecht (FDP, Zürich): Für die FDP ist es ganz klar, dass eine Ausweitung der Subventionsmöglichkeiten ein Schritt in die falsche Richtung ist. Diesen Blankoscheck können und wollen wir der Gesundheitsdirektion nicht geben, denn die aktuell gültige Gesetzgebung hat bereits diverse Möglichkeiten, um sinnvolle Leistungen, welche subventioniert werden müssen, zu unterstützen, insbesondere auch gemeinwirtschaftliche Leistungen und Nichtpflichtleistungen, die im Rahmen neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder im Rahmen neuer Versorgungsmodelle erbracht werden. Wir sehen also absolut nicht ein, wieso die Gesundheitsdirektion hier beanstandet, bisher ungenügenden Spielraum gehabt zu haben.

Da wir in der Kommission mit unserem Antrag zwar in der Mehrheit waren, hier im Rat voraussichtlich aber in der Minderheit sind, geltendes Recht beizubehalten, werden wir uns in einem zweiten Schritt im Sinne einer Schadensbegrenzung dem Antrag Schmid anschliessen, in welchem wenigstens definiert wird, dass die Subventionen nicht giesskannenartig verteilt, sondern nur dann gesprochen werden sollen, wenn ein überwiegend öffentliches Interesse an ihrer Erbringung oder an der Gewährleistung der Versorgungssicherheit im Vordergrund steht.

Wir finden den Antrag der Regierung aber auch mit dem Zusatz von Lorenz Schmid nicht gelungen. Wenn spitalgebundene ambulante Leistungen nun generell von der Gesundheitsdirektion unterstützt werden, so führt dies möglicherweise zu ungleichlangen Spiessen mit den niedergelassenen Ärzten. Zumindest theoretisch könnte eine ambulante Leistung im Spital subventioniert werden, und in der Hausarztpraxis würde die genau gleiche ambulante Leistung nicht subventioniert werden, obwohl allgemein bekannt ist, dass eine Behandlung in der Hausarztpraxis oft günstiger und mindestens so gut ausfällt wie im Spital. Ist ein Patient einmal im Spital, so erhält er viel schneller auch noch eine Labor- oder eine Röntgen-Untersuchung, denn wenn er schon einmal da ist, dann will man es ja genauer anschauen und es auch richtig gründlich abklären. Man hat ja auch den Anspruch als Spital, dies gründlicher zu tun. In der Praxis hingegen ist der Patient mit seiner Behandlung und seinem Umfeld dem Arzt oder der Ärztin oft gut bekannt. Dies führt dann bei der Behandlung des Patienten immer wieder zu pragmatischen Lösungen, die eben am Ende des Tages oft nicht nur günstiger, sondern manchmal sogar besser sind. Wenn nun plötzlich uneingeschränkt spitalgebundene ambulante Behandlungen finanziell unterstützt werden sollen, so führt dies möglicherweise dazu, dass einerseits die Durchführung von mehr medizinischen Leistungen gefördert und andererseits im schlimmsten Fall auch ein Graben zwischen den niedergelassenen Ärzten und Spitalärzten aufgerissen wird. Dabei wäre es doch viel wichtiger, qualitativ gute und finanziell tragbare Medizin zu machen und die Schnittstelle zwischen Spital und niedergelassenen Ärzten zu verbessern. Hier sehen wir eine Sparmöglichkeit, liebe SP, ihr macht nicht mit.

Claudia Hollenstein (GLP, Stäfa): In Paragraph 11 beschäftigen wir uns mit Subventionen. Wenn also die Tarife die Kosten einer wirtschaftlichen Leistungserbringung nicht decken, so kann der Kanton bis zu 100 Prozent der ungedeckten Kosten gewähren, so die neue Formulierung des Regierungsrates.

Diese stösst bei SVP und FDP auf Skepsis. Sie wollen das geltende Recht weiterhin gesetzlich verankert haben. Darin wird verlangt, dass diese Subventionen Listenspitälern nur innerhalb des Kantons gewährt wird. Spürt man hier etwas vom «Kantönligeist»?

Ein Listenspital auch ausserhalb des Kantons sollte, wenn denn wirklich benötigt, Subventionen erhalten. Die wortreiche Formulierung der Minderheit II Schmid, die geltend macht, dass Subventionen, auch bis zu 100 Prozent, nur gewährt werden, wenn ein überwiegend öffentliches Interesse an ihrer Erbringung oder Gewährleistung der Versorgungssicherheit im Vordergrund steht, hinterlässt mehr Fragen denn Lösungen. Der Regierungsrat kann sich somit zukünftig immer wieder mit der Frage beschäftigen, was denn da gerade überwiegendes öffentliches Interesse ist. Gesetze sollen so geschrieben und formuliert sein, dass kein Raum für Spekulationen besteht.

Davon ausgehend, dass Subventionen sowieso zurückhaltend vergeben werden, wird mit der neuen Formulierung auch die Möglichkeit gegeben, bei Erwachsenen und bei ambulanten psychiatrischen Behandlungen Subventionen zu gewähren. Wenn wir endlich die Tarifierung in den Griff bekommen würden, dann könnten wir hier, heute, den Paragraphen 11 schlanker besprechen. Dem ist halt nicht so, darum streiten wir nun, wer wo wie viele Subventionen erhalten soll. Diese werden dann benötigt, wenn es irgendwo anders harzt im Getriebe.

Die Grünliberale Fraktion unterstützt somit den Antrag der Regierung, also Minderheit I.

Nora Bussmann Bolaños (Grüne, Zürich): Ich spreche hier gleich für den Paragraphen 11 Absätze 1, 2 und 3, welche wir Grünen gemäss Vorschlag des Regierungsrates unterstützen, also auch die Minderheit I von Andreas Daurü.

Im Idealfall wären ja alle Leistungen im stationären, ambulanten und teilstationären Bereich tariflich kostendeckend geregelt. Dem ist aber nicht so und es besteht ein grosses öffentliches Interesse, Angebote an der Schnittstelle zwischen ambulant und stationär und ergänzende Angebote durch Subventionen zu ermöglichen. Erst letzte Woche konnten wir auch lesen, wie mithilfe dieser Subventionen die Gesundheitsdirektion ganz schnell auch auf das fehlende Angebot in der Kinder- und Jugendpsychiatrie reagieren und nun relativ kurzfristig im stationären und ambulanten Bereich eine Angebotserweiterung machen konnte. Wenn kein Kostenträger wichtige Angebote zur Verbesserung der Versorgungskette übernimmt oder wenn diese finanziell zu wenig abgegolten werden, ist es für die Spitäler nicht interessant, da zu investieren und ein Angebot aufzubauen. Der Kanton muss hier also in der Verantwortung stehen und im Sinne einer optimalen Versorgung für die Bevölkerung handeln.

Woran sich in der Kommission und hier im Rat die Geister scheiden, ist die Frage, ob Subventionen nur wie bisher für Angebote im Kinder- und Jugendbereich und in der Erwachsenenpsychiatrie oder neu ausgeweitet für den ganzen Erwachsenenbereich, also auch Akutsomatik und Rehabilitation, gewährt werden können. Zweite Uneinigkeit: ob auch ambulante Angebote sowohl im Kinder- und Jugend-

bereich wie auch im Erwachsenenbereich subventioniert werden sollen. Wir haben von der Gesundheitsdirektion eine interessante Übersicht über nach bisherigem Recht und nach neuem Vorschlag der Regierung subventionswürdige Angebote erhalten. Für uns Grüne ist klar: Solch wichtige Angebote, wie die kantonale Fachstelle für Kinderschutz, die Tagesklinik einer ambulanten Institution in der Kinder- oder Erwachsenenpsychiatrie, die Tagesklinik eines Spitals im Rehabilitationsbereich oder ergänzende Angebote in der Altersmedizin, beispielsweise an der Schnittstelle zwischen Akutsomatik und Psychiatrie, soll der Kanton zukünftig subventionieren können, damit diese Angebote überhaupt bestehen. Die Spitäler nämlich, die sich auf Zusatzversicherte konzentrieren, haben wohl kaum ein Interesse, hier solche lukrativen Angebote anzubieten. Also da spielt der Wettbewerb eben nicht und da ist dann die öffentliche Hand gefragt.

Solche Angebote sind im Sinne der Patientinnen und Patienten und vermögen die stationäre Versorgung zu entlasten. Somit sind sie auch kostendämmend. Dass dies die bürgerliche Ratsmehrheit nicht sieht, ist bedauerlich.

Und noch zu dir, liebe Bettina, zu diesen ambulanten Leistungen. Hier ist natürlich nicht gemeint, dass das Nähen einer Platzwunde dann auch noch subventioniert werden sollte, sondern es sind Angebote gemeint wie Tageskliniken, die niedergelassene Ärztinnen und Ärzte nicht anbieten.

Und noch zu Lorenz Schmid: Es hätte das Ganze etwas vereinfacht, wenn du nicht noch x-mal deine Spitzfindigkeiten in einem eigenen Antrag hättest definieren müssen. Ein Ratsmitglied, dessen Fraktion nicht in der KSSG vertreten ist, hat mich treffend gefragt, was denn dieser Antrag solle, wo hier der Unterschied liege. Ehrlich gesagt, das konnte ich ihm nicht beantworten. Es ist nämlich auch im Vorschlag der Regierung drin, dass sie versorgungspolitisch sinnvoll sein sollen. Liebe Mitte, stimmt doch auch mit uns und wählt den weniger komplizierten Vorschlag der Regierung. Oder ist es euch gar nicht so ernst mit den Subventionen? Wenn nämlich dann die Drohung kommt, das dann doch nicht zu unterstützen, dann habe ich, ehrlich gesagt, das Gefühl, ihr wollt gar nicht das, was ihr jetzt gesagt habt, dass ihr es wollen würdet.

Und liebe SVP, vertraut doch eurer Regierungsrätin, dass sie den Umfang der Subventionen nicht ins Immense steigern will, sondern uns jedes Jahr mit dem Budget einen massvollen Vorschlag im Bereich der Subventionen machen wird. Wir Grünen unterstützen also den Vorschlag der Regierung

Und nun gleich noch vorweg: Den zweiten Minderheitsantrag Daurù in Paragraph 11 Absatz 4, der festhält, dass Subventionen als mehrjährige Kredite vergeben werden können, werden wir Grünen unterstützen. Dass die Spitäler und Institutionen mehrjährige Kredite erhalten, finden wir Grünen absolut notwendig. Denn wie soll sich eine Trägerschaft auf ein unterfinanziertes Angebot einlassen, wenn sie immer nur eine finanzielle Absicherung von einem Jahr hat? Für die Planungssicherheit ist es wichtig, mehrjährige Kredite zu vergeben. Da wird nämlich ein Angebot aufgebaut, Personal geschult, das kann man nicht einfach nach einem Jahr wieder fallenlassen. Besten Dank.

Josef Widler (Die Mitte, Zürich): Ich bin der Ansicht, dass es richtig ist, dass man ambulante Leistungen in der Jugendpsychiatrie unterstützt und subventioniert. Ich habe nur Argumente gehört, weshalb man eben die Subventionierung frei lassen soll. Es sind immer Beispiele gekommen, die mit dem geltenden Recht schon vereinbar sind, es ist nichts Neues gekommen. Was mich stört, ist, dass man jetzt einen Joker einführt, wenn man nicht in der Lage ist, die Taxpunktwerte korrekt festzusetzen. Sie wissen, die Spitäler sind in einem Verfahren für die Festsetzung der ambulanten Tarife jetzt dann im vierten oder im fünften Jahr. Es gelingt dem Kanton offenbar nicht, diese Festsetzung so voranzutreiben, dass die Spitäler für ihre ambulanten Leistungen den Preis erhalten, den sie erhalten sollten, und zwar von den Versicherern. Weil man das nicht schafft, mimt man jetzt den Blinden und sagt einfach: Ja gut, die Leistungen, die nicht bezahlt werden durch die Kasse, die bezahlen wir mit Steuergeldern. Das ist die Mischung von zwei Systemen. Bis heute ist es auch so, dass man im ambulanten Bereich im Spital und in den Praxen denselben Taxpunktwert und den gleichen Tarif hat. Was Sie jetzt machen: Sie bevorzugen ganz klar den ambulanten Spitalbereich, indem Sie sagen «Wenn es dann zu wenig gibt, schieben wird das einfach nach». Nochmals: So wie es jetzt gewesen ist, dass man tatsächlich die Jugendpsychiatrie unterstützt hat, so wie es heute geschieht, ist es absolut richtig. Sie haben mir kein einziges Beispiel gebracht, warum sie es weiter müssten, welche Leistungen man in Zukunft tatsächlich in der ambulanten Spitalversorgung unterstützen sollten, Sie haben kein neues Beispiel gebracht. Deshalb bleiben wir bei unserem Antrag.

Regierungsrätin Natalie Rickli: Dann versuche ich jetzt, Kantonsrat Doktor Widler und Kantonsrat Schmid zu überzeugen, dass wir eigentlich das Gleiche wollen. Etwas erstaunt bin ich über die Kritik, zumal ja die Subventionen jährlich von Ihnen bewilligt werden. Das Budget ist transparent. Es ist also nicht so, wie Lorenz Habicher das gesagt hat, dass man da nicht genau wisse, wie sich das zusammensetzt. Sie bewilligen das Budget und können im Detail im Regierungsbeschluss nachlesen, aus was sich die Subventionen bisher zusammengesetzt haben und auch in Zukunft zusammensetzen werden. Ich bin auch etwas erstaunt über das Misstrauen von Kantonsrätin Balmer, sie redet von einem Blankoscheck für die Regierung. Als ob wir das tun würden, als ob wir Freude hätten, einfach Geld auszugeben, ohne dass es einen Sinn hätte.

Um was geht es? Für die Erbringung der Leistungen gemäss Leistungsauftrag erhalten die Spitäler Tarife, welche zu 45 Prozent durch die Krankenversicherung, zu 55 Prozent durch den Kanton finanziert werden. Auf diese Weise fliessen den Spitälern jährlich rund 1,6 Milliarden Franken aus dem Kantonshaushalt zu. Darüber hinaus erbringen die Spitäler gewisse weitere Leistungen im Auftrag des Kantons, beispielsweise unterstützen wir die Spitäler finanziell bei der Weiterbildung von Assistenzärztinnen und -ärzten zu Fachärztinnen und -ärzten mit jährlich 15'000 Franken pro Arzt, total rund 31 Millionen Franken pro Jahr. Oder wir finanzieren den Betrieb einer Ebola-Station am USZ, in der Patientinnen und Patienten mit hochansteckenden Krankheiten behandelt werden können. Für solche vom Kanton zusätzlich bestellten Leistungen werden den Spitälern pro Jahr total

rund 80 Millionen Franken ausgerichtet. Paragraf 11 SPFG bildet die Rechtsgrundlage für diese Zahlungen.

Die Regelung hat sich grundsätzlich bewährt, aber es zeigte sich, dass sie in einigen Bereichen zu eng ist. Erstens geht es um die erwachsenen Patientinnen und Patienten, die nicht abgebildet sind. Bei ihnen können wir Leistungen nur dann subventionieren, wenn es um eine psychiatrische Klinik geht, und auch dort nur im ambulanten Bereich. Ausgeschlossen ist die Unterstützung von defizitären Leistungen in den Akutspitälern und in den Reha-Kliniken, ebenso die Unterstützung von stationären Leistungen in der Psychiatrie. Das ist nicht ideal und schränkt eine gute, auch kostengünstige Gesundheitsversorgung ein. Ein Beispiel, Sie haben es ansatzweise schon gehört, ist die Akutgeriatrie. Das Stadtspital Waid beispielsweise behandelt viele sehr schwierige und aufwendige Fälle, die DRG-Fallpauschalen (*Diagnosis Related Groups*) decken die Kosten nicht. Hier soll der Kanton das Spital beispielsweise finanziell unterstützen können, um diese für die Bevölkerung wichtige Versorgung weiterhin sicherstellen zu können. Es betrifft vielleicht auch Sie eines Tages oder Ihre Eltern.

Ein anderes Beispiel aus der Psychiatrie: Die Krankenversicherung zahlt nur die eigentlichen Behandlungskosten. Bei psychisch kranken Eltern von minderjährigen Kindern besteht darum ein Finanzierungsdefizit. Solche Eltern brauchen zusätzliche Beratung und Unterstützung, die auf ihre Rolle als Eltern ausgerichtet ist. Wie sollen sie sich gegenüber ihren Kindern verhalten? Wie gehen sie in der Familie mit der Erkrankung um? Für Eltern ist eine psychische Erkrankung eine doppelte Belastung: Sie sind krank und können ihre Elternrolle nur noch zum Teil wahrnehmen. Auch solche Leistungen werden von der Krankenversicherung nicht vergütet, denn sie geht über die eigentliche Behandlung ihrer psychischen Erkrankung hinaus.

Ein drittes Beispiel sind die Tageskliniken in der Rehabilitation. Die Patienten verbringen den Tag im Spital und werden dort therapiert. Am Abend fahren sie nach Hause. Die Kosten einer solchen Tagesklinik werden durch die Taxen nicht gedeckt. Denn mit den Taxen werden nur die eigentlichen Therapiestunden abgegolten, nicht aber die Betreuung der Patienten während des Tages oder allfällige Transportkosten. Das erschwert oder verunmöglicht einer Reha-Klinik, eine Tagesklinik aufzubauen. Die Patienten werden dann stationär behandelt, und das kostet mehr. Es ist auch nicht sinnvoll, denn die Kosten eines stationären Aufenthalts sind höher, wie Sie wissen. Die Tageskliniken sollen deshalb staatlich unterstützt werden können, weil es insgesamt auch günstiger ist als ein stationärer Aufenthalt in der Klinik.

Um solche Unterstützungsleistungen zu ermöglichen, möchte der Regierungsrat die Beschränkung der Erwachsenen auf Psychiatrien und dort auf spitalgebundene ambulante Leistungen aufgeben. Stattdessen sollen stationäre und spitalgebundene ambulante Pflichtleistungen in allen Spitaltypen unterstützt werden können, wenn dies – und das ist immer der Grundsatz – versorgungspolitisch sinnvoll ist. Und das ist der Inhalt der neuen litera a von Paragraf 11 Absatz 1.

Eine zweite störende Einschränkung des heute geltenden Paragraphen 11 besteht darin, dass wir nur Listenspitäler unterstützen können, die ihren Standort im Kanton haben. Das macht aber keinen Sinn. Wenn ein zusätzliches Angebot eines Spitals oder die Ausfinanzierung einer nicht gedeckten Behandlung sinnvoll ist, soll doch der Standort des Listenspitals keine Rolle spielen. Denn – und das müssen wir uns heute immer vor Augen halten – es geht um eine gute Gesundheitsversorgung für die gesamte Zürcher Bevölkerung, ob das Spital nun auf Zürcher Boden steht oder in einem anderen Kanton. Aus diesem Grund beantragt Ihnen der Regierungsrat, im Ingress zu Absatz 1 die beiden Worte «im Kanton» zu streichen.

Ich bitte Sie also, hier dem Regierungsrat und der Minderheit I Daurù zu folgen. Vielen Dank.

Ratspräsident Benno Scherrer: Der Kommissionsmehrheitsantrag, der Minderheitsantrag I Daurù und der Minderheitsantrag II Schmid sind als gleichwertige Anträge zu behandeln. Wir werden nach Paragraph 76 des Kantonsratsreglements im sogenannten Cupsystem abstimmen. Zu diesem Zweck werden auf mein Zeichen die Zugänge gesperrt, um die Anwesenden ermitteln zu können. Auf den Monitoren wird die Abstimmung wie folgt dargestellt: Wer für den Kommissionsmehrheitsantrag ist, drückt die Taste «1» und erscheint grün. Wer seine Stimme dem Minderheitsantrag I Daurù gibt, drückt die Taste «2», die rot dargestellt wird. Und wer sich für den Minderheitsantrag II Schmid entscheidet, drückt die Taste «3» 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 Zugänge sind jetzt zu schliessen und die Anwesenden drücken bitte die Taste «1» zur Ermittlung der Präsenz und des absoluten Mehrs.

Abstimmung im Cupsystem über § 11 Abs. 1

Anwesende Ratsmitglieder	177
Absolutes Mehr	89 Stimmen
Kommissionsantrag	77 Stimmen
Minderheitsantrag I Daurù	90 Stimmen
Minderheitsantrag II Schmid	9 Stimmen

Ratspräsident Benno Scherrer: Damit hat der Minderheitsantrag I Daurù das absolute Mehr erreicht und das Verfahren ist abgeschlossen. Die Zugänge können geöffnet werden.

§ 11 Abs. 2

Minderheit Andreas Daurù, Jeannette Büsser, Nora Bussmann, Claudia Holenstein, Thomas Marthaler, Esther Straub, Mark Wisskirchen:

Abs. 2 gemäss Antrag des Regierungsrates.

Abs. 2 wird zu Abs. 3.

Benjamin Fischer (SVP, Volketswil), Präsident der KSSG: Das ist jetzt einiges schneller gegangen als erwartet. Hier beim Absatz 2 geht es noch um die Frage, ob Subventionen auf weitere Versorgungsangebote ausgeweitet werden können, wenn diese die Versorgungskette verbessern oder die stationäre Spitalversorgung entlasten, wie es die Regierung möchte. Die Mehrheit der Kommission will hier jedoch keine Ausweitung der Subventionen und lehnt diesen Vorschlag ab.

Im Namen der Kommission beantrage ich Ihnen, hier den Minderheitsantrag abzulehnen. Besten Dank.

Regierungsrätin Natalie Rickli: Ich freue mich natürlich über das vorangegangene Abstimmungsergebnis. Auch wenn die Debatte hier knapp ausfällt, zuhanden des Protokolls, damit Sie wissen, wo die Regierung beziehungsweise die Gesundheitsdirektion ansetzen will bei Absatz 2: Wir wollen ja, dass ganz allgemein weitere Versorgungsangebote subventioniert werden können, wenn sie versorgungspolitisch sinnvoll sind, wenn sie also zum Beispiel die Versorgungskette verbessern oder die stationäre Spitalversorgung entlasten. So steht es im neuen Absatz 2, den Ihnen die Regierung beantragt. Mit dieser Bestimmung sollen neu auch Angebote von ambulanten Leistungserbringern subventioniert werden können. Das war bisher nicht der Fall. Absatz 1 von Paragraph 11 richtet sich, wie vorhin gesagt, nur an stationäre Einrichtungen, also an die Spitäler und Kliniken. Die Erweiterung der Subventionsmöglichkeit auf Angebote von ambulanten Institutionen ist sehr wichtig. Sie ermöglicht in einigen Bereichen eine Verbesserung der Gesundheitsversorgung bei insgesamt tieferen Kosten. Auch hier ein Beispiel: das Home-Treatment, also die Behandlung von psychisch kranken Menschen zu Hause. Eine solche Behandlung kann sehr sinnvoll sein, ja, zum Teil erst ermöglichen, dass ein Patient wieder gesund wird. Heute ist es ja oft so, dass psychisch kranke Menschen per FU (*Fürsorgerische Unterbringung*) in eine Klinik eingewiesen und dort nach kurzer Zeit wieder entlassen werden. Zu Hause treffen sie die gleiche Situation, die gleichen ungelösten Probleme und Fragen an, weshalb sie oft wieder per FU eingewiesen werden müssen, es entsteht ein Drehtüreffekt, der sehr belastend ist für die Patienten, die Angehörigen, die Polizei, aber auch die einweisenden Ärztinnen und Ärzte und die Psychiatrien. Im Kanton Zürich ist das sehr ausgeprägt, wir haben kürzlich auch ein Postulat (*KR-Nr. 211/2018*) von Astrid Furrer behandelt. Wir haben in der Schweiz eine der höchsten Quoten von fürsorgerischen Unterbringungen in den psychiatrischen Kliniken und hier setzt das Home-Treatment an. Es ist darauf ausgerichtet, dass die Patienten auch lernen, ihren Alltag zu meistern. Deshalb besuchen die medizinischen Fachleute die Patienten zu Hause, um mit ihnen dort Strategien für die Bewältigung des Alltags zu entwickeln und einzuüben. Das Home-Treatment ist aus naheliegenden Gründen nicht kostendeckend. Die Krankenversicherung deckt auch hier nur die eigentlichen Therapiestunden, nicht aber die sozialtherapeutischen Leistungen und auch nicht beispielsweise lange An- und Rückwege des Fachpersonals. Das

Home-Treatment können wir schon heute subventionieren, allerdings nur, wenn es von einer psychiatrischen Klinik angeboten wird. Diese Beschränkung ist nicht sinnvoll. Die Nachfrage nach Home-Treatment ist sehr gross und es sollten auch ambulante Einrichtungen psychiatrische Arztpraxen oder Ambulatorien miteinbezogen werden können. In der Stadt Zürich beispielsweise erbringt der Stadtärztliche Dienst solche Leistungen unter der Bezeichnung «Mobile Kriseninterventionsteams». Auch bei ambulanten Einrichtungen sollen solche Leistungen subventioniert werden können. Das ist sinnvoll aus Sicht der Gesundheitsversorgung – die Patienten werden medizinisch besser versorgt – und es ist sinnvoll auch aus finanzieller Sicht. Mobile aufsuchende Krisenteams sind immer noch wesentlich günstiger als die stationäre Behandlung.

Aus diesem Grund möchte der Regierungsrat Paragraf 11 mit dem beantragten neuen Absatz 2 ergänzen. Ich danke Ihnen für die Unterstützung.

Abstimmung

Der Kommissionsantrag wird dem Minderheitsantrag von Andreas Daurù gegenübergestellt. Der Kantonsrat beschliesst mit 89 : 85 Stimmen (bei 0 Enthaltungen), dem Minderheitsantrag zuzustimmen.

Die Beratung der Vorlage 5637a wird unterbrochen. Fortsetzung an der Nachmittagsitzung.