

### **3. 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

Vorlage 5637a

*Ratspräsident Benno Scherrer:* Wir haben freie Debatte beschlossen. Hans-Peter Amrein hat einen Ordnungsantrag angemeldet.

#### *Ordnungsantrag*

*Hans-Peter Amrein (SVP, Küsnacht; fraktionslos):* Ich stelle den Ordnungsantrag,

*das Abstimmungsintervall von 45 auf 20 Sekunden zu reduzieren.*

Dies vor dem Hintergrund von 134 Einzelanträgen. Sie können also 44 Minuten und 36 Sekunden einsparen. Ich bitte Sie um möglichst grosse Unterstützung. Danke.

#### *Abstimmung*

**Der Kantonsrat beschliesst mit 145 : 14 Stimmen (bei 0 Enthaltungen), dem Ordnungsantrag zuzustimmen.** Die Abstimmungszeit wird auf 20 Sekunden verkürzt.

*Ratspräsident Benno Scherrer:* Ich erlaube mir hier im Zusammenhang mit diesem Gesetz nochmals die Bitte: Fassen Sie sich kurz und prägnant und seien Sie präsent, am besten hier im Saal. Wir haben eine Vielzahl von Anträgen und Abstimmungen, konkret 134 Anträge, davon 77 Minder- oder Einzelanträge, über die in 57 Abstimmungen befunden werden muss. Davon sind 15 Cupabstimmungen, die von allen Konzentration erfordern. Wir haben sogar drei Cupabstimmungen, welche erstmals das Drücken von vier Abstimmungsknöpfen erfordern. Ziel für heute muss sein, das Gesetz in der ersten Lesung durchzuberaten.

Im Kantonsratsversand vom 28. April 2021 haben Sie zwei weitere Anträge von Lorenz Schmid zu Paragraf 5b, Absatz 1, Buchstaben e und k, erhalten. Diese Anträge werden an der entsprechenden Stelle behandelt.

#### *Eintretensdebatte*

*Benjamin Fischer (SVP, Volketswil), Präsident der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit (KSSG):* Wir haben es gehört, ein langer und intensiver Tag liegt vor uns, und es geht hier um das Kernstück der Zürcher Gesundheitspolitik, könnte man sagen. Aber erlauben Sie mir vorab noch eine kurze Bemerkung

zu den Voten zum Ordnungsantrag von vorhin (*gemeint ist der Antrag von Thomas Forrer und Markus Späth, der Bericht der Aufsichtskommission für Bildung und Gesundheit zu besonderen Vorkommnissen an mehreren Kliniken des Universitätsspitals Zürich, KR-Nr. 58/2021, sei vor der Vorlage 5637a zu behandeln*): Ich möchte mit Vehemenz die Aussage von Kollege Späth zurückweisen, dass in der KSSG keine gute Arbeit geleistet wurde. Sowohl die KSSG als auch natürlich die ABG haben eine sehr gute Arbeit geleistet. Und ich kann Ihnen versichern, dass die Erkenntnisse des ABG-Berichts selbstverständlich auch in die Beratung zum SPFG und zum Gesetz über das Universitätsspital eingeflossen sind. Und wie gesagt, wir wurden mündlich bereits vor Veröffentlichung des ABG-Berichts informiert, und bei der Schlussabstimmung lag ja auch der Schlussbericht vor. Ich habe Verständnis, dass sich SP und Grüne bei gewissen Anträgen andere Mehrheitsverhältnisse wünschen würden, aber ich kann Ihnen versichern, dass wir noch lange diskutieren können, sich dadurch an den Mehrheitsverhältnissen aber nicht viel ändern würde. Wir haben in der Kommission sehr intensiv und sehr ausführlich diskutiert.

Das aktuelle Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetz stammt aus dem Jahr 2011. Es wurde im Hinblick auf die grosse KVG-Revision (*Krankenversicherungsgesetz*) erlassen und bildete die Grundlage für die Spitalplanung 2012 im Kanton Zürich. Im Hinblick auf die Spitalplanung 2023, die nächste grosse Revision der Spitalplanung, besteht ein gewisser Anpassungs- und Verbesserungsbedarf, weshalb eine Teilrevision des Gesetzes in die Wege geleitet wurde. Das Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetz setzt den rechtlichen Rahmen im Hinblick auf die Spitalplanung 2023. Mit der SPFG-Revision wird auch das Gesetz über die ärztlichen Zusatzhonorare, das bereits in der Kritik steht – wir haben das ja auch im Rahmen des ABG-Berichts gehört –, aufgehoben.

Die Beratung der Änderung des SPFG sowie der vier kantonalen Spitalgesetze – wir sprechen dann auch über das Gesetz über das Universitätsspital (*USZ*), das Gesetz über das Kantonsspital Winterthur (*KSW*), das Gesetz über die Integrierte Psychiatrie Winterthur (*IPW*) sowie die Psychiatrische Universitätsklinik (*PUK*) – wurde im August 2020 von der Kommission aufgenommen und nach 16 Folgesitzungen am 30. März 2021 abgeschlossen. Die Kommission hat neben den vier kantonalen Spitälern auch unterschiedliche Interessenvertreter angehört, so den Verband der Zürcher Krankenhäuser, die Ärztesgesellschaft des Kantons Zürich, die Gesellschaft der Belegärzte Zürich, die Konferenz der leitenden Ärzte am Universitätsspital, die Chefärztekonzferenz der Universitätskliniken im Kanton Zürich, die Allianz für ein bezahlbares Gesundheitswesen, den Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner, den VPOD Zürich (*Verband des Personals öffentlicher Dienste*) sowie die Akademie Menschenmedizin. Die Kommission hat die ABG aufgrund ihrer Untersuchung zu den besonderen Vorkommnissen an mehreren Kliniken des Universitätsspitals Zürich zum Mitbericht eingeladen, wie ich das bereits gesagt habe, und wir haben das sehr eng verfolgt.

Die Anliegen der beiden parlamentarischen Initiativen Steiner (*Altkantonsrätin Kathy Steiner*), Kantonsratsnummer 50/2017 betreffend «Mindestanteil an nur

OKP-Versicherten (*Obligatorische Krankenpflegeversicherung*) in Listenspitälern» sowie Schmid (*Lorenz Schmid*), Kantonsratsnummer 51/2017 betreffend «Spitalliste» wurden als Anträge zu den Anforderungen an die Leistungserbringer in Paragraf 5 Absatz 1 litera e im SPFG aufgenommen. Sie wurden in der Kommission behandelt, wobei sie nicht als Kommissionsanträge übernommen wurden, damit aber mit der Beratung dieses Gesetzes als erledigt zu betrachten sind.

Die Kommission hat es sehr begrüsst, dass die Gesundheitsdirektion den Vorentwurf, also den ursprünglichen Entwurf noch unter dem ehemaligen Gesundheitsdirektor (*Altregierungsrat Thomas Heiniger*) zur Änderung des SPFG aufgrund der Vernehmlassung nochmals stark überarbeitet hat. In der Vernehmlassung ist viel Kritik von verschiedenster Seite gekommen und die Gesundheitsdirektion hat das wirklich noch einmal von Grund auf überarbeitet. Man kann sagen: Auch wenn wir jetzt dann über diverse Anträge debattieren und abstimmen werden, ist es doch im Grundsatz ein Gesetz, hinter dem alle stehen können.

Mit den Präzisierungen und Ergänzungen im Gesetz und den zusätzlichen Anforderungen an die Leistungserbringer kann die Spitalplanung für die nächsten zehn Jahre in Angriff genommen werden. Die SP und die Mitte haben in der Schlussabstimmung gegen das Gesetz gestimmt, sie werden das dann sicher an entsprechender Stelle noch im Detail ausführen. Aufgrund unterschiedlicher politischer Meinungen war es in einzelnen Fragen schwierig, einen Konsens zu finden. Wir werden es dann sehen, wir haben gewisse Fragen im Cupsystem auszumehren, es gab relativ knappe Mehrheiten.

Die Kommission ist sich einig, dass die Leistungsaufträge an Spitäler erteilt werden sollen, die über ein Vergütungssystem für angestellte Ärztinnen und Ärzte verfügen, das keine Anreize für eine unwirksame, unzweckmässige oder nicht wirtschaftliche Leistungserbringung setzt. Verschiedene Meinungen bestehen hingegen dahingehend, inwiefern sich Art und Menge der Behandlungen und der erzeugte Umsatz auf die Vergütung auswirken sollen.

Sehr intensiv diskutiert hat die Kommission insbesondere auch über die Vergabe von Subventionen an Listenspitäler. Eine Minderheit 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, ich werde bei entsprechender Stelle noch darauf eingehen. Die Mehrheit der Kommission will aber keine Subventionen und am geltenden Recht festhalten.

Des Weiteren erachtet die Kommission die Qualität der Spitäler als wichtigen Aspekt der mit den Leistungsaufträgen verbundenen Anforderungen. Die Kommissionsmehrheit will zudem neben der Qualität im Allgemeinen auch die Indikationsqualität, also die Angemessenheit und Notwendigkeit medizinischer Interventionen, separat aufnehmen.

Das Vergütungssystem des ärztlichen Kaders an den kantonalen Spitälern – natürlich geht es um das Universitätsspital Zürich – hat natürlich ebenfalls für Dis-

kussionen gesorgt. Die knappe Kommissionsmehrheit folgt dem Antrag des Regierungsrates und will neu eine Obergrenze von 1 Million Franken pro Jahr für die Gesamtvergütung der Kaderärztinnen und -ärzte. Eine Minderheit will mit dieser Gesamtvergütung nebst der Tätigkeit am Spital auch die Lehr- und Forschungstätigkeiten entlönnen. Und dann gibt es eine weitere Minderheit, die eine Begrenzung auf 750'000 Franken will, sowie einen Antrag, der keine Obergrenze der Vergütung will. Die Kommissionsmehrheit will zudem den variablen Lohnbestandteil des ärztlichen Kaders an den kantonalen Spitälern auf 30 Prozent begrenzen. Um den Qualitätsaspekt stärker zu gewichten, soll auch die Qualität als eigenständiger Faktor dieses Lohnbestanteils festgelegt werden. Eine Minderheit will ganz auf variable Lohnbestandteile verzichten und ein Fixlohnsystem einführen.

Erträge aus Zusatzleistungen sollen neu vollumfänglich in die Betriebsrechnung der kantonalen Spitäler und nicht mehr in die Klinikpools fliessen. Hier wird bereits ein Anliegen umgesetzt, das von der ABG auch formuliert wurde. Wie gesagt, die Aufhebung des Zusatzhonorargesetzes (ZHG) wurde von der Gesundheitsdirektion ja bereits so beantragt. Ein Teil dieser Einmalzulagen soll eben auch für das nicht zum ärztlichen Kader gehörende Personal eingesetzt werden. Eine Minderheit will sich die Möglichkeit offenlassen, getrennt über das SPFG und die Gesetze über die kantonalen Spitäler abzustimmen, und verlangt ein Splitting der Vorlage, um allenfalls einem Teil zustimmen und einem anderen Teil nicht zustimmen zu können. Ich werde dann an gegebener Stelle noch im Detail darauf eingehen.

Die Kommission beantragt, dem geänderten Vorschlag so zuzustimmen und selbstverständlich auf das Gesetz einzutreten. Ich möchte die Gelegenheit noch nutzen, an dieser Stelle der Gesundheitsdirektion ganz herzlich für die stets konstruktive und gute Zusammenarbeit bei der Erarbeitung dieses nicht ganz trivialen Gesetzes zu danken. Und auch ein ganz herzlicher Dank an unsere Kommissionssekretärin Pierrine Ruckstuhl, die mit grosser Geduld dafür gesorgt hat, dass wir stets den Überblick im SPFG-Wald behalten haben. In diesem Sinne wünsche ich eine gute Debatte. Besten Dank.

*René Truninger (SVP, Illnau-Effretikon):* Ich spreche heute zum neuen Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetz, kurz SPFG, welches wir in der KSSG sehr intensiv an 16 Sitzungen beraten haben.

Ziel der Spitalplanung ist die bedarfsgerechte, qualitativ hochstehende, gut zugängliche, wirtschaftlich tragbare und langfristige Versorgung der Bevölkerung mit stationären und damit verbundenen ambulanten Spitalleistungen. Mit dem SPFG werden wir heute eine stabile Basis für die Versorgungsplanung und die Spitalisten 2023 legen.

In der KSSG haben sich die SVP-Vertreter mit mehreren Anträgen eingebracht und damit verhindert, dass eine Verschlechterung der bestehenden Gesetzgebung erfolgte. Die SVP begrüsst die Gesetzesrevision ausdrücklich und ist überzeugt, einen Schritt in die richtige Richtung zu tun, welcher für die nächsten zehn Jahre richtungsweisend sein wird.

Die grosse Mehrheit der KSSG begrüsst es, dass die Gesundheitsdirektion die in der Vernehmlassung geäusserte Kritik berücksichtigt und das SPFG stark überarbeitet hat. Wir haben in der KSSG zum neuen Gesetz nicht nur unzählige Anhörungen gemacht, um die Meinungen aller Beteiligten abzuholen, sondern es wurden auch diverse Minderheitsanträge intensiv diskutiert und abgearbeitet. Die SVP befürwortet, dass kostentreibende Vorgaben und Regulierungen keinen Einzug in das neue Gesetz gefunden haben und das Lohnsystem der Listenspitäler keine falschen Anreize für medizinisch unnötige Behandlungen setzt.

Wir werden hier im Kantonsrat in den nächsten Stunden diverse Änderungsanträge behandeln, wobei einzelne bestimmt viel zu diskutieren geben. Ich denke hier an die Anforderungen an die Listenspitäler oder die Lohnobergrenze, aber dazu hören wir hier in Kürze mehr.

Was ich noch festhalten möchte, ist, dass die SVP eine Aufteilung der Gesetzesvorlage, wie von den trötzenden Linken gefordert wird, klar ablehnt. Das SPFG wurde seit Beginn der Kommissionsarbeit immer gesamthaft beraten, und eine Aufteilung kurz vor Abschluss wird als durchsichtige Verzögerungstaktik wahrgenommen und kann nicht akzeptiert werden. Der Gesetzesteufel und die Kostensteigerungen liegen im Detail und trotzdem darf der Blick fürs Ganze nicht verloren gehen. Zudem haben die Beratungen in der KSSG in der Schlussabstimmung mit 12 zu 3 Stimmen eine eindrückliche Zustimmung zum neuen SPFG gefunden. Zum Schluss möchte ich mich bei der Gesundheitsdirektorin (*Regierungsrätin Natalie Rickli*) und allen Beteiligten für die gute und konstruktive Zusammenarbeit bedanken.

*Andreas Daurù (SP, Winterthur):* Wir stehen hier vor der Debatte über ein äusserst wichtiges Gesetz für den Kanton Zürich, das Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetz, SPFG. Es regelt nicht weniger als die Sicherstellung einer guten und qualitativ hochstehenden Spitalversorgung für alle Menschen in diesem Kanton, eine verantwortungsvolle Aufgabe.

Die Kultur der 2012 eingeführten Spitalfinanzierung basiert auf Wettbewerb und setzt auf falsche finanzielle Anreize. Sie will die Privatisierung nicht nur der Spitäler, sondern auch der Gewinne, wie wir es heute auch noch im Rahmen der Debatte um die Ärztinnen- und Ärzte-Honorare hören und diskutieren werden. Leidtragende ebendieser Spitalfinanzierung sind die Patientinnen und Patienten, das Personal und die Bevölkerung mit immer höheren Krankenkassen-Prämien.

Und was heisst dies nun konkret für das vorliegende SPFG? Es braucht dringend ergänzende, inhaltliche und vor allem qualitative Ziele auf kantonaler Gesetzesebene, um negative Auswirkungen der wettbewerblichen Rahmenbedingungen aus dem KVG auszugleichen, ja, ich würde sogar sagen auszumerzen. Es geht darum, die falschen finanziellen Anreize zu eliminieren, die Qualität zu stärken, Koordination und Kooperation zu fördern, Überversorgung aufgrund der völlig verfehlten Angebotsorientierung zu verhindern und – etwas vom Allerwichtigsten – das Personal nicht einfach nur freundlich lächelnd zu beklatschen, sondern ernst zu nehmen und anständige Arbeitsbedingungen zu schaffen, sodass es auch in

zehn Jahren noch Menschen gibt, die in den Spitälern uns und unsere Lieben pflegen und behandeln. Eine schwierige Aufgabe, nicht wahr? Ja, und ich sage es gleich vorweg: Eine Mehrheit hier drin hat diese Aufgabe nicht erfüllt.

Dabei hat ja eigentlich alles einen überraschend guten Anfang genommen: Im März 2019 brachte der damalige Gesundheitsdirektor Thomas Heiniger einen ersten SPFG-Entwurf in die Vernehmlassung. Und es ist ja schon etwas erstaunlich, dass wir als Linke dies an dieser Stelle sagen müssen: Es war ein guter Entwurf, welchen Regierungsrat Heiniger kurz vor Ende seiner letzten Legislatur in die Vernehmlassung schickte. Wir haben diesen als SP auch entsprechend gewürdigt. Der Entwurf sah genau solch ergänzende und korrigierende Massnahmen vor. So sollte bei einem Überangebot an Spitälern, die sich um einen Leistungsauftrag bewerben, auf das Kriterium grösstmöglicher gemeinnütziger Ausrichtung des Unternehmens abgestellt werden. Ein Experimentierartikel, der, zeitlich begrenzt, Leistungsaufträge für neue Versorgungsmodelle möglich machen sollte, war ebenfalls vorgesehen. Wenn ein Spital vorgegebene Leistungsmengen ohne Grund überschreitet, hätten verminderte Tarife gelten sollen.

Nun, was ist geschehen mit diesem Entwurf? Er wurde quasi in der Luft zerrissen, und zwar insbesondere von Interessensvertreterinnen und -vertretern und Verbänden aus dem Dunstkreis der Spitallobby, von denen ja bekanntlich auch einige hier im Rat sitzen, sowie den verschiedenen ärztlichen Standesorganisationen, welche alle um ihre Pfründe fürchteten, denn bekanntlich lässt sich mit einem schwachen kantonalen Gesetz auch gutes Geld machen. Der verlängerte, politische Arm dieser Vereine und Verbände sind die bürgerlichen und sogenannten liberalen Parteien hier drin, welche natürlich sofort gerne zu Hilfe eilten und diesen ursprünglichen Entwurf, um es an einem Beispiel aus der Spitalinfrastruktur zu benennen, den Ausguss hinunterschickten. Wir werden zudem den Verdacht nicht ganz los, dass auch die Gesundheitsdirektorin vor dieser mächtigen Lobby etwas eingeknickt ist.

Einzig begrüssen tut die SP aus der aktuellen regierungsrätlichen SPFG-Vorlage den neuen Paragraphen 11, die gemeinwirtschaftlichen Leistungen. Hier ist die Gesundheitsdirektorin auch nach der Vernehmlassung zum ersten Entwurf hart geblieben. Neu soll es möglich sein, sinnvolle Versorgungsangebote zu subventionieren, welche stationäre Pflichtleistungen ergänzen, aber eben nicht oder nur ungenügend vom KVG abgedeckt sind. Das ist die einzige Verbesserung.

Die Fraktionen, die sich für ein fortschrittliches SPFG einsetzten, sind mit allen weiteren Anträgen in der KSSG unterlegen. Anträge, die das SPFG auf Qualität ausrichten wollten, auf den tatsächlichen Bedarf und vor allem auf das Personal und somit auf uns alle, die Prämien- und Steuerzahlerinnen und -zahler und eventuell zukünftigen Patientinnen und Patienten.

Wir halten selbstverständlich an unseren Anträgen fest. Wir wollen eine Diskussion darüber, wie in Zukunft die stationäre Gesundheitsversorgung in diesem Kanton aussehen soll. Die bürgerlichen Parteien werden den Wählerinnen und Wählern erklären müssen, warum sie nichts gegen Überversorgung und in diesem Sinne auch gegen ein ineffizientes Gesundheitswesen unternehmen. Sie müssen aber vor allem auch erklären, warum sie den Fokus nicht stärker auf die Qualität

der Behandlungen legen. Sie müssen erklären, warum sie weiterhin der Ansicht sind, dass – und lassen sie sich das als Prämienzahlerinnen und -zahler mal auf der Zunge zergehen –, dass sich die Menge und die Art der Behandlung und des dadurch erzeugten Umsatzes weiterhin auf die Vergütung der Ärzteschaft auswirken soll. Und gespannt bin ich vor allem auf die Erklärung der Bürgerlichen, warum sie aus der Corona-Zeit (*Corona-Pandemie*) in Bezug auf das nichtärztliche Personal nichts, aber auch gar nichts gelernt haben. Das Personal wird weiterhin im Gesetz ignoriert. Überall dort, wo wir im Gesetz das Personal stärken wollen, sind FDP und SVP und in einem wesentlichen Punkt, dem GAV (*Gesamtarbeitsvertrag*), auch die GLP und die Mitte nicht mit im Boot. Sagen sie klar und deutlich: Warum kümmert Sie der Pflegenotstand nicht? Schon vor Corona ein grosses Problem, wurde während Corona die Belastung des Pflegepersonals überdeutlich und die Situation verschärft sich aufgrund des Attraktivitätsverlusts der Gesundheitsberufe nach Corona weiter. Wir sind gespannt auf diese Debatte.

Nun zu den Ärztehonoren bei den kantonalen Spitälern, da sieht die Situation etwas besser aus. FDP und SVP haben allerdings auch hier immer noch nichts aus diversen Debakeln am USZ und allgemein aus der ganzen Diskussion um Ärztehonore gelernt. Wie schon bei der unsäglichen Ablehnung des ZHG im September 2017, als die beiden Parteien ein «Wenn-du-mir-dann-ich-dir-Päckli» schmiedeten, lehnen sie nach wie vor die Definition einer höchstens zulässigen Gesamtvergütung für das ärztliche Kader ab. Der Lohn soll weiterhin nach oben offen sein. Hingegen – da knüpfe ich gleich beim Thema «Pflegepersonal» von vorher nochmals an – soll das nichtärztliche Personal nicht von einem grösseren Prozentsatz der Leistungserträge aus Behandlungen von zusatzversicherten Patientinnen und Patienten profitieren. Sie wollen diesen Anteil bei mickrigen 5 Prozent der Erträge belassen. «Wer hat, dem wird gegeben», FDP und SVP sind weiterhin am Gängelband der Ärztelobby.

Doch hier hat der Regierungsrat erkannt, dass es bei diesem seit langem bestehenden Wildwuchs im Bereich der ärztlichen Honorarregelungen endlich einen Riegel braucht. Vor allem der variable Lohnanteil aus Zusatzhonoraren ist im Vergleich zum Grundlohn schlicht und einfach zu hoch, macht er doch teilweise bis zu 75 Prozent aus. Das ist hochproblematisch, weil dadurch weitere Fehlanreize gesetzt werden: Je mehr und je öfter privat zugewiesene Patientinnen und Patienten in einer Klinik behandelt werden, desto grösser ist der sogenannte Klinikpool und desto mehr Mittel stehen für die Verteilung an das ärztliche Kader zur Verfügung. Die Gefahr für eine medizinisch nicht indizierte Mengenausweitung und eine ungerechte, einseitige und undurchsichtige Verteilung der Poolgelder durch die jeweiligen Klinikdirektorinnen und -direktoren ist gross. Es ist folgerichtig, dass zusätzliche Erträge nun in die Betriebsrechnung fliessen sollen.

Ich komme zum Schluss: Wir werden auf diese Vorlage eintreten. Aufmerksame Hörerinnen und Hörer haben bemerkt, dass ich beim Eintretensvotum das SPFG und die Regelung der Ärztinnen- und Ärzte-Honorare getrennt behandelt habe. Die SP wird den Antrag stellen, über das SPFG und die vier Spitalgesetze getrennt abzustimmen, da es sich um zwei verschiedene Vorlagen handelt. Und wie Sie vielleicht auch bemerkt haben, sind wir mit der Vorlage zu den Ärztehonoren

sehr wohl einverstanden, werden das SPFG jedoch ablehnen, sollte es bei den für uns relevanten Anträgen nicht noch einzelne Mehrheiten geben. Vielen Dank.

*Bettina Balmer-Schiltknecht (FDP, Zürich):* Im Gegensatz zu meinem Vorredner Andreas Daurù gebe ich Ihnen hier vorab meine bei diesem Traktandum relevanten Interessenverbindungen an: Ich bin angestellte Ärztin im Kinderspital Zürich und Vorstandsmitglied der Ärztegesellschaft Zürich.

An diesem Gesetz habe ich als von der Bevölkerung gewählte Kantonsrätin mitgewirkt. Aufgrund meiner eigenen Berufserfahrung habe ich aber eine Ahnung, wie es um die Patienten und das Personal an der Front in den Spitälern steht und wie sich das Zürcher Gesundheitswesen im Alltag bewährt. Ich kann Ihnen sagen: Dank ganz vielen engagierten Mitarbeitern in den Zürcher Spitälern steht es noch gut um unser Gesundheitswesen. Ich muss Ihnen aber auch sagen, dass die Bürokratieflut und die Regulierungswut in den Spitälern weiterhin nur eine Richtung aufweisen, nämlich exponentiell zunehmend, und das macht Sorgen.

Nun aber zum vorliegenden Revisionsentwurf des SPFG: Wie bereits in der Medienmitteilung der FDP dazu festgehalten, ist der vorliegende Gesetzesentwurf für die FDP nicht ganz befriedigend, aber wir können damit leben. Oder anders gesagt: Die Revision des SPFG ist eine Zangengeburt, die zwar ein überlebensfähiges, aber nicht wirklich perfektes Baby geliefert hat. Anfänglich haben wir eine Vorlage erhalten, welche – um es in einem Wort zu sagen – inakzeptabel war. Dann haben Regierungsrätin Natalie Rickli und die Gesundheitsdirektion eine deutlich verbesserte Vorlage nachgeliefert. An dieser Stelle möchte ich mich dafür bedanken. Dank der Zusammenarbeit in der Kommission von SVP, FDP und GLP sind nun also die Chancen intakt, dass der Kanton Zürich weiterhin ein liberales SPFG hat, das den Rahmen für eine sichere, qualitativ hochstehende und effiziente Gesundheitsversorgung vorgibt.

Dennoch gibt es einige Kritikpunkte und dazu möchte ich mich als erstes äussern: Die mediale Berichterstattung über wenige, sich inakzeptabel verhaltende Klinikdirektoren am USZ, die parallel zur Beratung dieses Gesetzes stattgefunden hat, hat für einen bitteren Beigeschmack bei der Beratung gesorgt. Dieser üble Beigeschmack ist mir persönlich in der Kommissionsarbeit immer wieder aufgestossen und hat die Arbeit in der Kommission durchaus mitgeprägt. Da haben die Medien ganze Arbeit geliefert. Ich stand phasenweise unter dem Eindruck, dass völlig ausgeklammert wird, dass die allergrösste Mehrheit der Ärztinnen und Ärzte im Kanton Zürich täglich gute Arbeit liefert. Die meisten Ärztinnen und Ärzte setzen sich mit vollem Engagement für die Patienten ein und gehen mit den vorhandenen Ressourcen sorgfältig um, um das Gesundheitswesen nicht unnötig zu verteuern und doch den Patienten die beste Behandlung zu ermöglichen. Es kann doch nicht sein, dass die Arbeit der gesamten Ärzteschaft mit diesem Gesetz weniger attraktiv gemacht werden soll, weil man Verfehlungen von ganz wenigen Klinikdirektoren unterbinden will. Natürlich müssen inakzeptable Auswüchse und Fehlritte unterbunden werden, aber das ist doch eine Frage der Aufsicht. Ist es wirklich das Ziel, dass die Ärztinnen und Ärzte nicht mehr eigenverantwortlich unterwegs sind, sondern zu monotonem, unreflektiertem und unselbstständigem Abarbeiten

von starren Algorithmen und vorgeschriebenen Abläufen gezwungen werden? Patienten sind doch keine Produkte, sondern müssen individuell behandelt werden. Das braucht weiterhin Freiräume. Und wenn diese Freiräume nicht mehr vorhanden sind, dann leidet die Qualität des öffentlichen Gesundheitswesens.

Ein weiterer Kritikpunkt ist der Freipass, nach Gutdünken Subventionen zu sprechen. Es bleibt zu hoffen, dass die Gesundheitsdirektion Subventionen mit Mass spricht und die Gesundheitskosten nicht aus den Augen verliert. Mehr Subventionsmöglichkeiten führen kaum dazu, dass das Wachstum der Gesundheitskosten gebremst wird. Weiter halten wir in der FDP wenig davon, dass die Gesundheitsdirektion einen Blankocheck erhalten soll, Daten nach eigenem Gutdünken von privat organisierten ärztlichen Fachgesellschaften einzufordern, welche ihrerseits also zur Gratisdatenlieferung gezwungen werden; Bürokratieabbau geht anders. Schliesslich will uns auch nicht einleuchten, dass in den gleichzeitig mitbehandelten Gesetzen der kantonalen Spitäler für die Ärzteschaft ein Lohndeckel mit einer fixen Zahl ins Gesetz geschrieben wird. Seit wann schreibt man fixe Geldbeträge in ein Gesetz? Wir lehnen staatliche Eingriffe in das Lohnsystem der kantonalen Spitäler grundsätzlich ab und staunen, dass ausgerechnet die Linke in diesem Rat keine Gleichbehandlung der Spitäler wünscht. Die linke Ratshälfte privilegiert gemeinsam mit der GLP mit diesem Lohndeckel nicht-kantonale Listenspitäler, wie zum Beispiel die Klinik Hirslanden, gegenüber dem universitären Zentrumsspital. Dabei ist es doch zum Beispiel gerade das USZ, welches als tertiäres Zentrum einen weltweit guten Ruf zu erhalten hat und nicht zum Regionalspital Fluntern degradiert werden sollte. Dabei ist es doch die linke Ratshälfte, welche vor noch nicht allzu langer Zeit eine «Lex Hirslanden» einführen wollte. Ich muss Ihnen sagen: Dieser Logik von Links-grün kann ich nicht folgen.

Dennoch ist die Revision des SPFG grossmehrheitlich gelungen. Auch der Bericht der ABG über die Untersuchung zu den besonderen Vorkommnissen an mehreren Kliniken des USZ hat das SPFG beeinflusst. Natürlich – und das wurde heute schon besprochen – geht es im SPFG nicht nur um das USZ, sondern eben generell um die Spitäler des Kantons. Die Revision soll weder unter dem Eindruck der medialen Berichterstattung rund um die Vorkommnisse am USZ noch mit dem Schwerpunkt des ABG-Berichts zum USZ diskutiert werden. Nein, das SPFG muss als Gesetz betrachtet werden, das die Spitalplanung und -finanzierung im Kanton gründlich und für alle Spitäler regelt.

Mit dieser Optik hat die Revision des SPFG durchaus Potenzial und gute Ansätze. Um auf das einleitend erwähnte Bild mit einer Zangengeburt zurückzukommen: Das Kind wurde geboren und ist lebensfähig. So werden Qualität und Wirtschaftlichkeit bei der Leistungsvergabe weiterhin und noch stärker mit grosser Bedeutung gemessen. Starre Quoten sowie weitere planwirtschaftliche Elemente sind in der vorliegenden Fassung nicht mehr vorhanden, dafür eine Flexibilisierung der Planung mit Regeln zur Anpassung der Liste während der Geltungsdauer. Wir finden es sinnvoll, dass in dieser Zeit nicht nochmals sämtliche Planungsschritte durchlaufen werden müssen. Auch wurde die betriebliche Gestaltungsfreiheit der Listenspitäler vergrössert. Wir finden es akzeptabel, dass die Listenspitäler Vergütungsmodelle haben müssen, welche keine wesentlichen mengenabhängigen

Komponenten aufweisen. Auf diese Art wird signalisiert, dass Mengenausweitung aufgrund fehlerhafter Indikation nicht akzeptiert wird. Und dennoch bleibt den Spitälern ein gewisser Anreiz, gute Arbeit zu liefern. Der Gesundheitsdirektion ist es also gut gelungen, eine vernünftige Brücke zu schlagen zwischen der Versorgungsplanung mit allen fixen Anforderungen und einer möglichst grossen Flexibilität, welche die Spitäler in einem kompetitiven Umfeld eigenverantwortlich agieren lässt.

Weiter finden wir es sinnvoll, dass Listenspitäler nicht zwingend eine Notfallstation betreiben müssen. Wir möchten aber darauf hinweisen, dass mit dieser Flexibilisierung vermehrt auf eine genügende Anzahl an Notfallstationen geachtet werden muss, zumal diese, aus einer wirtschaftlichen Perspektive betrachtet, zurzeit wenig attraktiv sind.

Zu den einzelnen Anträgen werde ich mich im Verlauf der Behandlung bei Bedarf äussern. In der Schlussabstimmung werden wir die Revision voraussichtlich annehmen. Wir haben das Gesetz von der Regierung als ein Paket erhalten, dieses Paket auch als Gesamtpaket in der Kommission besprochen und werden es darum auch als Ganzes aufgrund der Einheit der Materie annehmen. Ein nachträgliches Splitting der Vorlagen lehnen wir schon allein aus Verfahrensgründen ab. Das wäre Rosinenpickerei und keine solide politische Arbeit.

*Claudia Hollenstein (GLP, Stäfa):* Ich gebe noch meine Interessenbindung bekannt: Ich arbeite in der Hirslanden-Gruppe.

Es scheint geschafft oder es ist vollbracht, Monate danach überarbeitet, viele Stunden an Sitzungen in der KSSG später, intensiv diskutiert, natürlich in einzelnen Fragen öfters uneins. Das Resultat ist aus Sicht der GLP stimmig und richtig. Die vorliegende, für den Rat nun abstimmungsreife Gesetzgebung beurteilen wir als vernünftig und konsensfähig. Das Zeitfenster ist knapp, wir wollen keine weiteren Verzögerungen. Unsicherheit und Unklarheit sind das Letzte, was wir im Moment gebrauchen können, gerade in der aktuellen, für die Spitäler herausfordernden und anspruchsvollen Zeit. Das Ziel, ein Gesetz zu verabschieden, welches den Spitälern ermöglicht, eine gute Arbeit anzubieten und zukunftssträftig zu agieren, ist erreicht.

Nachfolgend werde ich die aus GLP-Sicht wichtigsten vier Kernpunkte erläutern: Wir Grünliberalen stehen für wettbewerbliche Elemente, legen Wert auf höchste Qualität, sehen falsche Anreize als Gefahrenpotenzial und anerkennen und würdigen den wichtigsten Wert eines Spitals: die Mitarbeitenden.

Wir Grünliberalen befürworten wettbewerbliche Elemente und merken an, dass mit dieser klaren Formulierung im Gesetz qualitative Inhalte an Wichtigkeit gewinnen werden. Es sind gerade die wettbewerblichen Elemente, die die Spitäler zu Qualität und Effizienzgewinnen ermutigen. Schauen Sie nur ins benachbarte Ausland und dann sehen Sie, was Staatsmedizin anrichtet.

Wir tragen mit, dass den Menschen weiterhin eine gute Zugänglichkeit in ein Spital ermöglicht wird. Die elementare Wichtigkeit, dass genug und fachlich gut ausgebildetes Personal in den Spitälern arbeiten und die Erfüllung des Leistungsauf-

trags sicherstellen kann, ist uns ein grosses Anliegen. Diese einfache, aber unabdingbare Weisheit ist weder neu noch spektakulär, aber eine Notwendigkeit und systemrelevant und somit in diesem Gesetz zu verankern.

Von Quoten halten wir nicht viel, vor allem dann nicht, wenn sie vordergründig einen Missstand beheben sollen und sich genau für die gleiche Gruppe, die davon profitieren soll, eventuell nachteilig auswirken kann. Jetzt nur dies: Setzen wir keine falschen Anreize mit scheinbarer Quotenregelung. Elemente, die diejenigen bestrafen, die ihre Aufgaben korrekt erfüllen, erhalten von uns keine Unterstützung. Bereichen, die in Richtung Staatsmedizin gehen, Bewegungs- und Entwicklungsmöglichkeiten behindern oder verunmöglichen sollen, stehen wir ablehnend gegenüber. Unsere Medizin hätte heute nicht einen derart guten Ruf, wenn wir seit Jahrzehnten immer alles verunmöglicht hätten. Dass wir so viele Krankheiten behandeln, Verunfallten oder Verbrennungsopfern mit neuartigen Methoden und Hilfsmitteln Schmerzen lindern, vieles heilen können, hat genau mit den Möglichkeiten zu tun, für die wir auch politisch eintreten. Von «versorgungspolitisch» lassen wir die Finger. Wir halten mehr von «wirksam», «zweckmässig» und «wirtschaftlich» denn von vermeintlicher Gemeinnützigkeit.

Kein Verständnis entwickeln wir, wenn den Spitälern eine Zusammenarbeit verunmöglicht wird mit der Begründung von fehlendem Leistungsauftrag eines Spitals. Hier werden Vertragsspitäler klar bevorzugt, Zusammenarbeit verunmöglicht und ungleiche Spiesse gefördert. Genauso sind wir der Meinung, dass die Gesundheitsdirektion weder Bank noch Darlehensgeberin sein sollte. Ihre Kernkompetenz erwarten wir in anderen Leistungsbereichen. Zudem stehen die Grünliberalen zum Antrag der Regierung, wonach die Gesamtvergütung von Kaderärzten 1 Million Franken nicht übersteigen darf. Auch dazu später mehr, jetzt nur so viel: Ist 1 Million Franken, notabene ohne den Verdienst aus der Lehrtätigkeit an der Universität und ohne Nebenverdienste so knapp, dass keine hervorragenden Ärzte je mehr nach Zürich kommen?

Das Wort «Qualität» erscheint schon fast abgegriffen, so oft wird es benutzt. Qualität lohnt und ist es wert, sie immer wieder einzufordern, weil elementar. Nur weil davon ausgegangen wird, dass Qualität sowieso erbracht wird und vorhanden ist, sollte auf allen Ebenen bestmögliche Qualität geboten werden müssen und wollen. Auch gehören für uns Grünliberale in ein Gesetz keine falschen Anreize. Wenn vorhanden, sollen diese eliminiert werden. Einzelne Branchen zu bevorzugen, gehört nicht in eine Gesetzgebung. Angst vor sich ändernden Grundbedingungen und deren Folgen erlauben es aus unserer Sicht auf keinen Fall, die eigenen Pfründe via Gesetzgebung ans Trockene zu bringen.

Das gesamte Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetz lebt von Leistungen, menschlichen Leistungen. Dem Stellenwert von Mitarbeitenden in den Spitälern gilt unser Augenmerk. Dies ist weder Politpropaganda noch Wahlkampf, sondern wahr. Unsere Hochachtung gilt den Frauen und Männern, die täglich in ihrer jeweiligen Funktion am Krankenbett stehen und ihr Bestes geben, damit Patientinnen und Patienten sich nach einer schweren Krankheit erholen oder würdig und ohne zu viele Schmerzen diese Welt verlassen können. Darum wehren wir uns auch gegen die Änderungsanträge, die den Spitälern Gelder entziehen wollen. Die

Konsequenzen hätte das Personal zu tragen. Denn ohne diese Mitarbeitenden sind Spitäler wertlos. Somit stehen wir weder für politische Ränkespiele noch Populismus. Wir sehen uns als wichtigen Partner und übernehmen Verantwortung. Wir wollen weder das Rad zurückdrehen noch Ressourcen verschleudern und blockieren sicher nicht nötige Entwicklungen. Wir können stolz sein. Wir haben intensiv über Monate für dieses nun vorliegende Ergebnis gearbeitet, Zeichen gesetzt und erwarten, dass wir es nun in Anstand und unserem Auftrag entsprechend besprechen und verabschieden können. Wir Grünliberalen treten auf die Vorlage ein.

*Nora Bussmann Bolaños (Grüne, Zürich):* Auch wir Grünen sind für Eintreten auf die Vorlage. Wir tun dies ohne Begeisterung, aber dennoch sehen wir im revidierten Gesetzesentwurf gegenüber dem Status Quo eine klare Verbesserung. Vor allem eine gewisse Eindämmung von marktwirtschaftlichen Auswüchsen und Fehlanreizen sowie die Förderung von neuen Ansätzen zur Verbesserung der Versorgungskette werten wir positiv.

Wir Grünen stehen der Ökonomisierung des Gesundheitswesens nach wie vor sehr kritisch gegenüber. Wir stehen nach wie vor nicht hinter dem aktuellen pseudomarktwirtschaftlichen System unserer Gesundheitsversorgung, in dem Spitäler – ja gar Kliniken innerhalb desselben Spitals – zu Konkurrenten um Marktanteile werden. Wenn ein Wettbewerb um die Versicherten, vor allem die Privatversicherten stattfindet und mehr Eingriffe bessere Rendite versprechen, sind das sicher die falschen Anreize. Schade, dass wir mit unserem Antrag, einen Ausgleich zwischen den Spitälern in Bezug auf die Aufnahme von nur Grundversicherten herzustellen, keine Mehrheit finden.

Wettbewerb – vor allem in finanzieller Hinsicht – verbessert die Qualität und die Leistungen weder für das Personal noch für die Patientinnen und Patienten. Ginge es um einen Wettbewerb in Bezug auf die Mitarbeitendenzufriedenheit und die Patientenversorgung, dann können wir wettbewerbliche Elemente durchaus unterstützen. Doch das ist kaum gemeint mit der im Gesetz stehenden Aussage «Wettbewerbliche Elemente werden gefördert». Dieses Credo möchten wir nicht im Zweckartikel verankert haben.

Das SPFG würde die Chance bieten, mehr Steuerung durch den Kanton und weniger verzerrte Marktwirtschaft in der Gesundheitsversorgung zu haben, und dies zugunsten des Personals und der Patientinnen und Patienten.

Ich komme aus dem Bildungswesen. Bildung ist ein öffentliches Gut, die Volksschulen gehören zum Service public. Stellen Sie sich mal vor, wie das wäre, wenn das Bildungswesen wie das Gesundheitswesen funktionieren würde? Sie fänden es sicher auch komisch, wenn wir privatversicherten Kindern Zusatzlektionen geben würden, egal, ob sie es brauchen oder nicht, und ihnen dann noch ein goldenes Stühlchen ins Zimmer stellen, damit wir Gewinne erzielen können. So komisch finde ich es manchmal, wenn ich mir das Gesundheitswesen anschau. Wichtig ist doch, bedarfsgerechte Leistungen zu erbringen. Und keine Schulleiterin könnte androhen, beim Personal sparen zu müssen, falls das Unternehmen – ihre Schule – finanziell ins Schleudern gerät.

Gesundheitsversorgung gehört für uns zum Service public. Wir Grünen wollen eine gute Gesundheitsversorgung für alle, und das muss uns etwas wert sein. Wir wollen keine unnötigen Eingriffe, keine Mengenausweitung aufgrund finanzieller Vorteile. Aber wir müssen auch nicht auf Teufel komm raus einfach überall den Sparstift ansetzen. Der Fokus muss doch in erster Linie auf den Patientinnen und Patienten liegen. Was brauchen diese? Wie können sie bestmöglich versorgt, aber nicht überversorgt werden? Und um gute Leistungen für die Patientinnen und Patienten zu sichern, brauchen wir gutes Personal. Personal muss gewonnen und gehalten werden, und dies gelingt mit guten Rahmenbedingungen. Wenn der finanzielle Wettbewerb im Vordergrund steht, dann gibt es immer Druck auf das Personal. Aber letztendlich ist es das Personal, das das Spital ausmacht – heute und in Zukunft. Gute Arbeitsbedingungen, gute Löhne und Anerkennung sind wichtig, um auch in Zukunft genügend ausgebildetes Personal zu haben. Daher fordern wir auch in einigen Minderheitsanträgen eine Verbesserung und Klärung der Situation für das Personal.

Zum Glück hat man in den Spitälern erkannt, dass Qualität vor Quantität stehen muss, und immer mehr Qualitätssicherungssysteme und Indikationsboards sind geschaffen worden, um eben wirklich nur indizierte Eingriffe vorzunehmen – weniger ist manchmal mehr. Das vorliegende Gesetz nimmt die Qualität und die Verantwortlichkeit für die Qualität etwas stärker in den Fokus: zum einen beim Zweckartikel, zum andern bei den Aufnahmebedingungen sowie bei den Kriterien für die variablen Lohnbestandteile in den kantonalen Spitälern. Und so werten wir auch positiv, dass das Belegarztsystem zwar weiterhin möglich ist, Belegärztinnen und -ärzte aber zukünftig stärker eingebunden werden und die Spitäler in der Verantwortung stehen, dass auch deren Eingriffe indiziert sind und es zu keiner Überversorgung kommt.

Wir begrüßen in der Gesetzesvorlage auch ganz klar, dass der Kanton mehr Steuerung und Verantwortung bei der Entwicklung und Planung von neuen Versorgungsmodellen übernimmt. Die Gesundheitsversorgung wird sich verändern: Ambulant vor stationär, Alterung der Gesellschaft, Digitalisierung, um nur einige Tendenzen zu nennen. All dies führt zur Nachfrage nach neuen Versorgungsmodellen.

Bezüglich Kostenträgerschaft sind viele wertvolle Angebote im Zwischenbereich «ambulant/stationär» oder «spitalgebunden ambulant» nicht geklärt. Der Kanton muss aber ein Interesse daran haben, das beispielsweise Tageskliniken in der Psychiatrie und nachbetreuende Angebote unterhalten werden. Dass der Kanton neu auch im Bereich der erwachsenen Akutsomatik und Rehabilitation nötige Angebote subventionieren kann, werten wir als sehr sinnvoll. Gerne möchten wir dem Kanton auch eine gewisse Rolle in der Planung und Förderung innovativer Modelle übertragen, dies mit dem Minderheitsantrag in Paragraf 6b, mit dem Experimentierartikel Paragraf 6 Abschnitt 2 und eben auch mit den Änderungen des Paragrafen 11 bezüglich der Subventionen. Wir sind zuversichtlich, dass wir hier drin dazu eine Mehrheit finden.

Auch wurde unser Antrag, in den Listenspitälern eine unabhängige Sozialberatungsstelle als Bedingung einzufordern, von einer Kommissionsmehrheit unterstützt und findet hier drin hoffentlich auch wieder eine Mehrheit.

So bedauerlich die verschiedenen im vergangenen Jahr bekannt gewordenen Vorfälle am Unispital Zürich auch sind, sie haben doch einiges in Bewegung gesetzt: So nehmen wir mit Genugtuung zur Kenntnis, dass hier drin nun keine Fraktion mehr – auch nicht die bürgerlichen – für den Erhalt des Zusatzhonorargesetzes einsteht, einer der grössten Fehlanreize mit Missbrauchspotenzial im System. Wie heisst es so schön: Lieber spät als nie. Auch der Bericht der AGB gibt uns deutliche Hinweise, wo der Korrekturhebel anzusetzen ist. Ich werde bei den einzelnen Minderheitsanträgen gerne darauf verweisen.

Schade aber, dass wir es verpassen werden, bei der Honorargeschichte einen klaren Paradigmenwechsel zu vollziehen. Die Mehrheit des Rates will an einem Honorarsystem festhalten, welches bis 30 Prozent variable Lohnbestandteile beinhaltet. Damit bleibt die Intransparenz und Ungleichheit im System. Die Fokussierung auf Einzelköpfe statt auf Teamleistungen wird so fortgesetzt. Wir Grünen stehen ganz klar ein für ein transparentes Fixlohnsystem, wie es immer mehr Spitäler kennen. Ein solches verhindert Starkult, Missgunst und «Ellbögle», zudem können sich Ärztinnen und Ärzte, ungeachtet finanzieller Auswirkungen, auf ihr Kerngeschäft konzentrieren. Und dass wir den Lohndeckel bei 750'000 Franken statt bei 1 Million oder nach oben offen ansetzen wollen, hat nichts mit Neid oder Missachtung der hervorragenden Leistungen und grossen Verantwortung der Kaderärztinnen und -ärzte zu tun, sondern orientiert sich an einem Vergleich mit dem übrigen Spitalpersonal und mit andern Spitälern. Spitzengehälter von 750'000 Franken wären in der Schweizer Spitallandschaft noch immer mehr als wettbewerbsfähig. Gute Leute – vielleicht auch mehr gute Frauen – zieht man durch ein inspirierendes Umfeld, gute Unternehmenskultur und arbeitnehmerfreundliche Arbeitsbedingungen an.

Mit dem Paragraphen 5 Absatz 1 litera i soll die Leitplanke, also keine falschen Anreize in den Vergütungssystemen, auch für all die anderen Listenspitäler gelten. Dass da FDP und SVP den wichtigen Zusatz streichen wollen, zeigt, dass einige eben doch gerne – vielleicht für die eigene Klientel – am System festhalten möchten. Liebe Bettina Balmer, hier hättet ihr die Möglichkeit, gleichlange Spiesse für die Listenspitäler wie für die kantonalen Spitäler zu schaffen, abgesehen von der Lohnobergrenze. Ich möchte Sie bitten, nochmals in sich zu gehen und die Empfehlungen aus dem AGB-Bericht auf sich wirken zu lassen. Haben Sie den Mut zu einem Systemwechsel. Es wird den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den Spitälern, aber auch den Patientinnen und Patienten sicher zugutekommen.

Unser bisheriges Fazit: Die Gesetzesvorlage ist eine Korrektur an einem kranken System. Wir behandeln kurzfristig ein paar Symptome, die Probleme bei den Wurzeln angehen tun wir mit dem neuen SPFG aber nicht; das können wir zugebenermassen auch nur beschränkt, da das System ja vor allem national gemacht wird. Wir werden der Vorlage also trotz allem voraussichtlich zustimmen.

Ich möchte mich bedanken bei der Gesundheitsdirektion, die unsere Fragen immer sehr umgehend und klar beantwortet und uns mit zusätzlichen Informationen ausgerüstet hat. Bedanken möchte ich mich auch beim Kommissionspräsidenten und der Kommissionssekretärin für die klare Sitzungsleitung und den Überblick in diesem grossen Geschäft. Auch den anderen Kommissionsmitgliedern gilt mein Dank für die konstruktive Zusammenarbeit, auch wenn wenige Kompromisse gefunden werden konnten. Aber wir haben da wohl zwei schwer vereinbare Ansätze: Service public gegen Wettbewerb. Wir treten auf die Vorlage ein. Vielen Dank.

*Lorenz Schmid (Die Mitte, Männedorf):* Worum geht es? Wir redigieren hier eigentlich zwei verschiedene Gesetze. Es gilt, diese Unterscheidung wirklich vorzunehmen. Ich habe mit ein bisschen Irritation den Artikel vom 3. Mai 2021 in der NZZ von Jan Hudec (*Redaktor*) gelesen, da wurde die Unterscheidung zwischen diesen beiden Gesetzen nicht klargemacht. Deshalb: Wir von der Mitte sind klar der Meinung, dass die Gesetze auch separat zur Abstimmung gebracht werden müssen. Der Wille des Parlaments, gegebenenfalls abschliessend der Wille des Volkes, sollte es zu einem Referendum kommen, muss diese Unterscheidung zwischen SPFG und Ärztezusatzhonorargesetz strikte vornehmen.

Kommen wir zum Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetz: Ich bin wohl einer der wenigen im Saale, der bereits anno dazumal das Gesetz mitredigierte, vor jetzt gut zehn, elf Jahren; es gibt natürlich noch andere im Saale. Ja, eine Revision tut Not nach zehn Jahren, denn in der Tat sollen einige alte Zöpfe als zu rigide aus dem Gesetz geworfen werden. Jedoch – und da richte ich meine Worte an die GLP und die SVP sowie auch an die FDP – haben wir in den letzten Jahren immer wieder über die wachsenden Kosten im Gesundheitswesen, über die immer höheren gebundenen Staatsausgaben und die immer grösser werdenden Kantonsbeiträge an die IPV (*Individuelle Prämienverbilligung*) lamentiert. An jeder Budgetdebatte waren Staatsausgaben das grosse Thema im Gesundheitswesen. Die GLP versuchte immer wieder, in Schönwetterlage das Budget nach unten zu schrauben, und wir drehten und schräubelten an den Ausgabebudgets, um unser Gewissen zu beruhigen, im Wissen jedoch: Es kostet so viel wie es kostet. Es werden so viele Kosten zu Buche schlagen wie sie zu Buche schlagen – nix zu machen. Wir kamen zur Einsicht, dass gebundene Ausgaben nur über Gesetzesrevisionen zu beeinflussen sind – wie wahr. Mit der SVP grübelten wir über eine Zugangsbeschränkung von Notfallstationen, im Wissen, dass Notfallstationen zu häufig aufgesucht werden und Mehrkosten auslösen, mit der GLP über degressive Tarifsysteime, im Wissen, dass für verschiedene Indikationen aufgrund mangelnder Indikationsqualität zu viele Operationen durchgeführt werden. Alles war im Fluss. Wir waren innovativ und wir reichten Vorstösse ein.

Ich kann mich noch erinnern, wie wir uns anno dazumal – noch mit dem GLP-Vertreter Daniel Häuptli in der Kommission und dem Finanzgewissen von Cyrill von Planta – über die erste Vernehmlassungsvorlage des alten Gesundheitsdirektors freuten, gereift an Erfahrung und hoffnungsvoll, dem Gesundheitswesen nun endlich mit Mehrheiten im Parlament den Wachstums-Elan zu nehmen. Es kam anders.

Die Direktion schlug uns unter neuer Führung eine komplett andere Vorlage vor, in allen Belangen. Nix mehr von Kostenbremse. Die SVP zog mit ihrer Gesundheitsdirektorin mit. Die FDP war schon immer dem Wachstum der Spitäler verschrieben. Und die GLP, unterwandert von Interessenvertreter der Spitäler, war nicht mehr wiederzuerkennen. Es geht mir mit dieser Kritik alleine um ein bezahlbares, ein sozialpolitisch auch tragbares Gesundheitswesen – kein Kahlschlag, nix von einem Vorschlaghammer, in Analogie zum Artikel der NZZ vom 3. Mai. Liebe NZZ, die Mitte-links schlägt nicht mit dem Vorschlaghammer auf die Tinguely-Maschine (*Jean Tinguely, Schweizer Künstler*) alias Gesundheitswesen ein. Sie nimmt den Schraubenzieher und versucht ganz subtil, die Tinguely-Maschine zu drosseln.

Die Vorschläge sind: keine Bewerbung der Notfallstationen. Braucht es denn überhaupt für ein Angebot, dass im Notfall aufgesucht wird, Werbung? Oder geht es hier doch um mehr, nämlich darum, jegliche Bedürfnisse des Unwohlseins zu befriedigen? Fragen Sie Pflegefachpersonen, die sich tagtäglich im Notfalldienst missbraucht fühlen und Pseudofälle beklagen. Dass die Notfallstationen für Spitäler das Rekrutierungsinstrument für Patientinnen und Patienten schlechthin bedeutet und dass nach der Notfallkonsultation die Patientinnen und Patienten weiterhin aufgeboten und betreut werden mit ambulanten Dienstleistungen, ist sehr wohl bekannt. Wir nennen dies «Markterweiterung». Der Kanton Zürich verfügt über 16 Notfallstationen, 95 Prozent der Bevölkerung erreichen diese Notfallstationen innert 20 Minuten ab Wohnort, 98 Prozent ab Arbeitsort. Das ist eine weltweit unglaubliche Verfügbarkeit, die Nachfrage und Mehrkosten schafft. Und stellen Sie sich vor, die FDP will den Notfalldienst anbietenden Spitälern noch bessere Baserates gegenüber Spitälern ohne Notfallstationen im Gesetz verankern.

Ein weiterer Vorschlag: degressive Tarifsysteme bei Überversorgung. Liebe Gesundheitspolitiker, lieber Ronald (*gemeint ist Ronald Alder*), ich weiss, dass Überversorgung zu definieren fast ein Ding der Unmöglichkeit ist – fast. Deshalb mein Vorschlag: Die Direktion kann – Zitat – «in Absprache mit den Fachgesellschaften» diese degressiven Margen für gewisse Indikationen schaffen. Du wirst mir zustimmen, dass die Fachgesellschaften sehr wohl und genau wissen, wo sie häufig und unnützlich operieren. Und sie würden sehr wohl intervenieren, würde nicht der Spitalökonom dies anders sehen. Somit geben wir weiterhin mehr Geld für weniger Output-Qualität aus, stellen Sie sich das vor. Liebe Finanzpolitiker, lieber André (*André Müller*), Christian (*Christian Schucan*) von der FDP, liebe Elisabeth (*Elisabeth Pflugshaupt*), Romaine (*Romaine Rogenmoser*) und Jürg (*Jürg Sulser*) von der SVP, lieber Cyrill (*Cyrill von Planta*) und Ronald (*Ronald Alder*) von der GLP, wie bizarr: Die Mitte-links versucht, die Kosten, die Staatsausgaben zu bremsen, und eure Gesundheitspolitiker foutieren sich darum. Verkehrte Welten! Weitere Vorschläge werde ich in der Detailberatung präsentieren. Wettbewerb ja, jedoch mit Schranken, es geht nicht anders. Das Gesundheitswesen bietet, wenn es keine Schranken hat, ein Wachstum, das nicht mehr finanzierbar und auch qualitativ nicht gut ist.

Zum Ärztezusatzhonorargesetz werde ich mich zu gegebener Zeit äussern, da ich diese zwei Gesetze wirklich voneinander trennen möchte und wir diesen Minderheitsantrag auf Trennung bei der Abstimmung auch unterstützen werden. Ich danke.

*Mark Anthony Wisskirchen (EVP, Kloten):* Meine Interessenbindung: Ich bin Vizepräsident der Spital Bülach AG.

Vorab: Das Anliegen der SP, eine eigenständige Vorlage zu den vier Spezialgesetzen separat abzustimmen, ist nicht ganz von der Hand zu weisen. Dennoch ist die EVP der Meinung, dass das SPFG, das intensiv, effizient, aber gründlich und eben auch gesamtheitlich behandelt wurde, einer gesamthaften Betrachtung entspricht und für alle Listenspitäler ausgelegt ist. Die vier Sondergesetze der kantonalen Spitäler müssen deshalb nicht gesondert in einer eigenständigen Vorlage behandelt werden. Ich bin überzeugt, dass der Kantonsrat auch hier Konsens erreichen kann.

Die Revision des SPFG hat zum Ziel, unter anderem notwendige Anpassungen aus den letzten zehn Jahren zu verschiedenen Themen und aus verschiedenen Gründen, wie zum Beispiel wegen des medizinischen Fortschritts, aber auch um verschiedenen Fehlanreizen entgegenzuwirken – da gehört generell auch das Zusatzhonorargesetz dazu – vorzunehmen. Ein ausgewogenes SPFG hat die vorberatende Kommission also seriös ausgearbeitet. Im Mittelpunkt soll die qualitative Behandlung der Patientinnen und Patienten stehen, aber auch den medizinischen Mitarbeitenden sollen gute Rahmenbedingungen geschaffen werden.

Wir werden das SPFG mit einigen Minderheitsanträgen unterstützen und hoffen, die Argumente stossen auch auf Gehör. Wir sind zuversichtlich, weder ein schwaches noch ein extremes SPFG verabschieden zu können, und lassen uns auf die anstehenden Diskussionen gerne ein, um den Zürcherinnen und Zürichern sowie den Spitälern ein zeitgerechtes Gesetz möglichst rasch in die Praxis zu übergeben. Für eine möglichst verlässliche Planungssicherheit, gerade auch im Hinblick auf die neue Spitalplanung 2023 und die neu zu vergebenden Spitalisten und Leistungsaufträge, ist es wichtig, dass wir hier vorwärtsmachen und hoffentlich bis zu den Sommerferien ein SPFG verabschieden, hinter dem wir grossmehrheitlich stehen und das wir auch unterstützen können. Die EVP tritt somit auf die Behandlung des SPFG, wie vorgesehen, ein, und wir bedanken uns auch an dieser Stelle ganz herzlich bei der Gesundheitsdirektion und ihren Mitarbeitenden sowie dem KSSG-Präsidenten und der Kommissionssekretärin für ihre grosse und gute Arbeit.

*Kaspar Bütikofer (AL, Zürich):* Die Alternative Liste wird auf dieses Gesetz eintreten und wir werden der Teilrevision des SPFG auch zustimmen, wenn nicht in der Beratung noch Unvorhergesehenes passieren sollte. Wir werden uns dementsprechend auch gegen eine Teilung der Vorlage aussprechen.

Die Alternative Liste begrüsst diese Vorlage, diese Teilrevision, auch wenn sie jetzt etwas zahmer daherkommt, als sie noch in der Vernehmlassungsvorlage dahergekommen ist. Diese Teilrevision ist dringend nötig und sie ist im Hinblick

auf die Spitalplanung 2023 auch rechtzeitig. Es braucht Spielregeln für die neue Spitalliste und es braucht insbesondere klare Richtlinien, die festlegen, dass eine koordinierte Bedarfsplanung als Grundlage für die Spitalliste gemacht wird. Ich rufe in Erinnerung, was der damalige Gesundheitsdirektor Thomas Heiniger bei der Lancierung des Gesetzes gegenüber den Medien sagte, er lässt sich zitieren: «Der Verschleuderung von Prämien und Steuergeldern müssen wir entgegenwirken.» Und weiter wird berichtet: «Als eines der grössten Probleme im Gesundheitswesen erachtet er» – also der Gesundheitsdirektor – «die Überversorgung. Gerade für Spitäler, die ihre Infrastruktur nicht auslasten können, sei der Anreiz gross, Behandlungen durchzuführen, die gar nicht nötig seien.» Nun, diese Erkenntnis ist spannend, auch wenn sie relativ spät kam. Sie kam zwei, drei Wochen, bevor Herr Heiniger das Amt verlassen hatte, aber immerhin, sie kam und sie ist richtig. Deshalb möchte ich auch die Nachfolgerin, Gesundheitsdirektorin Rickli dafür loben, dass sie an dieser Gesetzesrevision festgehalten hat, obschon es doch harsche Kritik seitens der Spitallobby gab.

Die Überversorgung ist kein Hirngespinnst. Ich erinnere an einen NZZ-Artikel von 2015, wo vorgerechnet wurde, dass zwischen 2013 und 2023 2,6 Milliarden Franken in die Spitalinfrastruktur und somit auch in die Kapazitäten investiert werden. Dies wiederum bedeutet, dass die hohen Investitionskosten den Spitälern hohe Fixkosten verursachen. Das heisst, man kann nur rentabel operieren, rentabel wirtschaften, wenn man eine Wachstumsstrategie verfolgt. Oder anders gesagt: Es steigt so der Druck, die Betten zu füllen, oder aber es entsteht ein Druck für eine Mengenausweitung und für eine Überversorgung. Ich erinnere hier an eine ältere OBSAN-Studie (*Schweizerisches Gesundheitsobservatorium*), die davon ausging, dass etwa jede dritte Operation überflüssig ist. Nun, über die Zahl kann man sich streiten, unbestritten ist aber, dass wir in der Schweiz eine Überversorgung haben.

Was ist aus der Prognose der NZZ geworden? Schauen wir die Listenspitäler ohne die Geburtshäuser an, dann sehen wir, dass zwischen 2012 und 2018 die Bettenzahl reduziert wurde. Sie sank um 120 Betten. Das heisst, die Vorwärtsstrategie hat sich für die Spitäler nicht ausbezahlt, der Wettbewerb war somit nicht gewinnbringend. Was aber ins Auge fällt, ist, dass die Auslastung 2012 bei 89,6 Prozent lag. Und 2018 ist die Auslastung trotz einer Kapazitätsreduktion auf 77 Prozent gesunken, das heisst, fast jedes vierte Bett steht heute leer. Dies wiederum bedeutet, dass der Druck, die Investitionen zu amortisieren, noch weiter steigt, der ökonomische Druck in den Spitälern steigt somit weiter, sodass eben auch eine Überversorgung stattfinden kann. Das Fazit ist also: Wir haben heute Überkapazitäten auf den Spitallisten. Deshalb ist das SPFG wichtig und deshalb ist es nötig.

Wir bedauern, dass einige wichtige Punkte aus der Vernehmlassungsvorlage herausgestrichen wurden. Nennen möchte ich hier einzig, dass die Weisungsberechtigung der Spitalleitung gegenüber den Belegärzten aus dem Gesetz gestrichen wurde. Aber dennoch ist dieses Gesetz für uns ein grosser Fortschritt, und wir begrüssen es ausdrücklich, dass in diesem Gesetz neu das Ziel der Spitalplanung festgelegt wird, nämlich eine bedarfsgerechte Versorgung. Das ist vielleicht trivial, aber es ist nicht selbstverständlich. Denn bisher war das SPFG dem Prinzip

des Wettbewerbs unter den Spitälern verpflichtet. Das wird nun geändert. Dementsprechend begrüßen wir auch die Massnahmen, die in Paragraf 8a vorgesehen werden, dass während einer laufenden Spitalliste Anpassungen gemacht werden können.

Weiter begrüßen wir die Elimination von diversen Fehlanreizen, die heute im SPFG drin sind, namentlich nennen möchte ich, dass die mengenabhängige Entlohnung im neuen SPFG limitiert oder ganz verboten werden soll. Wir begrüßen ebenfalls, dass die individuellen Lohnanteile reduziert werden sollen. Und wir begrüßen auch, dass die Indikationsqualität neu eine Voraussetzung für die Aufnahme auf die Spitalliste ist. Positiv beurteilen wir auch, dass das Zusatzhonorargesetz aufgehoben wird. So wird den Spitälern die Möglichkeit gegeben, eine spitalübergreifende Besoldungsverordnung zu machen. Es kann so auch die Macht der Klinikdirektoren ein bisschen gebrochen werden, und es besteht die Möglichkeit, dass die Lohnexzesse in einzelnen Spitälern limitiert werden können.

Alles in allem ziehen wir deshalb über diesen Revisionsentwurf eine positive Bilanz, auch wenn es natürlich Wermutstropfen drin hat. Wir werden mit Argusaugen beobachten, wie die Gesundheitsdirektion dann die bedarfsgerechte Spitalplanung und die Spitalliste umsetzen will und wird. Mit der Revision des SPFG hat sie aber ein geeignetes Mittel an der Hand, um dies effizient machen zu können.

Ich werde mich zu gegebener Zeit noch zu den Minderheitsanträgen äussern. Die Alternative Liste wird auf diese Gesetzesvorlage eintreten. Besten Dank.

*Ratspräsident Benno Scherrer:* Der Reigen der Fraktionssprecherinnen und Fraktionssprecher ist damit abgeschlossen. Ab jetzt gilt eine Redezeit von fünf Minuten.

*Jörg Kündig (FDP, Gossau):* Meine Interessenbindung ist zweifach: Ich vertrete ein Regionalspital (*als Verwaltungsratspräsident des GZO Spital Wetzikon*) auf der einen Seite. Auf der anderen Seite vertrete ich (*als Präsident des Verbandes der Gemeindepräsidien*) die Gemeinden im Kanton Zürich, immerhin ein Grossteil der Spitäler im Kanton Zürich. Es ist wichtig, dass diese hier auch Gehör finden. Wir sprechen heute über das Planungs- und Finanzierungsgesetz für Spitäler. Dieses Gesetz wird Grundlage für die kommende Spitalplanung sein. Es ist mir wichtig zu sagen und hervorzuheben, welchen Spagat der Kanton, wir alle hier, vollziehen müssen. Noch klarer wird es, wenn wir die gesamte Vorlage ansehen. Es geht um das Zusatzhonorargesetz, es geht um das Universitätsspital, das KSW, das Gesetz über die Psychiatrische Universitätsklinik, alles in einer Vorlage. Der Kanton Zürich ist also dreifach gefordert: Auf der einen Seite als Regulator – wir legen fest, was die Spitäler dürfen und was nicht –, dann als Financier – die 100-Prozent-Finanzierung (*der Spitalversorgung durch den Kanton*) wurde 2012 eingeführt, Teilung mit der Krankenkasse durch den Kanton – und als Anbieter und Marktteilnehmer, wenn hier überhaupt von einem Markt gesprochen werden kann.

Besondere Brisanz erhält diese Ausgangslage dadurch, dass wir vor der Erteilung der neuen Leistungsaufträge stehen. Wenn wir uns das vor Augen führen: Der Kanton regelt im Bewusstsein, dass er beim Universitätsspital und beim KSW als Eigentümer in der Verantwortung für die Führung steht. Sonst ist der Kanton Auftraggeber und Finanzierer. Das Gros der Regionalspitäler ist im Besitz der Gemeinden, ein paar wenige Häuser sind im Privatbesitz. Das Interesse des Kantons als Regulator kann sein – wir wehren uns selbstverständlich immer gegen diesen möglichen Verdacht –, dass er sein Leistungsangebot schützen und möglichst wenig Geld als Finanzierer ausgeben will. Dass dies mit einer höheren DRG-Abgeltung (*Diagnosis Related Groups*) für das Universitätsspital und der Verlagerung in den ambulanten Bereich bereits jetzt passiert, sei nur als Randbemerkung genannt; DRG notabene, welche so knapp berechnet sind, dass es den Spitälern nur schwer möglich ist, ihre Investitionen zu finanzieren. Sie schaffen es knapp. Und EFAS, die einheitliche Finanzierung von stationär und ambulant, ist noch in weiter Ferne, obwohl das der richtige Weg wäre.

Zum vorliegenden Gesetz, ohne auf alle Punkte einzugehen, die genannt wurden, es geht ja dann bei den Einzelberatungen darum, diese noch zu schärfen: Was wurde erreicht, was ist alles darin enthalten? Auf der einen Seite ist wichtig, dass die dezentrale Aufstellung – nah und rasch erreichbar – unverändert erhalten bleibt, auch mit Notfallstationen, Lorenz Schmid. Eine Einflussnahme auf die Investitionen in den Spitälern durch Bewilligungspflicht ist nicht enthalten. Und Quoten für allgemein- und zusatzversicherte Patientinnen und Patienten sind nicht vorgesehen. Das Führen von Nebenbetrieben, immerhin ein ganz, ganz kleiner Schritt, damit die Spitäler sich von der absoluten Standortgebundenheit lösen können, ist jetzt möglich. Wirtschaftlichkeit ist unverändert möglich und das Ziel, und es findet keine Festlegung zur Verwendung der erzielten Jahresresultate statt. Wir erinnern uns: Die Kantone sind froh um ihre Dividenden, der Kanton Zürich ist froh um Dividenden, und die Spitäler brauchen Gewinne, um überhaupt die Investitionen finanzieren zu können.

Dass die Qualität stärker gewichtet wird, ist eine gute Sache. Allerdings wird sie bei der Preisbildung noch zu wenig berücksichtigt. Was aber auch entscheidend ist: dass wir eine Kündigungsfrist von drei Jahren haben. Immerhin schützt das die gewaltigen Investitionen zu einem Teil, und es ist eine Verlässlichkeit da, die noch akzeptabel ist. Dass der Kanton unverändert Finanzierungspartner sein kann und wahrscheinlich auch sein muss, ist ebenfalls positiv zu vermerken. Dass wir lange und intensiv über die Löhne diskutiert haben, ist nicht überraschend, wenn wir uns die Entwicklungen am Universitätsspital vor Augen führen. Ob und wie diese Obergrenzen-Diskussion auch die Regionalspitäler erreichen wird und ob sie dort eine Resonanz haben werden, ist offen. Eigentlich wären Personalreglemente dazu da, um diese ganze Geschichte zu regeln und die Führungsverantwortung in den Häusern zu erhalten.

Wenn ich zum Fazit komme: Aus einer sehr dirigistischen, den Wettbewerb massiv einschränkenden Vorlage im Rahmen der Vernehmlassung ist jetzt ein Gesetz entstanden, das als taugliche Grundlage für die kommenden Prozesse im Rahmen

der Spitalplanung angeschaut werden kann. Vieles wird jedoch dann über die konkret ausformulierten Leistungsaufträge geregelt werden müssen. Hier werden wir nicht darum herumkommen, genau hinzuschauen, und ich bin damit wieder beim Ausgangspunkt meiner Ausführungen. Der Kanton reguliert und ist selber Leistungserbringer. Das unternehmerische Risiko tragen in vielen Fällen andere: Gemeinden, Private. Wir alle sollten uns dessen bewusst sein und uns die Frage stellen, ob das der richtige Ansatz ist. Das Fazit bleibt: Wir treten auf die Vorlage ein und schärfen dort, wo es nötig ist. Besten Dank.

*Valentin Landmann (SVP, Zürich):* Ich werde mich sehr kurz fassen: Das Ziel, das wir mit diesem Gesetz haben, ist wohl bei allen unbestritten. Wir wollen eine effiziente, hochklassige Medizin, Spitalmedizin, die für alle gut zugänglich ist. Was aber aufgrund der Notizen zur Kommission sehr flagrant in Erscheinung tritt, ist, dass manche Politiker hier einen Ansatz sehen, planwirtschaftliche Grundsätze in dieses Gesetz hineinzubringen. Es sollten eigentlich die letzten Jahrzehnte und viele Jahrzehnte, die wir gesehen haben, gezeigt haben, dass Planwirtschaft kein geeignetes Mittel ist, um eine effiziente und hochklassige Medizin herbeizuführen. Wenn nun gefordert wird, dass man ins Lohnsystem der Spitäler ganz massiv eingreift, dass man Höchstlöhne festlegt, dass man auch festlegt, dass diese Löhne Lehrtätigkeit und Ähnliches gar mit umfassen soll, dann sind das alles planwirtschaftliche Instrumente, erst recht, wenn wir sagen, dass die Zahl der Eingriffe, der Operationen et cetera keinerlei Einfluss auf den Lohn haben darf. Wenn ich etwas Ähnliches in meiner Anwaltspraxis – sie ist ganz klein, nur zehn Anwälte –, wenn ich das in meiner Anwaltspraxis einführen würde, bin ich überzeugt, würden die betroffenen Anwälte zu Recht die KESB (*Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde*) avisieren. Hier avisieren wir nicht die KESB, aber wir haben die Gelegenheit, uns gegen rein planwirtschaftliche Ansätze, die nicht das Geringste zu den Zielen, die wir doch alle vertreten, beitragen, zu wehren. Wir können im Kantonsrat abstimmen. Ich danke Ihnen für die Aufmerksamkeit.

*Regierungsrätin Natalie Rickli:* Sie haben eine Revision des SPFG vor sich. Dieses Gesetz haben Sie 2011 verabschiedet; ein gutes Gesetz, das die Grundlage für die Spitalplanung und die Finanzierung der Spitäler im Kanton Zürich bildete. Die Spitalplanung, wie sie der Kanton Zürich durchgeführt hat, wurde schweizweit zum Standard, die Planung – und damit das Gesetz – haben funktioniert. Aber die Zeit bleibt nicht stehen, auch die Spitäler nicht. Es gibt neue berechnete Bedürfnisse bei der Spitalplanung, und diese haben wir aufgenommen. Sie wissen, wir sind an einer neuen umfassenden Spitalplanung, die auf 2023 in eine neue Spitalliste münden wird. Im Rahmen dieser Planung haben wir Verbesserungsbedarf erkannt, Anliegen, die zu einer noch besseren Versorgung der Bevölkerung mit stationären Spitalleistungen führen sollen. Um diesen neuen Anliegen zu verwirklichen, braucht es da und dort Anpassungen im SPFG.

Der Regierungsrat hat Ihnen am 8. Juli 2020 Antrag gestellt. Die KSSG – das haben wir bereits mehrfach gehört – hat diesen Antrag eingehend beraten und

diskutiert und gleich noch alle anderen Bestimmungen, die wir gar nicht überprüfen lassen wollten, auch noch angeschaut. Ich glaube, man kann sagen: Wenn Sie heute Abend diese SPFG-Revision beschliessen, kann man sagen, dass dieses SPFG umfassend dem Willen des Kantonsrates entspricht.

Die KSSG hat die Vorlage – ich sagte es schon – intensiv beraten. Mit den vom Antrag des Regierungsrates abweichenden Mehrheitsanträgen der KSSG, wie sie nun vorliegen, können wir weitgehend leben. Es gibt nur wenige Bestimmungen, mit denen wir schlecht leben können. Primär geht es um Paragraph 11, der die weiteren Subventionen an die Listenspitäler regelt. Hier möchte der Regierungsrat eine massvolle Öffnung der Subventionstatbestände. Insbesondere sollen Leistungen in allen Spitälern auch bei Erwachsenen subventioniert werden können, wenn die Tarife der Krankenversicherungen nicht ausreichen. Ich werde Ihnen das dann im Detail ausführen. Vielleicht aber schon hier: Die Ängste, wir könnten dann mit der Giesskanne das Geld über die Spitäler ausleeren, sind vollkommen unberechtigt. Der Regierungsrat beschliesst jährlich diese Ausgaben und Sie haben es im Rahmen des Budgets in der Hand, die Summe zu regulieren. Es besteht vollständige Transparenz, die betreffenden Regierungsbeschlüsse sind frei zugänglich. Wir unterstützen ein Spital nur dort, wo die vom Spital erbrachte Zusatzleistung Sinn macht und die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung unterstützt. Aber wie gesagt, darauf komme ich auch später noch zurück.

An dieser Stelle bleibt mir zu danken. Mein Dank gilt der KSSG, die die Vorlage mit grosser Sachkunde und sehr rasch beraten hat. Und er gilt Ihnen, wenn Sie heute auf die Vorlage eintreten, was, wie ich gehört habe, unbestritten ist. Der Zeitplan ist eng. Die Spitäler werden sich bereits im Sommer um die neuen Leistungsaufträge für die Spitalplanung 2023 bewerben und sie sollten wissen, welche gesetzlichen Grundlagen dann für einen Leistungsauftrag gelten. Sie sollten wissen, worauf sie sich auch rechtlich einlassen. Deshalb bin ich froh, wenn Sie heute die erste Lesung abschliessen werden und dann die Vorlage, wie geplant, am 5. Juli 2021 verabschieden. Vielen Dank.

#### *Eintreten*

ist beschlossen, nachdem kein anderer Antrag gestellt worden ist.

#### *Detailberatung*

##### *Teil A.*

##### *Titel und Ingress*

*I. Das Spitalplanungs- und –finanzierungsgesetz vom 2. Mai 2011 wird wie folgt geändert:*

Keine Bemerkungen; genehmigt.

##### *§ 1. Zweck*

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

*§ 1. ... ausreichenden, qualitativ hochstehenden und langfristig finanzierbaren Gesundheitsversorgung in Spitälern.  
(Rest streichen.)*

*§ 4. a. Planungsbereiche und Planungsziel*

*Benjamin Fischer (SVP, Volketswil), Präsident der KSSG:* Es geht hier um eine Grundsatzfrage. Die Einführung des Qualitätsaspektes ist nicht umstritten. Die Mehrheit der Kommission spricht sich jedoch dagegen aus, dass die wettbewerblichen Elemente gestrichen werden. Auch wenn der Wettbewerb im Gesundheitswesen eingeschränkt ist, ist es eben doch wichtig, dass die Spitäler sich positionieren, dass sie entscheiden können, welche Leistungen sie anbieten möchten. Der Wettbewerb hat im Kanton Zürich dazu beigetragen, dass wir eine qualitativ sehr hochstehende Gesundheitsversorgung haben. Natürlich kann man dann lang und breit über die Wettbewerbsdefinition diskutieren, aber es ist ja auch so, dass wettbewerbliche Elemente bereits im KVG verankert sind. Und es ist unbestritten, dass das KVG für die Spitalversorgung keinen reinen Wettbewerb vorsieht, aber eben doch diese Elemente beinhalten soll. Es ist hier also etwas eine Grundsatzfrage, wie man das formulieren will. Ganz konkrete Auswirkungen hat der Zweckartikel wenige, zumal man eben einen solchen Paradigmenwechsel auf der nationalen Ebene im KVG ändern müsste. Namens der Kommission beantrage ich Ihnen also, diesen Minderheitsantrag abzulehnen. Besten Dank.

*Esther Straub (SP, Zürich):* Paragraf 1: Er hält den Zweck dieses Gesetzes schwarz auf weiss fest. Eine ausreichende und finanzierbare Gesundheitsversorgung, in der die einzelnen Institutionen in einem Pseudowettbewerb gegeneinander agieren. Jörg Kündig, Sie haben eben erklärt, dass die FDP zugibt, es gebe keinen Markt. Unser Antrag verlangt, dass die Förderung des Wettbewerbs in diesem Grundsatzartikel gestrichen wird und dass Paragraf 1 den Zweck festhält, eine qualitativ hochstehende Spitalversorgung sicherzustellen. Auch das haben wir von der FDP gehört, wie wichtig das sei. Paragraf 1 soll einer Gesundheitsversorgung das Wort reden, in der die Institutionen und deren Mitarbeitende motiviert und gemeinsam und deshalb mit hoher Qualität für Patientinnen und Patienten arbeiten. Doch die FDP und die Mehrheit in diesem Rat wollen kein anderes Gesetz, das zeigt sich hier beim Grundsatzartikel überdeutlich. Sie lehnen unseren Antrag ab, sie setzen weiterhin auf Pseudomarkt, auf finanzielle Anreize, auf das Profitstreben der Einzelnen, auf Ellbögen und auf Gewinne für Private. Dieser Paragraf 1, wie er jetzt im Gesetz steht, ist im Grunde die Präambel der Verfassung unseres Gesundheitswesens: Im Namen des Wettbewerbs, des Allmächtigen. Unser Antrag will das Gesetz aber unter andere Vorzeichen stellen und seinen Zweck neu ausrichten. Die Qualität muss im Fokus stehen, nicht der Wettbewerb und seine Konkurrenzlogik. Unsere Gesundheitsversorgung muss auf verantwortlich arbeitendes, der Sache verpflichtetes Personal setzen, auf gute Arbeitsbedingungen, auf kooperative Prozesse. Ein solches Gesetz könnte eine qualitativ hoch-

stehende Versorgung garantieren und es wäre unter dem Strich finanziell günstiger und nachhaltiger. Wir wollen keine Überversorgung im lukrativen Segment, das wollen Sie. Wir wollen keine Operationen, die medizinisch nicht indiziert sind, sich aber für die Spitäler finanziell lohnen. Ungerechtfertigte Mengenausweitungen, wie sie der Pseudowettbewerb erzeugt, sind teuer und sie gefährden Patientinnen und Patienten. Wir wollen keine Spitäler, die überdurchschnittlich viele Zusatzversicherte operieren, dafür Kantonsbeiträge beziehen und Gewinn an ihre Aktionäre ausschütten. Spitäler, die auf die Liste kommen, müssen ihre Verantwortung für Grundversicherte in vollem Umfang wahrnehmen. Und wir wollen keine überhöhten Löhne und Boni für die einen und prekäre Arbeitsbedingungen für andere, die dann aus Frust und Enttäuschung ihren Beruf an den Nagel hängen und uns so teuer zu stehen kommen, weil hier dem Gesundheitswesen wertvolles Know-how entzogen wird. Nein, es geht nicht darum, Berufsgruppen gegeneinander auszuspielen. Alle sind im jetzigen Konkurrenzsystem unter Druck, auch Chefärztinnen und -ärzte, die einerseits mit möglichst wenig Ressourceneinsatz das wirtschaftliche Ergebnis steigern müssen und andererseits die Leistungsfähigkeit ihres Teams fördern wollen, damit dieses eine möglichst optimale Betreuung der Patientinnen und Patienten sicherstellt. Über diesen Zielkonflikt hinaus werden der operativen Arbeit zusätzliche Ressourcen entzogen, weil rigoros kontrolliert werden muss, wenn die geleistete Arbeit stets in der Logik des Wettbewerbs immer unter Verdacht steht, nicht die Qualität und die Patientinnen und Patienten im Fokus zu haben, sondern den finanziellen Ertrag und Gewinn. Also müssen Papiere ausgefüllt und weitere Zeitressourcen aufgewendet werden, für Patientinnen und Patienten stehen aber immer noch weniger Ressourcen zur Verfügung. Wo nicht die Verantwortung für die Sache, sondern finanzielle Anreize die Geschicke im Gesundheitswesen lenken, braucht es folgerichtig Kontrolle und nochmals Kontrolle, neoliberale Bürokratie. Bettina Balmer, diese Bürokratie muss an der Wurzel bekämpft werden. Hier könntet ihr den Tatbeweis erbringen: Schlanker, zielgerichteter und kostengünstiger wären wir unterwegs, wenn das Gesetz nicht dem Wettbewerb, dem Pseudomarkt verpflichtet wäre, sondern von Anfang an einer hochstehenden Qualität und wenn unser Gesundheitswesen das für die Sache, für diese Qualität engagierte Personal in den Fokus nähme. Stimmen Sie unserem Antrag zu diesem Grundsatzparagrafen zu.

*Lorenz Habicher (SVP, Zürich):* Liebe Esther, auch soziale Marktwirtschaft kennt Wettbewerb. Aber wenn ich dich richtig verstanden habe, dann ist Wettbewerb im Gesundheitswesen per se schlecht und verwerflich. Wettbewerb ist kein Selbstzweck. Er soll einer besseren Gesundheitsversorgung und damit uns allen dienen. Wettbewerbliche Strukturen sollen sich also ganz im Sinne der SVP auf Umfang und Qualität der Versorgung übertragen. Die Orientierung des Leistungsangebotes an den Kunden, das heisst den Patientinnen und Patienten, und somit die Lenkung der Gesundheitsleistungen hin zum Bedarf sollen also gemäss diesem Minderheitsantrag nicht mehr gefördert werden. Wettbewerbliche Elemente fördern heisst auch die Förderung von Produkt- und Prozessinnovationen. Aber das verstehen linke Gewerkschafter eh nicht. Interessant, in Paragraf 6 Absatz 2

wollen Sie mit einer Mehrheit der Kommission einen Experimentier- und Versuchsartikel festschreiben, aber hier im Zweckartikel 1 keine wettbewerblichen Elemente. Wir diskutieren heute dieses Gesetz im Spannungsfeld von Finanzierbarkeit und Planbarkeit der Gesundheitsleistungen, geforderter Spitzenqualität und gleichem Zugang, aber es darf gemäss einer Minderheit keine Innovation durch wettbewerbliche Elemente gefördert werden; ein für mich unverständlicher Minderheitsantrag, der klar abgelehnt werden muss.

Für die SVP-Fraktion gilt es, die Leistungserstellung durch wettbewerbliche Elemente in ihrer Effizienz zu steigern und die Leistungsverteilung für alle Versicherten zu gewährleisten. Andi Daurù, Esther Straub, ganz nach dem Sozialprinzip: Wettbewerbliche Elemente fördern heisst Zugang zur medizinischen Versorgung für alle sichern – für alle und nicht nur für wenige. Die SVP lehnt diesen Minderheitsantrag ab.

*Bettina Balmer-Schiltknecht (FDP, Zürich):* Eigentlich wollte ich zugunsten der Ratseffizienz nicht gleich beim ersten Antrag schon etwas sagen. Aber dem moralisierenden Unterton von Esther Straub muss etwas entgegnet werden.

Auch die FDP steht selbstverständlich hinter einem qualitativ hochstehenden Gesundheitswesen im Kanton Zürich. Wir denken aber, dass dies in der vom Regierungsrat vorgelegten Fassung respektive in der bestehenden Fassung des SPFG genügend zum Ausdruck gebracht wird. So wird beispielsweise die hochstehende Qualität explizit auch in Paragraph 4, Absatz 3 erwähnt.

Dann zum Wettbewerb: Dass Wettbewerb überhaupt keine Rolle spielen soll, leuchtet natürlich überhaupt nicht ein. Leistung muss sich doch auch lohnen. Ausserdem ist klar, dass der Wettbewerb nicht auf Kosten der Patienten geführt werden soll, sondern ganz im Gegenteil dazu da ist, dass die Qualität der Gesundheitsversorgung zugunsten der Patienten verbessert wird. Wir lehnen den Minderheitsantrag ab.

*Claudia Hollenstein (GLP, Stäfa):* In Paragraph 1, wo sich das Gesetz in seinem Zweckartikel seiner grundlegenden Stossrichtung, ja, seiner Zielsetzung widmet, beschäftigen wir uns mit der Frage nach der ausreichenden und langfristigen Finanzierbarkeit der Grundversorgung unserer Spitallandschaft. Und dazu gehören eben auch wettbewerbliche Elemente. Diese sollen nur, aber immerhin, so der Gesetzgeber, gefördert werden. Wettbewerbliche Elemente gehören zur Sicherstellung unseres Gesundheits- und Spitalwesens unbedingt dazu. Für die langfristige Finanzierbarkeit sind wettbewerbliche Elemente nicht wegzudenken.

Mit dem Grundverständnis, dass die Spitäler im Kanton Zürich selbstbestimmt handeln sollen, in vorgegebenem Rahmen investieren, planen et cetera, erachten wir die Förderung von wettbewerblichen Elementen und somit die Chance für die Spitäler, sich dadurch auch von den anderen abheben oder unterscheiden zu können, als essenziell. Wettbewerbliche Elemente tun dem System gut und sollen gefördert werden, wie es das bisherige SPFG bereits vorsieht.

Erlauben Sie mir noch diesen Hinweis: Wir werden im Laufe der Behandlung des SPFG immer wieder auf die Qualität in der Gesundheitsversorgung zu sprechen

kommen und sehen wettbewerbliche Elemente auch im Bereich der Qualität. Denn nur so besteht ein Anreiz, die Qualität kontinuierlich zu verbessern. Leistungsaufträge werden den Spitälern nach klaren Kriterien und Vorgaben erteilt. Dabei spielt auch die Wirtschaftlichkeit eine zentrale Rolle. Teure Spitäler werden so eher nicht zum Zuge kommen.

Würde man den Wettbewerb aus der Zweckbindung des Gesetzes streichen, so wäre das ein absolut falsches Signal. Wettbewerb beinhaltet auch eine kontrollierende und vor allem auch eine regulierende Funktion und beugt gleichzeitig Machtstellungen und damit Klumpenrisiken in der Versorgung vor. Und am wichtigsten und damit möchte ich schliessen: Wettbewerb garantiert unseren Kunden, also den Patientinnen und Patienten, eine echte Wahlfreiheit zwischen den unterschiedlichen Angeboten im Kanton. Dies setzt aber die Einzigartigkeit der Spitäler und damit einen funktionierenden Wettbewerb voraus.

Die Grünliberalen stimmen dem Kommissionsantrag zu und lehnen den Minderheitsantrag Daurù ab.

*Kaspar Bütikofer (AL, Zürich):* Die Alternative Liste AL wird dem Minderheitsantrag Daurù zustimmen. Wettbewerbliche Elemente fördern, das widerspricht dem Sinn und Geist des Krankenversicherungsgesetzes. Dieses sieht nämlich vor, dass eine bedarfsgerechte Planung gemacht werden muss, das heisst, es wird eben geplant. Und wir haben im Spitalbereich eigentlich einen stark regulierten Bereich, wo es keinen Platz für wettbewerbliche Massnahmen gibt, beziehungsweise wir haben hier im Spitalbereich keinen echten Markt. Wir haben, wenschon, einen angebotsindizierten Markt und keinen nachfrageindizierten Markt. Das heisst, es sind die Spitäler, der Arzt oder die Ärztin, die bestimmen, welche Leistung durch den Patienten nachgefragt werden muss. Diese wettbewerblichen Massnahmen sind Altlasten aus der Ära Heiniger. Sie haben dazu geführt, dass die Spitäler sich untereinander konkurrenziert haben. Sie haben gegenseitig aufgerüstet, mit dem Fazit, dass wir heute viel zu viele Bettenkapazitäten auf der Spitalliste haben. Deshalb haben wir hier einen Widerspruch zum KVG. Aus diesem Grund muss das Fördern von wettbewerblichen Massnahmen aus dem Zweckartikel gestrichen werden. Zudem kann gesagt werden – was Lorenz Habicher gesagt hat, ist nämlich völlig falsch: Diese wettbewerblichen Massnahmen fördern weder Invention noch Innovation. Invention findet an den Universitäten statt, das wird durch Gelder der Steuerzahler bezahlt. Und die Innovation in den Spitälern wird über gemeinwirtschaftliche Leistungen bezahlt, durch Subventionen – und eben nicht über die normalen Behandlungskosten. Es ist gerade ausgeschlossen, dass die Innovation durch Prämienfelder bezahlt werden soll.

Kurz und gut: Trennen Sie sich hier von ideologischem Ballast und streichen Sie die Förderung von wettbewerblichen Massnahmen.

*Jeannette Büsser (Grüne, Zürich):* Die Grünen wollen mehr Qualität. Und die Grünen wollen weniger sinnlosen Wettbewerb – nicht generell weniger Wettbewerb, sondern weniger sinnlosen Wettbewerb –, darum unterstützen wir diesen Minderheitsantrag. Die Qualität wird zwar später öfters erwähnt, aber sie sollte,

verstanden als patientenorientierte Versorgungsqualität, Basis und Kern des SPFG sein, darum gehört unserer Ansicht nach dieser Begriff in den ersten Paragraphen. Die Entwicklungen seit 2012 zeigen uns, dass Wettbewerb ohne richtigen Markt nicht zu mehr Qualität, sondern zu mehr Quantität führt. Ökonomisch und ökologisch ist dies unsinnig. Fördern wir also nicht wettbewerbliche Elemente, sondern die Behandlungsqualität. Fördern wir gute Arbeitsbedingungen für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und fokussieren wir auf das Wohl der Patientinnen und Patienten. Dies führt – davon sind wir überzeugt – zu einem guten Outcome. Und was verkauft sich besser als gute Ergebnisse und zufriedene Patientinnen und Patienten? Stimmen Sie mit uns für den notwendigen Paradigmawechsel.

*Lorenz Schmid (Die Mitte, Männedorf):* Die Mitte unterstützt diesen Minderheitsantrag. Selbstverständlich gibt es Wettbewerb und wird es immer Wettbewerb geben. Es steht in unserer nationalen Verfassung, auch wenn wir es hier nicht reinschreiben. Oder wollt ihr jetzt wirklich in jedes Gesetz wettbewerbliche Elemente einfügen? Im Gesundheitsgesetz haben wir das nirgends geschrieben. Also Wettbewerb gibt es, wenn wir ihn nicht explizit ausgrenzen, verbieten. Indem wir aber nichts sagen, haben wir noch nichts gemacht betreffend Verbot. Jetzt stellt sich natürlich die Frage: Was soll dieser Zweckartikel denn wirklich bewirken? Ich kann Ihnen nur sagen: Den Wettbewerb können wir eigentlich nur anheizen, indem wir bedarfsgerecht nicht mehr Leistungsverträge, sondern Leistungsaufträge über der Kapazität oder der Nachfrage erteilen. Und dazu gibt es eine parlamentarische Initiative, der wir zugestimmt haben, auch die Grünliberalen, und zwar ist es die parlamentarische Initiative von Kaspar Bütikofer und Esther Guyer (*KR-Nr. 142/2016*) von 2016, «Bedarfsgerechte Akutversorgung: Keine Leistungsaufträge für Überkapazitäten». Da haben wir mal zugestimmt und wir haben diesen Paragraphen 6 Absatz 2 gestrichen. Und wenn wir es jetzt halt wieder reinschreiben, dann verstehe ich vorwiegend die Grünliberalen nicht. Denn wir haben es ja eigentlich gestrichen, das war, glaube ich, vor zwei Jahren; ich kann sonst schnell nachschauen, wann ihr dem zugestimmt habt. Wir schreiben das nicht mehr zusätzlich rein, weil es in der Verfassung steht. Und ich glaube, es ist auch nicht zielführend. Ich weiss auch nicht, was ihr erwartet. Erwartet ihr von der Regierung, dass sie jetzt Wettbewerb antreibt? Nein, die Spitäler stehen im Wettbewerb per Verfassung, Dekret, da gibt es nichts mehr anzufügen. Wir unterstützen diesen Minderheitsantrag ungeachtet der ideologischen Diskussionen, die hier vorn zwischen Rechts und Links geführt wurden, wir sind ja die Mitte.

#### *Abstimmung*

**Der Kommissionsantrag wird dem Minderheitsantrag von Andreas Daurü gegenübergestellt. Der Kantonsrat beschliesst mit 97 : 76 Stimmen (bei 0 Enthaltungen), dem Antrag der Kommission zuzustimmen.**

#### *§ 2. Begriffe*

*Benjamin Fischer (SVP, Volketswil), Präsident der KSSG:* Bei Paragraf 2 litera c geht es um die Nebenstandorte. Die Listenspitäler haben ihre Leistungsaufträge an den zugelassenen Standorten zu erbringen. Aber um die betriebliche Gestaltungsfreiheit der Spitäler zu vergrössern, soll ein Spital neu auch einen Teil seines Leistungsauftrags ausschliesslich an einem Nebenstandort erbringen können. Das ist dann in Paragraf 9b Absatz 2 geregelt. Damit klar ist, was genau unter einem Nebenstandort zu verstehen ist, denn das ist eben auch nicht ganz trivial, beantragt die Kommission einstimmig, den Begriff hier an dieser Stelle noch zu definieren. Das einfach noch als Hinweis.

Keine weiteren Bemerkungen; genehmigt.

*§ 4. Stationäre KVG-Pflichtleistungen*  
*a. Planungsbereiche und Planungsziel*  
*Abs. 1 und 2*

Keine Bemerkungen; genehmigt.

*§ 4 Abs. 3*

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

<sup>3</sup> ... *hochstehende, wirtschaftlich tragbare ...*

*Benjamin Fischer (SVP, Volketswil), Präsident der KSSG:* Ich möchte hier etwas zur Effizienz beitragen und spreche gleich zu allen Anträgen zu Paragraf 4. Paragraf 4 Absatz 3, Antrag Lorenz Habicher: Es geht hier um die generelle Zielsetzung der Spitalplanung. Eine Minderheit wünscht die Streichung des Kriteriums der guten Zugänglichkeit. Die Mehrheit der Kommission will, dass Spitalleistungen überall gut zugänglich sind. Die zeitliche Zugänglichkeit zu einer Gesundheitsinstitution kann in Notfallsituationen entscheidend sein. Die Gesundheitskosten fallen niedriger aus, wenn rechtzeitig und rasch gehandelt werden kann.

Wird ein Spital auf die Spitalliste genommen, weil aus Versorgungsgründen in einer bestimmten Region ein Spital nötig ist, auch wenn dieses Spital in Bezug auf die Qualität oder Wirtschaftlichkeit vielleicht leicht schlechter dasteht als andere Spitäler, kann diese Bestimmung Rechtsgrundlage sein, um es eben doch auf die Spitalliste zu nehmen. Wird die Zugänglichkeit gestrichen, gilt sie nicht mehr als Kriterium bei den Leistungsaufträgen, was ein gewisses Prozessrisiko mit sich bringt. Also die Flexibilität der Gesundheitsdirektion zur Erteilung von Leistungsaufträgen wird hier etwas eingeschränkt. Es besteht Einigkeit, dass es neben der Zugänglichkeit auch noch andere Kriterien gibt, aufgrund derer in einer Gesamtbeurteilung eine vernünftige Auswahl und Abwägung getroffen werden muss. Namens der Kommission beantrage ich Ihnen, diesen Minderheitsantrag abzulehnen.

Dann zu Paragraf 4 Absatz 3 litera c, da geht es um die Frage «Koordination oder Konzentration» respektive «Koordination und Konzentration». Seltene oder komplexe Leistungen, die eine aufwendige Infrastruktur oder spezialisierte Kenntnisse und Fähigkeiten bedingen, sollen koordiniert und konzentriert werden. Die Mehrheit der Kommission wünscht eine Kombination aus beiden Kriterien. Hier beantrage ich, dem Kommissionsantrag zuzustimmen und den Minderheitsantrag abzulehnen. Besten Dank.

*Lorenz Habicher (SVP, Zürich):* Mit diesem Antrag wollen wir den Finger auf den wunden Punkt «Verkehrsprobleme» richten. Heute besteht ein klarer Zielkonflikt und dieser muss directionsübergreifend und frei von politischen Ideologien angegangen werden. Die Erreichbarkeit, der Zugang innert nützlicher Frist zu medizinischen Leistungen bildet einen Pfeiler der Versorgungssicherheit. Die Abstellung auf Fahrzeiten, Wohn- respektive Arbeitsort und Transportdistanz mit dem motorisierten Individualverkehr, MIV, ist schlecht objektivierbar, da es verschiedene Kriterien der heutigen und zukünftigen Mobilität ausser Acht lässt. Die Zugänglichkeit soll insbesondere auch auf die Bedürfnisse der älteren Patientinnen und Patienten, deren Angehörige und deren Umfeld ausgerichtet werden. So sollen stationäre Einrichtungen nach Behandlungen und Eingriffen schnell und einfach vom Wohnort aus erreichbar sein, und dies mit den verschiedenen Verkehrsträgern. Und es müssen auch genügend Parkierungsmöglichkeiten bereitgestellt werden. Die gute Erreichbarkeit, Zugänglichkeit ist in Stadt und Land sowieso ein gänzlich unterschiedlicher Begriff in der Wahrnehmung der Bevölkerung. Bedenken Sie, die Städte, insbesondere die Stadt Zürich, verschlechtern in diesen Tagen unter dem Jubel von SP und Grünen die Zufahrten zu den Spitälern mit Tempo-30-Zonen und Fahrverboten. Hier geht es nicht um den Zugang zum Spitalnotfall, sondern um Planungsbereiche und Ziele. Ich erinnere Sie gerne an die Richtplan-Debatte zum Gesundheits-Cluster Lengg (*Vorlage 5518*) und die Verweigerung von Rot-grün, die gute Zugänglichkeit – und darunter fallen auch Parkierungsmöglichkeiten – zu schaffen. Jetzt müssen Sie also konsequent sein, den Voten von letzter Woche auch Taten folgen lassen und hier unseren Minderheitsantrag unterstützen. Oder Sie überdenken Ihre Position – hier der Aufruf an die Grünliberalen – bei der Richtplanvorlage 5518 und unterstützen entsprechend die Minderheitsanträge der Bürgerlichen. Alles andere wäre wenig stimmig und wenig glaubwürdig.

Dieser Minderheitsantrag wird keine Chance haben, dessen sind wir uns sehr wohl bewusst. Aber die Diskussion zur guten Erreichbarkeit und Zugänglichkeit zu Gesundheitseinrichtungen muss hier und jetzt geführt werden. Wir haben sie nun angestossen und die SVP-Fraktion wartet gespannt auf Ihre Reaktionen.

*Jeannette Büsser (Grüne, Zürich):* Kollege Lorenz Habicher, du willst also, dass die Leistungen nicht auch noch gut zugänglich sind, und hast jetzt ökologische Argumente bemüht. Das ist ja sehr ehrenwert, aber ich glaube, hier geht es nicht um Verkehrspolitik. Es ist mir schon klar, abgelegene Höfe und Dörfer gibt es in unserem Kanton nicht mehr. Von jedem Punkt aus ist man in höchstens einer

Stunde in einem Zentrumsspital und in weniger als 30 Minuten in irgendeinem Spital. Zeitgerechtigkeit ist natürlich ein Indikator, der etwas über die Zugänglichkeit aussagt, genügt unserer Ansicht nach aber nicht. Neben der Notfallversorgung muss auch die bedarfsorientierte Grundversorgung gut erreichbar sein. Wir wollen auch eine zukunftsfähige und integrierte regionale Versorgung, welche die Bedürfnisse der Menschen und die demografische Entwicklung, die sich stark verändern wird, berücksichtigt. Dies führt nicht, wie du, Lorenz, vielleicht befürchtest, zu einer Überversorgung, wenn man dem Gesetzgeber die Möglichkeit gibt, Leistungen zu koordinieren und zu konzentrieren, aber, wie du beim nächsten Paragrafen fordern wirst, so gar nicht zwingend konzentriert werden. Denn du beantragst, das Wörtchen «und» mit «oder» zu ersetzen. Wir werden noch viele SVP-Alleinanträge hören. Wenn das SPFG ein Notfallpatient wäre, würden wir wohl am Indikator der Zeitgerechtigkeit wegen euch scheitern. Die Indikationsqualität ist zudem hier auch nicht eingehalten, denn die gute Zugänglichkeit bleibt uns als bundesrechtliche Vorgabe in jedem Fall erhalten. Wir Grünen lehnen diesen Minderheitsantrag ab. Danke.

*Bettina Balmer-Schiltknecht (FDP, Zürich):* SVP und Mitte finden es nicht nötig, dass die Versorgung mit stationären und damit verbundenen ambulanten Spitalleistungen gut zugänglich ist. Natürlich findet auch die FDP, dass nicht an jeder Ecke ein Spital stehen muss, aber es sollte schon so sein, dass die Erreichbarkeit von medizinischen Leistungen für die ganze Bevölkerung gut gewährleistet ist. Dass diese gute Erreichbarkeit zurzeit mehr als gegeben ist, kann übrigens im Versorgungsbericht zur Zürcher Spitalplanung 2023 vom Januar 2021 auf Seite 100 respektive 120 nachgelesen werden. Zumindest für die Akutsomatik und die psychiatrischen Kliniken von Erwachsenen ist eine mehr als gute Zugänglichkeit vorhanden.

Beim Stichwort «gute Erreichbarkeit» muss übrigens differenziert werden, welche Leistungen mit welcher Zugänglichkeit vorhanden sein müssen. Es ist absolut klar, dass hochspezialisierte Medizin eine ganz andere Zugänglichkeit braucht als die sofortige Behandlung zum Beispiel bei einem Herzstillstand. Gerade bei einem Herzstillstand aber sind auch verschiedene Behandlungsmodelle möglich und hat beispielsweise die Erstbehandlung vor Ort einen hohen Stellenwert. Ich erinnere an die eingereichten Vorstösse zum Thema «First Responder».

Zu Paragraf 4 Absatz 3 litera c möchte ich sagen, dass es für uns eigentlich keinen grossen Unterschied macht, ob es «Koordination und Konzentration» oder «Koordination oder Konzentration» heisst. Wir finden, dass, wenn beispielsweise hochspezialisierte Medizin nicht konzentriert werden kann, sie zumindest wirklich gut koordiniert werden muss. Und insofern erscheint uns die Formulierung des Regierungsrates hier sinnvoller.

*Thomas Marthaler (SP, Zürich):* Wieso die Medizin nicht gut zugänglich sein soll, das erschliesst sich hier drin niemandem – ausser der SVP. Und es ist eigentlich klar, das ist reine Obstruktionspolitik. Die Medizin hat gut zugänglich für alle zu sein, das leuchtet hier drin ja allen ein.

*Regierungsrätin Natalie Rickli:* Die Ziele der Spitalplanung bilden ja auch die Auswahlkriterien für Spitäler, die sich um einen Leistungsauftrag bewerben, und die gute Zugänglichkeit muss unserer Meinung nach berücksichtigt werden können. Dazu kommt – das wurde bis jetzt noch nicht gesagt –, dass gemäss Artikel 58b KVV (*Krankenversicherungsverordnung*) der Kanton bei der Beurteilung und Auswahl des zu sichernden stationären Angebotes auch den Zugang der Patientinnen und Patienten innert nützlicher Frist berücksichtigen muss. Auch darum bitte ich Sie, den Minderheitsantrag abzulehnen und der Regierung zu folgen.

#### *Abstimmung*

**Der Kommissionsantrag wird dem Minderheitsantrag von Lorenz Habicher gegenübergestellt. Der Kantonsrat beschliesst mit 119 : 55 Stimmen (bei 0 Enthaltungen), dem Antrag der Kommission zuzustimmen.**

#### *§ 4 Abs. 3 lit. a und b*

Keine Bemerkungen; genehmigt.

#### *§ 4 Abs. 3 lit. c*

***Minderheit Lorenz Habicher, Bettina Balmer, Linda Camenisch, Benjamin Fischer, Jörg Kündig, Susanna Lisibach, René Truninger:***  
*c. (gemäss geltendem Recht)*

*Lorenz Habicher (SVP, Zürich):* Wir fordern hier die Rückkehr zum geltenden Recht und weisen nachdrücklich auf die Positionierung hin. Wir setzen hier Planungsbereiche und Ziele fest, die von den Leistungserbringern erfüllt werden müssen. Mit dem Mehrheitsantrag bleibt kein Handlungsspielraum mehr, es müssen Koordination und Konzentration erfolgen. Sie verlangen in der praktischen Umsetzung nicht nur die Koordination zwischen den Leistungserbringern, nein, Sie gehen einen Schritt weiter und verlangen auch die Konzentration, sprich: die Reduktion auf einige wenige. Das mag sicher Kosteneinsparungen erzwingen, weil bei der Konzentration eine klare Auswahl und das Ausscheiden überzähliger Anbieter erfolgen. Aber wollen Sie das wirklich? Das geltende Recht mit «oder» anstelle «und» lässt hier mehr Freiheiten zu, schliesst eine Konzentration, wenn diese sinnvoll ist, nicht aus und ist aus der Sicht der SVP die bessere Lösung. Schlagen wir noch die Bedeutung von «und» anstelle «oder» nach oder wir gehen zum Beispiel in die Digitalisierung, bei integrierten Schaltkreisen in der Elektronik – Paul von Euw wird jetzt gut aufpassen – erklären die Symbole «and-» oder «or-gate» natürlich, wie geschaltet wird. Und beim «and-», also «und-gate» gibt es nur einen möglichen Ausgang, der funktioniert, wenn beide Eingänge gespiesen werden. Beim «or-gate» ist es genau anders: Da haben Sie drei mögliche Ausgänge, weil es bei einem einzelnen Eingang, der gespiesen wird, möglich ist, dass der Ausgang aktiviert wird. Sie sehen also, Sie haben weniger Einschränkungen und Sie können besser entscheiden. Natürlich ist es Ihnen freigestellt, das

«and-gate» einzusetzen. Aber vergessen Sie nicht: Die Konzentration wird zu einer Bereinigung führen und überzählige Anbieter scheiden dann aus. Okay, das war jetzt die technische Sicht auf eine Festlegung, die Sie hier machen wollen. Wir sind hier liberal und freiheitlich, bitte seien Sie es auch und unterstützen Sie den Minderheitsantrag der SVP.

*Andreas Daurù (SP, Winterthur):* Ich komme wieder zurück zum Gateway in Richtung Gesundheitswesen: Der Kanton Zürich war ja der Vorreiterkanton bei der Einführung von Mindestfallzahlen pro Leistungsgruppe, pro Spital und insbesondere ab 2018 bei der Einführung derselben auch auf die einzelnen Operateurinnen und Operateure. Mindestfallzahlen sind primär gut für die Qualität: Je öfter eine Operateurin oder ein Operateur einen bestimmten Eingriff durchführt, desto routinierter geht dieser vonstatten und umso sicherer wird dies für die Patientinnen und Patienten.

Mit einher geht mit diesen Mindestfallzahlen aber auch eine Konzentration insbesondere komplexer Eingriffe und Leistungen auf eine bestimmte Anzahl Leistungserbringer, also Spitäler. Und genau das ist eben äusserst sinnvoll – nicht nur im Hinblick auf die Qualität, sondern auch in Bezug auf das Mengenangebot. Es müssen und sollen nicht alle Spitäler im Kanton alles machen und anbieten können. Es braucht eine aktive Konzentration und Koordination des Leistungsangebotes und somit eine aktive Steuerung durch den Kanton. Zudem muss die Förderung eines sogenannten Wettbewerbs – wir haben heute bereits viel darüber gesprochen – auf Kosten der Qualität unbedingt verhindert werden. Es braucht also wens schon einen Qualitätswettbewerb. Denn wenn weiterhin mehrere oder eben zu viele Spitäler dasselbe anbieten, insbesondere in den Bereichen, wo es über das Basispaket hinausgeht, stehen wir wieder vor dieser sinnlosen angebotsorientierten Gesundheitsversorgung. Es braucht eine aktive Steuerung durch den Kanton und dies geschieht in der aktiven Planung zusammen mit den Spitälern. Gewisse Leistungsbereiche müssen innerhalb des Kantons und auch mit aktivem Einbezug der Nachbarkantone koordiniert und dann auf einzelne Leistungserbringer sinnvoll konzentriert werden. Die Daten für den stationären Bereich zeigen es: Je spezialisierter der Eingriff, desto weiter gehen Patientinnen und Patienten, um die beste Leistung zu bekommen. An erster Stelle stehen dabei orthopädische Eingriffe. Wenn wir langfristig Gesundheitskosten einsparen wollen, müssen die Kantone bei der Versorgungsplanung verstärkt zusammenarbeiten. Für die stationäre Planung ist beziehungsweise wäre zum Beispiel eine regionale Koordination bis hin – und jetzt werde ich ganz visionär –, bis hin zu gemeinsamen Spitalisten mit mehreren Kantonen sinnvoll. Zumindest aber in einem grossen Kanton wie Zürich ist es das Mindeste, dass eine Koordination innerhalb des Kantons proaktiv geschieht.

Ich nehme hier gleich kurz noch die Möglichkeit wahr, meine Interessenbindungen offenzulegen. Es wurde von Bettina Balmer kritisiert, dass ich meine Interessenbindungen nicht bekannt gegeben habe. Und ich müsse auch noch sagen, welche Ausbildung ich ursprünglich gemacht habe: Ich bin ursprünglich Pflegefachmann. Ich habe vor über zehn Jahren diesen Beruf verlassen. Frau Balmer, Sie

können sich vielleicht vorstellen, warum. Ich bin mittlerweile in der Gesundheitsdirektion des Kantons Appenzell-Ausserrhoden tätig. Damit habe ich meine Interessenbindungen – ich weiss nicht, ob es solche sind – jetzt bekannt gegeben.

*Lorenz Schmid (Die Mitte, Männedorf):* Das sind ja interessante Aussagen von Herrn Daurù. Vielleicht gibt es ja eine Zusammenarbeit mit dem Kanton Appenzell-Ausserrhoden, das wäre ja zu begrüßen. Mit dem «und» sind diese Chancen durchwegs gegeben. Zu meinem Namensgefährten Lorenz: War ich beim ersten Minderheitsantrag noch auf deiner Seite, nämlich die Zugänglichkeit zu streichen, weil ich mich nicht im Kanton Graubünden fühle, sondern im Kanton Zürich, wo die Zugänglichkeit einfach keine Diskussion darstellt, wenn wir das weltweit vergleichen, diese Zugänglichkeiten zu Gesundheitsleistungserbringern, dann bin ich hier natürlich dezidiert der Meinung, das «und» brauche es. Und zwar einfach nur, weil der Satz, wie von Herrn Daurù ausgeführt, ganz klar bei der Koordination und Konzentration «von seltenen komplexen Leistungen» endet. Dieses «und» fordert eben beide Bedingungen. Hier von «liberal» zu sprechen, ist einfach wieder katastrophal. Liberal erzeugt nach der induzierten Nachfrage mehr Leistungserbringer, mehr Leistungen, die geboten werden, mehr Leistung, und das kostet. Deshalb, ich bleibe kongruent: Das Gesundheitswesen ist überbordend, wir brauchen Elemente, die es bremsen und die es nicht noch im Wachstum fördern. Wir lehnen den Minderheitsantrag von Lorenz Habicher ab.

#### *Abstimmung*

**Der Kommissionsantrag wird dem Minderheitsantrag von Lorenz Habicher gegenübergestellt. Der Kantonsrat beschliesst mit 102 : 71 Stimmen (bei 0 Enthaltungen), dem Antrag der Kommission zuzustimmen.**

§ 4 Abs. 3 lit. d

§ 4 Abs. 4

Keine Bemerkungen; genehmigt.

#### *§ 5. b. Anforderungen an die Leistungserbringer*

*Abs. 1*

*lit. a*

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

*a. eine Infrastruktur und ausgebildetes Personal aufweisen, welche die Erfüllung des Leistungsauftrags sicherstellen,*

*Benjamin Fischer (SVP, Volketswil), Präsident der KSSG:* Wir kommen jetzt zu zumindest einem der Filetstücke des Gesetzes. Es geht hier um die Voraussetzungen, die ein Spital erfüllen muss, um einen Leistungsauftrag des Kantons zu erhalten. Zu Paragraph 5 Absatz 1 litera a haben wir den Minderheitsantrag, der eben Infrastruktur und ausgebildetes Personal fordert. Die erhöhten Anforderungen in

Bezug auf das Personal werden von der Gesundheitsdirektion in den Anhängen der Spitalliste festgelegt. Für die Mehrheit der Kommission ist es selbstverständlich, dass die Leistungserbringer einen Leistungsauftrag nur dann erhalten, wenn sie über das entsprechend ausgebildete Personal verfügen, und sieht deshalb keinen Bedarf, das hier separat auf Gesetzesstufe noch einmal zu regeln. Ich bitte Sie im Namen der Kommission, diesen Minderheitsantrag abzulehnen.

*Andreas Daurù (SP, Winterthur):* Der Kommissionspräsident hat es gesagt, wir kommen zum Filetstück, das ist so. Paragraph 5 ist ein wichtiger Paragraph in diesem Gesetz. Zusammen mit dem Paragraphen 6 bestimmt dieser Paragraph die Anforderungen an die Leistungserbringer beziehungsweise die Auswahlkriterien, die für die Aufnahme auf eine Spitalliste erforderlich sind.

Paragraph 5 sagt beispielsweise: Ein Spital braucht eine entsprechende Infrastruktur, genügend Kapazitäten für die Behandlungen und Untersuchungen. Es braucht ein Qualitätssicherungskonzept, ein Patientenversorgungskonzept und, und, und. Wenn ich diesen Paragraphen 5 nun so lese und mich daran orientiere, was ich für ein Spital im Kanton Zürich nun alles brauche, dann sehe ich vor mir ein Gebäude, welches so eingerichtet und gebaut ist, wie ein modernes Spital heute aussieht. In den Büros finde ich Konzepte, wie, was gemacht werden muss. Ich sehe Computer mit einem guten Buchhaltungsprogramm und alles Nötige zur Erfüllung all dieser Literae unter Paragraph 5.

Nun aber sehe ich niemanden, der dieses Spital betreibt, keine Person, die Patientinnen und Patienten pflegt, röntgt, therapiert oder das Spital reinigt. In Paragraph 5 kommt das Personal schlicht nicht vor. Ja, können Sie sich das vorstellen, wie dieses Spital funktionieren soll? Jetzt sagen Sie wahrscheinlich: «Ja, das ist ja klar, natürlich braucht es Personal. Es ist einfach selbstverständlich.» Ist es anscheinend so selbstverständlich, dass wir es nicht mehr erwähnen müssen bei den Anforderungen für die Listenspitäler? Dass wir zwar die Infrastruktur benennen müssen, damit diese ja nicht vergessen geht, aber das Personal, das ist einfach da? Das kann's nicht sein, gerade nicht in einer Zeit wie heute. Nein, das Personal im Gesundheitswesen, das kommt nicht einfach so, im Gegenteil, und das wissen Sie ganz genau. Um dieses Personal müssen wir besorgt sein, und da spreche ich insbesondere vom nichtärztlichen Personal. Neben der entsprechenden Infrastruktur ist das entsprechend richtige und gut ausgebildete Personal das A und O und muss daher auch gleich zu Beginn in litera a erwähnt werden.

Alle sind wir uns hier drin immer wieder einig, dass das Personal in den Spitälern Ausserordentliches leistet, aber es findet bis jetzt keinerlei Erwähnung in diesem SPFG, und wir sind jetzt bei Paragraph 5. Schon heute muss ein beträchtlicher Teil der Personalnachfrage durch Rekrutierung von ausländischen Arbeitskräften abgedeckt werden. Die Gewährleistung der genannten Planungsziele im SPFG, insbesondere die – ich zitiere – «ausreichende Versorgung der Bevölkerung mit den Pflichtleistungen nach KVG», ist nicht möglich ohne eine aktive Personal- und Ausbildungspolitik. Eine solche Politik muss im Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetz explizit verankert werden.

Ein kleiner Reminder an die Bürgerlichen und jetzt auch an die Mitte: Es ist der erste Test, den Sie hier bestehen können in Bezug auf das Tatenfolgenlassen nach dem Klatschkonzert der letzten Monate. Wir beobachten genau.

*Lorenz Habicher (SVP, Zürich):* Seit dem frühen Morgen sprechen wir vom Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetz, SPFG. Wir sprechen nicht vom Personalplanungs- und nicht vom Arbeitsgesetz. Wenn ich die öffentliche Vernehmlassungsantwort des VPOD zur Spitalplanung lese, dann fühle ich mich im falschen Film. Es wird völlig verkannt, welche wichtige Stellung das gesamte Gesundheitspersonal innehat und wie personalrechtliche Fragen geregelt und gelöst werden müssen. Die SVP steht für eine klare, stufengerechte Gesetzgebung und warnt vor Ergänzungen, die keinen Mehrwert haben. Der Minderheitsantrag Daurù fordert etwas, das schon im Anhang – der Präsident hat das bereits erwähnt – ist und in weiteren Erlassen geregelt ist. Lehnen Sie diesen Minderheitsantrag also ab. Er gehört nicht an diese Stelle.

*Claudia Hollenstein (GLP, Stäfa):* Bei den Leistungsaufträgen an Spitäler und Geburtshäuser wurde für eine Erteilung insbesondere formuliert, was die nötige Infrastruktur betrifft. Das Argument nun, die Formulierung um den Wortlaut «und ausgebildetes Personal» zu erweitern, sei nicht nötig, da selbstverständlich, irritiert. Mit diesem Einwand könnte Paragraph 5 Absatz 1 litera a ganz weggelassen werden. Schliesslich ist es auch selbstverständlich, dass ein Spital oder ein Geburtshaus nur einen Leistungsauftrag erhält, wenn es über Infrastruktur verfügt. Eine weitere Argumentation, dass der Wortlaut «und ausgebildetes Personal» nicht passend und nötig sei, weil nicht elementar genug als Inhalt in der Gesetzgebung, ist vielleicht nicht ganz falsch. Würde aber nach dieser Regel ein Gesetz geschrieben, wäre tatsächlich viel weniger Inhalt vorhanden. Uns ist der Wortlaut wichtig, und ausgebildetes Personal ist die Wurzel eines Baumes und somit elementar in der Gesetzgebung zu verankern.

Die GLP-Fraktion unterstützt den Minderheitsantrag Daurù.

*Nora Bussmann Bolaños (Grüne, Zürich):* Wer wechselt Ihren Wundverband? Wer setzt Ihnen die Infusion? Wer erklärt Ihnen die Diagnose und die empfohlenen Behandlungsschritte? Wer informiert Sie über die Nachbehandlung? Wer bestimmt Ihre Medikation? Wer bereitet Ihr Diätessen zu? Wer wäscht die Bettwäsche? Noch immer sind es – zum Glück – nicht hauptsächlich Roboter, die Sie und mich im Spital operieren, pflegen und behandeln, sondern Menschen. Es sind gutausgebildete Frauen und Männer, die unsere hochwertige Gesundheitsversorgung in den Spitälern ausmachen. Dass der Kanton von den Leistungserbringern verlangt, eine gewisse Infrastruktur aufzuweisen, mit keinem Wort aber verlangt, auch das richtige Personal aufzuweisen, spricht Bände.

Der im Minderheitsantrag II geforderte Zusatz «und ausgebildetes Personal aufweisen» mag in der Realität wenig verändern, ist aber ein klares Signal; ein Signal, dass ohne Personal kein Spital zu machen ist. Es geht eben nicht nur um ein Aufrüsten mit der besten Infrastruktur, um im Wettbewerb bestehen zu können.

Genauso sehr – wenn nicht noch mehr – geht es darum, in gutes Personal zu investieren.

Wir Grünen unterstützen den Minderheitsantrag Daurù.

*Markus Bärtschiger (SP, Schlieren):* Ich komme nicht umhin, hier ans Mikrofon zu treten, sozusagen als Arbeitgebervertreter. Ich bin nämlich Verwaltungsratspräsident des Spitals Limmattal, doch immerhin das fünftgrösste Spital im Kanton. Es erstaunt mich schon, wenn ich höre, wie gering das Personal geschätzt wird, Herr Habicher. Im Anhang, dort ist es recht und gut, wenn man es noch anführt. Das absolut Wichtigste im Spitalwesen ist nun einmal das Personal. Ich werde oft gefragt, warum das Spital Limmattal eines der bestrentierenden Spitäler im Kanton ist, und meine Antwort ist immer stereotypisch das einzig Richtige, nämlich: Wir haben gutes Personal. Wir haben zwar eines der modernsten Spitäler der Schweiz, aber ich bin nicht auf die Infrastruktur stolz, sondern auf das gute Personal, das wir haben. Deshalb müssen wir diesem Personal Sorge tragen und deshalb ist es auch richtig, wenn wir schreiben, dass ein gutausgebildetes Personal nicht nur eine Herausforderung für den Arbeitgeber ist, es immer wieder zu rekrutieren, sondern dass es das gutausgebildete Personal braucht, um ein Spital betreiben zu können. Deshalb gehört das ins Gesetz.

*Regierungsrätin Natalie Rickli:* Die Mehrheitsverhältnisse sehen so aus, dass Sie diesen Zusatz «und ausgebildetes Personal» einfügen werden. Man kann das machen. Das Personal im Kanton Zürich ist in der Tat hervorragend, das haben wir jetzt gerade wieder bei der Bewältigung der Corona-Pandemie gesehen. Ich möchte einfach davor warnen, hier in dieser Diskussion diejenigen, die dem geltenden Recht zustimmen wollen, und diejenigen, die den neuen Absatz 1 einfügen wollen, gegeneinander auszuspielen, das Personal arbeitet nämlich weiterhin gleich gut. Und wie es bereits gesagt wurde, haben wir es bisher schon in den Anhängen zur Spitalliste definiert, dort noch mit Vorgaben zur Quantität und zur Ausbildung des Personals, soweit es erforderlich ist. Sie können es also so oder so machen, das Personal im Kanton Zürich ist und bleibt weiterhin sehr gut.

*Lorenz Schmid (Die Mitte, Männedorf):* Sehr geehrte Frau Regierungsrätin, ich habe eine interessante Frage, die wir uns in der Kommission eigentlich nicht gestellt haben: Würden Sie ein Spital schliessen, wenn Sie nicht genügend Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter finden? Das ist wahrscheinlich das bestmögliche oder das mögliche Szenario, «best» möchte ich in Klammer setzen. In meiner Wahrnehmung finde ich natürlich, wir haben zu viele Spitäler. Aber würden Sie ein Spital schliessen? Das ist vielleicht die Konsequenz aus dem Vorstoss, der jetzt mit einer Mehrheit durchkommen wird. Und ja, das Spital Limmattal wird es nicht treffen.

*Abstimmung*

**Der Kommissionsantrag wird dem Minderheitsantrag von Andreas Daurù gegenübergestellt. Der Kantonsrat beschliesst mit 92 : 79 Stimmen (bei 0 Enthaltungen), dem Minderheitsantrag zuzustimmen.**

*§ 5 Abs. 1 lit. b und c*

Keine Bemerkungen; genehmigt.

*§ 5 Abs. 1 lit. d*

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

*d. ...gewährleisten und ausweisen, unabhängig ...*

*Benjamin Fischer (SVP, Volketswil), Präsident der KSSG:* Geschätzter Kollege Lorenz Schmid, ich möchte mir nicht anmassen, in Stellvertretung der Gesundheitsdirektorin auf deine Frage zu antworten, aber aus meiner Sicht ist es eine relativ triviale Frage. Denn der Leistungserbringer muss sich sicherstellen können, dass er den Leistungsauftrag erfüllen kann. Und wenn er das nicht kann, dann muss ein Leistungsauftrag auch entzogen werden können. Aus meiner Sicht kann man ohne geeignetes Personal die Erfüllung des Leistungsauftrags nicht sicherstellen.

Gut, ich spreche zu Paragraf 5 Absatz 1 sowohl zu litera d als auch zu litera e: Es geht hier um die OKP-Versicherten, um den Anteil Grundversicherter im Verhältnis zu privat oder halbprivat Versicherten in den Listenspitälern. Sie können sich vielleicht an die sogenannte «Lex Hirslanden» erinnern, die wir in der letzten Legislatur einmal beraten haben. Hier geht es um dieses Thema. Erstens haben wir den Minderheitsantrag von Lorenz Schmid, in dem es um das deklaratorische Ausweisen geht. Die Mehrheit der Kommission folgt aber dem Antrag des Regierungsrates und sieht keinen Bedarf, dass die Spitäler die Aufnahmebereitschaft von Zürcher Patientinnen und Patienten separat noch deklaratorisch ausweisen sollen. Es wird heute von allen Spitälern gewährleistet. Es gab tatsächlich – ich habe es vorhin erwähnt – gewisse Schwierigkeiten insbesondere mit einer Institution, die aber mittlerweile gelöst sind. Es gilt klar der Grundsatz, dass ein Listenspital, dass alle Listenspitäler in gleichem Masse verpflichtet sind, alle Patientinnen und Patienten aufzunehmen, insbesondere auch jene, die nur grundversichert sind.

Dann zu Absatz 1 litera e: Dort geht es dann um die Frage, ob ein Mindestanteil an OKP-Versicherten von 50 beziehungsweise 60 Prozent oder ein Mindestanteil von zwei Dritteln des durchschnittlichen Kantonsanteils verlangt wird; eine Frage ist dann, wie man es ausgestalten will, sofern man es denn will. Die beiden Minderheitsanträge von Nora Bussmann und Lorenz Schmid behandeln die in meinem Eingangsvotum erwähnten parlamentarischen Initiativen Kantonsratsnummern 50/2017 und 51/2017 betreffend Mindestanteil an OKP-Versicherten an Listenspitälern und betreffend die Spitalliste. Da beide parlamentarische Initiativen eine

Änderung im SFPG fordern, haben wir in der Kommission diese Beratung selbstverständlich integriert. Antrag Nummer 1 von Lorenz Schmid wurde in der Kommission nicht beraten, weil er im Nachhinein noch eingereicht wurde.

Die Mehrheit der Kommission sieht das Problem in der Querfinanzierung der grundversicherten durch privat und halbprivat versicherte Patientinnen und Patienten. Es ist tatsächlich ein Problem, dass die Spitäler in vielen Bereichen mit den Grundversicherten nicht kostendeckend sind. Das ist ein Grundproblem, das in der Tarifsituation, in der Ausgestaltung der Tarife angelegt ist und auf nationaler Ebene angegangen werden muss. Aber man ist der Meinung, dass die Grundproblematik überhaupt darin besteht, dass eine solche Quersubventionierung von Halbprivat- und Privat- zu Grundversicherten überhaupt notwendig ist, und eigentlich weniger darin, dass man die Spitäler verpflichten muss, einen gewissen Mix einzuhalten, zumal dieser im Moment ja auch eingehalten wird und auch ganz klar so vorgeschrieben ist.

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

*Lorenz Schmid (Die Mitte, Männedorf):* Die Diskussion ist ja episch. Die zwei Minderheitsanträge gehen auf parlamentarische Initiativen der Mitte mit 50 Prozent und der Grünen mit 60 Prozent zurück. Wir sind ein bisschen bescheidener in diesem Rahmen und haben 50 Prozent gewählt. Wir haben dann, zumindest die Unterzeichnenden dieses Minderheitsantrags haben dann den Antrag geändert, und zwar dynamisch. Es ist ja wirklich nicht schön, Zahlen in einem Gesetz zu haben, 50 Prozent und 60 Prozent sind ja Zahlen, die nicht ändern, wobei wir wissen, dass die Zusatzversicherten immer weniger werden. *(Der Ratspräsident unterbricht den Votanten.)*

*Ratspräsident Benno Scherrer:* Lorenz Schmid, darf ich kurz unterbrechen, wir sind immer noch bei Paragraph 5 Absatz 1 Buchstabe d, «gewährleisten und ausweisen». Wenn Sie bereits auf e hinweisen, ist das in Ordnung, aber haben Sie etwas zu d zu sagen?

*Lorenz Schmid fährt fort:* Ja, der Kommissionspräsident hat halt auch zu beiden Vorschlägen gesprochen, deshalb habe ich mir die Freiheit genommen, dies auch zu tun.

Ich komme zurück auf d, nur d: Warum «ausweisen»? «Deklaratorisch» habe ich ja gestrichen, weil es niemand verstanden hat, somit einfach nur «ausweisen». Es geht mir darum, die Transparenz zu schaffen. Es gibt Spitäler, die mehr auf Zusatzversicherte fokussieren, weil dort auch eine Überfinanzierung vorhanden ist. Und nur schon «ausweisen» gibt diesen Spitalern ein bisschen das schlechte Gefühl. Sie machen es ja so oder so auch in ihrer Statistik, aber «ausweisen» bedeutet: Sie müssen es transparent vorweisen und kommunizieren.

Ich komme zu e, oder nein, ich überlasse das Wort und komme später zu e.

*Ratspräsident Benno Scherrer:* Weil litera e neu eingefügt werden soll, meine ich, es lohne sich, diese Litera dann wirklich gesondert zu behandeln.

*Esther Straub (SP, Zürich):* Ich rede also nur zu d: Transparenz in Bezug auf die vom KVG definierte Aufnahmebereitschaft der Spitäler ist enorm wichtig. Spitäler sollen verpflichtet sein, ihre Aufnahmebereitschaft auszuweisen. Wir haben diese Forderung vor zwei Jahren hier drin diskutiert. Das Begehren kam damals von der GLP, und wir haben es mitunterstützt. Ich staune manchmal, wie die Meinungen ohne Grund kippen. Die GLP jedenfalls will nun keine Transparenz mehr, die ihr hier vor zwei Jahren noch so wichtig war, als sie forderte, dass Wartezeiten, Anmelde- und Operationszeiten ausgewiesen werden müssen. Die Aufnahmebereitschaft einfach nur zu gewährleisten, ohne sie auch auszuweisen, ist zu wenig. Es muss für Patientinnen und Patienten nachvollziehbar sein, dass sie, unabhängig von ihrem Versicherungsstatus, willkommen sind. Dafür braucht es Transparenz. Wenn Sie die Statistik und die Entwicklung der Anteile anschauen, dann ist eben höchst interessant, dass die Anteile an OKP-Versicherten bei der Hirslanden-Klinik zwar leicht – leicht – angestiegen sind, aber das Problem ist alles andere als gelöst. Ich wundere mich, dass der Präsident der Kommission von einem gelösten Problem reden kann. Umgekehrt stagnieren die Anteile der Zusatzversicherten an öffentlichen Spitälern weiterhin und konnten sich nicht erhöhen. Genau dafür, um das zu erklären, wäre Transparenz wichtig. Die Statistik konnte uns nicht erklärt werden, weil nichts über die Hintergründe ausgewiesen wird. Sie lässt aber eine Rosinenpickerei vermuten, als Grund, warum es so seltsame neue Verteilungen gibt. Der Wettbewerb jedenfalls, den Sie so wichtig finden und hochhalten, scheint auch hier nicht zu funktionieren, sondern treibt eher seltsame Blüten. Wir stehen ein für Transparenz und wir wehren uns heute erneut dagegen, dass wir es dulden und noch fördern, dass sich einzelne Spitäler auf das lukrative Segment «Zusatzversicherte» konzentrieren, während sie Allgemeinversicherte anderen überlassen und dann mit aufwendigen Kommunikationsmassnahmen und eigenen Ombudsstellen vorspiegeln, das Gegenteil zu tun. Wir unterstützen deshalb diesen und dann auch die nächsten Anträge von der Mitte und den Grünen, zu denen wir dann auch wieder reden. Wenn diese eine Mehrheit finden, ziehen wir unseren alternativen Vorschlag in Paragraph 13 a zurück, aber nur dann. Danke.

*Lorenz Habicher (SVP, Zürich):* René Truninger hat eingangs gesagt, der Gesetzesteufel liege im Detail. Und hier diskutieren wir in einer grossen Detailverliebtheit einen weiteren, aus unserer Sicht überflüssigen Antrag der Mitte, das ist Paragraph 5 Absatz 1 litera d. Die Leistungserbringer sollen also die Aufnahmebereitschaft nach den Vorgaben des KVG nicht nur gewährleisten, was richtig und wichtig ist, nein, sie sollen diese auch transparent ausweisen. Wie das stattfinden soll, steht in den Sternen. Mir schwebt also vor, dass ein Leistungserbringer, ein Spital oder Geburtshaus, wenn ich das vor mein geistiges Auge projiziere, eine Auflistung vornimmt, die besagt: «Anzahl Patientinnen und Patienten aufgenommen und behandelt X, Anzahl Patientinnen und Patienten nicht aufgenommen und nicht behandelt Y». Aufnahmebereitschaft: Man nehme die Bevölkerung, das

Einzugsgebiet des Leistungserbringers, berechne die Anzahl möglicher Fälle und schliesse daraus, welchen Anteil X respektive Y für die Berechnungsperiode Z – Z ist eine rückwirkende Zeitspanne, denn Sie können das nur rückwirkend machen – in absoluten Zahlen und Prozenten für den Leistungserbringer hat. Das wäre transparent. Diesen Wert hat der Leistungserbringer, das Spital oder das Geburtshaus, aufzuschlüsseln, in die verschiedenen Versicherungskategorien und -modelle, die zur Abrechnung gelangen, aufzuteilen, damit die Politik – das sind wir – in absoluten Zahlen und in Prozentwerten etwas machen kann. Tolle Sache. Das Ganze mündet in einem Label mit Kreuzchen, Sternchen, Häubchen und Bettchen am Eingang der entsprechenden Institution, gut sichtbar, damit jeder Kunde, also Patient, das anschauen kann. Wo mehr Häubchen sind, ist die Gastronomie besser. Wo mehr Bettchen sind, ist vielleicht der Liegekomfort besser oder die Aufnahmebereitschaft grösser. Und dann haben Sie noch Kreuzchen und Sternchen und das können Sie selber auswählen, für welche Kategorie diese stehen. Ein Minderheitsantrag, der vermuten lässt, Esther Straub, dass er keinen Mehrwert bringt, ist klar abzulehnen. Danke, wenn Sie diesem Unsinn keine Folge leisten.

*Bettina Balmer-Schiltknecht (FDP, Zürich):* «Gewährleisten» beinhaltet aus Sicht der FDP bereits, dass eine Aufnahmebereitschaft vorhanden sein muss. «Ausweisen» hingegen verursacht nur zusätzliche Bürokratie, das lehnen wir selbstverständlich ab. Um die Aufnahmebereitschaft zu gewährleisten, muss die Gesundheitsdirektion Zahlen haben und Berechnungen anstellen. Dass dies alles regelmässig auch noch separat veröffentlicht werden muss, ist unnötig, zumal die Gesundheitsdirektion in ihrem Versorgungsbericht bereits regelmässig über die Situation der Gesundheitsversorgung im Kanton Zürich berichtet. Hier können wir etwas dazu beitragen, vernünftig zu sein und Gesetze nicht unnötig aufzublähen. Auch können wir uns als Kantonsräte jederzeit erkundigen, wie es um die Aufnahmebereitschaft der Spitäler steht. Kurz: Dieser Zusatz ist unnötig.

*Jeannette Büsser (Grüne, Zürich):* Ich spreche nur zum Buchstaben d und darum möchte ich hier auf einen etwas anderen, eher unbekanntem Aspekt hinweisen: Diskriminierende Praktiken finden sich nicht nur in Bezug auf den Versichertenstatus einer Person, also, ob sie allgemein oder privat versichert ist. Es gibt in unserem Kanton Menschen, die medizinisch unterversorgt sind. Wir haben unseren Radar auf die Überversorgung gerichtet, die gibt es natürlich auch, aber gleichzeitig gibt es auch eine Unterversorgung. Menschen, die trotz ärztlicher Zuweisung nicht stationär aufgenommen werden, weil sie nicht in das System der Fallpauschalen passen, weil sie sich nicht in eine definierte Leistungsgruppe einpassen lassen und weil sie die durchschnittlichen Aufenthaltstage in die Höhe treiben würden. Eine interne Ombudsstelle klärte mich einst auf, worum es geht. Bei einer kognitiv und physisch beeinträchtigten Person wurde die Aufnahme trotz ärztlicher Zuweisung verwehrt. Es wäre aufgrund der langen Vorgeschichte, aufgrund des gesundheitlichen Zustandes eine Aufnahme geboten, jedoch aus ökonomischen Gründen nicht opportun. Und es wurde – und dies ist kein Einzelfall –

das ausgelöst, was dann oft geschieht: Eine Person irrt im öffentlichen Raum umher, bis sie auffällt und eine Selbst- oder Fremdgefährdung vorliegt oder in einem Fall, bei dem ich als Beistandin zuständig war, eine Such- beziehungsweise Polizeiaktion auslöst. Was die ärztliche Zuweisung und ich nicht schafften, machte dann ein Stadtpolizist. Das sind die Folgen eines ökonomisierten Gesundheitswesens. Es sind die Folgen eines Denkens in starr abgegrenzten Einheiten – ich sage dem «Schrebergartenökonomie» –, einer Ökonomie, in der Einsparungen und Gewinne nur möglich sind, indem Kosten verlagert werden. Im besten Fall hat diese geforderte Ausweispflicht wirklich einen Mehrwert, Lorenz Habicher, einen präventiven Mehrwert, einen präventiven Charakter, darum stimmen wir Grünen dem Antrag zu. Danke.

*Thomas Marthaler (SP, Zürich):* Es tut mir leid, liebe Kolleginnen und Kollegen der bürgerlichen Seite. Jetzt geht es um Transparenz. Sie sprechen die ganze Zeit von Wettbewerb, von Leistungsbereitschaft, Leistungsfähigkeit. Wenn es darum geht, das auszuweisen, das transparent zu machen, dann ziehen Sie sich zurück und sagen, das sei sowieso gegeben, man könne das nachfragen, man könne das nachschauen. Aber wenn Sie ja die Kosten senken wollen, dann geht es eben darum, dass diese Risiken fair verteilt werden und dass nicht nur die öffentlichen Spitäler, wie das Triemli in Zürich oder das Waidspital, die teuren, multimorbiden Patienten haben, die allgemeinversichert sind, und nicht kostendeckend arbeiten können. Da müssen Sie bereit sein, die Zahlen offensiv zu publizieren, und dann kann man über Wettbewerb sprechen. Aber was Sie da bieten, ist wirklich billige Propaganda.

#### *Abstimmung*

**Der Kommissionsantrag wird dem Minderheitsantrag von Lorenz Schmid gegenübergestellt. Der Kantonsrat beschliesst mit 100 : 76 Stimmen (bei 0 Enthaltungen), dem Antrag der Kommission zuzustimmen.**

§ 5 Abs. 1 lit. e (neu)

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

*e. einen Mindestanteil von 50% an Patientinnen und Patienten aufweisen, die keine Versicherung für freie Arztwahl und/oder zusätzliche Leistungen der Hotellerie haben,*

*lit. e–g werden zu lit. f–h.*

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

*e. einen Mindestanteil von 60% an Patientinnen und Patienten aufweisen, die keine Versicherung für freie Arztwahl und/oder zusätzliche Leistungen der Hotellerie haben,*

*lit. e–g werden zu lit. f–h.*

**Antrag 1 Lorenz Schmid, Andreas Daurù, Esther Straub, Thomas Marthaler, Mark Wisskirchen, Kaspar Bütikofer:**

*e. einen Mindestanteil von zwei Dritteln des durchschnittlichen Kantonsanteils an stationären Patientinnen und Patienten aufweisen, die keine Versicherung für freie Arztwahl und / oder zusätzliche Leistungen der Hotellerie haben,*

*Ratspräsident Benno Scherrer:* In einem ersten Schritt werden diese drei Anträge im Cupsystem einander gegenübergestellt, um in einem zweiten Schritt den ob-siegenden Antrag dem Mehrheitsantrag der KSSG gegenüberzustellen.

*Lorenz Schmid (Die Mitte, Männedorf):* Kurz zurückkommend auf die Entstehung dieser Anträge – sie sind episch, wie bereits gesagt, zurückgehend auf zwei parlamentarische Initiativen: Die Mitte mit 50 Prozent Mindestanteil, die Grünen mit ein bisschen ambitionierteren 60 Prozent. Dazu kommt jetzt noch der Antrag, den ich nachträglich eingereicht habe, Zahlen zu entfernen und anders zu definieren, und zwar über den Mindestanteil von zwei Dritteln des durchschnittlichen Kantonsanteils der stationären Patientinnen und Patienten, die keine Versicherung mit freier Arztwahl und zusätzlichen Leistungen der Hotellerie vorweisen.

Was ist die Systematik dahinter? Wir nennen keine Zahlen wie 50 Prozent oder 60 Prozent, sondern wir sagen jetzt einfach: Es braucht zumindest nicht mehr als doppelt so viele Zusatzversicherte im kantonalen Schnitt. Das sind 24 oder 25 Prozent, wie wir sie haben. Diese Prozentzahl ist dabei, sich zu reduzieren, weil es immer weniger Zusatzversicherte Personen gibt. Deshalb ist der Vorschlag, den wir nachträglich eingereicht haben, klar zu bevorzugen, weil er dynamisch ist. Mit den 50 Prozent und den 60 Prozent werden wir einfach mal so oder so alle Spitäler drin haben, weil es immer weniger Zusatzversicherte geben wird. Deshalb rege ich an, diesen zweiten Vorschlag der zwei Drittel oder, besser gesagt, nicht mehr als doppelt so viele Zusatzversicherte im Spital zu haben, als Kriterium zu wählen, damit ein Spital auf die Spitalliste kommt.

Die Diskussion ist klar: Es sind die Zusatzversicherten, die eigentlich eine Überfinanzierung und eine Unterfinanzierung bei den Allgemeinversicherten kreieren. Deshalb gibt es auch Spitäler, die sich auf dieses Zusatzversicherungssegment konzentrieren und in diesem Sinne eigentlich Finanzierung nehmen, weil diese Finanzierung von den Zusatzversicherten notwendig ist. Die Diskussion, die wir hier führen, möchte ich auch im Zusammenhang mit dem Minderheitsantrag unter litera k führen. Wir haben dort auch ein Element von Nachhaltigkeit, besser gesagt, von Auszahlungen. Oder wir haben es auch, wie von Esther Straub erwähnt, in Paragraf 11 oder 13, indem wir eine Abschöpfung für Zusatzversicherte vorsehen. Die Diskussion ist also komplex. Und was ich eigentlich sagen möchte: Wenn einer dieser Vorschläge durchkommt, dann haben wir das Ziel erreicht, es brauchen nicht alle zu sein. Wir haben hier einmal zwei Minderheitsanträge gestellt. Der eine ist eben dieser, dass wir dieses Rosinenpicken von Institutionen im Gesundheitswesen unterbinden. Ich glaube, sagen zu dürfen: Wenn man doppelt so viel wie der Schnitt im Kanton haben darf, ist das eine grosszügige Marge, ist das eine Regel im Gesundheitswesen, die wirklich viel Spielraum lässt, sodass

wir wirklich nur den Missbrauch bekämpfen, bei dem sich Spitäler weiterhin in hohem Mass nur auf Zusatzversicherte fokussieren.

Konkret zu den Zahlen: Hirslanden hat 58 Prozent, die Schulthess-Klinik 49 Prozent; die 49 Prozent würden nicht darunterfallen, Hirslanden schon. Bettina Balmer, das sind Zahlen, die wir ja nicht einfach so wussten, sondern wir haben sie erfragt. Die Regierung ist dann zurückgegangen in ihre Verwaltung und hat abgeklärt, wie die Zahlen sind. Dies nur einfach zu den deklaratorischen und den ausgewiesenen Zahlen, es ist momentan halt eben nicht transparent, wie die Zahlen sind, man muss sie anfragen. Deshalb auch der Minderheitsantrag der Transparenz zuliebe, den ihr vorhin abgelehnt habt, also gegen die Transparenz. Es sind also diese zwei Institutionen. Schulthess wird es nicht treffen, das Hirslanden würde eine solche Bestimmung treffen. Dieser Antrag ist dynamisch, er ist klar und den 50 oder 60 Prozent als Zahl im Gesetz vorzuziehen.

*Nora Bussmann Bolaños (Grüne, Zürich):* Unser Antrag geht zurück – Sie haben es gehört – auf eine im Februar 2017 eingereichte PI meiner Vorgängerin Kathy Steiner. Gerne zitiere ich aus ihrer Begründung, die leider nichts an Aktualität eingebüsst hat, Zitat: «Der Anteil der grundversicherten Patientinnen und Patienten variiert massiv zwischen den einzelnen Listenspitälern. Dieser Anteil hat erhebliche Auswirkungen auf die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der einzelnen Listenspitäler. Faktisch können diese nur aus der Behandlung von zusatzversicherten Patientinnen und Patienten einen Ertrag erzielen, um wie vom Gesetz vorgeschrieben ihre Investitionen für Immobilien und Gerätschaften selbst zu erwirtschaften. Listenspitäler mit einem unzureichenden Anteil an nur grundversicherten Patientinnen und Patienten erzielen somit einen überdurchschnittlichen steuerfinanzierten Profit zuungunsten der Listenspitäler mit einem hohen Anteil an Grundversicherten.»

Natürlich liegt das grosse Problem bei den Tarifen und in den Regelungen, die in Bundesbern gemacht werden. Aber da haben wir keinen Hebel, also sorgen wir doch mindestens dafür, dass in unseren Listenspitälern eine solidarische Übernahme und Verteilung der nicht lukrativen grundversicherten Patientinnen und Patienten stattfindet. Politischer Druck wurde diesbezüglich – auch das haben wir gehört – bereits mit der sogenannten «Lex Hirslanden» erzeugt, auch wenn diese hier drin auch keine Mehrheit fand. Aber der politische Druck hat anscheinend etwas bewirkt, und so hat – das haben wir gehört – beispielsweise die Klinik Hirslanden ihren Anteil an Grundversicherten immer mehr gesteigert, er liegt nun bei knapp über 50 Prozent. Es ist also möglich. Zum Teil ist diese Entwicklung sicher dem politischen Druck, zum Teil aber auch einer laufenden Entwicklung, das heisst, dem Rückgang der Spitalzusatzversicherungen zuzuschreiben.

Um den politischen Druck und die Forderung nach einem gewissen Ausgleich aufrechtzuhalten, haben wir nun die Gelegenheit, hier im SPFG diese Aufnahmebestimmung festzuhalten. Nutzen wir doch die Gelegenheit, wenn uns vergleichbare wirtschaftliche Voraussetzungen für alle Listenspitäler wichtig sind.

Auch die Gesundheitsdirektorinnen- und -direktorenkonferenz schreibt in ihren Empfehlungen zur Spitalplanung, nachzulesen im Versorgungsbericht 2023, Zitat: «Die Kantone sind angehalten, für die Einhaltung der Aufnahmepflicht gemäss Artikel 41 Absatz 2 KVG zu sorgen. Ziel der Aufnahmepflicht ist es, die Versorgungssicherheit zu gewährleisten und diskriminierende Aufnahmepraktiken von Listenspitälern zu verhindern. Der Kanton kann einen Mindestanteil an ausschliesslich grundversicherten Patientinnen und Patienten festlegen.» Einige Kantone tun dies bereits.

Wir Grünen könnten auch mit der Variante Schmid oder mit einer der beiden Varianten Schmid leben, wenn sie eine Mehrheit findet. Aktuell läge ja in der zweiten Variante Schmid – wir haben es gehört – der Anteil auch bei etwa 50 Prozent Grundversicherter, Tendenz wohl aber eher steigend. Wir Grünen erachten es aber als politisch wichtig, dass ein Listenspital, welches vom Kanton mitfinanziert wird, mehr als die Hälfte der Patientinnen und Patienten als grundversicherte Patientinnen und Patienten ausweisen kann.

Bitte unterstützen Sie mit uns Grünen den Minderheitenantrag II oder zumindest einen der beiden Anträge Schmid. Besten Dank.

*Lorenz Schmid (Die Mitte, Männedorf):* Nur kurz: Mit dem Neuformulieren meines Antrags möchte ich den alten Minderheitsantrag auf 50 Prozent zurückziehen. Somit können wir auf das Cupsystem verzichten und haben nur noch zwei Anträge.

*Ratspräsident Benno Scherrer:* Besten Dank. Der Minderheitsantrag I von Lorenz Schmid für einen Mindestanteil von 50 Prozent ist zurückgezogen zugunsten des aufliegenden Antrags.

*Lorenz Habicher (SVP, Zürich):* Wir kommen zu einem Filetstück der Vorlage, wie der Kommissionspräsident ausgeführt hat. Die SVP ist sich bewusst, dass im Grundsatz gemäss KVG eine kantonale Festlegung möglich ist. Das heisst, wir können uns in Prozenten oder Brüchen von etwas ausdrücken und uns in Prozent- respektive Bruchrechnen üben. Aber Achtung: In der Praxis ist dieser Anteil nicht so statisch fixiert und ändert sich je nach Leistungserbringer und Leistungsgruppe über alle Institutionen stark. Der Grund ist hier Vater des Gedankens und die Mitte konnte sich während den ganzen Beratungen nie festlegen, was sie wirklich möchte. Somit ist es klar, dass ich, wenn am Vorabend der Schlussabstimmung in der KSSG noch ein weiterer Antrag – nicht ganz neu, nicht ganz unbekannt oder unbesprochen, aber nur angesprochen – eingeht, in Namen der SVP-Fraktion den Ordnungsantrag gestellt habe, diesen neuen Antrag nicht mehr zuzulassen. Und er wurde hier als Antrag 1 beim Bock eingereicht.

Die erwartete Eingabe beim Bock ist nicht erstaunlich. Wirklich überraschend sind die Mitunterzeichnenden. Angesichts dieses Antrags muss ich davon ausgehen, dass alles Frühere vergessen und verloren ist, auch die Unterstützung der Minderheitsanträge 50 und 60 Prozent. Ich wurde jetzt des Besseren belehrt: Der

Antrag auf 50 Prozent wurde zurückgezogen, der 60-Prozenter bleibt weiter bestehen, womit keine Cupabstimmung erfolgen muss.

*Ich beantrage, nach erfolgter Diskussion, die mit einem Eintreten auf eine kantonale Festlegung des OKP-Ansatzes verglichen werden kann, dass die erste Abstimmung wie folgt gemacht wird: Wollen Sie keine Festlegung bei den Anforderungen der Listenspitäler betreffend Mindestanteil von Versicherten machen und der Kommissionsmehrheit folgen, stimmen Sie Ja. Wollen Sie eine Festlegung bei den Anforderungen der Listenspitäler betreffend Mindestanteil von Versicherten, wie die Kommissionsminderheit es möchte, dann stimmen Sie Nein.*

Und diejenigen, die sich nicht festlegen wollen oder nicht mehr durchblicken, wie es vonstattengeht, können sich dann enthalten. Sollte wider all meiner Erwartungen der Kommissionsminderheitsantrag obsiegen, dann können Sie nachher immer noch den minimalen Anteil an OKP-, also Grundversicherten, hier ins Gesetz schreiben oder sich darüber streiten, was jetzt richtig ist, zwei Drittel des kantonalen Durchschnitts oder 60 Prozent, wie es die Grünen verlangen. Ich habe diesen Antrag hier auch schriftlich vorliegend für den Bock, damit es für die Abstimmung einfacher ist.

*Esther Straub (SP, Zürich):* Wir haben den damaligen Vorschlag der Regierung unterstützt, eine progressive Rückzahlungspflicht der Kantonsbeiträge bei Spitälern einzuführen, die sich aufs lukrative Segment Zusatzversicherter Patientinnen und Patienten spezialisieren. Die sogenannte «Lex Hirslanden» von FDP-Regierungsrat Heiniger hätte am fairsten und punktgenauesten einseitige Verteilungen von OKP-Versicherten korrigieren können.

Wir stellen uns jetzt aber hinter den neuen Vorschlag der Mitte, der einen Mindestanteil von zwei Dritteln des durchschnittlichen Kantonsanteils von OKP-Patientinnen und -Patienten festlegt als Bedingung, auf die Spitalliste zu kommen. Obwohl seit Einführung des SPFG Staatsbeiträge auch an OKP-Fallpauschalen von Zusatzversicherten ausbezahlt werden, haben sich für die Zusatzversicherten selbst keine Entlastungen ergeben, sondern es sind vielmehr hohe Überdeckungen entstanden. Nicht die Versicherten profitierten, sondern die Spitäler. Solange sich die Verteilung im kantonalen Durchschnitt bewegt, muss im Wissen um die Querfinanzierung nicht eingegriffen werden. Ist sie aber einseitig verteilt und einzelne Spitäler, namentlich die Hirslanden-Klinik, profitieren überproportional von den Überdeckungen, während andere die Verantwortung für Grundversicherte überdurchschnittlich wahrnehmen, dann fliessen Steuergelder in private Spitalgewinne, während sie eben andernorts fehlen. Ja, die Hirslanden-Klinik wäre mit 62 Prozent Zusatzversicherten nicht mehr dabei und müsste auf die sprudelnden Staatsbeiträge verzichten im Zusatzversichertensegment. Also das sind immerhin fast 70 Millionen Franken, und es erstaunt mich schon, dass FDP, SVP, GLP diese 70 Millionen einfach egal sind, während sie dann wieder Zeter und Mordio schreien, wenn 40 Millionen Franken bei der Prämienverbilligung aufgestockt

werden, damit der Kanton endlich seine volle Verantwortung wahrnimmt. Das ist doch wirklich sehr erstaunlich.

Es braucht eine angemessene Verteilung von Grundversicherten und Zusatzversicherten, um auf die Spitalliste zu kommen. Oder die Einseitigkeit muss durch eine Abgabe ausgeglichen werden, wie wir es alternativ in Paragraf 13 fordern. Dass einzelne Spitäler hohe Summen an Staatsbeiträgen kassieren, ohne dass sie für Allgemeinversicherte eine breite Verantwortung übernehmen, geht nicht. Erst recht nicht geht, dass die Staatsbeiträge schliesslich in Gewinnausschüttungen an Private fliessen. Dazu kommen wir dann auch später noch einmal bei einem anderen Paragrafen. Doch Sie sehen keinen Handlungsbedarf. Ihnen scheint hier auch wieder die Kosteneinschränkung, Kostendämpfung egal zu sein. Sie geben gerne mehr Geld fürs Gesundheitswesen aus, solange es in private Taschen fliesst. Doch Sie stehen offen ein für diese privaten Profite auf Kosten der Prämien- und der Steuerzahlenden.

Wir unterstützen also den neuen Antrag. Und wenn dieser auch wieder keine Mehrheit findet, sehen wir uns wieder bei Paragraf 13a.

*Bettina Balmer-Schiltknecht (FDP, Zürich):* Wir finden es natürlich nicht sinnvoll und auch alles andere als liberal, eine fixe Zahl für einen Mindestanteil an Patienten vorzuschreiben, die keine Versicherung für freie Arztwahl und/oder zusätzliche Leistungen der Hotellerie haben. Es kann doch nicht sein, dass Zusatzversicherte OKP-Tarife quersubventionieren, ein Wettbewerb um zusatzversicherte Patienten besteht und dieser Wettbewerb nun künstlich reguliert wird. Eigentlich ist ja alles daran komplett absurd. Der richtige Ansatz wäre, die Tarife kostendeckend zu gestalten, auch bei allgemeinversicherten Patienten. Dann wären keine Quersubventionen mehr nötig und der Wettbewerb um zusatzversicherte Patienten wäre auf einem gesunden respektive vorteilhaften Niveau. Diese auch für OKP-Patienten sich lohnenden Tarife muss man bei den DRG-Pauschalen oder im TARMED (*Tarifsystem für medizinische Leistungen*) entsprechend verhandeln, da hat es noch Luft nach oben.

Würde man nun diesen Paragrafen nun so einführen, wie es die Linke mit 60 Prozent respektive Lorenz Schmid von der Mitte mit dem neuen Vorschlag der Zweidrittellösung anstreben, so hätte das im Alltag zur Folge, dass ein Listenspital in die Situation kommen könnte, zusatzversicherte Patienten ablehnen zu müssen. Dies würde zu einem Widerspruch innerhalb des SPFG führen, denn Paragraf 5 Absatz 1 e und Paragraf 5 Absatz 1 d könnten so nicht gleichzeitig erfüllt werden. Auch würde es zu einer Einschränkung der Spitalwahl für Zusatzversicherte innerhalb des Kantons Zürich kommen, weil die Listenspitäler aus Angst, die Quoten zu übertreffen, gerade diese zusatzversicherten Patienten ablehnen würden, die sich dann allenfalls in der Folge ausserkantonale behandeln lassen müssten. Sie sehen, die ganze Sache wird, wenn man sie umsetzen will, wirklich total absurd. Kurz: Die Anträge sind vielleicht sogar gutgemeint, Esther Straub, aber sie lösen das Problem nicht an der Wurzel und schon allein aus diesem Grund finden wir sie überhaupt keine gute Idee und werden sie ablehnen.

*Claudia Hollenstein (GLP, Stäfa):* Wer in den Markt unsachgemäss eingreifen will, setzt Quoten ein. Quoten senken keinesfalls die Kosten. Die Festsetzung einer Mindestquote für ausschliesslich grundversicherte Patienten ist überhaupt keine Sparmassnahme. Abgewiesene Patientinnen und Patienten, egal welcher Versicherungsklasse, werden einfach an ein anderes Listenspital überwiesen. Der Kanton muss immer 55 Prozent Anteil der Behandlungskosten pro Fall übernehmen. Ich frage mich schon, was wollen wir mit diesem Korsett überhaupt? Bei einer höheren Baserate fallen für den Kanton sogar höhere Kosten an. Noch schlimmer: Zürcher Zusatzversicherte werden diskriminiert. Mit einer Quote werden Zürcher Zusatzversicherte abgewiesen, wenn das Spital den Anteil an Zusatzversicherten überschreitet. Die Zusatzversicherungen werden überhaupt unattraktiv. Das ist kontraproduktiv, denn das Gesundheitswesen ist auf diese Einnahmen angewiesen. Die Tarife der allgemeinversicherten Patientinnen und Patienten sind nicht kostendeckend. Die Spitalversorgung ist nur aufrechtzuerhalten, weil die Zusatzversicherten den Rest quersubventionieren.

Die Leidtragenden der Quoten wären also die allgemeinversicherten Patientinnen und Patienten. Ausserkantonale Patienten und Patientinnen sind von der Quotenregelung bundesrechtlich geschützt. Der Kanton Zürich diskriminiert mit einer Quote also seine eigenen Steuerzahlerinnen und Steuerzahler. Zudem sei angemerkt, dass eine Quote die gesetzlich verankerte Aufnahmepflicht verletzt. Patientinnen und Patienten wählen ihr Spital – und nicht die Spitäler ihre Patientinnen und Patienten. Somit eliminiert eine Quote die freie Spitalwahl. Eine unnötige Bevormundung der Menschen findet statt. Alle Menschen sind vom Gesetz her grundversichert. Ein Prozessrisiko und ein Unterliegen sind also nicht unwahrscheinlich. In der Lehre und Literatur ist der Entscheid massiv kritisiert worden. Das Bundesgericht hielt fest, dass die Mengensteuerung im Kanton Tessin als Instrument zulässig ist, hegte aber Zweifel an deren Wirksamkeit. Im Einzelfall muss beim Bundesverwaltungsgericht geprüft werden, ob eine kantonale Mengensteuerung, also Spitalquote, verhältnismässig ist oder ob sie ein Spital in ungerechtfertigter Weise trifft. Das Bundesgericht hat im Tessiner Fall offengelassen, ob ausserkantonale Patientinnen und Patienten mit Zusatzversicherung auf die mengenmässige Beschränkung anwendbar sind. Die Frage stellte sich im Tessin nicht. Experten formulieren denn auch die Belastung des Leistungskontingents durch ausserkantonale Patienten als rechtswidrig. Der Kanton Sankt Gallen schliesst eine Quote für ausserkantonale Patientinnen und Patienten explizit aus. In beiden Kantonen ist die Berücksichtigung ausserkantonaler Patientinnen und Patienten vernachlässigbar.

In Zürich ist die Situation jedoch eine ganz andere. Die Breite an hochspezialisierten Kliniken ist für viele ausserkantonale Zusatzversicherte wichtig. Damit werden Zürcher Zusatzversicherte gegenüber den ausserkantonalen Zusatzversicherten diskriminiert, oder die Quote verletzt Bundesrecht. Somit könnte mit einer Quote eine Abwanderung von privat- und halbprivatversicherten Menschen in andere Kantone erfolgen. Will man bestimmte Spitäler mit einer Quotenregelung in der Gesetzgebung bestrafen, dann sollte beachtet werden, dass es dann alle trifft. Alle Spitäler sitzen im gleichen Boot.

Eine Quote steht auch überhaupt nicht für eine qualitative oder gut zugängliche und wirtschaftliche Versorgung. Wenn Menschen nicht mehr sicher sein können, dass sie in das Spital ihrer Wahl gehen können, wenn sie denn müssen, werden sie sich eventuell überlegen, ob sie weiterhin zusatzversichert sein möchten. Das Geld aus den Zusatzversicherungen ist aber wichtig. Damit werden Investitionen getätigt und Innovation vorangetrieben. Herr B. will ins Spital eintreten, er ist zusatzversichert. Die Quotenregelung verhindert das, er wird abgewiesen. Somit muss er in ein anderes Spital. Seine Wahlfreiheit ist eingeschränkt. Findet er sich wieder in einem Spital mit höherer Baserate, so bezahlt der Kanton dafür auch noch mehr.

Eine Einführung von Quoten ist ein Eingriff in den Markt. Diese Vorgabe könnte eventuell auch dazu führen, dass sich Kliniken im Kanton Zürich nur noch auf privat- und halbprivatversicherte Menschen fokussieren und keine OKP-Patientinnen und -Patienten mehr aufnehmen wollen. Bei einer einheitlichen Finanzierung von ambulant vor stationär liegt der Kantonsanteil bei circa 30 bis 35 Prozent. Ist ein Spital auf halbprivat und privatversicherte Patienten spezialisiert, so entstünde ein Geschäftsmodell, in dem keine OKP-Patientinnen und -Patienten mehr aufgenommen würden. Die effektive Tarifierung wäre dann eventuell tiefer, somit würden noch mehr Personen in diese Kliniken abwandern. Schlimmer noch: Die OKP- Patientinnen und -Patienten ... *(Die Redezeit ist abgelaufen.)*

*Kaspar Bütikofer (AL, Zürich):* Die Alternative Liste AL unterstützt beide Minderheitsanträge, die jetzt noch im Rennen sind. Wir werden im Cupsystem dann den Antrag von Lorenz Schmid bevorzugen.

Es ist eine alte Diskussion, die wir hier führen, aber eine berechtigte Diskussion. Denn wenn ein Spital auf der Spitalliste ist, dann soll es für die Allgemeinheit zur Verfügung stehen. Es soll alle Patienten aufnehmen und keine Patientenselektion vornehmen. Es ist Aufgabe der Spitalliste, die Bevölkerung des Kantons Zürich mit Spitalleistungen zu versorgen. Wenn ein Spital sich primär auf Zusatzversicherte konzentriert, dann steht es eben nicht der Allgemeinheit zur Verfügung und hat im Prinzip auch nichts auf einer Spitalliste zu suchen. Dann ist es eben besser beraten, wenn es zu einem Vertragsspital wird.

Auch aus Sicht des Kantons Zürich muss man sich überlegen: Macht es Sinn, dass man Spitäler, die primär Zusatzversicherte behandeln, mit einem Kantonsbeitrag mitfinanziert und ihnen so zu fetten Gewinnen verhilft? Wenn wir schauen, welche Spitäler in der letzten Zeit gewachsen sind, so stellen wir fest, dass das unter den Grossen nur zwei sind, nämlich das Universitätsspital – das ist naheliegend, denn es ist der Endversorger mit der hochspezialisierten Medizin – und das Hirslanden, das sage und schreibe um 37 Prozent gewachsen ist seit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung. Alle anderen grossen Spitäler sind geschrumpft, die meisten um zweistellige Zahlen.

Was uns hier auffällt: Das Hirslanden ist gewachsen und es ist genau das Spital, das gewachsen ist, das auf ein Belegarztsystem setzt. Und hier liegt wahrscheinlich auch die Crux. Es ist nicht so, dass das Hirslanden Rosinenpickerei oder Patientenselektion betreibt, indem es Allgemeinversicherte auf eine Warteliste setzt,

es macht dies anders. Es gibt Gerüchte, die sagen, dass über die Verträge mit den Belegärzten die Patientenselektion gemacht werde, dass Belegärzte zu besseren Konditionen behandeln können, wenn sie Zusatzversicherte ans Hirslanden bringen.

Deshalb sind wir der Meinung, es braucht eine Quote. Und diese Quote ist kein Eingriff in die Spitalwahl, im Gegenteil: Ein Spital, das eine Patientenselektion vornimmt, behindert die freie Spitalwahl. Deshalb braucht es diese Quote. Diese Quote hat sich auch im Kanton Tessin bewährt und ist so auch richtig. Die Alternative Liste wird deshalb die beiden Minderheitsanträge unterstützen. Besten Dank.

*Regierungsrätin Natalie Rickli:* Ich erlaube mir noch eine kurze Replik oder Antwort auf ein Votum von Kantonsrätin Büsser von vorhin. Ich musste zuerst noch etwas nachschauen. Sie haben bemängelt oder gesagt, dass es Patienten geben würde, die nicht in Zürcher Spitälern aufgenommen wurden. Sie können mir diese gerne mitteilen, denn gemäss KVG Artikel 41a besteht eine Aufnahmepflicht, das gilt selbstverständlich auch für die Spitäler im Kanton Zürich. Ich habe in der Gesundheitsdirektion kurz nachgefragt: Wir haben hier eigens bei der AGZ (*Ärztesgesellschaft des Kantons Zürich*) eine Stelle eingerichtet, wo sich abgewiesene Patientinnen und Patienten hinwenden können, und unser aktueller Wissensstand ist, dass dort keine Beschwerden eingehen. Also falls Sie konkrete Hinweise haben, dass hier etwas nicht richtig sein sollte, melden Sie es bitte nachher.

Zurück zu Paragraf 5 Absatz 1 litera e bezüglich des Mindestanteils bei den Grundversicherten: Der nun noch verbliebene Minderheitsantrag möchte, dass ein Spital nur dann einen Leistungsauftrag bekommt, wenn es einen Mindestanteil an Patientinnen und Patienten hat, der nur grundversichert ist. Zum neuen Antrag von Lorenz Schmid und Mitunterzeichnenden komme ich am Schluss. Der Minderheitsantrag hätte zur Folge, dass acht Akutspitäler mit Standort im Kanton Zürich von vornherein keinen Leistungsauftrag bekommen könnten. Darunter befinden sich drei Kliniken, die heute einen Leistungsauftrag haben und ihn gut erfüllen. Es gibt durchaus Argumente, die für einen solchen Mindestanteil an nur Grundversicherten sprechen:

Erstens: Die Spitäler erzielen einen Gewinn in erster Linie aus der Behandlung von Privat- und Halbprivat-Patientinnen und -Patienten. Ein Mindestanteil an nur Grundversicherten kann dazu führen, dass die Privatpatienten gleichmässiger auf die Spitäler verteilt werden, sodass auch die Gewinne gleichmässiger anfallen.

Zweitens: Mit einem Mindestanteil von nur Grundversicherten kann die Ausgangslage der Spitäler im Wettbewerb um Privat- und Halbprivatpatienten ausgeglichen werden. Weist ein Spital einen hohen Anteil solcher Patienten auf, kann es die Belegärztinnen und -ärzte und das Personal besser abgelten, was tendenziell zu einer Steigerung des Privatpatientenanteils führt. Mit einem Mindestanteil an nur Grundversicherten erhalten die Spitäler ähnlich lange Spiesse im Wettbewerb um Privatpatienten.

Und drittens: Wird im Gesetz ein Mindestanteil an nur Grundversicherten verankert, muss der Kanton für Patientinnen und Patienten in Spitälern, die diesen Anteil nicht erreichen, keinen Kantonsanteil mehr übernehmen.

Und nun die Gegenargumente, die gegen einen Mindestanteil an nur Grundversicherten sprechen, sie wiegen unserer Meinung nach schwerer:

Erstens: Mit einem solchen Mindestanteil wird zusätzlich in den ohnehin stark regulierten Spitalmarkt eingegriffen. Gemäss KVG müssen die Leistungsaufträge nach den Kriterien der Qualität, der Wirtschaftlichkeit und der Zugänglichkeit der stationären Leistungserbringer erteilt werden. Wird für die Listenspitäler darüber hinaus ein Mindestanteil an nur Grundversicherten gefordert, wird damit ein vom KVG nicht vorgesehenes Kriterium vorgeschrieben und damit in unzulässiger Weise in den Gesundheitsmarkt eingegriffen.

Zweitens können die Minderheitsanträge dazu führen, dass der Anteil an Privat- und Halbprivatpatienten in den anderen Listenspitälern sogar noch sinkt. Damit ist zu rechnen, wenn sich ein Spital, das den Mindestanteil nicht erreicht, fortan vollständig auf die Behandlung von Privatpatienten konzentriert. In diesem Fall würde es den anderen Spitälern die Privatpatienten noch mehr streitig machen als heute schon.

Drittens: Wenn ein Spital den Mindestanteil an nur Grundversicherten nicht erreicht, darf es keine weiteren Privatpatienten mehr aufnehmen. Es ist aber nicht sicher, ob sich diese Patienten dann in einem anderen Listenspital des Kantons behandeln lassen, was zur gewünschten gleichmässigen Verteilung dieser Patientengruppe beitragen würde. Es kann nämlich dann auch sein, dass diese Patienten abwandern und sich in einem Listenspital eines anderen Kantons behandeln lassen. Gesamtkantonal betrachtet, sollte das verhindert werden, weil sich mit solchen Patienten, wie gesagt, Gewinn erzielen lässt.

Gegen einen Mindestanteil an nur Grundversicherten spricht schliesslich Folgendes: Wenn ein Spital wegen eines hohen Privat- und Halbprivatpatientenanteils in die Nähe der Grenze gelangt, könnte es versuchen, mehr nur Grundversicherte aufzunehmen, damit die Grenze nicht überschritten wird. Der Mindestanteil an nur Grundversicherten setzt damit einen Anreiz zur Ausdehnung der Behandlungslänge, und wir alle sind ja der Meinung, wie wir auch heute schon diskutiert und gehört haben, dass wir das nicht wollen.

*(Die Votantin richtet sich an den Ratspräsidenten.)* Habe ich auch eine Redezeitbeschränkung? *(Der Ratspräsident bejaht.)* Okay, das wusste ich gar nicht.

Nun noch zum neuen Antrag von Lorenz Schmid: Dieser Antrag will das Gleiche wie die Minderheitsanträge beziehungsweise jetzt noch ein Minderheitsantrag, einzig die Berechnungsweise ist eine andere. Ich mache es kurz: Der Regierungsrat lehnt den Minderheitsantrag und sinngemäss auch den Antrag von Lorenz Schmid ab.

Und hoffentlich ohne dass der Präsident mich unterbricht und bevor Sie in die Mittagspause gehen, noch ein kurzer Aufruf: Sie wissen es, die Gesundheitsdirektion hat gestern noch 120'000 neue Impftermine aufgeschaltet. Wir haben noch 40'000 Impftermine frei. Schon verschiedentlich wurde im Kantonsrat gesagt: «Testen, Impfen, lassen Sie uns öffnen!» Wir sind auf gutem Weg. Und wenn Sie

die Fraktionssitzungen nutzen wollen, dies an all jene, die noch keinen Termin gebucht haben: Machen Sie das und buchen Sie noch heute einen Impftermin. Vielen Dank.

*Ratspräsident Benno Scherrer:* Besten Dank für diese Zusatzinformation. Wir kommen zurück zu den Anträgen. Minderheitsantrag I von Lorenz Schmid ist zurückgezogen. Dadurch ist der von Lorenz Habicher in seinem Votum angekündigte Ordnungsantrag gegenstandslos geworden. Es verbleiben noch Minderheitsantrag II von Nora Bussmann und Antrag 1 von Lorenz Schmid. Sie sind als gleichwertige Anträge zu behandeln, es gibt aber kein Cupsystem.

Wir werden die verbleibenden Minderheitsanträge gegeneinander ausmehren und stellen dann den obsiegenden Antrag dem Kommissionsmehrheitsantrag gegenüber.

#### *Abstimmung I*

**Der Minderheitsantrag II von Nora Bussmann wird dem Antrag 1 von Lorenz Schmid gegenübergestellt. Der Kantonsrat beschliesst mit 56 : 20 Stimmen (bei 97 Enthaltungen), dem Antrag 1 zuzustimmen.**

#### *Abstimmung II*

**Der Kommissionsantrag wird dem Antrag 1 von Lorenz Schmid gegenübergestellt. Der Kantonsrat beschliesst mit 97 : 76 Stimmen (bei 0 Enthaltungen), dem Antrag der Kommission zuzustimmen.**

*Die Beratung der Vorlage 5637a wird unterbrochen. Fortsetzung an der Nachmittagssitzung.*