



Protokoll des Zürcher Kantonsrates

158. Sitzung, Montag, 28. Mai 2018, 8.15 Uhr

Vorsitz: Yvonne Bürgin (CVP, Rüti)

Verhandlungsgegenstände

1. Mitteilungen

- Antworten auf Anfragen Seite 3
- Ratsprotokoll zur Einsichtnahme Seite 3
- Zuweisung von neuen Vorlagen Seite 3

2. Wahl eines Mitglieds der Kommission für Staat und Gemeinden

für den aus dem Kantonsrat zurückgetretenen Fabian Molina, Illnau Effretikon

KR-Nr. 140/2018 Seite 4

3. Wahl eines Mitglieds der Kommission für Justiz und öffentliche Sicherheit

für den aus dem Kantonsrat zurückgetretenen Andreas Hauri, Zürich

KR-Nr. 141/2018 Seite 5

4. Hundegesetz

Antrag der Redaktionskommission vom 25. Januar 2018

Vorlage 5316b Seite 5

5. Gesundheitsgesetz

Antrag des Regierungsrates vom 25. Januar 2017 und gleichlautender Antrag der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit vom 12. September 2017

Vorlage 5330 Seite 6

6. Ausgliederung der Kantonsapotheke

Postulat von Cyrill von Planta (GLP, Zürich) und Benjamin Fischer (SVP, Volketswil) vom 15. Februar 2016

KR-Nr. 59/2016, RRB-Nr. 292/30. März 2016
(Stellungnahme) Seite 15

7. Grundlagen für einen Zürcher Spitalverband

Motion von Andreas Daurù (SP, Winterthur), Kathy Steiner (Grüne, Zürich) und Kaspar Bütikofer (AL, Zürich) vom 11. Juli 2016

KR-Nr. 241/2016, RRB-Nr. 1034/26. Oktober 2016
(Stellungnahme) Seite 24

8. Interkulturelles Dolmetschen in der psychiatrischen Versorgung

Postulat von Karin Fehr Thoma (Grüne, Uster) und Isabel Bartal (SP, Zürich) vom 26. September 2016

KR-Nr. 301/2016, RRB-Nr. 1237/14. Dezember 2016 (Stellungnahme)..... Seite 47

9. Einführung einer Liste der säumigen Krankenkassenprämienzahlenden

Motion von Stefan Schmid (SVP, Niederglatt), Diego Bonato (SVP, Aesch) und Marcel Lenggenhager (BDP, Gossau) vom 19. Dezember 2016

KR-Nr. 413/2016, RRB-Nr. 184/1. März 2017
(Stellungnahme) Seite 64

Verschiedenes

- Fraktions- oder persönliche Erklärungen
- Fraktionserklärung der FDP zum Wirtschaftsstandort Zürich..... Seite 38

Geschäftsordnung

Ratspräsidentin Yvonne Bürgin: Das Wort wird nicht verlangt. Die Traktandenliste ist in der vorliegenden Form genehmigt.

1. Mitteilungen

Antworten auf Anfragen

Ratspräsidentin Yvonne Bürgin: Der Regierungsrat hat uns die Antworten auf acht Anfragen zugestellt:

- KR-Nr. 44/2018, Einzug privater Verbandsbeiträge durch die kantonale Verwaltung
Edith Häusler (Grüne, Kilchberg)
- KR-Nr. 51/2018, Kostenanteil der Gemeinden für den Bau von Uferwegen
Tobias Mani (EVP, Wädenswil)
- KR-Nr. 54/2018, Submissionen und Ausschreibungen
Peter Preisig (SVP, Hinwil)
- KR-Nr. 55/2018, Gleichbehandlung Sozialpartner
Benedikt Gschwind (SP, Zürich)
- KR-Nr. 56/2018, Arbeitslosengelder für EU-Bürger, die in ihr Heimatland zurückreisen
Hans Egli (EDU, Steinmaur)
- KR-Nr. 57/2018, Deponierung ausserkantonaler/ausländischer Schlacke der KEZO in Deponien im Zürcher Oberland
Ulrich Pfister (SVP, Egg)
- KR-Nr. 65/2018, Wegleitung Parkierung
Martin Farner (FDP, Oberstammheim)
- KR-Nr. 123/2018, Regierungsräte als Geschädigte in Strafverfahren
Markus Bischoff (AL, Zürich)

Ratsprotokoll zur Einsichtnahme

Auf der Webseite des Kantonsrates ist einsehbar:

- Protokoll der 157. Sitzung vom 14. Mai 2018, 8.15 Uhr

Zuweisung von neuen Vorlagen

Zuweisung an die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit:

- **Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland, Spitalrat (Genehmigung der Wahl)**

Vorlage 5448

Zuweisung an die Kommission für Staat und Gemeinden:

- **Bezirksgericht als professionelle Beschwerdeinstanz für alle KESB-Entscheide**

Parlamentarische Initiative KR-Nr. 234/2017

Geburtstagsgratulation

Ratspräsidentin Yvonne Bürgin: Bevor wir zu Traktandum 2 kommen, möchte ich Barbara Bussmann noch ganz herzlich zum Geburtstag gratulieren. (*Applaus.*)

2. Wahl eines Mitglieds der Kommission für Staat und Gemeinden

für den aus dem Kantonsrat zurückgetretenen Fabian Molina, Illnau Effretikon

KR-Nr. 140/2018

Marcel Lenggenhager (BDP, Gossau), Präsident der Interfraktionellen Konferenz (IFK): Die Interfraktionelle Konferenz schlägt Ihnen zur Wahl vor:

Hannah Pfalzgraf, SP, Mettmenstetten.

Ratspräsidentin Yvonne Bürgin: Wird der Vorschlag vermehrt? Das ist nicht der Fall. Diese Wahl kann offen durchgeführt werden oder wird geheime Wahl beantragt? Das ist ebenfalls nicht der Fall.

Da nur ein Wahlvorschlag vorliegt, erkläre ich, gestützt auf Paragraph 38 Absatz 2 des Geschäftsreglements des Kantonsrates, Hannah Pfalzgraf als Mitglied der Kommission für Staat und Gemeinden als gewählt. Ich gratuliere ihr zur Wahl und wünsche ihr Erfolg und Befriedigung im Amt.

Das Geschäft ist erledigt.

3. Wahl eines Mitglieds der Kommission für Justiz und öffentliche Sicherheit

für den aus dem Kantonsrat zurückgetretenen Andreas Hauri, Zürich
KR-Nr. 141/2018

Marcel Lenggenhager (BDP, Gossau), Präsident der Interfraktionellen Konferenz (IFK): Die Interfraktionelle Konferenz schlägt Ihnen zur Wahl vor:

Simon Schlauri, GLP, Zürich.

Ratspräsidentin Yvonne Bürgin: Wird der Vorschlag vermehrt? Das ist nicht der Fall. Auch diese Wahl kann offen durchgeführt werden wenn kein anderer Antrag gestellt wird.

Auch hier liegt nur ein Wahlvorschlag vor. Somit erkläre ich, gestützt auf Paragraf 38 Absatz 2 des Geschäftsreglements des Kantonsrates, Simon Schlauri als Mitglied der Kommission für Justiz und öffentliche Sicherheit als gewählt. Ich gratuliere ihm zur Wahl und wünsche ihm Erfolg und Befriedigung im Amt.

Das Geschäft ist erledigt.

4. Hundegesetz

Antrag der Redaktionskommission vom 25. Januar 2018

Vorlage 5316b

Sonja Rueff (FDP, Zürich), Präsidentin der Redaktionskommission: Die Redaktionskommission hat lediglich formelle Anpassungen vorgenommen. Zuhanden der Materialien möchte ich jedoch klarstellen, dass durch die Aufhebung von Paragraf 7 der Begriff der «Rassentypenliste I» wegfällt. Die Redaktionskommission hat aber beschlossen, in Paragraf 20 den Begriff «Rassentypenliste II» stehen zu lassen und nicht in römisch I umzubenennen, da er an einer anderen Stelle im Gesetz ebenfalls noch vorkommt. Im Gesetz gibt es somit nur noch eine Rassentypenliste II. Besten Dank.

Isabel Bartal (SP, Zürich): Bei der ersten Lesung wurde viel diskutiert und argumentiert, ich möchte das hier nicht alles wiederholen. Ich möchte nur noch einmal sagen: Diese Entscheidung ist weder populistisch noch populär, denn das Volk – so bin ich überzeugt – will das anders. Die Entscheidung, die Hundekurse abzuschaffen, ist schlicht falsch. Das ist für mich die Gelegenheit, es nochmals zu wiederholen: falsch. Und das Volk wird es auch nicht verstehen und ich hoffe, dass es euch das bei den nächsten Wahlen entsprechend sagt.

Wir lehnen das Gesetz ab, obwohl die Regierung zuerst einen guten Vorschlag gemacht hat.

Redaktionslesung

Titel und Ingress

I. Das Hundegesetz vom 14. April 2008 wird wie folgt geändert:

§§ 3, 7, 20 und 29

Marginalie zu § 30

II. und III.

Keine Bemerkungen; genehmigt.

Ratspräsidentin Yvonne Bürgin: Damit ist die Vorlage redaktionell durchberaten.

Schlussabstimmung

Der Kantonsrat beschliesst mit 92: 77 Stimmen (bei 2 Enthaltungen), der Vorlage 5316b zuzustimmen.

Ratspräsidentin Yvonne Bürgin: Die Vorlage untersteht dem fakultativen Referendum.

Das Geschäft ist erledigt.

5. Gesundheitsgesetz

Antrag des Regierungsrates vom 25. Januar 2017 und gleichlautender Antrag der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit

vom 12. September 2017

Vorlage 5330

Claudio Schmid (SVP, Bülach), Präsident der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit (KSSG): Die KSSG beantragt Ihnen einstimmig, der Änderung des Gesundheitsgesetzes zuzustimmen.

Die zur Debatte stehende Gesetzesänderung ist die Folge des neuen Epidemiengesetzes des Bundes, das am 1. Januar 2016 in Kraft trat. Die Vogelgrippe, die Krise durch die Infektionskrankheit SARS oder die Pandemische Grippe 2009/2010 waren massgeblich die Gründe, weshalb das Gesetz totalrevidiert wurde. Es verbessert die Grundlage für die Aufgabenteilung und die Zusammenarbeit zwischen Bund und Kantonen. Das Vorsorgeprinzip wird gestärkt. Der Bund erhält mehr Aufgaben in den Bereichen «vorbereitende Massnahmen», «Planung», «Koordination» und «Aufsicht». Für den Vollzug sind aber nach wie vor die Kantone zuständig.

Mit den neuen Regelungen im kantonalen Gesundheitsgesetz in besonderen und ausserordentlichen Lagen – es sind dies etwa die Folgen eines Hochwassers oder eines Terroranschlags – werden die Vollzugszuständigkeiten innerhalb des Kantons klar festgehalten und etwa die Rollen der Schulärztinnen und -ärzte bei der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten verdeutlicht. Die Krankheitsverhütung und -bekämpfung erhält diesbezüglich in Schulen und Betreuungsinstitutionen einen höheren Stellenwert. Dazu gehört auch, dass die Aufgaben gegenüber schulpflichtigen Kindern und Jugendlichen im Bereich übertragbarer Krankheiten neu an allen Schulen erfüllt werden müssen. Diese werden verpflichtet, entsprechende Massnahmen zu ergreifen und eine Schulärztin oder einen Schularzt zu bezeichnen. Bisher war das nur für die öffentliche Volksschule explizit so festgehalten und gilt nun nebst den kantonalen Mittelschulen auch für die 152 Privatschulen im Kanton Zürich.

Das Epidemiengesetz des Bundes hält fest, dass die Kantone für gefährdete Bevölkerungsgruppen oder besonders exponierte Personen Impfungen obligatorisch erklären können. Weitere Regelungen betreffen unter anderem die Mitwirkungspflicht von Gesundheitsfachpersonen und -institutionen und die Datenbearbeitung.

Die Vorlage war in den vier Kommissionssitzungen unbestritten. Angehört wurde der Datenschutzbeauftragte hinsichtlich der Datenbearbeitung und der Auskunftspflicht etwa des Personals von Kindertagesstätten. Der Schwerpunkt der Diskussion in der Kommission lag beim Impfblogatorium, das bereits im alten Epidemiengesetz existierte.

Gemäss Artikel 22 des neuen Bundesgesetzes können die Kantone ein Impfblogatorium aussprechen gegenüber gefährdeten Bevölkerungsgruppen, besonders exponierten Personen oder solchen, die bestimmte Tätigkeiten ausüben. Der Bundesgesetzgeber sieht weiter vor, dass ein Impfblogatorium nur befristet angeordnet und nicht mit physischem Zwang durchgesetzt werden darf. Weiter muss es sich um eine gefährliche Krankheit mit grosser Übertragungsgefahr handeln. Ein Impfblogatorium kann angesichts dessen Tragweite nur vom Regierungsrat angeordnet werden. Gemäss Auskunft der Gesundheitsdirektion kam es im Kanton Zürich bisher noch nie zu einem Impfblogatorium.

Weigert sich eine Person, die zum Beispiel in einer Gesundheitseinrichtung tätig ist, sich impfen zu lassen, kann dies dazu führen, dass sie vorübergehend gewisse Orte nicht mehr betreten darf und mit einer Busse belegt wird.

Die KSSG beantragt Ihnen einstimmig, der Änderung des Gesundheitsgesetzes zuzustimmen.

Ruth Frei (SVP, Wald): Das Bundesgesetz über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten musste aufgrund der Erfahrungen früherer Ereignisse, wie der Vogelgrippe, der SARS-Krise oder der pandemischen Grippe von 2009/2010 totalrevidiert werden. Im Kanton Zürich müssen wir das Bundesgesetz umsetzen. Dazu braucht es die Anpassung dieses Gesundheitsgesetzes, denn ein eigenes Epidemienengesetz haben wir nicht. Die Kantone werden zur Vorbereitung auf solche Ereignisse verpflichtet. Dazu gehören die Erkennung und Überwachung sowie die Meldepflicht bei eintretenden Ereignissen, des Weiteren die Verhütung von Übertragung und die Bekämpfung. Eine Impfpflicht ist hingegen nicht vorgesehen, diese hat der Gesundheitsdirektor (*Regierungspräsident Thomas Heiniger*) anlässlich der Beratung in der Kommission ausdrücklich verneint.

Eine latente Gefahr der Einschleppung übertragbarer Krankheiten bilden die asylsuchenden Menschen, deshalb begrüssen wir die Anstrengungen des Gesundheitsdirektors, in Bundesbern Druck auszuüben, damit die grenzsanitären Untersuchungen verstärkt und die Massnahmen optimiert werden. Die SVP ist grundsätzlich einverstanden, dass die Verantwortung in der Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten zwischen Bund und Kanton klar festgelegt wird. Wir stimmen dieser Vorlage zu. Besten Dank.

Thomas Marthaler (SP, Zürich): Für einmal waren wir in der KSSG sehr einvernehmlich, was diese Umsetzung des Bundesgesetzes an-

geht. Es handelt sich hauptsächlich um die Zuständigkeiten, das Verifizieren der Bezirks- und der Schulärzte vor allem auch bei Privatschulen. Denn die öffentlichen Schulen haben ja bereits diese Organisation, da ändert sich wenig bis gar nichts. Aber der Kanton musste die Gesetzgebung, den Vollzug anpassen, und dies ist mit dieser Vorlage nun geschehen.

Wie gesagt, bei Eingriffen in die persönliche Freiheit, wie einer Impfpflicht, muss natürlich immer zwischen dem öffentlichen Interesse an der Kenntnis einer übertragbaren Krankheit und den privaten Interessen der Betroffenen abgewogen werden. Dem muss genügend Rechnung getragen werden. Und eine Meldepflicht muss geeignet und auch erforderlich sein zur Verhinderung der Ausbreitung von solchen Krankheiten. Wir sind hier also in einem sehr heiklen Bereich, darum muss auch sorgfältig legiferiert werden.

Der Gesundheitsdirektor versicherte uns, dass dies mit der vorliegenden Vorlage gelungen sei, und wir sind zuversichtlich, dass wir dies in den Rechtsalltag überführen können. Vielen Dank für diese Vorlage, Herr Gesundheitsdirektor.

Nadja Galliker (FDP, Eglisau): Die FDP begrüsst das neue Epidemie-Gesetz, welches auf Bundesebene anfangs 2016 in Kraft getreten ist und das alte Gesetz von 1970 abgelöst hat. Es ist somit auch klar, dass es eine Anpassung des Gesundheitsgesetzes auf kantonaler Ebene braucht.

Der uns nun vorliegende Gesetzesentwurf, der in der KSSG beraten und verabschiedet wurde, widerspiegelt alle wichtigen Punkte, um das nationale Epidemie-Gesetz umzusetzen. Zuständigkeiten mit den dazugehörigen Aufgaben sind darin klar geregelt und anwendbar. In einer Krisensituation ist es enorm wichtig, dass es eine klare Regelung gibt.

Gerne möchte ich noch etwas zum letzten Paragraphen sagen: Ein Epidemie-Gesetz macht nur Sinn, wenn es überregional organisiert ist und wenn Vorgaben für Bekämpfung auf nationaler Ebene koordiniert und angewiesen werden. Dazu gehört auch die Impfpflicht bei gefährlichen Krankheiten, bei denen man davon ausgehen muss, dass diese eine lebensbedrohliche Situation für die Bevölkerung darstellen werden. Nochmals kurz zur Erinnerung: Es gibt bakterielle Infektionen, die mit Antibiotika behandelt werden können, und es gibt virale Erkrankungen, beispielsweise damals 2002 SARS, bei denen es keine Antibiotika-Therapie gibt. Es geht in diesen Situationen, in denen eine Epidemie mit einem Virus droht, wenn wir Glück haben, einen Impf-

stoff, der uns vor der viralen Erkrankung schützen kann. Diese Impfstoffe nützen jedoch nicht bei allen. Vor allem Kinder, chronisch Kranke und Alte mit einem reduzierten Immunsystem können teilweise keine Immunantwort mehr bilden und sich so nicht schützen. Es ist somit enorm wichtig, dass sich alle Personen um diese Personen herum mit einer Impfung schützen, damit diese sensible Personengruppe nicht angesteckt werden kann.

In diesem Sinne wird die FDP diesem Gesetz zustimmen. Besten Dank.

Daniel Häuptli (GLP, Zürich): Diesem Geschäft sollten wir unaufgeregt zustimmen. Wir passen das Gesundheitsgesetz an die neue Epidemie-Gesetzgebung des Bundes an. In den parlamentarischen Beratungen auf Bundesebene hat es für wenig Aufsehen gesorgt. Trotzdem gab es eine Volksabstimmung dazu. In der Volksabstimmung wurde das Gesetz dann aber klar angenommen, im Kanton Zürich mit über 60 Prozent. Es geht ja nicht um Fragestellungen über die vom Bundesamt für Gesundheit empfohlenen Basisimpfungen, sondern um die Regelung der Kompetenzen im Falle von unwahrscheinlichen, aber gravierenden Epidemien. Es ist nicht mehr und nicht weniger als vernünftig, klare Kriterien und Befugnisse zur Bewältigung von ausserordentlichen Lagen festzulegen. Ein wichtiges Kriterium ist, dass eine erhebliche Gefahr bestehen muss als Grundlage für die Bestimmung im Gesetz.

Wir werden dem Gesetz also zustimmen.

Kathy Steiner (Grüne, Zürich): Immer mehr Menschen auf engem Raum und immer mehr Reisende in ferne Länder: Das Risiko für globale Epidemien steigt und steigt. Wir erinnern uns ja alle noch, wie die Schweiz vor ein paar Jahren absolut ungenügend auf die Vogelgrippe reagieren konnte. Angesichts dieses wachsenden Risikos hat die Stimmbevölkerung 2013 auf Bundesebene das neue Epidemien-gesetz befürwortet, und wir müssen jetzt noch den Vollzug regeln.

Von unserer Seite her sind grosse Fragezeichen bezüglich des Datenschutzes aufgetaucht. Es geht hier ums Sammeln von sehr persönlichen Daten in einem sehr sensitiven Bereich. Auf der einen Seite besteht natürlich ein grosses öffentliches Interesse an Informationen über ansteckende gefährliche Krankheiten. Auf der anderen Seite gilt es jedoch, einzelne Menschen davor zu schützen, dass ihre Gesundheitsdaten breit bekannt werden. Die Vorlage ist in enger Zusammenarbeit mit dem Datenschutzbeauftragten, Herrn Bruno Baeriswyl, entstan-

den. Wir haben ihn auch in die Kommission eingeladen und er hat uns dort berichtet. Er hat offenbar noch Konkretisierungen einbringen können bezüglich abschliessender Regelungen, sodass einzelne Geltungsbereiche nicht später noch ausgeweitet werden können. Die Datenschutzregelungen sind jedoch in erster Linie schon auf Bundesebene festgelegt und dort auch seit Anfang 2016 in Kraft. Hier wird immer ein höchst kritisches Auge nötig sein, denn das ist wirklich der sensitive Bereich in diesem Gesetz.

Ein weiterer wunder Punkt ist aber auch die Verfügbarkeit von Impfstoffen. Mittlerweile wird in der Schweiz kein einziger Impfstoff mehr hergestellt. Dadurch hat es schon mehrfach die Situation gegeben, dass der Nachschub für Impfungen nicht gesichert werden konnte. Da nützt das ganze Gesetz nicht viel, wenn unter Umständen vom Bundesrat Massnahmen angeordnet werden, die dann letztendlich gar nicht umgesetzt werden können. Aber auch genau dieser Punkt spricht doch sehr dafür, dass im Bereich von Epidemien die Zuständigkeiten des Bundes ausgeweitet worden sind. Es soll ja nicht jeder Kanton einzeln entscheiden müssen, für wie viele und welche spezifischen Impfungen er ein Lager anlegen soll. Deshalb macht ein zentrales Notfallmanagement absolut Sinn, und wir stimmen diesem Gesetz zu.

Lorenz Schmid (CVP, Männedorf): Ich stimme ein in den Reigen der Einigkeit. Wir werden dieser Vorlage zustimmen. Es ist ein Vollzugsgesetz nationaler Gesetzgebung. Wir danken dem Gesundheitsdirektor, insbesondere dem scheidenden Kantonsarzt, Doktor Peter Wyss, für die Vorbereitung dieses Geschäfts.

Impfstoffe wurden in diesem Zusammenhang erwähnt. Ich hatte mit vielen Herstellern in den letzten fünf Jahren Kontakt, es gibt immer weniger Hersteller. Sie werden immer globaler und konzentrieren sich. Und viele steigen aus dem Business aus. Das hat etwas mit der Preispolitik zu tun. Preise – auch im Impfstoffbereich – werden von den Staaten, besser gesagt auch von unserem Staat kontrolliert, die Preise werden festgesetzt. Mit diesem Preis kommen sie auf den Markt, mit einem höheren Preis werden sie von den Krankenkassen nicht vergütet. Die Hersteller steigen aus diesem Business aus in einem vorwiegend kleinräumigen Markt wie der Schweiz. Die Zulassung für so wenige Personen lohnt sich nicht, das ist ein Phänomen, das wir in anderen Bereichen der Medikamentenzulassung ebenfalls feststellen. Das kann mein Kollege neben mir (*Josef Widler, Arzt*) sicher auch bestätigen.

Ich danke für die Vorlage. Wir werden ihr zustimmen.

Mark Anthony Wisskirchen (EVP, Kloten): Besondere Situationen erfordern ausserordentliche Massnahmen. Das kantonale Gesundheitsgesetz von 2007 muss teilweise an die 2016 in Kraft getretenen Bundesvorgaben und deren Verordnungen angepasst werden. Die Änderungen im fünften Teil des kantonalen Gesundheitsgesetzes werden in zwei Abschnitten der Gesundheitsförderung und Prävention speziell während der Schulzeit – und damit erhält das Vorsorgeprinzip auch eine gesetzliche Grundlage – und der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten mit den Neuerungen im Epidemie-Gesetz verstärkt Rechnung tragen. Der Lead bei der Bekämpfung einer Epidemie oder Pandemie, welche einer Extremsituation entsprechen, liegt grundsätzlich beim Bund, was auch Sinn macht, denn Viren halten sich bekanntlich nicht an Kantonsgrenzen und auch nicht an den Föderalismus. Bei der Umsetzung der Gesetzesrevision auf Bundesebene haben drei Ereignisse massgeblich Einfluss gehabt: die periodisch auftretende Vogelgrippe, die SARS-Pandemie, die sich 2003 und 2004 weltweit ausgebreitet hat, sowie die pandemische Grippe H1N1 von 2009. Mit dieser Gesetzesrevision werden die Kompetenzen des Bundes sowie die Zusammenarbeit und Aufgabenteilung zwischen Bund und Kanton besser geregelt und das Vorsorgeprinzip wird gestärkt. Für den Vollzug sind nach wie vor hauptsächlich die Kantone respektive deren Gesundheitsdirektion zuständig. Innerkantonale können zum Teil die Gemeinden mit dem Vollzug betraut werden. Dabei wird die Mitwirkungs- und Umsetzungspflicht der Gemeinden und Gesundheitsfachpersonen und Institutionen klar geregelt und die Rolle der Bezirksärzte und Schulärzte bei der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten gestärkt.

Die EVP wird dieser Vollzugsbestimmung zustimmen.

Kaspar Bütikofer (AL, Zürich): Die Alternative Liste AL wird der Änderung des Gesundheitsgesetzes zustimmen und wir sind auch für Eintreten. Die Gesetzesänderung ist grosso modo eine unspektakuläre Anpassung an das Epidemiengesetz des Bundes. Im Gesetz werden die Aufgaben des Kantons, der Gemeinde sowie die Aufgaben der Gesundheitsinstitutionen und des Fachpersonals geregelt. Aber auch wenn wir seitens der KSSG keine Anträge gestellt haben, so heisst dies nicht, dass es hier nicht den einen oder anderen Paragraphen im Gesetz gäbe, der nicht einfach so unbestritten gewesen wäre. Besonders die in diesem Gesetz vorgesehenen Zwangsmassnahmen im Epidemiefall machen hellhörig und müssen kritisch gewürdigt werden.

Zum einen sind wir eher skeptisch gegenüber dem Impfzwang, den der Regierungsrat im Epidemiefall verordnen kann. Zum andern sind wir hellhörig, wenn es um ein Berufsausübungsverbot geht oder um das Verbot, gewisse Tätigkeiten auszuüben. Dass hier die Gesundheitsdirektion hoch sensible Gesundheitsdaten dann an den Arbeitgeber oder sonst an Dritte weitergeben darf, ist doch äusserst bedenklich. Das Störende an diesen Zwangsmassnahmen ist, dass es gegen solche Änderungen keinen Rechtsweg gibt. Dies mag aus der Logik einer Epidemie noch einleuchten. Die Gefahr, dass es aber Missbrauch geben kann, ist dennoch nicht von der Hand zu weisen. Letztendlich geht es hier aber um eine Güterabwägung zwischen den Persönlichkeitsrechten auf der einen Seite und dem Schutz der Bevölkerung auf der anderen Seite.

Mit Ausnahme dieser beiden Punkte ist die Änderung des Gesundheitsgesetzes unspektakulär. Es ist so unspektakulär, dass sogar die FDP auf ihren Lieblingsantrag, die Sunset-Legislation, verzichtet hat. Wir sind für Eintreten. Besten Dank.

Maria Rita Marty (EDU, Volketswil): Anfangs 2016 ist das neue Epidemie-Gesetz, das Bundesgesetz, in Kraft getreten und der Kanton muss dieses Gesetz jetzt vollziehen. Ein Gesetz, das extrem in die Grundrechte der Bevölkerung eingreift, muss nun kantonal abgesegnet werden, und es bleibt uns ja nicht viel anderes übrig. Ich weiss nicht, ob allen bewusst ist, dass das Epidemie-Gesetz, das Bundesgesetz, ein extrem gefährliches Gesetz ist, mit gefährlichen Zwangsmassnahmen. Also wenn das nächste Mal irgendwie wieder SARS aktuell würde, würden wir alle gezwungen werden, uns zu impfen. Aber da können wir auf kantonomer Ebene ja nichts mehr machen, sondern wir müssen jetzt dieses gefährliche Gesetz vollziehen. Der Kanton ist zuständig für den kantonalen Vollzug der Erkennung und Überwachung, der Verhütung und Bekämpfung. Gemäss neuer Gesetzgebung sind auch Vorbereitungsmaßnahmen im Hinblick auf besondere Gefährdungen der öffentlichen Gesundheit möglich. Das ist ein grosses Ermessen der zuständigen Behörden, wie gefährlich etwas ist, und das macht mir schon extrem Sorgen; dies vor allem, weil auch die Grundrechte der Schulkinder sehr, sehr gefährlich eingeschränkt werden und wir Eltern dann eigentlich gar nicht mehr viel dazu zu sagen haben, ob unsere Kinder geimpft werden müssen, und die speziellen Meldepflichten, greifen auch in den Datenschutz ein. Aber wie gesagt, uns bleibt ja nichts anderes übrig, als dieses Gesetz anzunehmen, und auch die EDU wird dieses Gesetz natürlich annehmen; nicht sehr gerne, aber wir müssen das. Daher werden wir Ja stimmen.

Astrid Gut (BDP, Wallisellen): Wir befürworten die Änderungen des Gesundheitsgesetzes. Uns ist die Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten sehr wichtig. Um solche Krankheiten eindämmen und vollständig ausrotten zu können, muss man sich flächendeckend impfen lassen können. Nur mittels der Immunisierung kann das Leben anderer geschützt und auch gerettet werden. Ein Mundschutz und das Händewaschen genügen einfach nicht mehr, deshalb braucht es neue Regeln. Wir leben ja schliesslich nicht mehr in der Vergangenheit. Die BDP stimmt dem Gesetz zu.

Josef Widler (CVP, Zürich): Ich bin schon etwas erstaunt, wie Sie den Schutz der Persönlichkeit hochschrauben. Sie tun so, als ob Sie nie in der Situation kommen können, dass Sie angesteckt werden oder Ihre kranken Eltern. Also es gibt mir wirklich zu denken, dass man sich in dieser Situation gedanklich nicht auf die andere Seite begeben und das sehen kann.

Regierungspräsident Thomas Heiniger: Ihre Fraktionssprecherinnen und -sprecher, Ihre Kommissionssprecherinnen und -sprecher haben die wesentlichen Punkte dieser Gesetzesänderung, dieser Vorlage beleuchtet und darauf hingewiesen, dass sie an sich unbestritten ist, dass sie auch unspektakulär ist, dass sie wenig Aufsehen erregt hat und unaufgeregt behandelt werden konnte. Das ist gut so. Es ist aber dennoch wichtig, dass sorgfältig legiferiert wird, dass wir diese Änderungen vornehmen. Denn die Anwendungsfälle, die hinter diesem Gesetz liegen, sorgen dann sehr rasch für grosse Aufregung; ich erinnere Sie an die Erfahrungen mit Vogelgrippe, an die Erfahrungen mit SARS.

Sie haben es dargestellt, es geht um die Anpassung des Gesundheitsgesetzes im Kanton an die veränderten Bestimmungen des Epidemien-Gesetzes in Bern. Wir haben dazu die Vollzugsbestimmungen zu treffen, weil dazu kein inhaltlicher materieller Spielraum besteht. Im Bereich der Erkennung und auch Überwachung der übertragbaren Krankheiten ist aber – ich habe es gesagt – Sorgfalt angebracht.

Die fünf wesentlichen Punkte: Im Gesetz sind erstens die Vollzugszuständigkeiten klar zu regeln. Zweitens ist die Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten in den Schulen und in den Betreuungsinstitutionen zu stärken, das ist notwendig. Der dritte Punkt heisst auch, dass alle diese Massnahmen jetzt in allen Schulen und nicht mehr nur in den öffentlichen Schulen befolgt und umgesetzt werden müssen. Der vierte Punkt betrifft die Mitwirkungspflichten auch der Gesundheits-

fachpersonen und der Gesundheitsinstitutionen selbst. Und der fünfte wesentliche Punkt betrifft die Datenschutzbestimmungen, die Datenbearbeitungsbestimmungen, Sie haben darauf hingewiesen – gerade auch nochmals der letzte Votant.

Das ist es schon, aber das braucht es im Kanton. Ich danke der Kommission, dass sie diese Gesetzesvorlage in vier speditiven Sitzungen so behandelt hat und ihr auch zustimmt. Und ich danke Ihnen, wenn Sie darauf eintreten und wenn Sie den Antrag des Regierungsrates auch unterstützen. Besten Dank.

Eintreten

ist beschlossen, nachdem kein anderer Antrag gestellt worden ist.

Detailberatung

Titel und Ingress

I. Das Gesundheitsgesetz vom 2. April 2007 wird wie folgt geändert:

Titel vor § 46

§§ 50 und 51

Titel vor § 54

§§ 54, 54a, 54b, 54c, 54d, 54e, 60, 60a, 61

Keine Bemerkungen; genehmigt.

Ratspräsidentin Yvonne Bürgin: Damit ist die Vorlage materiell durchberaten. Sie geht an die Redaktionskommission. Die Redaktionslesung findet in etwa vier Wochen statt. Dann befinden wir auch über Ziffern römisch II und III der Vorlage.

Das Geschäft ist für heute erledigt.

6. Ausgliederung der Kantonsapothek

Postulat von Cyrill von Planta (GLP, Zürich) und Benjamin Fischer (SVP, Volketswil) vom 15. Februar 2016

KR-Nr. 59/2016, RRB-Nr. 292/30. März 2016 (Stellungnahme)

Das Postulat hat folgenden Wortlaut: Der Regierungsrat wird aufgefordert die Kantonsapotheke Zürich aus der Verwaltung auszugliedern.

Begründung: Der Kanton Zürich betreibt mit der Kantonsapotheke Zürich (KAZ) ohne gesetzliche Grundlage eine Spitalapotheke mit dem Charakter einer Pharmafirma. Dieser gesetzlose Zustand sollte aus ordnungspolitischen Gründen behoben werden.

Im Rahmen der in der Ratsdebatte zum Postulat KR-Nr. 319/2013 «Gesetzliche Grundlagen für die Kantonsapotheke» am 18. Januar 2016 geführten Diskussion wurde deutlich, dass es nicht kantonale Aufgabe ist, eine Apotheke zu führen. Wir fordern den Regierungsrat auf, in seiner Überprüfung der Trägerschaft diesem Willen zu entsprechen und die Kantonsapotheke Zürich aus der Verwaltung auszugliedern.

Der Entscheid, ob man dabei ein ähnliches Vorgehen wie bei der Zentralwäscherei wählt, oder ob man die KAZ in das Universitätsspital integriert (wie das die anderen Kantone tun) möchten wir bewusst der Regierung überlassen.

Der Regierungsrat nimmt auf Antrag der Gesundheitsdirektion wie folgt Stellung:

Wie bereits im Bericht zum Postulat KR-Nr. 319/2013 betreffend gesetzliche Grundlagen für die Kantonsapotheke Zürich (Vorlage 5207) festgehalten, soll die Frage der künftigen Trägerschaft vertieft geprüft werden mit dem Ziel, noch in der laufenden Legislatur eine Lösung herbeizuführen. Das entsprechende Projekt wurde durch die Gesundheitsdirektion in die Wege geleitet. Als erster Schritt wurden externe Fachleute Anfang März 2016 damit beauftragt, einen Analysebericht zu erstellen, in dem mögliche Lösungen für die künftige Trägerschaft der Kantonsapotheke aufgezeigt und vertieft beurteilt werden sollen, wobei sie dazu aufgefordert sind, Empfehlungen abzugeben und auf bei der Umsetzung heikle Punkte hinzuweisen. Das Ergebnis dieses Berichts ebenso wie des gesamten Projekts soll offenbleiben und nicht durch Vorgabe von Lösungen in bestimmte Bahnen gelenkt werden. Der Regierungsrat beantragt daher dem Kantonsrat, das Postulat KR-Nr. 59/2016 nicht zu überweisen.

Cyrill von Planta (GLP, Zürich): Zu diesem Vorstoss habe ich eine gute und eine schlechte Nachricht. Die gute Nachricht ist: Es handelt sich hier voraussichtlich um einen letzten Vorstoss zum Thema der kantonalen «Armenapotheke». Und zwar ist es so: Dieser Vorstoss ist

Teil eines Tupels von Vorstössen zur KAZ. Den ersten Vorstoss haben wir 2013 eingereicht. Da ging es darum, dass diese Kantonsapotheke, die mittlerweile ein KMU ist, gar keine gesetzliche Grundlage hat. Die Regierung hat dann gesagt, dass sie eine neue Trägerschaft sucht, und dies mit offenem Ausgang. Das hat Kollege Fischer und mich ein wenig alarmiert, denn mit offenem Ausgang könnte es auch sein, dass diese Kantonsapotheke weiterhin in der Verwaltung bleibt, und das ist sicher nicht das, was wir uns mit diesem Vorstoss – dem ersten – ursprünglich gewünscht haben.

Um die Consultants entsprechend in die richtige Meinung zu lenken und ihnen klar zu verstehen zu geben, was wir mit «offenem Ausgang» meinen, haben wir dieses Postulat eingereicht, und zwar, damit diese unabhängige Entscheidungsfindung so verläuft, dass am Schluss die Kantonsapotheke kein Teil der Verwaltung mehr ist.

Nun, die Lösung, die mittlerweile vom Regierungsrat vorgeschlagen wurde, ist ganz in unserem Sinne. Die Kantonsapotheke soll in eine AG im Besitz von Triemli und Universitätsspital (USZ) umgewandelt werden, also eine Lösung wie bei der Zentralwäscherei, und das begrüßen wir grundsätzlich. Ich habe mich dann auch schlau gemacht, wie es der Zentralwäscherei so geht nach ihrer Verselbstständigung: Es geht ihr sehr gut. Die Umsätze sind gestiegen, die Stellen sind plus/minus immer noch dieselben. Wenn man bedenkt, dass die Marktstellung der Kantonsapotheke an sich eine stärkere sein müsste, vom komplexeren Produkt her gesehen, dann bin ich doch guter Dinge, dass das auch bei der Kantonsapotheke sehr gut klappen wird.

Jetzt kommt die Frage: Waren die Vorstösse nötig? Ja, das waren sie, denn wir hatten jetzt doch etwa 200 Jahre Stillstand in dieser Sache – und plötzlich geht es. Wir hatten eine Abteilung in der kantonalen Verwaltung, die eigentlich ein KMU war und so nicht richtig kontrolliert wurde. Wir hatten ständig Probleme mit Swissmedic (*Schweizer Zulassungs- und Kontrollstelle für Heilmittel*), mit der wir uns auch als Kantonsrat herumschlagen mussten. Und wir hatten Kosten durch gescheiterte Bauprojekte, das wird auch gerne vergessen. Man wollte ursprünglich einen Ausbau der Kantonsapotheke im Uniquartier machen. Der ging dann nicht und zurück blieben ein paar hunderttausend Franken verschwendete Planungskosten. Und was wir auch nicht mehr haben, und das, glaube ich, seit zwei Jahren: Wir haben keine Kosten mehr im Budget, die versteckt wurden. Seit klar ist, dass die Kantonsapotheke sich verselbstständigen muss, haben sie die Preise erhöhen müssen, damit die Gesamtkosten gedeckt werden können. Und auch hier haben wir jetzt endlich Kostenwahrheit.

Die schlechte Nachricht ist sicher die: So, wie der Regierungsrat hier ein bisschen vorauseilenden Gehorsam gezeigt hat, indem er diese «AG-sierung» in die Wege geleitet hat, werden wir im Sinne einer vorauseilenden Abschreibung dieses Postulat zurückziehen.

Thomas Marthaler (SP, Zürich): Das ist ja alter Wein in neuen Schläuchen, diese Ausgliederungsgeschichten, «Die Privaten machen alles besser und günstiger», das hören wir doch schon relativ lang. Jetzt ist es aber so, dass ich vor 40 Jahren im KV Zürich (*Kaufmännischer Verband*) eine Kaufmännische Lehre absolviert habe. Da hat der Rechnungslegungs-Lehrer gesagt: Das Wichtigste im kaufmännischen Leben ist das Erzielen von Gewinn, Gewinn, Gewinn. Wenn wir hier eine Aktiengesellschaft schaffen, die günstige Produkte, sprich eine günstige Medikamentenversorgung für die Spitäler, sicherstellen soll, dann läuten bei mir wieder diese Alarm-Glocken. Denn da gibt es einen Interessenkonflikt. Ich bin ja nicht gegen Kostenwahrheit, Kollege von Planta, die ist ja in Ordnung, aber da will oder muss irgendjemand etwas daran verdienen. So wie das jetzt aufgegleist wurde, macht das aber einigermaßen Sinn. Wir waren ja mit der Kommission – ich weiss nicht, ob Daniel Häuptli von der GLP auch dabei war – in Schlieren. Dort haben wir die Kantonsapotheke besucht. Wir waren sehr beeindruckt, denn man hat sehr effizient und wirtschaftlich diesen neuen Bau realisiert, auch ergonomisch gut für die Leute, die dort arbeiten. Und es ist so, dass die notwendigen Rezepturen dort auch umgesetzt werden könnten. Es ist eben so, dass in dieser Kantonsapotheke Spezialitäten hergestellt werden müssen, die vielleicht im öffentlichen Markt nicht so kostengünstig hergestellt werden. Und es ist ja so – und da war meine Befürchtung: Wenn das jetzt total ausgegliedert wird und eine AG ist, dann ist die Frage, wem dann die Aktien gehören. Normalerweise will man ja mit Aktien oder Beteiligungen Geld verdienen und nicht eine qualitative Institution unterstützen. Man will nicht günstige Arzneimittel zur Verfügung stellen. Wenn jetzt aber das Triemli und das Universitätsspital die Aktionäre sind, dann macht das für mich eigentlich doch Sinn, weil diese auch für eine kostengünstige Medizin im Kanton Zürich oder für eine Versorgung zuständig wären. Da würde sich das wieder treffen, da könnten dann die Interessen gebündelt werden.

Es sieht so aus, dass es in diese Richtung geht. Aber lieber Herr Fischer (*Benjamin Fischer*) und lieber Herr von Planta, aus meiner Sicht ist Ausgliederung noch keine Gewähr, dass es dann auch kostengünstig ist für den Kanton Zürich. Aber so wie dies die Gesundheitsdirektion vorsieht und wie dies auch in der gesetzlichen Grundlage, die ge-

schaffen wird oder geschaffen werden muss, vorsieht, so müssen wir das halt immer im Auge behalten. Denn das könnte sich auch ver-selbstständigen, sodass man dann wieder fragt: Wie kann man von diesen Spitälern einen besseren Kostenbeitrag erhalten? Wir haben doch jeden Tag diese Diskussionen im Gesundheitswesen. Da gibt es auch Leute, die ein bisschen melken wollen, die ein bisschen Geld verdienen wollen, und da sind zum Teil falsche Anreize vorhanden. Diese wären zum Beispiel auch da, wenn dann diese Apotheke einfach nur sagt: Ja, das macht dann schon irgendwer. Und ich bin sicher, dass dann halt die Zahlungsbereitschaft abgeschöpft wird von Personen, die keinen Auftrag haben oder die eben im Besitz von Leuten sind, die andere Interessen als das USZ und das Triemli haben. Darum ist es schon wichtig und es ist auch notwendig, dass entsprechend eine Aufsicht darüber besteht, dass das nicht einfach auf dem Buckel der Allgemeinheit geschieht. Das ist etwas, das jeden Tag passiert, darum ist es wichtig, dass die Gesundheitsdirektion, dass der Kantonsrat da ein Augenmerk darauf legt. Wir werden wachsam bleiben müssen. Das ist ein Prozess, den dann auch die Nachfolger von mir oder von euch allen ernst nehmen müssen und der aufrecht erhalten bleiben muss.

Darum bin ich jetzt froh, dass dieses Postulat zurückgezogen werden konnte. Es sieht für mich so aus, dass die Arzneimittelherstellung im Kanton Zürich für diese Spitäler auf relativ gutem Weg ist.

Ratspräsidentin Yvonne Bürgin: Wie es Thomas Marthaler nochmals repetiert hat: Das Postulat wurde zurückgezogen; dies für diejenigen, die wie wir zugehört, es aber nicht ganz richtig verstanden haben. Wer sich doch noch zu Wort melden möchte, den rufe ich gerne auf. Aber Sie dürfen sich auch gerne kürzer halten, damit wir nicht über ein zurückgezogenes Postulat eine halbe Stunde debattieren. Besten Dank.

Das Wort geht an Andreas Geistlich. Er verzichtet, merci.

Kathy Steiner (Grüne, Zürich): Ich möchte trotz des Rückzugs kurz etwas sagen. Cyrill von Planta zieht ja sein Postulat zurück, weil die Gesundheitsdirektion schon kräftig daran ist, die Ausgliederung vorzubereiten. Dazu kann ich jetzt schon sagen, dass wir dieser Privatisierungsvorlage kritisch gegenüberstehen. Und ja, wir sind mit der KSSG (*Kommission für Soziale Sicherheit und Gesundheit*) in Schlieren gewesen. Wie jetzt die Vorredner auf die Idee gekommen sind, dass sich das Triemli an einer AG beteiligen könnte, weiss ich nicht genau. Wir haben dort die Information bekommen, dass das Triemli seine Apo-

theke nicht nach Schlieren auslagert. Also das ist überhaupt nicht sicher, dass sich das USZ und das Triemli da sicher finden würden.

Aber aus unserer Sicht ist klar: Die Kantonsapothek ist für die Gewährleistung der medizinischen Versorgung der Zürcher Bevölkerung wirklich unverzichtbar und hat eine gesamtgesellschaftliche Bedeutung. Darauf dürfen wir nie verzichten. Das muss in öffentlicher Hand bleiben. Denn wir haben gesehen, dass es immer wieder Engpässe in der Versorgung mit Medikamenten gibt, besonders bei Antibiotika. Es ist je länger desto weniger selbstverständlich, dass die Medikamentenlager immer ausreichend gefüllt sind. Die Verantwortung für diese Medikamentenversorgung muss deshalb in den Händen des Kantons bleiben.

Es ist auch klar, dass eine Ausgliederung der Kantonsapothek preisliche Auswirkungen für die Abnehmer der Medikamente hätte. Für die Spitäler würde es sicher teurer. Und die Spitäler sind nicht so gut aufgestellt, dass sie sich das einfach so leisten könnten. Die Ausgliederung ist aus unserer Sicht unnötig und wird zu Kostensteigerung führen. Also wir werden dieser Vorlage, wenn sie denn kommt, sicher nicht zujubeln können.

Lorenz Schmid (CVP, Männedorf): Chaos pur: Wir beginnen und plötzlich wird der Vorstoss zurückgezogen. Kurz zu zwei, drei Dingen, die gesagt wurden, und zur Idee der Auslagerung, sie scheint ja eine beschlossene Sache zu sein. Sinn und Zweck des Postulates sind erfüllt, jedoch mir fehlt der offizielle Bericht der externen Fachpersonen. Es wird zwar gemutmasst, dass hier eine Trägerschaft vorhanden ist. Herr Regierungsrat (*Regierungspräsident Thomas Heiniger*), wir wollen jetzt Klarheit. Warum verzögert sich die Ausgliederung? Finden Sie keine Kandidaten für die Übernahme? Sind die potenziellen Kandidaten von der neuen, wahrscheinlich auch nachhaltig teuren Infrastruktur in Schlieren nicht zu überzeugen? Sind die Investitionen, die getätigt wurden, nicht gedeckt? Sprich: Werden sie bei der Ausgliederung zu einer grossen Abschreibung zulasten der Bilanz führen? Wir befürchten Schlimmes. Jedoch: Je schneller, desto besser, davon bin ich überzeugt. Denn nur der Nutzer und der neue Eigner der Kantonsapothek, sprich die Spitäler, die jetzt vorgebracht werden, werden das Angebot und die Nachfrage ins Lot bringen können und somit die vermutete Schieflage korrigieren können. Sie sind am nächsten dran.

Zwei Bemerkungen zu Thomas Marthaler und Kathy Steiner: Für die Medikamentenversorgung und Sicherheit der Versorgung kann keine

Kantonsapotheke verantwortlich gemacht werden. Es gibt keinen Kanton, der eine Kantonsapotheke mit dem Auftrag der Medikamentenversorgungssicherheit beauftragt hat. Dafür haben wir die Armeeapotheke. Das ist klar der Zugriff, das hat keinen Auftrag im kantonalen Bereich.

Zweitens: Die Medikamente würden teurer, wird gesagt. Die Spitäler, die momentan um die Kantonsapotheke ringen, besser gesagt, sich vielleicht als Träger outen müssen, sagen konkret: Wir wollen keine so teure Infrastruktur, wir bekommen die Medikamente eigentlich preiswerter auf dem Markt als über die Kantonsapotheke. Das sind Aussagen. Und es geht ja dann nicht um eine Gewinnoptimierung dieser AG Kantonsapotheke, sondern es geht eigentlich um einen integrierten Bestandteil der Leistung eines Kantonsspitals, eines Universitätsspital, Stadtspitäler und so weiter, die einfach die Kantonsapotheke führen. Hier noch einmal: Der neue Eigner ist am besten geeignet, das Problem der Kantonsapotheke ins Lot zu bringen. Deshalb: Je schneller, desto besser. Je länger wir zuwarten, desto schlimmer, vermute ich, werden meine Befürchtungen sich bewahrheiten, dass die Kantonsapotheke einfach zu gross, zu voluminös gebaut und zu teuer dasteht und nachhaltig die Bilanzen unserer Spitäler belasten wird.

Kaspar Bütikofer (AL, Zürich): Seitens der Alternativen Liste, AL, sind wir froh, dass dieses Postulat jetzt zurückgezogen worden ist, denn dieses Postulat war ja auch überflüssig gewesen. Ich erlaube mir aber dennoch, zwei, drei Worte zu sagen: Wir haben bereits anlässlich des Postulates über die fehlende Rechtsform der Dienstabteilung Kantonsapotheke über die Kantonsapotheke generell gesprochen. Seitens der Regierung wurde uns damals eine Vorlage angekündigt, dass die Rechtsform überprüft werden solle und dass eine Vorlage in Vorbereitung sei. Ein entsprechender Regierungsratsbeschluss (RRB) wurde im August 2016, glaube ich, publiziert. Aus diesem RRB entnehmen wir, dass verschiedene Varianten evaluiert wurden und dass der Bericht vorliege. Daraus geht hervor, dass eine Umwandlung der Kantonsapotheke in eine Aktiengesellschaft bevorzugt werde und dass dann diese AG an mehrere Spitäler verkauft werden solle.

Nun, es liegt auf der Hand, dass die Alternative Liste nicht nur skeptisch gegenüber einer Ausgliederung der Kantonsapotheke ist, sondern sich erst recht gegen eine Umwandlung in eine Aktiengesellschaft wehren wird. Erstaunlich ist aber, dass seit 2016 bis heute diese Vorlage des Regierungsrates noch nicht auf dem Tisch liegt. Wir wissen also nicht, was konkret genau geplant wird. Erstaunlich ist aber, dass

es so viel Zeit braucht, und ich teile die Meinung von Lorenz Schmid, dass wir es hier mit einem Problem zu tun haben, weil die Kantonsapothek e eindeutig überdimensioniert ist. Seit dem Umzug nach Schlieren produziert sie um einiges teurer als früher, und es würde mich auch wundern, wenn einige Spitäler sich quasi verpflichten würden, nicht nur bei der Kantonsapothek e die Medikamente zu beziehen, sondern dann auch höhere Preise oder allfällige Defizite zu tragen. Deshalb bin ich gespannt, was letztendlich für eine Vorlage seitens des Regierungsrates kommen wird. Es ist dann auch angebracht, sich konkret kritisch mit einer Auslagerung oder gar Privatisierung auseinanderzusetzen.

Esther Guyer (Grüne, Zürich): Erst ein Wort zu Cyrill von Planta: Wenn man ganz sicher keine Diskussion will, dann zieht man das Postulat schriftlich zurück. Und dann ist die Folge: Niemand kann darüber reden.

Zur Kantonsapothek e noch ein Satz aus der Sicht der Aufsicht: Wir sind natürlich mit den Klagen der Spitäler konfrontiert, weil die Medikamente und der Transport, weil alles viel aufwendiger geworden ist, weil es viel teurer geworden ist. Wir reden hier von Millionen-summen, die die Spitäler dann aufbringen müssen. Und das wiederum wird die ganzen Kosten in der Gesundheit nicht gerade senken, im Gegenteil. Wir haben es bei der neuen Apothek e in Schlieren mit einer sehr grossen Apothek e zu tun, die wieder einmal an uns vorbei in diesem Ausmass gebaut wurde, was mich eigentlich heute noch erstaunt. Aber es ist jetzt so. Und wenn wir eine Lösung finden müssen, dann müssen wir eine Lösung finden, die die Kosten nicht noch mehr steigert. Das heisst also, dass die Spitäler da mitreden müssen, auch wenn das den Marktfetischisten wie von Planta und Fischer nicht gefällt. Aber es geht nicht an, dass die Kosten aufgrund eines Baus in weiter Ferne der Spitäler wieder mehr erhöht werden.

Ich glaube, das wird noch zu reden geben. Wir müssen da genau hinschauen, was passieren wird. Ich habe keine Ahnung, was der Regierungsrat plant, aber irgendwann werden wir es ja dann wissen.

Thomas Marthaler (SP, Zürich) spricht zum zweiten Mal: Wie gesagt, wir waren ja im Sommer in der Kantonsapothek e, und man muss sagen: Dieser Neubau ist super. Ich habe selten so etwas gut Gebautes und Effizientes und auf diese Apothek e Abgestimmtes gesehen. Ich war natürlich als Linker etwas schockiert, dass ein Privater so etwas hinstellen musste. Da wurde ein Bau für den Kanton, für diese Apo-

theke von einem Privaten geplant, der zuerst das Land zusammenrammassiert hatte. Es muss ja genügend gross sein, es muss erschlossen sein, es ist eine gute Lage an der Bernerstrasse, beim Juchhof. Ich habe dort früher oft Fussball gespielt. Von der Terrasse aus hat das super ausgesehen, man hat fast bis in die Berge gesehen und das ganze Limmattal vor sich. Das ist natürlich super. Aber wenn ich an die Kosten denke. Wir waren dort eingeladen, um das einmal anzuschauen. Das ist sicher schön, aber ich habe schon Verständnis, wenn jetzt – ich glaube, Frau Guyer ist in der ABG (*Aufsichtskommission Bildung und Gesundheit*) – die Kosten ein Thema werden könnten. Ich habe es ja vorher schon gesagt: Jemand schöpft ab. Es wird abgeschöpft in der Privatwirtschaft. Und jetzt ist es halt dieser Vermieter, der abschöpfen kann. Es ist natürlich schön, wenn man 2016 einen solchen Bau im Kanton Zürich, in Stadtnähe, erschlossen, dem Kanton zu guten Konditionen vermieten kann. Man hat dann auf lange Sicht einen Mieter, der keine Probleme macht und der auch solvent ist. Von daher ist es natürlich immer schwierig, wenn verschiedene Leute eine Aufsicht über etwas haben sollen und auch die Effizienz im Auge behalten wird, wenn da verschiedene Beamte oder verschiedene Personen sind, dann ist das Know-how nicht immer am besten gebündelt. Wir kennen das mit dem Justizzentrum, der Polizist schaut. Mit diesen Bauten der öffentlichen Hand haben wir immer ein bisschen Probleme, aber das ist in der Natur der Sache.

Regierungspräsident Thomas Heiniger: Am 24. August 2016 hat der Regierungsrat das letzte Mal dazu beschlossen und den Bericht zur künftigen Trägerschaft der KAZ abgegeben. Am 9. September 2016 ging die entsprechende Medienmitteilung zur gesetzlichen Grundlage und zur neuen Trägerschaft, wie gearbeitet und gesucht wird, raus. Der Titel damals war «Kantonsapotheke Zürich noch näher zu den Spitälern», und das ist auch das Ziel dieser Vorlagen, dieser Arbeiten. Dass in der Zwischenzeit rund eineinhalb Jahre vergangen sind, darf Sie nicht erstaunen. Die Kantonsapotheke fit zu machen für einen neuen Eigentümer, für die Selbstständigkeit, für eine neue Trägerschaft – neben dem Umzug von Zürich aus dem Hochschulquartier nach Schlieren, bei dem die Kantonsapotheke in extremis gefordert war –, brauchte ihre Zeit und im Vordergrund standen der Umzug und der Betrieb. Das forderte diese Kantonsapotheke stark. Mittlerweile ist die Vernehmlassung zur Vorlage abgeschlossen. Noch vor den Sommerferien wird der Regierungsrat darüber befinden können. Nach den Sommerferien, im Herbst, liegt die Vorlage vor dem Kantonsrat, und die Umsetzung ist für den 1. Januar 2020 geplant. Im Vergleich zu

anderen Vorlagen – nicht aus der eigenen Direktion – ist das immer noch schnell. Besten Dank.

Das Postulat 59/2016 ist zurückgezogen.

Das Geschäft ist erledigt.

7. Grundlagen für einen Zürcher Spitalverband

Motion von Andreas Daurù (SP, Winterthur), Kathy Steiner (Grüne, Zürich) und Kaspar Bütikofer (AL, Zürich) vom 11. Juli 2016

KR-Nr. 241/2016, RRB-Nr. 1034/26. Oktober 2016 (Stellungnahme)

Die Motion hat folgenden Wortlaut:

Der Regierungsrat wird beauftragt, eine gesetzliche Grundlage für einen Zürcher Spitalverbund zu schaffen. In diesem Spitalverbund sind alle auf der kantonalen Spitalliste aufgeführten Spitäler als marktverantwortliche Unternehmen organisiert bzw. Mitglied. Der Spitalverbund sorgt für ein koordiniertes, qualitativ hochstehendes und auf wirtschaftliche Grundsätze ausgerichtetes Spitalangebot. Er sichert eine für alle zugängliche ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung.

Begründung: Die neue Spitalfinanzierung (SPFG bzw. KVG) mit ihren leistungsbezogenen Fallpauschalen (DRG) führt im Kanton Zürich zu einer gewollten, aber gefährlichen und teuren Deregulierung in der Gesundheitsversorgung. Im Rahmen des SPFG gibt der Kanton Zürich seine Steuerungsinstrumente in der Spitalplanung immer mehr aus der Hand und zieht sich lediglich auf die zwingend notwendige Bedarfs- und Abdeckungsplanung gemäss KVG zurück. Diese wird durch die Spitalliste festgelegt und die diversen Spitäler im Kanton Zürich bewerben sich um die entsprechenden Aufträge bzw. Leistungen. Das Ziel jedes Spitals ist es, möglichst viele lukrative Leistungsaufträge zu erhalten. Es findet ein Wettrüsten der Spitäler bei der Infrastruktur statt und die Investitionen der Spitäler müssen entsprechend amortisiert werden. Um das zu erreichen, wird eine Erhöhung der Fallzahlen angestrebt. Dies führt zur Gefahr einer Überversorgung in lukrativen und einer Unterversorgung in weniger lukrativen Bereichen.

Ein Spitalverbund (z.B. analog zum Modell des ZVV) kann in der Spitalversorgung des Kantons Zürich die nötige und sinnvolle Koor-

dination in der Spitalplanung übernehmen: In Kooperation mit den einzelnen Spitäler als Mitgliedern legt der Spitalverbund die nötige Menge der jeweiligen medizinischen Leistungsgruppen fest. Er wäre gleichzeitig Aufsichtsinstanz über die Leistungserbringer (Spitäler und Kliniken) und von diesen auch zu den jeweiligen Tarifverhandlungen mit den Tarifpartnern mandatiert. Im Weiteren soll ein solcher Spitalverbund – wo sinnvoll und nötig – auch gemeinsame Beschaffungen, Investitionen und Angebote mit und für die einzelnen Mitglieder koordinieren und durchführen. Ein Zürcher Spitalverbund wird dadurch die Behandlungsqualität und die Wirtschaftlichkeit (durch Verhinderung von Über- und Unterversorgung) der Spitalversorgung erhöhen und dazu beitragen, dass die Leistungen der einzelnen Spitäler bzw. Mitglieder durch die entstehende Konzentration und Koordination auch effizienter und kostengünstiger erbracht werden können.

Der Regierungsrat nimmt auf Antrag der Gesundheitsdirektion wie folgt Stellung:

1. Ausgangslage

Art. 39 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) in der Fassung vom 21. Dezember 2007 verpflichtet die Kantone zu einer Planung einer bedarfsgerechten Spitalversorgung nach den Kriterien Qualität und Wirtschaftlichkeit und zum Erlass einer nach Leistungsaufträgen in Kategorien gegliederten Spitalliste. Die Planung umfasst die Sicherstellung der stationären Behandlung im Spital oder in einem Geburtshaus sowie der Behandlung in einem Pflegeheim (Art. 58a Abs. 1 Verordnung über die Krankenversicherung, KVV; SR 832.102). Für die bedarfsgerechte Versorgungsplanung müssen die Kantone zunächst in nachvollziehbaren Schritten den kantonalen Leistungsbedarf sowie das Angebot ermitteln, das in Einrichtungen beansprucht wird, die nicht auf der von ihnen erlassenen Liste aufgeführt sind (namentlich in ausserkantonalen Listenspitälern und in Vertragsspitälern [Art. 58b Abs. 1 und 2 KVV]). Bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität haben die Kantone insbesondere die Effizienz der Leistungserbringung, den Nachweis der notwendigen Qualität sowie Mindestfallzahlen und die Nutzung von Synergien zu beachten (Art. 58b Abs. 4 KVV). Das mit der kantonseigenen Spitalliste zu sichernde Leistungsangebot hat dem Versorgungsbedarf abzüglich des Angebots ausserkantonomer Listenspitäler und Vertragsspitäler zu entsprechen (Art. 58b Abs. 3 KVV). Die Kantone stellen keine selbstständigen Planungsregionen dar, denn gemäss Art. 39 Abs. 2 KVG müssen sie ihre Spitalplanungen koordinieren.

Der Bundesgesetzgeber strebte mit der KVG-Revision vom 21. Dezember 2007 ganz ausdrücklich mehr Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern an. Zu diesem Zweck sollen einerseits die Listenspitäler unter sich (innerkantonal und interkantonal) sowie andererseits die Listenspitäler und Vertragsspitäler vermehrt einer Marktordnung ausgesetzt werden. Immerhin soll der Markt reguliert bleiben: Der angestrebte Wettbewerb ersetzt nicht die kantonale Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung. Bedarfsgerecht ist die Versorgungsplanung grundsätzlich dann, wenn sie den erwarteten Bedarf an stationären Leistungen deckt – aber nicht wesentlich mehr als den berechneten Bedarf. Trotz Stärkung der Wettbewerbselemente stehen die Kantone somit weiterhin in der Pflicht, das Angebot mittels Spitalplanung und Spitalliste zu steuern (Zwischenentscheid des Bundesverwaltungsgerichts vom 23. Juli 2014, Kanton Zürich gegen Regierung des Kantons Graubünden betreffend Bündner Spitalliste Psychiatrie, C-6266/2013, E. 4.6).

2. Motion ist nicht vereinbar mit Bundesrecht

Die bundesrechtlichen Vorgaben zeigen, dass die Verantwortung für die bedarfsgerechte Spitalversorgung bei den Kantonen liegt. Eine Delegation dieser Verantwortung an einen selbstständigen Spitalverbund, der «für ein koordiniertes, qualitativ hochstehendes und auf wirtschaftliche Grundsätze ausgerichtetes Spitalangebot» sorgen soll, ist von Bundesrechts wegen mithin nicht zulässig. Dasselbe gilt für die Forderung der Motion, der Spitalverbund müsse die «nötige Menge der jeweiligen medizinischen Leistungsgruppen» festlegen.

Auch die von der Motion verlangte Übertragung der Spitalaufsicht an einen Spitalverbund ist unzulässig: Die gesundheitspolizeiliche Aufsicht kann nicht an aus der Verwaltung ausgegliederte Organisationen delegiert werden. Wäre der Spitalverbund «gleichzeitig Aufsichtsinstanz über die Leistungserbringer», wäre seine Unabhängigkeit nicht gegeben, zumal gemäss Motionstext alle auf der Spitalliste aufgeführten Spitäler Mitglied des Spitalverbunds sein sollen und dieser bzw. ein Teil seiner Mitglieder somit in eigener Sache urteile.

Die Motion verlangt die Anlehnung des beabsichtigten Spitalverbunds an das Modell des Zürcher Verkehrsverbunds (ZVV). Sie verkennt dabei, dass sich der ZVV auf kantonales Recht stützt, während die Spitalplanung und -finanzierung weitgehend vom Bundesrecht vorgegeben wird. Die Kantone können im Bereich der stationären Gesundheitsversorgung gar nicht frei entscheiden, wie sie Planung und Aufsicht gestalten wollen.

3. Ablehnung der Motion auch inhaltlich

Ein Spitalverbund ist aber auch aus folgenden inhaltlichen Gründen abzulehnen:

- Mit einem Zusammenschluss aller Zürcher Listenspitäler zu einem selbstständigen Verbund mit der von der Motion vorgesehenen Planungskompetenz würde der vom KVG vorgesehene Wettbewerb zwischen unabhängig handelnden Spitälern zumindest infrage gestellt. Zudem hätten neue Spitäler wenig Chancen, dem statischen Verbund beizutreten.
- Die Monopolstellung eines Spitalverbunds mit Planungs- und Aufsichtskompetenz würde wegen der damit verbundenen Interessenkollision die Vergabe von Leistungsaufträgen nach den KVG-Kriterien Qualität und Wirtschaftlichkeit gefährden.
- Die Streichung von der Spitalliste von nicht mehr bedarfsnotwendigen Spitälern würde in einem Spitalverbund mit Planungs- und Aufsichtskompetenz faktisch verunmöglicht: Der Spitalverbund mit den einzelnen Spitälern als Mitgliedern würde sich kaum selbst beschränken wollen, sondern möglichst grosses Wachstum und hohe Gewinne für die einzelnen Spitäler anstreben. Damit wäre ein Interessenkonflikt zwischen einer möglichst wirksamen und kostengünstigen Spitalversorgung und dem Gewinnstreben der einzelnen Mitglieder des Spitalverbunds programmiert.
- Mit dem geforderten Spitalverbund sollen auch «gemeinsame Beschaffungen, Investitionen und Angebote mit den und für die einzelnen Mitglieder» getätigt bzw. bereitgestellt werden. Bereits heute treten die Zürcher Spitäler im Markt gemeinsam auf, so insbesondere beim Einkauf von Waren und Dienstleistungen (z.B. Weiterbildungskurse des «Verbands Zürcher Krankenhäuser» und von «H+ Die Spitäler der Schweiz»; logicare im Bereich IT/eHealth; GEBLOG für die Beschaffung von medizinischen Verbrauchsmaterialien; Zentralwäscherei Zürich ZWZ AG für die Spitalwäsche).
- Der Kanton könnte nur seine eigenen Spitäler (USZ, KSW, PUK, IPW) und allenfalls die in Zweckverbänden der Gemeinden organisierten Krankenhäuser über eine Gesetzesänderung zum Beitritt zu einem Spitalverbund zwingen. Soweit davon Spitäler mit privater Trägerschaft betroffen wären, wäre bei der Überführung in einen Spitalverbund unter Abtretung eigener Rechtspersönlichkeit durch die damit verbundene materielle Enteignung mit unabsehbaren Kostenfolgen für den Kanton zu rechnen – abgesehen vom Aufkommen rechtlich komplexer Fragestellungen.

4. Bisheriges System hat sich bewährt

Die im Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetz (SPFG; LS 813.20) geregelte Spitalplanung des Kantons Zürich verfolgt den Ansatz des geregelten Wettbewerbs: Die Planung stellt den kantonalen Leistungsbedarf mit einer Spitalliste sicher und soll zudem dort eingreifen, wo die medizinische Behandlungsqualität verbessert oder die Kosten optimiert werden können. Die Planung unterstützt die freie Spitalwahl für Patientinnen und Patienten und bezieht die Privatspitäler, wie vom KVG vorgesehen, in die Gesamtversorgung ein. Mit einer solchen Planung werden die Rahmenbedingungen für einen fairen Wettbewerb mit gleich langen Spiessen gesetzt und den Spitälern innerhalb eines klar abgesteckten Rahmens möglichst viel unternehmerische Freiheit belassen, die sie zugunsten eines attraktiven Angebots für die Patientinnen und Patienten nutzen sollen.

Das von der Gesundheitsdirektion entwickelte Planungsmodell mit medizinischen Leistungsgruppen hat sich bewährt und sichert ein Netz von über den Kanton verteilten Grundversorgungsspitälern sowie Angebote von Spezialkrankenhäusern und Universitätsspitälern. Es erlaubt differenzierte Eingriffe wie die Festschreibung von Mindestfallzahlen und damit die Konzentration von komplexen Fällen und kann laufend weiter verfeinert werden. Es wird von der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren zur schweizweiten Anwendung empfohlen. Eine Anfang September 2016 von comparis.ch veröffentlichte Studie der Firma Polynomics zur Spitalpolitik der Kantone kommt sodann zusammenfassend zum Schluss, dass der Kanton Zürich sich durch eine konsequente Umsetzung der neuen Spitalfinanzierung auszeichne und im Kantonsvergleich die Spitalversorgung insgesamt am transparentesten und wettbewerbsfreundlichsten umsetze (Polynomics, Die Spitalversorgung im Spannungsfeld der kantonalen Spitalpolitik; www.comparis.ch/media/files/mediencorner/medienmitteilungen/2016/krankenkasse/spitalregulierungsstudie/polynomics%20spitalregulierung%202015.pdf). Es besteht deshalb keine Veranlassung, die in den letzten Jahren erfolgreich etablierte Spitalplanung aus der Hand zu geben.

Aus diesen Gründen beantragt der Regierungsrat dem Kantonsrat, die Motion KR-Nr. 241/2016 nicht zu überweisen.

Andreas Daurù (SP, Winterthur): Ein Thema wird hier drin im Zusammenhang mit der Gesundheitspolitik immer wieder diskutiert und vor allem moniert, es ist ein Thema, das wiederholt in der Budgetdebatte in die Diskussion einfließt, zum Beispiel bei der Prämienverbilligung, ein Thema, das bei diversen Vorstössen im Zusammenhang

mit dem Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetz immer wieder diskutiert wird, und es ist vor allem auch in der Bevölkerung eine der grossen Sorgen unserer Zeit: die stetig steigenden Krankenkassenprämien. Sie steigen einerseits durch die Alterung der Bevölkerung und andererseits aufgrund des stetigen medizinisch-technischen Fortschritts. Dies sind zwei Gründe, welche letztlich einfach eine Tatsache darstellen. Man kann dagegen nicht viel machen. Es ist ja eigentlich auch etwas sehr Erfreuliches, dass wir immer älter werden und dass sich die Medizin diesbezüglich entsprechend positiv entwickelt.

Die Prämien steigen aber vor allem auch aus einem dritten Grund, und der ist alles andere als unwesentlich. Und wäre ver hinder- beziehungsweise bremsbar: Es ist die neue Spitalfinanzierung und, damit verbunden, die immer grösser werdende Deregulierung im Bereich der Spitalversorgung. Der Kanton zieht sich weitgehend aus der aktiven Steuerung der Spitalplanung zurück, schafft so Platz für einen teuren und sinnlosen Wettbewerb und ein dementsprechendes Wettrüsten zwischen den Spitälern. Das Ziel der verschiedenen Häuser mit den buntesten Rechtsformen, die notabene seit der Einführung des SPFG ja vor allem im Bereich der Privatisierungen zugenommen haben: Sie kämpfen um die besten Risiken, die lukrativsten Fälle sowie möglichst viele Zusatzversicherte. Erste Beweise dafür, dass dieses System mittelfristig nicht aufgeht und vor allem zu Mehrkosten führt, sind die in den letzten Monaten und Jahren von der Gesundheitsdirektion selber eingebrachten Weisungen und Massnahmen. Teilweise wurden sie als Lü-Massnahmen (*Leistungsüberprüfung 2016*) getarnt, eigentlich kann man sie aber auch beim Namen nennen: Es sind schlicht versteckte Eingeständnisse dafür, dass dieses SPFG, dass diese Art von Spitalplanung und -finanzierung nicht aufgeht.

Nun setzt die Gesundheitsdirektion überall mit dem Schraubenzieher, mit der Säge oder mit der Schaufel, wie man es dann immer gerade nennen will, an und versucht das Lottergerüst «SPFG» zusammenzuhalten. Gerne gebe ich Beispiele dazu: Die Mindestfallzahlen werden erhöht. Das ist positiv, aber das hätte man gleich von Anfang an haben können, ohne dass mittlere und kleinere Spitäler Mehrinvestitionen hätten machen müssen. Es sollen eben, getarnt als Lü-Massnahmen, einige Behandlungen möglichst nur noch ambulant durchgeführt werden, um unter anderem eine stationäre Überversorgung insbesondere bei Zusatzversicherten weiter zu verhindern. Das ist positiv, aber das hätte man gleich von Anfang an haben können. Es geht weiter mit der Abschöpfung des Kantons bei Erträgen aus Zusatzleistungen bei Spitälern mit hohem Zusatzversicherungsanteil, welche dann natürlich von Klientel-schützenden Parteien und billigen Deals mit Pendlerab-

zügen verhindert wurde. Auch das wäre gut gewesen, aber auch das hätten wir gleich von Anfang an haben können, indem zum Beispiel eine Mindestzahl an Allgemeinversicherten hätte festgelegt werden können. Entsprechende PI von Grünen und CVP sind in der Warteschlange. Oder aber die beste Lösung: Das Hirslanden (*Privatklinik*) wäre erst gar nicht auf die Spitalliste gekommen. Das sind oder wären erste Tropfen auf einen sehr heissen Stein, aber das Grundproblem der mangelnden Spitalplanung, welches Wetttrüben – Überversorgung auf der einen und Unterversorgung auf der anderen Seite – sowie sinnlose Konkurrenz fördert und somit die Gesundheitskosten in die Höhe treibt, dieses Grundproblem wird von der Gesundheitsdirektion nicht angegangen.

Dabei gäbe es dafür einen guten Lösungsansatz, und zwar die Schaffung eines Zürcher Spitalverbundes, wie in dieser Motion verlangt, ein Spitalverbund als zukunftssträchtige Alternative zum unkoordinierten Spitalmarkt. Er bringt eine flächendeckende, wohnortnahe Gesundheitsgrundversorgung mit einem koordinierten Angebot an Spitalleistungen, wobei die hochspezialisierte Medizin zentral bleibt. Ein Spitalverbund setzt auf Koordination und Kooperation. Die Spitäler im Kanton Zürich mit ihren verschiedenen Rechtsformen und ihrem entsprechenden Leistungsauftrag würden eng zusammenarbeiten und hätten das gleiche Ziel: eine gute und längerfristige Gesundheitsversorgung für die Zürcher Bevölkerung.

Wie der Regierungsrat in der Stellungnahme zur Motion selber schreibt, ist eine Spitalplanung dann bedarfsgerecht, wenn sie den erwarteten Bedarf an stationären Leistungen deckt, aber eben nicht wesentlich mehr als den berechneten Bedarf. Genau diese Bedarfsgerechtigkeit will und fördert ein Spitalverbund. Genau das ist zu erreichen mit einer intelligenten Netzwerkstrategie, welche auf dezentrale Spitalstandorte und dezentral erbrachte, aufeinander abgestimmte Leistungen setzt, kurz auf den gezielten Ressourceneinsatz und auf die breite Nutzung von Synergiepotenzial anstatt auf Konkurrenz zwischen den Spitälern.

Die Idee ist im Weiteren eine Netzwerkstrategie, welche den Abbau von Doppelspurigkeiten fördert, zum Beispiel gemeinsame Standards festlegt, gemeinsame Einkäufe regelt im Zusammenhang mit den jeweiligen Leistungsaufträgen und die richtige Behandlung zur richtigen Zeit am richtigen Ort fördert. Nun scheint jedoch der Gesundheitsdirektor beziehungsweise der Regierungsrat kein Gehör zu haben für eine solche vorteilhafte Verbundlösung. Es freut mich zwar, dass die Gesundheitsdirektion relativ ausführlich Stellung nimmt zu dieser Motion, aber sie gleich von vornherein auch maliziös auseinander-

nimmt und die Chancen eines solchen Spitalverbundes gänzlich und aktiv ausser Acht lässt, weil sie zum Beispiel nicht vereinbar mit Bundesrecht sei. Klar wäre das ohne Weiteres möglich, andere Kantone machen uns dies ja vor. Es würde einfach darum gehen, dass der Regierungsrat die Aufgabe eines Spitalverbundes in einem Leistungsauftrag konkretisiert. Das wäre ohne Weiteres möglich und würde nicht gegen Bundesrecht verstossen.

Die Gesundheitsdirektion schreibt weiter in ihrer Begründung zur inhaltlichen Ablehnung der Motion, der gewollte Wettbewerb wäre mit einem Spitalverbund zumindest infrage gestellt. Nun ja, das ist ja genau das Problem der Sache: Der Pseudowettbewerb ist ja gerade eine der grossen Kostentreiber, dieser führt ja zum unkontrollierten Mengenwachstum. Nicht zuletzt sieht der Bund hier dringenden Handlungsbedarf und erwähnte auch in seiner Medienmitteilung letzten Jahres, dass das Kostenwachstum auf eine Mengenausweitung zurückzuführen ist, und die Kantone dies über die Spitalplanung entsprechend auch zu steuern haben. In diesem Zusammenhang ist es dann schon etwas sarkastisch, wenn der Regierungsrat zur Motion weiter schreibt, ein Spitalverbund mit seinen Mitgliedern würde sich kaum selbst beschränken, sondern möglichst grosses Wachstum und hohe Gewinne für die einzelnen Spitäler anstreben. Wie soll ich das nun verstehen? Ist das endlich die offizielle Einsicht des Gesundheitsdirektors, dass dies eben genau aktuell passiert und er aber nichts dagegen unternimmt? Oder ist es einfach eine leichte Provokation an die Motionäre?

Und selbstverständlich hat der Kanton mehr Möglichkeiten, die Planung zu gestalten, als er dies bis jetzt tut – genau dies fordert ja auch je länger desto mehr der Bund –, und dass die Kantone hier ihre Verantwortung wahrnehmen. Der Kanton Zürich hat die Wahl zwischen einem Wettrüsten, das zu unkontrollierten Zusammenbrüchen führen kann, und einem koordinierten Wachstum, das sich am Bedarf einer wachsenden und älter werdenden Bevölkerung orientiert. Die Grundlagen für einen Spitalverbund im Kanton Zürich würden uns auf diesem Weg ein sehr gutes Stück weiterbringen. Stimmen Sie dieser Motion zu.

Susanne Leuenberger (SVP, Affoltern a. A.): Die SVP lehnt diese Motion ab. Ganz übergeordnet geht es bei der Motion um die Frage eines halbwegs liberalen, teils gesteuerten, marktwirtschaftlichen oder eines voll vom Staat gesteuerten, mit planwirtschaftlichem Charakter geprägten Gesundheitssystems. Ohne den ZVV (*Zürcher Verkehrsver-*

bund) unterschätzen zu wollen, denke ich schon, dass dieser Vergleich eher hinkt. Beim ZVV wird grundsätzlich eine Leistung, nämlich der Transport von A nach B mit verschiedenen Verkehrsmitteln angeboten. Der ZVV bietet den Passagieren den Vorteil, dass in einem Gebiet ein einheitliches Tarifsystem angewendet wird. Soweit ich mich erinnern kann, war dieses einheitliche Tarifsystem auch einer der Hauptgründe für den ZVV.

Das Gesundheitssystem respektive die Gesundheitsversorgung erachte ich als wesentlich komplexer, weil allein im stationären Bereich über 1000 verschiedene Angebote gegenüber den Patienten geleistet werden. Die Vorstellung, dass dieses breite Angebot übergeordnet, staatlich gesteuert, effizient, mit hoher Qualität und wirtschaftlich gesteuert werden kann, erachte ich als abstrus. In der Vergangenheit bis 2012 gab es ja eigentlich ein solches System. Der Kanton hat Versorgungsgebiete rund um Spitäler definiert und die Bevölkerung dieser Region ohne Zusatzversicherung wurde verpflichtet, in dieses Spital zu gehen, dies unabhängig von der Qualität. Heute kann der Patient frei wählen, in welches Spital er gehen will. Aus meiner Sicht ist das ein riesiger Schritt nach vorne. Mit einem staatlich übergeordnet gesteuerten System würde diese Wahlfreiheit wegfallen.

Die Motionäre sprechen von einer teuren Deregulierung. Die Deregulierung ist nicht teuer. Aus den Versorgungsberichten des Kantons Zürich ist klar ersichtlich, dass der Kanton Zürich im Vergleich zu anderen Kantonen ein hocheffizientes System betreibt, dies auch im Vergleich zu Kantonen, welche ein staatlich gesteuertes System betreiben. Was daran gefährlich sein soll, ist nicht nachvollziehbar. Die Hürden für den Markteintritt eines Spitals im Kanton Zürich sind sehr hoch. Verbunden mit den Leistungsaufträgen ist eine Vielzahl von strukturellen, wirtschaftlichen und qualitativen Anforderungen zu erfüllen. Der Kanton gibt die Steuerung keineswegs aus der Hand, sondern verschärft laufend die Anforderungen, zum Beispiel mit Mindestfallzahlen, Rekole-Zertifizierung (*Zertifizierungsstandard im Spitalwesen*) et cetera.

Die Motionäre behaupten, das Ziel jedes Spitals sei es, möglichst viele lukrative Leistungsaufträge zu erhalten. Dies ist nicht möglich, da die Leistungsaufträge vom Kanton so aufgebaut sind, dass sie sowohl lukrative als auch weniger lukrative Angebote beinhalten. Zudem ist jedes Spital verpflichtet, Patienten innerhalb ihres Leistungsangebotes aufzunehmen, eine Selektion ist nicht zulässig.

Eine weitere Behauptung ist, es fände ein Wettrüsten der Spitäler bei der Infrastruktur statt und die Investitionen der Spitäler müssten ent-

sprechend amortisiert werden. Die Erneuerung der Infrastruktur basiert nicht auf dem System im Kanton Zürich, sondern hauptsächlich darauf, dass in den letzten 20 Jahren fast nicht mehr investiert worden ist und viele Spitäler heute über eine alte Infrastruktur verfügen, die den Anforderungen nicht mehr gerecht wird. Die mir bekannten Projekte im Kanton Zürich führen mit Ausnahme des Triemli, das ein staatlich geführtes Spital ist, nicht zu Überkapazitäten. Mit den meisten Projekten wird die Kapazität nicht erhöht.

Will Zürich wirklich ein mengenrationiertes Gesundheitswesen? Die Patienten können sich in einem anderen Kanton behandeln lassen, Zürich muss aufgrund der freien Spitalwahl bezahlen. Fast alle Spitäler mit Leistungsauftrag sind Mitglied des VZK, des Verbandes Zürcher Krankenhäuser. Dieser ist bereits heute mandatiert, die Verhandlungen zu führen. Es bestehen bereits grosse Einkaufsgemeinschaften und die Einkaufskraft ist bereits gross. Es wäre also auch hier kein Mehrwert ersichtlich.

Wir lehnen die Motion ab. Vielen Dank.

Nadja Galliker (FDP, Eglisau): Die FDP-Fraktion ist mit der Stellungnahme des Regierungsrates absolut einig und wird die Motion nicht überweisen. Wir erachten die neue Spitalfinanzierung, die 2012 in Kraft getreten ist mit den DRG, als keineswegs gefährlich, und wir sehen auch keinen Zusammenhang, warum es dadurch zu einer teuren Deregulierung kommen soll. Die gesetzliche Grundlage des KVG 2007, die die Kantone verpflichtet, eine bedarfsgerechte Spitalversorgung nach den Kriterien Qualität und Wirtschaftlichkeit mittels Erlass von Leistungsaufträgen zu steuern, hat sich nicht geändert. Nach wie vor erteilt der Regierung Leistungsaufträge und ist für die Bettenplanung zuständig. Und er ist verpflichtet, diese korrekt zu machen und keine Überkapazitäten zu schaffen.

Mit der Forderung der Motion müsste ein neues Konstrukt von einem Spitalverband geschaffen werden, welches mit dem Bundesrecht nicht mehr vereinbar wäre: Der Spitalverband würde die Leistungen definieren und auch selber ausführen. Es gäbe keine Trennung mehr, was unserer Ansicht nach ein Rückschritt und nicht ein Fortschritt wäre. Wir erachten die stationäre Spitalplanung im Kanton Zürich als sehr bedarfsgerecht und sehen keinen Handlungsbedarf.

Mit der aktuellen Gesetzesform steht es den Spitälern nach wie vor frei, untereinander Kooperationen in gewissen Teilgebieten einzugehen, um Synergien zu nutzen. Ein gutes Beispiel hierfür ist die Radiologie des Spitals Bülach und des Kantonsspitals Winterthur. Wir be-

fürworten eine solche Zusammenarbeit und betrachten diese auch als zweckmässig und kosteneffizient. Jedoch darf es nicht Aufgabe eines staatlichen Spitalverbundes sein, diese aufzuzwingen. Der Staat oder in diesem Fall der Kanton mit der Vergabe von Leistungsaufträgen und der Bettenplanung setzt die Rahmenbedingungen, und die Spitäler können sich in diesem Rahmen frei bewegen und für sich die passenden Synergien ausmachen und eingehen.

In diesem Sinne, wie bereits bei der Einleitung erwähnt, werden wir die Motion nicht überweisen. Besten Dank.

Daniel Häuptli (GLP, Zürich): Es ist seit der Abstimmung über die Dringlichkeit des Postulates über die Revision der Spitalliste (KR-Nr. 88/2018) vor wenigen Wochen hier drin wohl unbestritten, dass von der Spitalliste eine Überkapazität ausgeht, die teuer ist und für Patienten wegen Überbehandlung ungesund ist. Ich kann daher die Erklärungen der Motionäre gut nachvollziehen, dass der Wettbewerb die Kapazität nicht regelt, sondern im Gegenteil einen Ausbau der Kapazität zulässt. Im Gesundheitswesen ist es falsch, davon auszugehen, dass der Wettbewerb das Angebot regeln wird. Die Nachfrage verhält sich bei Gesundheitsdienstleistungen erwiesenermassen nicht wie bei einem normalen Markt, sondern passt sich dem Angebot immer an. Jedes neue CT-Gerät (*Computertomographie-Gerät*) wird ausgelastet sein, weil es natürlich für Patienten beruhigend und praktisch ist, bei jedem «Bobo» die bösartige Entwicklung der Erkrankung ausschliessen zu können. Im heutigen Zeitalter der Suchmaschinen ist man bekanntlich bei jedem kleinsten Leiden drei Klicks von einer tödlichen Diagnose entfernt.

Nicht der Wettbewerb, sondern die Spitalliste muss das Angebot im Gesundheitswesen steuern. Und hier gehe ich einig mit der Aussage von Andreas Daurù: Der Regierungsrat zieht sich aus der Steuerung der Kapazität zurück. Für die Spitäler auf der Spitalliste und auch für die Steuerzahler und Patienten wäre es vorteilhaft, würde das Angebot in unserem Kanton besser koordiniert werden. Aber diese Koordination mit einer neuen Instanz im Sinne eines Spitalverbundes zu regeln, erachte ich nicht als zielführend, vor allem nicht, wenn der Regierungsrat mit einer gesetzlichen Grundlage damit beauftragt wird. Wenn der Regierungsrat gewillt wäre, etwas gegen die Überkapazität zu unternehmen, hätte er mit der Spitalliste viele Möglichkeiten in der Hand. Und wenn er nicht gewillt ist, ändert ein gesetzlich vorgeschriebener Verbund auch nichts.

In diesem Sinne danke ich dir, lieber Andreas, für die scharfsinnige Beleuchtung der Probleme, wo wir viel Konsens haben, aber wir werden diesen Vorstoss ablehnen.

Kathy Steiner (Grüne, Zürich): Dass wir grosse Probleme im Spitalwettbewerb haben, ist mittlerweile fast in allen politischen Lagern angekommen, und ich möchte Daniel Häuptli für dieses Votum danken. Denn es hat in der GLP schon anders getönt, und ich denke, er hat die Entwicklung der letzten Jahre gut beobachtet. Auch der Regierungsrat hat in seiner Stellungnahme, die jetzt fast zwei Jahre alt ist, nochmals beteuert, wie gut das bisherige System sich bewährt hat. Auch die SVP und die FDP haben sich jetzt auf diese Stellungnahme abgestützt und sehen keinen Handlungsbedarf. Doch wenn man dem Gesundheitsdirektor (*Regierungspräsident Thomas Heiniger*) in den letzten Monaten zugehört hat, dann kommen ganz andere Zwischentöne. Wenn man jetzt gehört hat, wie er erklärt hat, was bei der neuen Spitalplanung alles angeschaut werden muss und was neu beurteilt werden muss. Also die Zwischentöne der Gesundheitsdirektion sind heute ganz anders als in dieser Stellungnahme hier. Und diese Entwicklung haben SVP und FDP irgendwie verpasst.

Die Gesundheitsversorgung im Kanton Zürich funktioniert heute nur mit einer Vielzahl von Regulierungen. Ich bin jetzt seit über vier Jahren Mitglied in der KSSG (*Kommission für Soziale Sicherheit und Gesundheit*) und die ganze Zeit sind wir dort daran, Fehlanreize zu korrigieren oder zumindest abzumildern und weitere Regulierungen einzuführen – Andreas Daurù hat sie alle aufgezählt – und diese Regulierungen kommen jeweils auf Antrag der Regierung wohlgemerkt, die kommen nicht von uns. Das Spitalsystem ist also bereits stark gesteuert und reguliert, und trotzdem ist es sehr schwierig, die Entwicklungen abzuschätzen. In den letzten Jahren gab es immer eine Mengenausweitung über das Bevölkerungswachstum hinaus. Und jetzt sind 2017 die Fallzahlen erstmals gesunken und alle Spitäler geraten finanziell ins Trudeln, weil sie nicht damit gerechnet haben, sie haben andere Zahlen budgetiert. Und das betrifft längst nicht nur die Stadtspitäler Triemli und Waid. Und bei all diesen Entwicklungen müssen wir uns doch fragen, wie sinnvoll es ist, die Zukunft der Spitallandschaft diesem Wettbewerb, der eben nicht funktioniert, zu überlassen.

Die Spitäler und deren Ärzteschaft sind keine Heiligen, Susanne Leuenberger, auch wenn du sagst, die machen alles auf Antrag. Das Zitat, dass sie nicht heilig sind, kommt von Herrn Lehmann (*Hansjörg Lehmann*), dem ehemaligen Leiter der Spitalplanung, und nicht von uns.

Die Spitäler und die Ärzteschaft haben nicht das Gesamtbild im Auge, klar nicht, sondern genau das wirtschaftliche Überleben ihres eigenen Spitals. Das ist absolut nachvollziehbar, das müssen sie aus ihrer Sicht auch machen. Die Erfahrung mit der heutigen Spitalfinanzierung zwingen immer weiter in Richtung Regulierung, sonst ist wegen der bestehenden Fehlanreize erstens die Grundversorgung in einigen Gebieten irgendwann infrage gestellt und zweitens steigen die Kosten weiter und weiter.

Was es für die Zukunft braucht, ist eine verstärkte Koordination aller Spitalleistung und einen gezielt gesteuerten Ausbau der Kooperationen zwischen den Spitälern. Es braucht eine Steuerung und eine Kontrolle. Unterstützen Sie deshalb diese Motion.

Lorenz Schmid (CVP, Männedorf): Diese Motion stand zeitgleich auf der Traktandenliste gleich hinter dem Bericht zu meiner Motion für eine gemeinsame Trägerschaft der Stadtspitäler mit dem Universitätsspital (*Vorlage 5277*). Leider wurden diese beiden Motionen dann nicht auch zeitgleich debattiert, denn die vehementesten Gegner meiner Motion, einer gemeinsamen Trägerschaft, waren die Sozialdemokraten. Andreas Daurù, eure Forderung ist nicht kohärent. Ich glaube, es ist auch nach 2012 irgendwie ein Traum und halt in der Spitallandschaft so einfach nicht mehr zu verwirklichen. Ich schliesse mal die Augen und versuche herauszufinden, was die Motionäre denn wirklich wollen. Wollen Sie denn wirklich eine Spital AG, wie das die Kantone Thurgau oder Zug in ihrer Spitalplanung umgesetzt haben? Wollen Sie einen Spitalverbund, in dem der Regierungsrat alle Leistungen genau definiert, welches Spital was machen darf? Das ist mit den Leistungsaufträgen ja bereits schon gegeben.

Wo ich wirklich sehr gut nachvollziehen kann, was die Motionäre wollen: Sie wollen eine Massnahme gegen die Ökonomisierung im stationären Gesundheitsbereich. Das verstehe ich sehr wohl, denn ich glaube, früher wurden Ärztinnen und Ärzte mehr durch den Dienst im Gesundheitswesen getrieben und weniger ökonomisch in die Pflicht genommen. Das hat diese Ökonomisierung, diese KVG-Revision mit sich gebracht: Ärzte wurden durch diese KVG-Revision stärker ökonomisiert, was sie eigentlich von ihrem Wesen her gar nicht suchen.

Was, zweitens, dieser Vorstoss möchte, ist, eine Massnahme gegen dieses Wettrüsten ergreifen. In der Tat ist es kaum verständlich, warum Spitäler jetzt noch investieren und Überkapazitäten hinstellen, obwohl wir aus dem letzten Bericht des Spitalverbandes VZK wissen, dass die stationären Leistungen einen Kostendeckungsgrad bei 96

Prozent haben, also unter 100 Prozent, jede Leistung, die erbracht wird, eigentlich defizitär ist. Und die Spitäler wollen immer mehr Leistungen zu defizitären Tarifen erbringen, das ist absolut unvorstellbar. Im ambulanten Bereich ist es noch katastrophaler. Dort sind es 85 Prozent Kostendeckung, und das bedeutet ja, dass jede ambulante Leistung, die von Spitälern momentan erbracht wird, 15 Prozent Defizit generiert.

Es braucht andere Mittel, liebe SP, gegen diese Ökonomisierung im stationären Bereich. Erstens ist es wirklich diese stringente Spitalplanung mit, zweitens, Leistungsaufträgen, die nicht bereits im Voraus eine Überkapazität vorsehen. Das ist ein Wahnsinn, was wir heute in den Leistungsaufträgen einfach als Überkapazität zur Förderung des Marktes so intrinsisch vorsehen. Drittens: Die Trägerschaften der Spitäler müssen von der öffentlichen Hand getrennt werden. Das passt der Sozialdemokratie jetzt vielleicht nicht als Idee, aber es ist doch einfach so: Als privater Träger würde ich nie Investitionen tätigen, von denen ich weiss, dass ich nur 96 Prozent Kostendeckungsbeitrag im stationären und 85 Prozent im ambulanten Bereich habe. Ich würde als Privater nie ein Business betreiben, von dem ich schon im Voraus weiss, dass es defizitär ist. Aber die öffentliche Hand – und da spreche ich jetzt von den Spitalträgerschaften, das beginnt in Andelfingen und endet in Männedorf, das sind politische Gegebenheiten – fördert es halt weiterhin, diese Spitäler zu tragen und mitzufinanzieren, auch wenn sie eigentlich defizitär sind. Diese Trennung muss her. Viertens: Das «Phishing von Privatversicherten» ist zu unterbinden. Dazu gibt es Vorstösse und ich hoffe, sie gewinnen eine Mehrheit. Ich zweifle momentan leider noch daran. Die Gewinne so abzutragen und zulasten des Kantons – das ist für uns als für die Finanzierung und für den Steuerfuss Verantwortliche nicht tragbar, was Hirslanden einfach an Gewinnen abschöpfen kann. Und, fünftens, eine andere Idee wäre, dass wir eigentlich nur noch AG zuliessen, die als gemeinnützige AG einen beschränkten Gewinn erwirtschaften dürfen, aber nicht mehr als das. Wir können ja den Präsidenten Jörg Kündig dazu befragen, wie die GZO (*Gesundheitsversorgung Zürcher Oberland*) funktioniert, wie das Spital Wetzikon als gemeinnützige AG funktioniert. Das ist mir sehr sympathisch als Trägerform. Auch dort müsste aber natürlich die Gemeinde als Trägerin zurücktreten, denn nur so können wir wirklich ... (*Die Redezeit ist abgelaufen.*)

Die Beratung der Motion 241/2016 wird unterbrochen.

Fraktionserklärung der FDP zum Wirtschaftsstandort Zürich

Hans-Jakob Boesch (FDP, Zürich): Ich verlese eine Fraktionserklärung der FDP zum Thema «Wirtschaftsstandort Zürich».

Vergangene Woche hat das Zementunternehmen Lafarge-Holcim bekannt gegeben, dass es seinen Hauptsitz von Zürich nach Zug verlegen wird. Damit verliert der Kanton Zürich einen guten Steuerzahler und hunderte von gut bezahlten Arbeitsplätzen. Dieser Wegzug war nicht zwingend, denn das Unternehmen war schon hier in Zürich, kannte die Vorzüge unseres Standorts, und doch sah das Unternehmen keine Zukunft in diesem Kanton.

Leider ist Lafarge-Holcim nicht die einzige Firma, die dem Kanton Zürich den Rücken kehrt. Andere wiederum bauen ihre Firmenstrukturen so um, dass sie Steuererträge nicht mehr im Kanton Zürich anfallen. Nicht von ungefähr schneidet der Kanton Zürich im Ressourcenindex miserabel ab. Verglichen mit dem Schweizer Durchschnitt, liegt er bei der Entwicklung der Steuerkraft an zweitletzter Stelle, nur Baselland schneidet noch schlechter ab. Und die Einnahmen aus Steuern von natürlichen Personen haben in den letzten Jahren stagniert. Von 2012 bis 2016 stiegen die Steuererträge um gerade einmal 1,8 Prozent, während die Bevölkerung um ein Vielfaches, nämlich 5,4 Prozent, zunahm.

Das sollte uns zu denken geben und vor allem zum Handeln zwingen. Ansonsten haben wir bald Arbeitslosigkeit statt Vollbeschäftigung, Armut statt Wohlstand, leere Kassen statt Schulen, Strassen und Sozialleistungen.

Sich allein auf die gute Infrastruktur, wie Verkehrserschliessung, Bildungsinstitutionen, Kulturangebot und Naherholungsräume, abzustützen, genügt offensichtlich nicht. Die Infrastruktur von Zürich ist für Unternehmen in den umliegenden Kantonen nicht unerreichbar weit weg. Deshalb spielt auch die Steuerbelastung eine Rolle. Und genau diesbezüglich verliert Zürich Jahr um Jahr an Wettbewerbsfähigkeit ein. Das Steuermonitoring lässt daran keine Zweifel aufkommen. Wir müssen also in unser Steuersystem investieren und es wieder wettbewerbsfähig machen. Aus diesem Grund hat die FDP verschiedenen Steuervorstösse lanciert – ihre Dringlichkeit bestätigt sich nun.

Aber es sind nicht nur die blanken Zahlen, die Unternehmen von Zürich wegtreiben. Auch die Unsicherheit macht den Unternehmen zu schaffen: In der Stadt Zürich werden Investoren hinters Licht geführt

und erpresst. Und noch immer ist unklar, ob im Rahmen der Steuervorlage 17 die Gewinnsteuer um ein oder zwei Prozentpünktchen gesenkt wird, während andere Kantone ihre Steuerbelastung bereits halbiert haben. Das ist kein Umfeld, in dem ein Unternehmen investieren und Arbeitsplätze schaffen will. Wir alle müssen uns endlich zum Wirtschaftsstandort Zürich bekennen und uns glaubwürdig für Rechtssicherheit einsetzen. Ein erstes, klares Zeichen können wir am 10. Juni 2018 mit einem deutlichen Ja zur Steuerrevision setzen.

Die Beratung der Motion 241/2016 wird fortgesetzt.

Kaspar Bütikofer (AL, Zürich): Die Alternative Liste unterstützt diese Motion. Ein Spitalverbund, der ähnlich organisiert ist wie der ZVV könnte einen Ausweg aus der heutigen unbefriedigenden Situation in der Zürcher Spitallandschaft bedeuten. Unbefriedigend ist heute der unregulierte Pseudowettbewerb unter den Spitälern. Wir müssen uns kein X für ein U vormachen, im Gesundheitswesen kann es gar keinen echten Markt geben. Denn ein echter Markt wird von der Nachfrage im Verhältnis zum Preis gesteuert. Der sogenannte Gesundheitsmarkt ist aber ein Angebotsmarkt. Der Anbieter, das heisst hier der Arzt oder die Ärztin, sagt dem Patienten, hier der Nachfragende, was er nachfragen soll. Und der Preis ist hier irrelevant, denn die Kosten werden durch einen Dritten, das heisst die Krankenkasse, übernommen. Ich bin auch froh, dass Daniel Häuptli seitens der GLP zu einem ähnlichen Schluss kommt und feststellt, dass wir es hier im Gesundheitsmarkt mit einem unvollständigen Markt beziehungsweise mit einem nicht funktionierenden Markt zu tun haben. Wir haben also einen Pseudomarkt im Spitalbereich, der dazu führt, dass die Spitäler um die lukrativen Patientinnen und Patienten buhlen. Lukrative Patienten sind für sie entweder die gewinnbringenden Fälle oder aber gewinnbringende zusatzversicherten Patientinnen und Patienten.

Dieser Wettbewerb führt offenbar dazu, dass die Spitäler zu einem regelrechten Wettrüsten untereinander übergegangen sind. Die Spitäler investieren in Ersatzneubauten und vor allem in Überkapazitäten. Ohne hier die Planungen des USZ, sei es im Circle (*am Flughafen Zürich*) oder auf der Platte (*im Hochschulquartier in Zürich*), zu berücksichtigen, projektieren die Spitäler zusätzliche Kapazitäten von 9 Prozent. Bereits heute haben wir aber Überkapazitäten. Alles zusammen dürfte zu einer durchschnittlichen Bettenauslastung führen, die rund

20 bis 25 Prozent über der durchschnittlichen Auslastung zu liegen kommt.

Diese Überkapazitäten sind das Resultat einer fehlenden Koordination unter den Spitälern, sie sind auch das Resultat einer fehlenden Spitalplanung. Es ist für mich nicht nachvollziehbar, warum der Kanton Zürich keine echte Spitalplanung macht, so wie dies das KVG vorsieht, und hier diesem Wettrüsten und dem Aufbau von Überkapazitäten Gegensteuer gibt. Es ist eher das Gegenteil der Fall. Die Gesundheitsdirektion betet die Überkapazitäten gesund und will uns heute weismachen, dass der Aufbau von rund 600 Betten eine Spitalplanung sei, obwohl die alte Prognose des Regierungsrates von 2012 noch davon ausging, dass wir keine zusätzlichen Betten brauchen, dass es für die Zukunft ein Nullwachstum brauche. Jetzt wird also im Gesundheitsbericht 2016 das Gegenteil behauptet und die Überkapazitäten von rund 20 Prozent werden gerechtfertigt. Und weil diese 600 Betten immer noch nicht richtig erklärt werden können, werden – man staune – noch weitere 42'000 ausserkantonale stationäre Patientinnen und Patienten aus dem Hut gezaubert. Aber so geht es nicht.

Weil die Gesundheitsdirektion hier keine echte Spitalplanung macht, wie dies das KVG vorsieht, braucht es eben eine Koordination unter den Spitälern, es braucht einen Spitalverbund. Wenn wir den Aufbau von Überkapazitäten in den Griff kriegen wollen, wenn wir also das kostentreibende Mengenwachstum in den Griff kriegen wollen, dann brauchen wir eine Koordination unter den Spitälern. Ich bin schon etwas erstaunt über die naive Marktgläubigkeit der SVP, die glaubt, dass hier der Markt alles richtet. Es ist ja genau so, dass wir einen unvollkommenen Markt haben, und deshalb sieht auch das übergeordnete KVG vor, dass man eine Planung vornehmen muss. Und nimmt man keine Planung vor, dann werden wir irgendwo im Spitalbereich Opfer haben, Frau Leuenberger vom Spital Affoltern ... *(Die Redezeit ist abgelaufen.)*

Maria Rita Marty (EDU, Volketswil): Die EDU wird die Motion nicht überweisen, in Übereinstimmung zum Regierungsratsbericht. Artikel 39 des KVG verpflichtet die Kantone zu einer Planung einer bedarfsgerechten Spitalversorgung nach den Kriterien Qualität und Wirtschaftlichkeit und zum Erlass einer nach Leistungsaufträgen in Kategorien gegliederten Spitalliste. Wir sollten aber immer vor Augen haben, dass das KVG nur die Grundversicherung betrifft, nicht die Zusatzleistungen gemäss Versicherung nach VVG. Die bundesrechtlichen Vorgaben zeigen, dass die Verantwortung für die bedarfsgerechte

te Spitalplanung bei den Kantonen liegt. Eine Delegation dieser Verantwortung an einen selbstständigen Spitalverbund ist daher aufgrund der jetzigen gesetzlichen Lage nicht zulässig, da das Bundesrecht die Vorgaben bestimmt.

Die Motion verlangt ausserdem die Übertragung der Spitalaufsicht auf einen Spitalverbund. Die Motion ist auch in dieser Hinsicht weit von rechtsstaatlichen Vorgaben und den grundlegenden rechtsstaatlichen Prinzipien einer effektiven Aufsicht entfernt. Wie der Regierungsratsbericht ausführt und es jedermann einleuchten sollte, kann man sich selber nicht beaufsichtigen, die Aufsicht muss durch ein unabhängiges Gremium geschehen.

Die EDU wird, wie gesagt, die Motion nicht überweisen.

Markus Schaaf (EVP, Zell): Ich kann das Unbehagen der Motionäre verstehen: Das Gesundheitswesen wird von Jahr zu Jahr komplexer und teurer und es entsteht ein Wunsch, fast eine Sehnsucht, mit einem grossen Schwertstreich diesen gordischen Knoten endlich zu zertrümmern. Diese Motion erscheint mir als ein Versuch, das zu tun. Allerdings fordert die Motion etwas für den ganzen Kanton, was die SP gerade in der Stadt Zürich nicht bereit war einzugehen: einen Verbund. Damals hiess das Projekt «Triangel». Man wollte mit den städtischen und kantonalen Spitälern und Gesundheitsinstituten einen Verbund machen. Da kam der Widerstand – der erbitterte Widerstand – von der SP der Stadt Zürich.

Nun soll das Ganze auf Ebene Kanton umgesetzt werden. Dabei wird vergessen, dass die heutigen Spitäler alle bereits eine Rechtsform und Trägerschaft haben. Und wenn man diese in eine neue Trägerschaft oder Rechtsform zwingen möchte, würde das doch erhebliche Probleme machen. Wir haben es gehört, es verstösst letztlich gegen übergeordnetes Recht. Dann entsteht die Gefahr eines Monopolisten, und wir wissen aus Erfahrung und es gibt genügend Beispiele: Grösser ist nicht immer besser.

Der dritte Grund, weshalb die EVP diese Motion nicht unterstützen wird: Sie ist schlicht nicht nötig. Es gibt heute genügend Gefässe, Plattformen und Möglichkeiten für die Spitäler, wo sie sich in gemeinsamen Projekten zusammentun können, beispielsweise um Software zu beschaffen, beispielsweise um radiologische Untersuchungsgeräte zu beschaffen. All das ist heute schon gang und gäbe. Wo es Schwierigkeiten gibt, ist, wenn ein Spital, das dem Kanton gehört, beispielsweise eine Partnerschaft mit einem privaten Spital eingehen

will. Da ist es einfach aufgrund der heutigen Rechtsform oft schwierig, aber mit viel Kreativität sind auch da Lösungen möglich.

Die Erfüllung dieser Motion ist aus Sicht der EVP nicht möglich. Sie ist nicht sinnvoll und sie ist nicht nötig, deshalb werden wir sie auch nicht unterstützen.

Beatrix Frey (FDP, Meilen): Ich möchte eigentlich nur kurz auf ein Votum meines Kantonsratskollegen Lorenz Schmid replizieren. Lorenz, ich weiss nicht, ob du dieses Wochenende etwas viel Sonne erwischt hast, aber was du vor der Pause von dir gegeben hast, das war ja doch schon ziemlich hahnebüchen. Ich möchte nicht auf alles eingehen, das würde zu lange dauern, aber ich möchte an dieser Stelle klar und deutlich festhalten, dass das Spital Männedorf weder Defizite schreibt noch von seinen Aktionärinnen und Aktionären, welche alles Gemeinden sind, je einen Franken Subventionen erhalten hat seit der Rechtsformänderung. Das soll auch in Zukunft so bleiben. Nur weil eine Trägerschaft eine öffentliche Trägerschaft ist, heisst das noch lange nicht, dass ein Spital subventioniert ist. Das solltest du wissen.

Jörg Kündig (FDP, Gossau): Lorenz Schmid hat mich ja aufgefordert, etwas zu sagen, und aufgrund meiner Interessenbindung ist es mir auch ein Anliegen, mich zu äussern. Sie wissen, ich bin Verwaltungsratspräsident der GZO in Wetzikon, einem Grundversorgungsspital. Wenn ich alles korrigieren oder zu allem meine Meinung abgeben würde, würde die Redezeit länger dauern als fünf Minuten. Ich versuche mich kurz zu halten.

Zuerst etwas, das mir ganz wichtig ist: Das Gesundheitswesen im Kanton Zürich rangiert im gesamtschweizerischen Vergleich an der Spitze, was Effizienz und Wirtschaftlichkeit, aber auch was Qualität anbelangt. Es laufend schlecht zu reden, hilft weder den Leistungsanbietern noch den Patientinnen und Patienten.

Etwas zum Finanzierungssystem, für diejenigen, die es nicht so verinnerlicht haben wie Lorenz Schmid möglicherweise: Das Modell heisst «DRG», das heisst, aufgrund einer Baserate als Grundlage werden die Fälle in den Spitälern entschädigt. Für ein Spital wie das GZO ist der Fallpreis 9650 Franken, für das USZ 11'400 Franken. Je nach Schwere des Falles verändert sich diese Entschädigung. Festgelegt und bezahlt wird diese Entschädigung von den Krankenkassen und vom Kanton Zürich, es ist also ein nationales Thema. Und wenn Sie jetzt so tun, als würden Sie mit Ihrem Vorstoss die Krankenkassenprämien reduzieren, dann sind Sie zumindest blauäugig. Was besonders ist: Mit dem Erlös

aus diesen Behandlungen müssen die Spitäler nicht nur die laufenden Kosten, sondern auch die Investitionen finanzieren, und genau das ist das grosse Thema. Sie müssen also zunehmend Geld verdienen, um die Investitionen zu tätigen. Und die GZO – wie viele andere Spitäler – stammt aus dem Jahr 1972, und wer jetzt als verantwortlicher Eigentümer sagt «wir müssen nicht laufend Sanierungsarbeiten machen und uns auch auf die neuen Gegebenheiten einrichten», der hat ganz besondere Vorstellungen und diese sind sicher realitätsfremd. Wenn uns das nicht gelingt, dann passiert das, was offenbar einige wollen: Wir bekommen Turbulenzen in den Spitälern. Dass eine Risikobeurteilung durchaus kritisch ist und wird, belegt, dass viele Gemeinden sich aus der Eigentümerschaft der Spitäler verabschieden. «Eigentümer» heisst auch, die Verantwortung zu tragen für eventuelle Resultate. Kostendeckende Angebote sind das Ziel, aber wenn die Tarife national nicht stimmen, dann haben wir keine Chance, da etwas zu ändern. Wenn ich sage «die Gemeinden sind Eigentümer», dann möchte ich einfach die Mär «abtischen», dass die Spitäler privatisiert sind, wenn sie gemeinnützige Aktiengesellschaften sind.

Herr Daurù hat von «Deregulierung» gesprochen und von mangelnder Planung. Mindestfallzahlen auf der einen Seite, ambulante Pflichtliste, Mindestfallzahlen pro Operateur, Leistungsvereinbarungen pro Haus und nicht pro Organisation, «Next-Best»-Vorgaben beim Rettungsdiensten und jetzt, angestossen seit dem 22. Mai 2018, die neue Spitalplanungsrunde – wer jetzt sagt, es werde zu wenig geplant, der hat offensichtlich die Realität auch nicht ganz verstanden. Seine These ist eher das Gegenteil, und ich glaube, ich muss das nicht weiter kommentieren.

Was mir Sorgen macht, ist die Zentralisierung in die grossen Häuser, die teuren Häuser. Diese haben eindeutig höhere Fallkosten und die Kapazität darf durchaus auch angezweifelt werden. Es ist doch nicht wirklich die Absicht, die Regionen in der Grundversorgung zu schwächen. Ich glaube, dass unsere Bevölkerung es trotz erhöhter Mobilität ausserordentlich schätzt, vor Ort, in den Regionen über eine medizinische Grundversorgung zu verfügen, die mehr ist als nur eine Geriatrieversorgung. Gerade vor Ort meine ich, dass sogar Verbundangebote die Zukunft sein werden. Es handelt sich auch um einen Standortfaktor. Und wenn ich da von «Standortfaktor» spreche, dann muss ich sagen: Wenn Sie in die Nachbarschaft schauen, in die Kantone Appenzell, Sankt Gallen, Schaffhausen, dann wird dort das gemacht, was Sie dem Kanton Zürich absprechen, nämlich Strukturerhaltung zulasten des Kantons Zürich. Wenn wir über Steuern sprechen, wenn wir über Bildung sprechen, vergleichen wir immer. Nur beim Gesund-

heitswesen sind wir nicht bereit, unsere Standortvorteile auszuspielen und zu stärken.

Noch etwas Grundsätzliches zur Planungsfrage: Ich höre immer wieder das Stichwort «Angebotsplanung», weil ja das Angebot den Markt bestimmt. In diesem Zusammenhang, meine ich, liegen Sie ebenfalls falsch. Wir leben in einer Zeit mit privaten und öffentlichen Häusern. Wir leben in einer Zeit, in der «Doktor Google» die Spitalärzte zu reinen Zweitmeinungsabgebern reduziert, zumindest in vielen Fällen. Wer also der reinen Angebotsplanung das Wort redet, der macht die Rechnung ohne den Wirt beziehungsweise ohne die Patienten.

Schliesslich noch etwas zum im Raum stehenden Thema «Rationierung im Gesundheitswesen» – Lorenz Schmid, nicht «Rationalisierung», sondern «Rationierung». Und wenn das eine Partei mit «C» anspricht, dann finde ich das schon etwas vermessen. Wenn das auf uns zukommt, dann möchte ich nicht die Person sein, die hier die Verantwortung trägt.

Also in der Summe viele falsche Aussagen, viele nicht präzise Aussagen. Ich meine, die Motion ist unnötig und ist deshalb nicht zu überweisen. Besten Dank.

Thomas Marthaler (SP, Zürich): Unser Vorstoss, mit einem Spitalverbund die Gesundheitsversorgung im Kanton Zürich zu optimieren oder zu verbessern, diesen Wunsch habe ich auch und dieses Anliegen finde ich richtig. Was die Antwort des Regierungsrates betrifft, dass es rechtlich vermutlich nicht geht, weil das übergeordnete Bundesrecht das nicht zulässt, das ist aber auch, Kollegin Marty von der EDU, meine Meinung. Das ist auch das, was ich gehört und gelesen habe, dass es eben zutreffend ist. Ich werde natürlich diesen Vorstoss trotzdem unterstützen, weil es grundsätzlich richtig wäre, dass besser koordiniert wird, auch wenn Herr Kündig von Wetzikon natürlich sagt «wir machen das schon» oder «wir sind besser oder effizienter» oder was auch immer. Ich sehe jetzt einfach: Alle sind so effizient und privat und besser, aber die Kosten steigen trotzdem in den Himmel. Im meine, dass es allenfalls etwas gebündelt werden müsste und dass natürlich nicht jedes Spital alles anbieten muss und dass es da mittelfristig eine Verbesserung geben muss, damit wir die Kosten in den Griff bekommen. Da warten wir halt vielleicht auf eine Regelung vom Bund, aber oftmals kann man da ja sehr lange warten, bis etwas vom Bund kommt. Und ob er diese Probleme für uns hier löst? Es sind in der Stadt natürlich andere. Wenn Sie sagen, der Kanton Sankt Gallen oder der Kanton Appenzell saniert sich auf Kosten des Kantons Zü-

rich, dann stimmt das vermutlich auch. Denn die sind in Bern im Prinzip besser vertreten als wir. Mit ihren Ständeräten sind sie übervertreten. Da wird es auch schwierig, wenn wir warten, bis diese Regelung von dort kommt. Wie die Mehrheiten in Bern sind, dass wissen Sie hier drin auch. Die werden die Regelungen so treffen, dass sie für sie stimmen und nicht unbedingt für unseren urbanen Kanton Zürich.

Daniel Häuptli (GLP, Zürich) spricht zum zweiten Mal: Ich möchte nur kurz auf das Votum von Jörg Kündig eingehen: Sie sagen, es gehe dem Gesundheitswesen im Kanton Zürich gut, weil es im schweizerischen Vergleich gut dasteht. Das ist einfach falsch. Die steigenden Gesundheitskosten sind ein ungelöstes Problem – im Kanton Zürich wie auch in den anderen Kantonen. Wenn Sie einen Vergleich machen, wäre das, wie wenn Sie vor 15 Jahren die Firma Kodak (*US-amerikanischer Hersteller für Fotografie-Produkte*) verglichen hätten. Sie hat damals 35-Milimeter-Filme verkauft, bevor es Digitalkameras gab. Wenn Sie die Firma Kodak mit Agfa (*deutscher Hersteller für Fotografie-Produkte*) vergleichen, ging es ihr damals vielleicht gut im Vergleich, aber sie ist heute trotzdem Konkurs. Und wenn Sie mit Experten im informellen Gespräch sind, sind sie besorgt, dass wir unser Gesundheitssystem an die Wand fahren. Von dem her bitte ich Sie, endlich von diesem Vergleich, von diesem Benchmarking wegzukommen und einzusehen, dass von der Spitalliste eine Überkapazität ausgeht.

Lorenz Schmid (CVP, Männedorf) spricht zum zweiten Mal: Als Republik: Männedorf hat bei einem Normalfall Fallkosten von 10'961 Franken, bekommt aber nur 9650 Franken dafür. Also das Defizit kann Männedorf nur vermeiden, indem es einfach viele Zusatzversicherte hat. Aber die Fallkosten im Bereich der OKP sind defizitär, das ist so. Vielleicht ist das dann unser Wahlkampfthema im Bezirk Meilen 2019.

Zweitens: Wir können über Standortvorteil und Wirtschaftsraum Zürich und Fitness sprechen, aber wir können nur so viel ausgeben, wie wir einnehmen. Die FDP sagt «wir wollen einen starken Wirtschaftsstandort» und spricht über Steuereinnahmen, die wir reduzieren sollten, dass wir steuerlich attraktiv sein sollten, aber was die Ausgabeseite betrifft, da wird einfach nichts erwähnt. Das geht nicht. Es würde schlussendlich zu einem Defizit des Kantons Zürich führen, wenn wir einfach Steuereinnahmen reduzieren, um steuerlich fit zu sein, aber die Kosten nicht mitsenken. Da teile ich die Ansicht von Daniel

Häuptli: Wir müssen die Aufgaben in den Griff bekommen, um steuerlich attraktiv sein zu können. Da sehe ich eine Diskrepanz, deren Klärung ich bei der FDP einfach nicht vorfinde.

Regierungspräsident Thomas Heiniger: Es ist schon sonderbar, wir haben es mit Motionären zu tun, die jetzt die Delegation, die Auslagerung von Verantwortung und Kompetenz in ein drittes Organ verlangen, die sich sonst vehement und strikte und stur für die staatliche Nähe aller Massnahmen im Bereich des Gesundheitswesens, der Gesundheitspolitik einsetzen. Das ist ein Widerspruch, meine Damen und Herren Motionäre, von dem es mich zwar nicht erstaunt, dass Sie ihn zeigen, der Sie aber eigentlich auch entlarvt. Ich höre Ihnen hier in diesem Saal ja gerne und mit grossem Interesse zu, wenn Sie gute Ideen zur Steuerung, zur Finanzierung, zur Planung, zu allen Massnahmen im Zusammenhang mit einer Verbesserung der Gesundheitsversorgung im Kanton Zürich vortragen. Ihre Überlegungen, Ihre Ideen interessieren mich, auch Ihre Kritik, auch diese höre ich mir gerne an. Nur muss ich sagen, sie relativiert sich etwas. Letzte Woche, Donnerstag und Freitag, hat sich die Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) an ihrer Plenarversammlung, in ihrer Klausur, bei ihrer Arbeit mit dem Departementsvorsteher, Bundespräsident Alain Berset, mit dem Thema befasst, und ich darf doch mit Befriedigung zur Kenntnis nehmen, dass das Kernstück, das Herzstück der Zürcher Spitalplanungs- und -finanzierung, auch des Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetzes, nämlich die Spitalleistungsgruppen-Systematik, von der GDK intensiv diskutiert und allen Kantonen in der Schweiz zur Übernahme empfohlen worden ist. Das, muss ich sagen, relativiert dann Ihre Kritik am Zürcher System für mich doch ganz erheblich. Steuerung, Planung in diesem Verhältnis von «nur so viele Steuern wie nötig, so viel Freiraum belassen wie möglich», dieses Prinzip, inklusive aller Systematik – auch der Mindestfallzahlen – hat die GDK unterstützt und trägt sie eigentlich in die ganze Schweiz weiter, empfiehlt den anderen Kantonen, ähnlich oder entsprechend vorzugehen. Damit Sie das hier doch auch zur Kenntnis nehmen.

Und trotz Kritik und trotz neuer Ideen muss ich Ihnen sagen: Das motionäre Anliegen trägt überhaupt nichts zu einer Änderung oder zu einer Verbesserung bei, überhaupt nichts. Insbesondere deshalb, weil es nicht umsetzbar ist, weil eben gerade die Steuerung der Gesundheitsversorgung den Kantonen – und zwar von Bundesrechts wegen – übertragen ist. Nicht der Kanton Zürich will das für sich in Anspruch nehmen, es ist das KVG, dass es so will. Und gleichermassen verhält es sich bei der gesundheitspolizeilichen Aufsicht. Auch diese kann

nicht an einen Dritten ausgelagert, an einen Dritten delegiert werden. Das funktioniert nicht. Deshalb lohnt es sich auch immer wieder, die zürcherischen Verhältnisse im Vergleich oder im Benchmark mit den anderen Kantonen der Schweiz anzusehen. Es sind eben nicht nur die eigenen Spielräume, die wir ausfüllen, und die eigenen Rahmenbedingungen, die wir setzen. Es ist auch das Bundesgesetz, es ist der Bundesgesetzgeber, der uns Vorgaben macht. Diese Vorgaben können wir gut oder schlecht, besser oder schlechter umsetzen. Ich muss Ihnen sagen, auf die GDK-Plenarkonferenz zurückblickend: Wir – Sie und wir – machen es nicht so schlecht.

Aber vergessen Sie dieses motionäre Anliegen und meinen Sie auch nicht, wenn Sie auf andere Kantone verweisen, dass es überzeugend wäre. Wenn Sie von einem Spitalverbund in Sankt Gallen sprechen, wenn auch Appenzell-Ausserrhoden einen Spitalverbund hat, dann sind das Bezeichnungen für Trägerschaften. Man hat alle öffentlichen Spitäler, die kantonalen Einrichtungen in einen Spitalverbund hineingezwängt, und das ist heute der Spitalträger. Der hat aber nicht mit einer Steuerungs-, mit einer Koordinationsaufsicht, sondern es gibt dort einen einzigen Träger. Das kann im Kanton Zürich nicht funktionieren. Wir haben eine ganz andere Spitallandschaft, zum Glück haben wir eine andere Spitallandschaft, die sehr heterogen zusammengesetzt ist, mit vielartigen, verschiedenen Spitälern – privaten Einrichtungen, Stiftungen, Vereinen, Aktiengesellschaften, öffentlich-rechtlichen Einrichtungen in Form der öffentlich-rechtlichen Körperschaft, Anstalt, beim Kanton liegend, aber auch Einrichtungen, wie sie die Stadt Zürich noch hält, ebenfalls öffentliche Einrichtungen. Das können Sie nicht in einen Verbund hineinzwängen in eine Trägerschaft, wie das Sankt Gallen oder Appenzell-Ausserrhoden machen. Vergleichen Sie uns im Kanton Zürich auch sonst nicht allzu stark mit Appenzell-Ausserrhoden.

Diese Motion ist also nicht nur unnötig, sie ist auch unmöglich. Überweisen Sie sie nicht. Ich danke Ihnen, ich bin froh, wenn Sie die Regierung, die Verwaltung nicht mit unnötigen oder eben rechtswidrigen Motionen belasten. Ersparen Sie uns das. Besten Dank.

Abstimmung

Der Kantonsrat beschliesst mit 115 : 50 Stimmen (bei 0 Enthaltungen), die Motion KR-Nr. 241/2016 nicht zu überweisen.

Das Geschäft ist erledigt.

8. Interkulturelles Dolmetschen in der psychiatrischen Versorgung

Postulat von Karin Fehr Thoma (Grüne, Uster) und Isabel Bartal (SP, Zürich) vom 26. September 2016

KR-Nr. 301/2016, RRB-Nr. 1237/14. Dezember 2016 (Stellungnahme)

Das Postulat hat folgenden Wortlaut:

Der Regierungsrat wird eingeladen zu prüfen, wie dank des Zugangs zum interkulturellen Dolmetschen die Leistungen in der psychiatrischen Versorgung effizienter und effektiver erbracht werden können. Er soll insbesondere aufzeigen, wie den entsprechenden Leistungserbringern die Abrechnung der Kosten für die Dolmetschleistungen ermöglicht werden kann.

Begründung: Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) nimmt sich seit den 1990er Jahren dem Themenfeld Migration und Gesundheit an. Dabei hat sich gezeigt, dass die gesundheitliche Situation der Migrationsbevölkerung in verschiedenen Bereichen, u.a. auch im Bereich der psychischen Gesundheit, deutlich schlechter ist als diejenige der Schweizer Bevölkerung. Bei Flüchtlingen, die in ihren Heimatländern und auf der Flucht häufig traumatische Erfahrungen wie bewaffnete Konflikte, Gewalt, Folter und Vergewaltigungen erlebt haben, leidet gemäss internationalen Studien rund die Hälfte unter psychischen Erkrankungen.

Bund und Kantone haben in den vergangenen Jahren Anstrengungen zur Verbesserung des Behandlungsangebotes für diese besonders vulnerable Zielgruppe unternommen. Dabei zeigt sich, dass aufgrund fehlender oder (noch) nicht ausreichender Sprachkenntnisse die Kommunikation zwischen Gesundheitsfachpersonen und diesen Patientinnen und Patienten erschwert ist. Mit dem Beizug von interkulturell Dolmetschenden werden die Qualität der Information und Behandlung verbessert und unnötige Abklärungen, Fehldiagnosen und -behandlungen vermieden. Aus diesem Grunde wurden in der Schweiz verschiedene Vermittlungsstellen für interkulturelles Dolmetschen aufgebaut und eine Ausbildung für interkulturelles Dolmetschen und Vermitteln geschaffen.

Im Kanton Zürich ist die Frage der Finanzierung der Kosten dieser Dolmetscherdienste bis heute ungelöst. Die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) hat

den kantonalen Gesundheitsdepartementen bereits 2010 empfohlen, den Zugang zum interkulturellen Übersetzen im Gesundheitsbereich zu fördern. Qualifizierte Übersetzungsleistungen sind gemäss GDK von öffentlichem Interesse.

Die Bekanntmachung und bedarfsgerechte Nutzung des interkulturellen Dolmetschens ist eines der strategischen Ziele des Zürcher kantonalen Integrationsprogramms 2014–2017. Der Kanton deklariert darin, dass er die Möglichkeit der Kostenübernahme für Dolmetschleistungen für bestimmte Gruppen in Spitälern langfristig zu prüfen und auch in den Bereichen Bildung und Soziales eine analoge Regelung anzustreben gedenkt.

Aufgrund der gehäuften psychischen Erkrankungen von Flüchtlingen ist die Sicherstellung der Kostenübernahme der Dolmetschleistungen durch den Kanton in der (teil-)stationären und ambulanten psychiatrischen Versorgung mit höchster Priorität anzugehen.

Der Regierungsrat nimmt auf Antrag der Gesundheitsdirektion wie folgt Stellung:

A. Ausgangslage

Die Notwendigkeit einer ausreichenden sprachlichen Verständigung zwischen Patientin und Patient einerseits und medizinischem Personal andererseits ist unbestritten, ist sie doch eine der wichtigsten Voraussetzungen für eine erfolgreiche Behandlung. Die genaue Schilderung von Symptomen und Beschwerden durch die Patientin oder den Patienten trägt dazu ebenso bei wie die Aufklärung über die Erkenntnisse aus der Untersuchung, über die geplanten Behandlungsmassnahmen und die mit ihnen verbundenen Chancen und Risiken durch die Ärztin oder den Arzt bzw. die Therapeutin oder den Therapeuten. Dies gilt in besonderem Mass für die Psychiatrie, die Psychotherapie und die psychiatrische Pflege, deren wichtigstes Werkzeug das Gespräch ist.

Die psychiatrischen Versorgungseinrichtungen im Kanton Zürich behandeln und betreuen regelmässig Patientinnen und Patienten, die der deutschen Sprache nicht oder nur wenig mächtig sind. Betroffen sind vorwiegend Personen mit Migrationshintergrund. Genaue Zahlen über die Sprachkenntnisse der Patientinnen und Patienten der psychiatrischen Kliniken im Kanton Zürich sind nicht verfügbar. Fachpersonen aus der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich (PUK) sprechen jedoch von einem erheblichen Anteil an Menschen, die sich in keiner der Landessprachen und auch nicht auf Englisch ausreichend verständigen können. Dabei gilt es zu bedenken, dass einfache umgangssprachliche Kenntnisse, wie sie für die Alltagsbewältigung genügen,

im Kontext medizinischer Behandlungen meist nicht ausreichen, vor allem in der Psychiatrie. Hinzu kommt, dass viele Patientinnen und Patienten aus fremden Kulturkreisen stammen, sodass die Übersetzung vertiefte Kenntnisse in beiden Kulturen – der angestammten und der hiesigen – voraussetzt. Denn gerade im Gesundheitsbereich spielt die Kultur eine grosse Rolle, da sie das Verhalten eines Menschen zu einem grossen Teil beeinflusst. Deshalb spricht man hier von interkulturellem Dolmetschen, im Gegensatz zum «einfachen» Dolmetschen, bei dem es bloss um die wortgetreue Übersetzung geht.

Die psychiatrischen Kliniken behelfen sich heute auf verschiedene Weise: Verfügt der Betrieb über eine medizinische Fachperson, die der entsprechenden Fremdsprache selber mächtig ist, so kann die Behandlung in dieser Sprache erfolgen. Dieses Vorgehen wird meist als die beste Lösung angesehen, weil die Vertraulichkeit des psychiatrisch-psychotherapeutischen Gespräches zwischen Patientin oder Patient und Ärztin oder Arzt grundsätzlich erhalten bleibt. Die Patientinnen und Patienten sind in den Eins-zu-eins-Situationen weniger beschämt und gehemmt, auch sensible Themen anzusprechen, und die Kommunikation ist im Vergleich zum Gespräch im Beisein einer Übersetzungsperson weniger anfällig für Missverständnisse.

Wenn aber die Möglichkeit der Behandlung durch eine fremdsprachige Fachperson nicht besteht, muss die Gesprächssituation zwangsläufig um eine übersetzende Person erweitert werden. Das Beiziehen von sprachkundigen Familienangehörigen oder Bekannten für Dolmetscherdienste kann eine Lösung darstellen, vor allem wenn es sich für die Patientin oder den Patienten um eine Person des Vertrauens handelt. Viele Patientinnen und Patienten ziehen eine solche Übersetzung durch Angehörige und Bekannte dem Beizug einer professionellen Dolmetscherin oder eines professionellen Dolmetschers vor und bringen von sich aus jemanden mit.

Häufig aber sind solche sprachkundige Angehörige oder Bekannte nicht verfügbar oder die Patientinnen und Patienten sind zu gehemmt, über ihre Probleme in Gegenwart von ihnen persönlich bekannten Personen zu sprechen. In diesen Fällen ist die Inanspruchnahme professioneller Dolmetscherdienstleistungen unumgänglich.

B. Rechtliche Gesichtspunkte

Die Schweizer Rechtsordnung kennt kein allgemeines «Recht auf Übersetzung». Gestützt auf Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung (BV, SR 101; Anspruch auf rechtliches Gehör) wird jedoch in den meisten gerichtlichen und administrativen Verfahren von Staates wegen eine Dolmetscherin oder ein Dolmetscher zur Verfügung gestellt. Am

klarsten verankert ist der Anspruch auf Übersetzungsleistungen in Strafverfahren und insbesondere bei Freiheitsentzug (Art. 31 Abs. 2 und 32 Abs. 2 BV).

Im Gesundheitsbereich ist die Gesetzeslage weniger eindeutig. Immerhin verpflichtet die Bundesverfassung in Art. 117a Abs. 1 Bund und Kantone, im Rahmen ihrer Zuständigkeiten für eine ausreichende, allen zugängliche medizinische Grundversorgung von hoher Qualität zu sorgen. Auch die Kantonsverfassung (KV, LS 101) auferlegt dem Kanton und den Gemeinden die Pflicht, für eine ausreichende und wirtschaftlich tragbare Gesundheitsversorgung zu sorgen (Art. 113 Abs. 1). Das Patientinnen- und Patientengesetz (LS 813.13) schreibt in § 13 Abs. 1 ausdrücklich vor, dass die ärztliche Aufklärung über eine medizinische Behandlung mit allen Angaben, die dazu gehören (Vor- und Nachteile, Risiken, Alternativen, Verlauf usw.), in «verständlicher Form» zu erfolgen hat. Daraus kann abgeleitet werden, dass die Sicherstellung der genügenden sprachlichen Verständigung der behandelnden Medizinalperson obliegt. Bei einem Beizug Dritter für Übersetzungsdienste ist zudem sicherzustellen, dass das Patientengeheimnis gewahrt bleibt.

C. Finanzierung

Die Übersetzungsdienstleistungen im Gesundheitsbereich werden von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) nicht erstattet (bestätigt vom Bundesgericht im Urteil K 138/01 vom 31. Dezember 2002). Sie werden heute ohne klare gesetzliche Grundlage von verschiedenen, teils öffentlichen, teils privaten Akteurinnen und Akteuren des Gesundheits- und Sozialsystems getragen. Zwei parlamentarische Vorstösse auf Bundesebene mit dem Anliegen, die Finanzierung des interkulturellen Übersetzens durch eine Revision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG, SR 832.10) gesamtschweizerisch zu regeln, wurden 2008 abgelehnt. Die GDK hat 2010 eine Empfehlung an die Kantone abgegeben, qualifizierte Übersetzungsdienstleistungen als Dienstleistungen von öffentlichem Interesse in die Leistungsvereinbarungen mit den Spitälern aufzunehmen. Die meisten Kantone richten heute dennoch keine Subventionen für Übersetzungsleistungen im Gesundheitsbereich aus. Bei einer Umfrage des BAG gaben 2013 nur 6 von 74 antwortenden Spitälern an, dass eine entsprechende Finanzierung im Leistungsauftrag der kantonalen Gesundheitsdirektion verankert sei. Es handelte sich dabei um Spitäler aus den Kantonen Zug, Waadt, Uri, Bern und Solothurn.

Der Kanton Zürich entrichtet keine Subventionen für Übersetzungsleistungen in den Spitälern und Kliniken. Dennoch ziehen sowohl die

kantonalen als auch die selbstständigen psychiatrischen Kliniken im Kanton Zürich regelmässig professionelle Dolmetscherinnen und Dolmetscher bei. Die Kliniken tragen die Übersetzungskosten in der Regel selber. Gemäss Angaben der Psychiatrischen Universitätsklinik (PUK) beliefen sich die Kosten für Übersetzungsleistungen im Rahmen von Behandlungen 2015 auf knapp Fr. 200000, wovon etwa Fr. 113000 auf die Erwachsenen- und Fr. 85000 auf die Kinder- und Jugendpsychiatrie entfielen. Für 2016 werden insgesamt Kosten von rund Fr. 230000 erwartet, wovon Fr. 140000 in der Erwachsenen- und Fr. 90000 auf die Kinder- und Jugendpsychiatrie entfallen.

D. Bundesweite Lösung notwendig

Die Finanzierungsschwierigkeiten für die Kosten von Dolmetscherdienstleistungen können entweder auf kantonaler Ebene oder auf Bundesebene angegangen werden. Auf kantonaler Ebene besteht die Möglichkeit, Übersetzungsleistungen mittels Subventionen abzugelten – entweder gestützt auf eine besondere, noch zu schaffende Gesetzesnorm oder durch eine Ergänzung des Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetzes (SPFG, LS 813.20). Dies ist allerdings keine sinnvolle Lösung, da das Problem damit auf der falschen Ebene angegangen würde. Die Finanzierung von Übersetzungsleistungen ist kein kantonales Problem, nur schon wegen der freien Spitalwahl: Zu denken ist beispielsweise an ausserkantonale wohnhafte Patientinnen und Patienten, die in einer Zürcher Einrichtung behandelt werden. Die anfallenden Übersetzerkosten sollten über Tarife abgegolten werden und nicht über Subventionen, von denen auch ausserkantonale Patientinnen und Patienten profitierten. Sämtliche Kantone sind diesbezüglich von den gleichen Fragestellungen betroffen, weshalb sich eine bundesrechtliche Lösung – über eine Ergänzung des Krankenversicherungsgesetzes – aufdrängt.

Eine ausreichende sprachliche Verständigung zwischen Patientin und Patient einerseits und medizinischem Personal andererseits ist – gerade in der Psychiatrie – unbedingt notwendig. Übersetzungsleistungen sind bei fremdsprachigen Patientinnen und Patienten das Werkzeug dafür, um die ärztlichen Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich erbringen zu können, was nach Art. 32 Abs. 1 KVG Voraussetzung für die Kostenübernahme durch die OKP ist. Übersetzungsdienste sind daher – dort wo sie unerlässlich sind – Teil der medizinischen Behandlung, ähnlich wie Pflegedienste. Sie sollten daher als KVG-Pflichtleistung abgerechnet werden können. Damit werden auch die Versicherer an der Finanzierung beteiligt, was sachgerecht ist.

Der Bund hat das Problem erkannt. Das BAG hat das «Nationale Programm Migration und Gesundheit» eingeführt. Dort wird interkulturelles Dolmetschen im Gesundheitsbereich mit verschiedenen Massnahmen gefördert. Dazu gehören der Nationale Telefondolmetschdienst, das Kompetenzzentrum für interkulturelles Dolmetschen und die Unterstützung von Institutionen, die Weiterbildungen im Bereich interkulturelles Dolmetschen im Gesundheitsbereich anbieten. Der Bundesrat hat das Programm bis 2017 verlängert. Es löst allerdings das grundlegende Problem der Finanzierung nicht. Deshalb wird sich der Kanton Zürich auf Ebene der GDK für eine Revision des KVG einsetzen.

Der Regierungsrat beantragt dem Kantonsrat deshalb, das Postulat KR-Nr. 301/2016 nicht zu überweisen.

Karin Fehr Thoma (Grüne, Uster): Ich gebe vorab meine Interessenbindung bekannt: Ich bin Mitglied des Leitenden Ausschusses der Regionalen Psychiatrie-Kommission Zürcher Oberland.

Mit dem vorliegenden Postulat laden wir den Regierungsrat dazu ein, zu prüfen, wie die Leistungen in der psychiatrischen Versorgung dank eines vereinfachten Zugangs zum interkulturellen Dolmetschen effizienter und effektiver erbracht werden können. Dabei interessiert uns vor allem die Frage, wie den entsprechenden Leistungserbringern die Abrechnung der Kosten für die Dolmetschleistungen ermöglicht werden kann.

Der Bund befasst sich seit rund 20 Jahren mit dem Thema «Migration und Gesundheit». Es hat sich in diesen Jahren immer wieder gezeigt, dass die psychische Verfassung der Migrationsbevölkerung deutlich schlechter ist als diejenige von Schweizerinnen und Schweizern. Besonders alarmierend ist die psychische Verfassung bei Flüchtlingen. Gemäss internationalen Studien leidet rund die Hälfte von ihnen unter psychischen Erkrankungen. Dies sehr häufig deshalb, weil sie in ihren Heimatländern und auf der Flucht traumatische Erfahrungen, wie bewaffnete Konflikte, Gewalt, Folter, Vergewaltigungen, erlebt haben. Von den unbegleiteten minderjährigen Kindern und Jugendlichen aus dem Asylbereich sind nach neusten Erkenntnissen zwischen 80 und 100 Prozent traumatisiert. All diese Menschen leiden in der Regel unter diversen Trauma-Folgestörungen, wie Depressionen, Angststörungen, chronische Schmerzen und/oder körperlichen Erkrankungen. Auch sind sie besonders häufig suizidgefährdet. Gerade für eine psychiatrische Behandlung ist die Verständigung zwischen Gesundheitsfachperson und Patientin oder Patient von grösster Bedeutung. Ja, die

Sprache ist das zentrale Behandlungsinstrument. Sprachbarrieren, noch fehlende oder geringe Sprachkenntnisse bringen es mit sich, dass psychiatrische Leistungen nur sehr beschränkt zielgerichtet erbracht werden können. Ohne aktive Mitarbeit und ohne Verhaltensänderung seitens der Patientinnen und Patienten bleibt eine verbesserte psychische Verfassung eine Illusion.

Das Kantonsspital Winterthur hat in seinem Jahresbericht 2015 auf die zunehmenden sprachlichen und kulturellen Verständigungsprobleme in der Psychiatrie, aber auch in der Akutsomatik hingewiesen. In gewissen Fällen können die Angehörigen und Bekannten oder die Gesundheitsfachpersonen diese Verständigungsaufgabe selbst übernehmen. In anderen Fällen jedoch ist der Beizug von interkulturell Dolmetschenden für eine erfolgreiche psychiatrische Behandlung und Betreuung unerlässlich. Der Einsatz von interkulturell Dolmetschenden hilft, unnötige Abklärungen, Fehldiagnosen und Fehlbehandlungen zu vermeiden und bei den betroffenen Patientinnen und Patienten das Vertrauen in die beanspruchten Leistungen und die Behandlungstreue zu erhöhen. Der Einsatz von interkulturell Dolmetschenden wirkt sich nachweislich positiv auf den Krankheitsverlauf und den Gesundheitszustand der betroffenen Patienten aus. In den vergangenen Jahren wurden verschiedene Vermittlungsstellen für interkulturelles Dolmetschen aufgebaut. Auch wurde eine Ausbildung für interkulturelles Dolmetschen und Vermitteln geschaffen. Die Frage der Finanzierung dieser Dolmetscherdienste im medizinisch-psychiatrischen Bereich ist aber leider noch immer ungelöst.

Wie wir der Stellungnahme der Regierung entnehmen können, verfügen die stationären Leistungserbringer, Psychiatriekliniken und Spitäler, diesbezüglich über klar grössere Handlungsspielräume als die teilstationären oder ambulanten Leistungserbringer, wie psychiatrische Tageskliniken, die Psychiatrie-Spitex, Hausärzte oder Psychotherapeuten. Aber selbst die Spitäler und Psychiatriekliniken finanzieren die entsprechenden Dolmetschleistungen bis heute immer auch über Spenden. Alle Vorstösse auf Bundesebene zur Regelung der Kostenübernahme für Dolmetschleistungen in der obligatorischen Krankenversicherung sind bis heute erfolglos geblieben. Etwas Hoffnung verspricht nun eine neue Empfehlung der Gesundheitsdirektorenkonferenz dieses Jahres. Sie empfiehlt den Kantonen nun, die Übersetzungs- und Dolmetschdienste als anrechenbare Kosten zu betrachten, die in die Berechnung der Fallpauschalen einfließen. Eine Empfehlung der GDK aus dem Jahr 2010 zuhanden der Kantone, den Zugang zum interkulturellen Übersetzen im Gesundheitsbereich zu fördern, blieb allerdings ohne grosse Wirkung. Bis heute ist aber noch nicht

bekannt, ob und wie die Gesundheitsdirektion in unserem Kanton die neue Empfehlung der GDK umzusetzen gedenkt. Aber selbst wenn sich in absehbarer Zeit die Frage der Finanzierung der Übersetzungs- und Dolmetschkosten im stationären Bereich tatsächlich klären liesse, bliebe sie im mengenmässig weit bedeutsameren ambulanten Bereich offen. Die Auswirkungen eines solchen Fehlanreizes sind bekannt. Auch hier: Von Sprachbarrieren betroffene Patientinnen und Patienten würden mit grösster Wahrscheinlichkeit in Zukunft von den teureren stationären statt von den kostengünstigeren ambulanten Leistungserbringern versorgt.

Der Handlungsbedarf ist also nach wie vor gross, der Einsatz von interkulturell Dolmetschenden mit Blick auf eine effiziente und effektive psychiatrische Versorgung der Migrationsbevölkerung im Kanton Zürich, auch der Flüchtlinge, sollte uns etwas wert sein. Deshalb soll der Zürcher Regierungsrat eine kantonale Regelung zur Abrechnung der Kosten für die Dolmetschleistungen in der psychiatrischen Versorgung prüfen. Selbstverständlich sind wir dem Gesundheitsdirektor (*Regierungspräsident Thomas Heiniger*) dankbar, wenn er sich auch im nächsten Jahr im Rahmen der GDK für eine national einheitliche Lösung engagiert.

Wir danken Ihnen für die Unterstützung dieses Postulates.

Isabel Bartal (SP, Zürich): Ich möchte meine Interessenbindungen bekannt geben: Ich bin als Dozentin bei der nationalen Ausbildung «Trialog» für interkulturelle Dolmetscherinnen.

In ihrer Antwort auf das Postulat beschreibt die Regierung die Notwendigkeit der sprachlichen Verständigung für die psychiatrische Versorgung sachkundig und mit grosser Sorgfalt. Dafür möchte ich mich bei der Regierung bedanken. Eigentlich ist alles richtig an dieser Antwort – bis auf das Finale, nämlich die Empfehlung zur Ablehnung des Postulates. In der Logik der Regierung soll man auf eine bundesweite Lösung warten. Wir begrüssen zwar das Engagement des Kantons bei der Revision des Krankenversicherungsgesetzes, wissen aber, dass nationale Lösungen langwierig sind und oft unerreichbar bleiben. Wichtig wäre es, das eine zu tun und das andere nicht zu lassen. Denn wie lange noch wollen wir Patientinnen und Patienten, Ärzte und Ärztinnen sowie das Fachpersonal dieser prekären Situation überlassen? Die Regierung sagt, eine kantonale Lösung würde zudem die ausserkantonalen Patienten ausschliessen. Also ist es besser, eine Lösung zu haben, die alle ausschliesst? Ist das logisch? Ich bin versucht, dies eine Globi-Logik (*nach der Kinderbuchfigur Globi*) zu nennen.

Wurden Sie im Spital schon gefragt, ob Sie selber auf der Krankenstation bei einer anderen Patientin bitte dolmetschen würden? Nein? Ich schon. Ich war selber Patientin in einem der Spitäler in Zürich und stand plötzlich neben dem Bett einer mir unbekannten Patientin – ich im Schlafanzug – und dolmetschte zwischen dem Arzt und einer dem Nervenzusammenbruch nahen, mir unbekannten Frau. Solch ich Ihnen den Fall schildern? Ich könnte das, denn ich bin in keiner Art und Weise an die berufliche Schweigepflicht gebunden, ich mache es aber nicht. Wie gesagt, ich kannte die Frau nicht persönlich und war etwas überrumpelt. Irgendwie war das ziemlich skurril. Für mich war es zwar unangenehm, aber ich glaube, diese Patientin hatte Glück. Denn wie wir der Presse vor nicht allzu langer Zeit entnehmen konnten, kommt es nicht selten zu fatalen Missverständnissen, stationär zum Beispiel auch in der Geburtsabteilung, aber auch immer wieder ambulant. Eine Studie der ZHAW (*Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften*) und der Berner Fachhochschule sprach sogar von ungewollten Schwangerschaftsabbrüchen wegen Missverständnissen in der Kommunikation. Besorgniserregende, dramatische Fälle, nicht selten mit fatalen Folgen, kommen immer wieder vor. Dabei ist das Angebot heute reichlich vorhanden. Das Bundesamt für Gesundheit errichtete den nationalen Telefon-Dolmetsch-Dienst und in Zürich wurde bereits im Jahr 2005 – also schon lange her – mit namhaften Beiträgen des Bundes die Vermittlungsstelle für interkulturelles Dolmetschen, Medios, gegründet. Dennoch gibt es bei der Behandlung Engpässe wegen der fehlenden Subventionierung. Matthias Schick, ehemaliger Leiter des Ambulatoriums für Folter- und Kriegsopfer, sagte einmal gegenüber der NZZ, die Nachfrage übertreffe die Ressourcen um ein Mehrfaches. Das habe zur Folge, dass Patienten und Patientinnen in Zürich rund ein Jahr lang warten müssten, bis sie zur ersten Sprechstunde eingeladen werden. Fakt ist: Der Kanton Zürich erhält vom Bund für das kantonale Integrationsprogramm KIP 6,5 Millionen ohne die Integrationspauschale für den Asylbereich. Seit dem Jahr 2014 ist das interkulturelle Dolmetschen fester Bestandteil des Programms KIP. Und in der Rahmenvereinbarung zwischen Bund und Kanton steht betreffend interkulturelles Dolmetschen unter «Leistungsziel und Massnahmen» auf Seite 38, ich zitiere: «Der Kanton prüft langfristig die Möglichkeit der Kostenübernahmen von Dolmetschleistungen in den Spitälern für bestimmte Gruppen.» Und genau das will dieses Postulat.

Meine Kollegin Karin Fehr hat ja gesagt, dass sogar die Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektionen empfiehlt, die Dolmetscherdienste in die Fallpauschalen zu übernehmen.

Zusammenfassend: Die Kostenübernahme im Rahmen der Krankenversicherung wäre bestimmt die Traumlösung. Aber solange dem nicht so ist, finden wir doch bitte gemeinsam eine pragmatische Lösung, eine pragmatische Lösung auf kantonaler Ebene. Denn das ist das, was wir hier machen können. Sonst wird nämlich gespart, um schlussendlich das Mehrfache auszugeben. Ich bitte euch, dieses Postulat zu überweisen.

Susanne Leuenberger (SVP, Affoltern a. A.): Dolmetschen hat eine zentrale Mittlerfunktion bei Diagnostik, Therapie, Pflege und Betreuung fremdsprachiger Patientinnen und Patienten innerhalb und ausserhalb des Spitals. Der rechtzeitige und qualifizierte Einsatz von Dolmetschenden stellt ein entscheidendes Kriterium zur Gewährleistung der Patientensicherheit und zur Sicherstellung einer wirksamen und effizienten medizinischen Behandlung dar. Die Beweispflicht für eine angemessenen Aufklärung liegt bei der Ärztin, beim Arzt. Ad-hoc-Dolmetschende, wie zum Beispiel Angehörige und ungeschulte Mitarbeitende, können in der Alltagskommunikation dolmetschen und werden dafür an den Spitälern regelmässig eingesetzt. Sie sind aber weder fachlich geeignet noch genügen sie den Rechtsansprüchen für Gespräche zu Diagnostik und Therapie. Häufig werden Dolmetscherdienste durch Angehörige oder Mitarbeiter ausgeführt. Professionelle Dolmetscherdienste gehen zulasten des Arztes oder der Institution. Die SVP erkennt die Notwendigkeit dieser Dienstleistung, kann aber dennoch dieses Postulat nicht unterstützen. Sie ist dafür, dass sich unser Gesundheitsdirektor in der Schweizerischen Gesundheitsdirektorenkonferenz für eine entsprechende Revision des KVG einsetzt. Eine Finanzierung aus der kantonalen Gesundheitskasse lehnen wir ab.

Nadja Galliker (FDP, Eglisau): Es wurde schon sehr viel gesagt. Ich glaube, wir sind uns alle einig, dass die Anamnese, sprich das Gespräch mit dem Patienten mit Erhebung der Krankheitssymptome und dem zeitlichen Ablauf und vielen weiteren Punkten enorm wichtig ist, um eine Krankheit korrekt zu diagnostizieren, vor allem in der Psychiatrie ist es sicher noch wichtiger. Es wurde auch bereits gesagt, dass dadurch teure Zusatzuntersuchungen vermieden werden können, indem man zum Beispiel herausfindet, dass der Patient einfach eine Migräne hat und wahrscheinlich eher keinen Hirntumor und es somit keine Bildgebung des Kopfes braucht.

Trotzdem, wie in der Antwort des Regierungsrates vermerkt ist, ist eine gesamtschweizerische Lösung mit Änderung des KVG für die

Finanzierung sinnvoll. Wir befürworten diesen Vorschlag des Regierungsrates, sich auf Ebene der GDK für die Revision des KVG einzusetzen, und überweisen das Postulat in diesem Sinne nicht. Besten Dank.

Daniel Häuptli (GLP, Zürich): Wir gehen hier mit der Regierung einig, dass es eine bundesweite Lösung braucht. Der Bund ist bereits daran und eine Regelung übers Krankenversicherungsgesetz macht mehr Sinn als eine kantonale Lösung. Damit kann auch sichergestellt werden, dass die Prioritäten richtig gesetzt sind. Die Not ist bekanntlich und bedauerlicherweise bei vielen Flüchtlingen vielfältig. Eine schweizweite und ganzheitliche Evaluation, zum Beispiel auch, bis zu welchem Grad Geld für das interkulturelle Dolmetschen ausgegeben werden soll und ab wann Geld für Flüchtlingen bei anderen Massnahmen effektiver ist, damit ist der Sache sicher mehr gedient als mit einem übereilten Vorgehen mit einer kantonalen Lösung. Wir werden den Vorstoss ablehnen.

Kaspar Bütikofer (AL, Zürich): Die Alternative Liste AL wird das Postulat «Interkulturelles Dolmetschen in der psychiatrischen Versorgung» überweisen. Die Problemlage scheint allgemein anerkannt zu sein – nicht mal seitens der SVP kommt hier eine Opposition – und es ist offensichtlich unbestritten, dass es für eine erfolgreiche psychiatrische Behandlung die sprachliche Verständigung voraussetzt. Es ist auch unbestritten, dass die sprachliche Verständigung auch kulturelle Codes umfassen muss, weil diese Codes wiederum wichtige Rückschlüsse auf das Alltagsverhalten geben. So weit, so gut. Die Notwendigkeit des interkulturellen Dolmetschens scheint unbestritten zu sein.

Aber dennoch macht es sich die Regierung in ihrer Stellungnahme zum Postulat sehr einfach. Natürlich ist es wunderbar, wenn sich eine Psychiaterin oder ein Psychiater finden lässt, der dieselben sprachlichen und kulturellen Wurzeln wie der Patient hat. Schön ist es auch, wenn sich nahe Angehörige finden lassen, die die sprachliche, kulturelle Verständigung herstellen können. Doch solche Glücksfälle sind eher selten und lassen sich nicht wie das Kaninchen aus dem Hut zaubern. Die Situation sieht wahrscheinlich anders aus, und zwar so, dass beispielsweise ein afghanischer Flüchtling hier über kein Netzwerk verfügt und es in den Spitälern auch nicht von afghanischen Psychiaterinnen und Psychiatern wimmelt. Aber die Regierung macht es sich noch einfacher, wenn sie sagt, dass es das interkulturelle Dolmetschen brauche und dass dies wichtig sei und dass dies auch bezahlt werden

müsse, aber einfach nicht durch den Kanton Zürich. Der Regierungsrat sagt klar, dass ein Anrecht auf eine allen zugängliche, das heisst auch den Fremdsprachigen zugängliche Gesundheitsversorgung bestehe, nur zahlen dafür solle der Bund oder die Spitäler oder irgendwer. Das Problem besteht aber gerade darin, dass die Finanzierung nicht geregelt ist. Das Problem wie eine heisse Kartoffel zwischen Bund, Kanton und den Institutionen hin und her zu schieben, ist keine würdige Haltung für den Kanton Zürich. Dass es anders geht, zeigen die Kantone Waadt, Zug, Bern oder Solothurn. Jetzt ist es auch am Kanton Zürich, hier Verantwortung zu übernehmen und nicht nach billigen Ausreden zu suchen.

Die Alternative Liste wird das Postulat überweisen. Vielen Dank.

Markus Schaaf (EVP, Zell): Damit für Patienten eine adäquate Diagnose und Behandlung erstellt werden kann, braucht es eine klare und sichere Verständigung, das ist die Grundlage dafür. Dies ist bei fremdsprachigen Patienten oft nur unter Beizug eines Dolmetschers möglich. So entstehen den psychiatrischen Kliniken Kosten von rund 250'000 Franken pro Jahr.

Die Regierung möchte dieses Problem national durch eine Anpassung des KVG regeln und will sich im Rahmen der GDK für dieses Anliegen engagieren. Dafür sei ihr an dieser Stelle gedankt. Doch wir alle wissen: Die Mühlen der Bundesgesetzgebung mahlen langsam, sehr langsam, und es ist nicht fair, die Kliniken bis zu diesem Tag auf den aufgelaufenen Kosten sitzen zu lassen. Es braucht mindestens bis zur Einführung einer bundesweiten Lösung eine faire Abgeltung für die psychiatrischen Kliniken, die ohnehin nicht auf Rosen gebettet sind.

Die EVP wird aus diesem Grund die Überweisung des Postulates unterstützen.

Lorenz Schmid (CVP, Männedorf): Interkulturelles Dolmetschen in der Psychiatrie – Nadja Galliker, es geht um Psychiatrie und nicht um Migränefälle – ist wichtig, sinnvoll und wichtig für den Therapieerfolg. Nur schon aus diesem Grund nutzen die Spitäler zumindest im stationären Bereich aus eigenem Antrieb interkulturelle Dolmetscher und finanzieren sie, um die Kosten tief zu halten. Wir sind überzeugt, dass künftig DRG in der Psychiatrie, in der TarPsy (*Tarif für stationäre psychiatrische Leistungen*), entsprechende Positionen vorsehen wird. Herr Regierungspräsident, können Sie dies bestätigen?

Das Problem stellt sich somit vorwiegend bei der Finanzierung bei den ambulanten Leistungen, und ich stelle fest: Das Problem ist akut.

Zitat aus einem Beitrag in der NZZ vom Juni 2017, verfasst von Dorothee Vögeli (*NZZ-Redaktorin*): «Die Warteliste für einen Termin beim Ambulatorium für Folter- und Kriegsoffer beträgt sechs bis acht Monate. Wer hierher kommt, lebt durchschnittlich bereits seit mindestens acht Jahren hier im Land, für die Fachleute eine unhaltbare Situation.» Und Herr Professor Ulrich Schnyder, mittlerweile emeritierter Professor der Universität Zürich sagt, Zitat: «Die Suche nach Therapieplätzen in den Ambulatorien der regional zuständigen Kliniken ist oft harzig, in erster Linie wegen der Dolmetscherkosten.» Das Problem ist akut und hier ist klar unsererseits: Die Abgeltung muss neu im KVG über die Krankenkassen erfolgen. Wir verstehen die Regierung, dass sie diesen Weg übers KVG, über die Krankenkassen bevorzugt, wir auch, weshalb wir diesen Vorstoss ablehnen.

Nun denn, die Gesundheitsdirektorenkonferenz konnte und kann sich bis anhin nicht durchsetzen, fand kein Gehör beim Bundesrat. Der Bundesrat wies auch entsprechende Vorstösse im Parlament im Jahr 2008 zurück, noch nicht unter Bundesrat Alain Berset. Ich würde es einfach nochmals versuchen. Mehrheiten liessen sich damals weder im Nationalrat noch im Ständerat finden. Auch scheiterten diese Vorstösse, liebe Politiker von rechts, an der Opposition eurer Parteivertreter. Sprechen Sie mit denen da oben in Bern, ich tue es.

Somit bliebe uns eigentlich nur die noch Finanzierung über die gemeinnützigen Subventionen zulasten des Kantons Zürich. Das wäre jedoch störend, denn im Gegensatz zu einer Finanzierung über das KVG, über die Krankenkassen, finanzierten wir auch Patienten und Patientinnen, die nicht im Kanton Zürich wohnen. Gerade ambulante Psychiatrieleistungen werden häufig in der Nähe der Arbeitsorte, sprich im Kanton Zürich, erbracht. Wir trügen somit die Kosten für ausserkantonale Patientinnen und Patienten. Das machen wir auch schon bei der Ausbildung von Ärzten. Da haben wir ein Konkordat in Sicht, das wäre dann also ein zweites Konkordat, wenn es denn wirklich zustande käme. Nein, es braucht eine Finanzierung übers KVG. Ich werde meine Verantwortung wahrnehmen und mit denen da oben in Bern sprechen. Ich danke.

Maria Rita Marty (EDU, Volketswil): Die Notwendigkeit einer ausreichenden sprachlichen Verständigung zwischen Patientinnen und Patienten einerseits und dem medizinischen Personal andererseits ist unbestritten, weil sie doch die wichtigste Voraussetzung für eine effiziente Behandlung ist, insbesondere bei der Psychiatrie, der Psychotherapie und auch der Pflege. Denn nur im Gespräch kann ja eruiert wer-

den, was dem Patienten fehlt. Im Moment ist es so, dass das medizinische Personal beziehungsweise die medizinische Einrichtung diese Kosten übernehmen muss. Vielfach ist es so, dass es gar keine Kosten generiert, weil diejenigen Personen eine Vertrauensperson mitnehmen, weil sie ja meistens auch Mühe damit haben, wenn bei einer speziellen Behandlung eine fremde Person dabei ist. Aber es gibt natürlich auch andere Patienten, die sich schämen, vor den eigenen Vertrauenspersonen gewisse Sachen darzulegen. In diesen Fällen ist die Inanspruchnahme professioneller Dolmetscherdienste natürlich unumgänglich. Dies ist ein Problem, das aber national angegangen werden sollte, denn eine kantonale Regelung ist meines Erachtens nicht zielführend bei diesem Problem, sondern es muss eine bundesrechtliche Lösung gesucht werden in Ergänzung zum Krankenversicherungsgesetz, weil das dort geregelt werden muss und nicht kantonal.

Daher wird die EDU dieses Postulat nicht überweisen.

Astrid Gut (BDP, Wallisellen): Patientensicherheit und Gleichbehandlung aller sind etwas Grundlegendes und müssen für jedermann gewahrt werden. Es ist aber unnötig, mit dem Kopf durch die Wand zu gehen und übereilt nach einer unbefriedigenden Notlösung zu suchen. So sind wir von der BDP der Meinung, dass zuerst nach einer passenden Lösung auf Bundesebene gesucht werden muss, bevor unser Kanton ein eigenes «Zügli» fährt. Wir lehnen deshalb das Postulat ab.

Thomas Marthaler (SP, Zürich): Diese Vorlage ist ein Beispiel, wieso sehr viele Leute sehr politikverdrossen sind. Alle haben eigentlich begriffen, dass es notwendig ist, dass es eine Lösung braucht. Lorenz Schmid hat das gut erklärt, sogar die EDU, Maria Rita Marty, hat gesagt, manchmal sei es unumgänglich, dass man einer Person einen Unparteiischen, einen Dolmetscher mit genügend Distanz, zur Verfügung stellt, weil diese Person vielleicht nicht in der Lage ist, diese Intimitäten vor einer verwandten oder bekannten Person auszutauschen.

Aber nein, wie auch der Regierungsrat schreibt, wir warten auf den Bund, wir warten auf Godot, wir warten noch ein bisschen länger und so. Und dann wird auch gesagt, stationär sei das kein Problem, nur bei den Ambulatorien. Wir haben hier «ambulant vor stationär», Herr Regierungspräsident, das ist ja ein Slogan, das ist sehr wichtig, das sollen wir machen. Aber wir wollen dafür nicht die notwendigen Mittel sprechen. Und wenn das nicht der Kanton Zürich macht, dann warten wir halt noch zehn Jahre, vielleicht ist der Bund dann auch so weit. Aber wenn wir Verantwortung übernehmen, dann würden wir dieses Postu-

lat überweisen, damit eine notwendige gesetzliche Grundlage geschaffen wird. Denn dafür sind wir eigentlich gewählte Kantonsrätinnen und Kantonsräte, damit wir Probleme lösen und nicht aussitzen. Aber ich weiss nicht, es ist jetzt schon bald Mittag, die Leute haben Hunger, trotzdem: Geben Sie sich einen Ruck und Schubs und unterstützen Sie das Postulat, damit ein Problem hier im Kanton – auch du, lieber Lorenz Schmid –, hier in diesem Kanton, der ein fortschrittlicher Kanton ist, angegangen werden kann. Vielen Dank.

Regierungspräsident Thomas Heiniger: Ja, das Verstehen ist im Gesundheitsversorgungsbereich absolut notwendig. Verstehen, sich verständlich machen, das sprachliche Verständnis, auch das interkulturelle Verständnis ist notwendig, und zwar beidseitig, für die medizinische Fachperson, um zu verstehen, wo es fehlt, woran es liegt, um die richtige Diagnose zu stellen, aber auch das Verstehen der Patientinnen, der Patienten, damit sie verstehen, worum es geht, was sie zur eigenen Gesundheit beitragen können, damit sie wissen, wie und wann sie die Medikamente einnehmen müssen und so weiter, die Beispiele liessen sich vermehren. Das ist auch nicht der Grund, warum wir uns seitens der Regierung gegen dieses Postulat stellen und die Nichtüberweisung beantragen, dass wir nicht verstünden, dass das Verstehen wichtig wäre. Ich bin froh, dass auch die beiden Postulantinnen den Postulatsbericht mit Genugtuung, mit Befriedigung zur Kenntnis genommen haben – ausser dem Finale. Es ist nämlich letztlich eine Frage der Finanzierung. Dies nicht nur in der Psychiatrie, Verstehen ist nicht nur in der Psychiatrie wichtig, es ist auch in der Rehabilitation, auch in der Akutsomatik entscheidend.

Bei der Frage der Finanzierung haben wir zwei Möglichkeit: Entweder der Kanton finanziert etwas als freiwillige Leistung, nämlich als Subvention, oder diese notwendigen Leistungen, wozu auch die Übersetzungsleistungen gehören sollen, sind Teil des Tarifs. Das heisst nicht, dass man es sich einfach macht, Herr Bütikofer, wir wählen keine einfache, keine unwürdige Lösung, sondern wir nehmen die Frage der Übersetzung ernst. Wir nehmen die Frage der Übersetzung ernst und sind der Überzeugung, dass Übersetzungsleistungen Teil der medizinisch notwendigen Bestandteile einer Leistung sein müssen und deshalb durch die OKP vergütet werden müssen, sei das im ambulanten, sei es im stationären Bereich. Und die Anstrengungen in dieser Hinsicht blieben auch nicht erfolglos. Seit einiger Zeit und nicht nur durch Sie angestossen, habe ich mich in der GDK dafür eingesetzt, dass diese Überzeugung entsteht. Es wurden bereits heute die Empfehlungen zur Wirtschaftsprüfung vom 1. März 2018 erwähnt. Und dort

heisst es Wort für Wort unter dem Titel «OKP-pflichtige Leistungen»: «Zur Erfüllung des Leistungsauftrags» und so weiter «gehören Tätigkeiten als Teil der sorgfältigen und korrekten Leistungserbringung gegenüber den jeweiligen Patientenpopulationen, die zwingend zu gewährleisten sind, durch die OKP nicht separat, sondern im Rahmen der Tarife zu vergüten sind, auch die Übersetzungs-, Dolmetscherdienste, weil das für eine zweckmässige Behandlung erforderlich ist.» Das wurde am 1. März so verabschiedet – einstimmig – durch den GDK-Vorstand und ist jetzt die Basis für die Einrechnung in die Tarife. Und die Tarife macht nicht der Bundesrat, auch nicht der Bund. Wir müssen hier auch nicht auf Herrn Berset warten, sondern das muss in der DRG AG, wo die Kantone, die Versicherer, die Leistungserbringer am Zug sind, geschehen. Es muss in den Tarifverhandlungen geschehen, die die Leistungspartner oder die Tarifpartner untereinander führen. Und dann muss es letztlich durch die Gerichte akzeptiert werden, wenn das erstritten wird, wenn sich die Versicherer beispielsweise dagegen wehren, dass derartige Übersetzungsleistungen in den Tarifen eingerechnet sind und von den Kantonen auch unterstützt oder genehmigt werden. Das werden wir so machen im Kanton Zürich. Wir sind der Überzeugung, dass das insbesondere im stationären Bereich dazu gehört. Und wir wissen auch – deshalb haben wir uns mit Ernsthaftigkeit für diese tarifliche Lösung eingesetzt –, dass die Subventionen, die wir im Kanton dazu brauchen, von Ihnen ja mehrheitlich abgelehnt würden. Sie haben in den vergangenen Jahren in diesen Rat stets Subventionsmittel gekürzt. Die Möglichkeit, notwendige Leistungen aus diesem Topf zu finanzieren, besteht im Kanton derzeit nicht. Es ist deshalb zweckmässig, aber es ist auch sachlich und systematisch richtig, wenn man sich dafür einsetzt, dass Übersetzungsleistungen, sprachliche und interkulturelle, Teil der OKP-pflichtigen Leistungen sind. Das haben wir gemacht, mit dem Erfolg, dass die GDK am 1. März diese Empfehlungen verabschieden konnte und dass das jetzt so als Basis zur Verfügung steht. Und in allen direkten Gesprächen mit dem Departementsvorsteher (*Bundespräsident Alain Berset*) konnte ich mich auch davon überzeugen, dass es auch seine Haltung ist.

Deshalb ersuchen wir Sie, dieses Postulat, gegen das sich die Regierung nicht aus inhaltlichen, sondern aus praktischen Überlegungen wehrt, nicht zu überweisen.

Abstimmung

Der Kantonsrat beschliesst mit 106 : 58 Stimmen (bei 0 Enthaltungen), das Postulat 301/2016 nicht zu überweisen.

Das Geschäft ist erledigt.

9. Einführung einer Liste der säumigen Krankenkassenprämienzahlenden

Motion von Stefan Schmid (SVP, Niederglatt), Diego Bonato (SVP, Aesch) und Marcel Lenggenhager (BDP, Gossau) vom 19. Dezember 2016

KR-Nr. 413/2016, RRB-Nr. 184/1. März 2017 (Stellungnahme)

Die Motion hat folgenden Wortlaut:

Der Regierungsrat wird aufgefordert eine Vorlage auszuarbeiten, welche von der Möglichkeit gemäss Art. 64a Abs. 7 KVG zur Einführung einer Liste von säumigen Prämienzahlenden und damit verbundenem Leistungsaufschub Gebrauch macht.

Von der Liste ausgeschlossen sein sollen Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene, welche das 19. Altersjahr noch nicht vollendet haben, so wie Personen, welche Ergänzungsleistungen zur AHV/IV oder Sozialhilfe beziehen.

Begründung:

Das System der Leistungssistierung durch die Krankenversicherer für fällige Ausstände von Krankenkassenprämien wurde 2012 aufgehoben, indes die Möglichkeit der Führung einer kantonalen Liste der säumigen Versicherten im Gesetz verankert.

Personen, die ihre Prämien nicht bezahlen können, haben nach wie vor Anspruch auf Prämienverbilligung. Stossend hingegen ist, dass Personen, die ihrer Verpflichtung gegenüber dem Versicherer nicht nachkommen wollen, Leute, die ihr Budget falsch managen oder ganz einfach andere Prioritäten setzen, keinerlei Leistungseinschränkungen zu befürchten haben. Damit nützen sie das System auf Kosten der öffentlichen Hand bewusst aus.

Nach Art. 64a Abs. 7 KVG (neu) können die Kantone versicherte Personen, die ihrer Prämienpflicht trotz Betreibung nicht nachkommen, auf einer Liste erfassen, die nur den Leistungserbringern, der Gemeinde und dem Kanton zugänglich ist. In diesem Fall verfügen die Versi-

cherer eine Leistungssperre. Notfallbehandlungen sind davon ausgenommen.

Diese Möglichkeit stützt sich auf die Praxis diverser Kantone, welche bereits heute eine solche Liste führen und positive Erfahrungen machen. Laut dem Luzerner Gesundheitsdirektor Guido Graf (CVP) gibt es keine Anzeichen dafür, dass die Liste höhere Folgekosten verursacht. «Fakt ist aber, dass die Liste offenbar viele Leute veranlasst, ihre Schulden bei der Krankenkasse zu begleichen», erklärte Graf in der «Neuen Luzerner Zeitung». Der Kanton Zürich hingegen sieht sich seit Jahren mit einer millionenschweren Steigerung der Kosten und finanziell schwerwiegenden Nachtragskrediten konfrontiert.

Kosten für Verlustscheine im Kanton Zürich werden über dasselbe Budget abgerechnet wie die Beiträge für die individuelle Prämienvverbilligung IPV. Von dieser profitieren insbesondere einkommensschwache Personen. Hingegen handelt es sich bei säumigen Prämienzahlern oftmals um Normalverdiener, welche den Solidaritätsgedanken der IPV unterminieren.

Wir erachten es deshalb als zwingend notwendig, dass der Kanton Zürich seinen gesamten gesetzlichen Spielraum ausnützt, um diese missbräuchliche Verwendung von Steuergeldern zu verhindern. Wir wollen, dass Versicherte die Verantwortung für ihr Verhalten übernehmen: Wer seinen Verpflichtungen nicht nachkommt, soll Leistungskürzungen in Kauf nehmen.

Der Regierungsrat nimmt auf Antrag der Gesundheitsdirektion wie folgt Stellung:

Bis Ende 2011 wurden Personen, die ihrer Prämienzahlungspflicht nicht nachgekommen waren, mit einem Leistungsaufschub sanktioniert (Art. 64a Bundesgesetz über die Krankenversicherung [KVG, SR 832.10] in der bis 31. Dezember 2011 geltenden Fassung). Mit dem revidierten Art. 64a KVG, der seit 1. Januar 2012 in Kraft ist, wurde der Leistungsaufschub abgeschafft, wobei Abs. 7 der genannten Bestimmung den Kantonen neu die Möglichkeit einräumt, eine Liste der säumigen Prämienzahlerinnen und -zahler einzurichten, für die dann wieder ein Leistungsaufschub gilt (auch bekannt als «Schwarze Liste», im Folgenden einfach «Liste» genannt). Bei der Beratung der letzten Teilrevision des Einführungsgesetzes zum Krankenversicherungsgesetz (EG KVG, LS 832.01; Vorlage 4859) führte der Kantonsrat im Dezember 2012 eine intensive Diskussion über die Einführung oder Nichteinführung einer Liste mit dem Ergebnis, dass auf eine Liste verzichtet wurde, wodurch der Leistungsaufschub im Kanton Zürich

rückwirkend ab dem 1. Januar 2012 wegfiel (vgl. § 18a EG KVG). Zugleich sagte die Gesundheitsdirektion zu, innert zwei Jahren ab Inkrafttreten des revidierten Gesetzes (1. Januar 2014, vgl. ABl 2013-11-22) über die Entwicklung der nichtbezahlten Prämien Bericht zu erstatten. Der Bericht wurde vom Basler Büro «B,S,S. Volkswirtschaftliche Beratung» erstellt und im Oktober 2015 abgeliefert. Er wurde dem Kantonsrat und der Öffentlichkeit zugänglich gemacht und kann auf der Website der Gesundheitsdirektion abgerufen werden (<http://www.gd.zh.ch/internet/gesundheitsdirektion/de/themen/behoerden/gesundheitspolitik.html> → Untersuchung über die Entwicklung der nichtbezahlten Krankenkassenprämien im Kanton Zürich).

Die Studie kommt aufgrund von umfangreichen Untersuchungen über die Entwicklung der Prämienausstände in jeweils mehreren Kantonen mit und ohne Liste zum Schluss, dass es keine gesicherte Evidenz für eine bessere Entwicklung der Prämienausstände in Kantonen mit einer Liste gebe (S. 56). Das Kosten-Nutzen-Verhältnis müsse skeptisch beurteilt werden: «Denn während sicherlich Kosten generiert werden, kann ein Nutzen nicht belegt werden» (S. 57). B,S,S. schätzt, dass im Kanton Zürich mit einmaligen Einführungskosten von Fr. 200000 bis Fr. 600000 und einem jährlichen Aufwand von Fr. 850000 bis Fr. 1800000 zu rechnen wäre (S. 21). Angesichts der im Kanton Schaffhausen bei einer Wohnbevölkerung von nicht ganz 80000 Personen anfallenden rund Fr. 100000 Aufwand pro Jahr erscheint diese Einschätzung als durchaus realistisch. Es widerspräche dem verfassungsmässigen Grundsatz der wirkungsvollen und wirtschaftlichen Aufgabenerfüllung, wie er in Art. 95 der Kantonsverfassung (LS 101) festgelegt ist, Aufwände in dieser Grössenordnung für ein Instrument zu betreiben, dessen Wirksamkeit aufgrund aller zur Verfügung stehenden Informationen als nicht gegeben bezeichnet werden muss. Der Gesundheitsdirektor stellte den Bericht der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Kantonsrates in der Sitzung vom 17. November 2015 vor. Die Kommission erklärte sich befriedigt.

Allein schon aufgrund der Ergebnisse der Studie erscheint die Einführung einer Liste als nicht ratsam. Es gibt aber auch noch weitere Gründe für eine Ablehnung:

Wer seine Krankenkassenprämien nicht bezahlt, muss gemäss Gesetz betrieben werden (Art. 64a Abs. 2 KVG). Nach erfolgter Betreibung gibt es drei Möglichkeiten des weiteren Verlaufes. Entweder bezahlt die betroffene Person die geschuldeten Prämien oder das Betreibungsverfahren fördert verwertbare Einkünfte oder verwertbares Vermögen zutage, das zwangsweise für die Begleichung der offenen Forderungen verwendet wird, oder es kommt zu einem Verlustschein. Dessen

Vorliegen stellt eine amtliche Bestätigung dafür dar, dass die betriebene Person ihrer Verpflichtung gegenüber dem Krankenversicherer nicht nachkommen kann. In dieser Situation ist es nicht sinnvoll, auf die erfolglos betriebene Person mittels einer Liste Druck auszuüben. Wer hingegen seinen Verpflichtungen bloss nicht nachkommen will, wird auch ohne Liste bereits heute durch das Betreibungsverfahren zum Bezahlen der Prämien gezwungen. Wie kürzlich der Presse zu entnehmen war, stieg die Summe der nicht bezahlten Prämien laut einer Statistik des Bundesamtes für Gesundheit auch in den Kantonen mit Liste deutlich an («Trotz schwarzer Liste steigen Prämienschulden», «Tages-Anzeiger» vom 7. Februar 2017, S. 3). Dies spricht nicht für die Wirksamkeit des Instrumentes.

Schliesslich führen schwarze Listen auch bei den Leistungserbringern zu Problemen, wie man der «Schweiz am Sonntag» vom 12. Februar 2017 entnehmen konnte. Meldet sich eine Person z.B. wegen länger andauernden Kopfschmerzen in der Notfallabteilung eines Spitals, muss der Ursache der Kopfschmerzen nachgegangen werden, um eine ernsthafte Erkrankung ausschliessen zu können. Diese Untersuchungen verursachen Kosten, welche die Spitäler von den Krankenversicherern nicht zurückerstattet erhalten, wenn sich im Nachhinein zeigt, dass keine ernsthafte Erkrankung vorliegt. Zu Diskussionen zwischen Spitälern und Krankenversicherern über die Kostentragung kommt es offenbar auch bei Schwangeren, weil sich gewisse Versicherer auf den Standpunkt stellen, dass eine Spontangeburt kein Notfall sei. Die Einführung der Liste wäre demnach auch aufseiten der Leistungserbringer mit erheblichem administrativem Mehraufwand und noch dazu mit Inkassoschwierigkeiten verbunden.

Aus diesen Gründen beantragt der Regierungsrat dem Kantonsrat, die Motion KR-Nr. 413/2016 nicht zu überweisen.

Stefan Schmid (SVP, Niderglatt): Thomas Marthaler hat im letzten Traktandum mitgeteilt, dass er lieber Probleme lösen statt aussitzen will. Es freut mich, dass wir vor der Mittagspause Gelegenheit haben, ein weiteres Problem zu lösen statt auszusitzen. Es geht um die Situation von unbezahlten Krankenkassenprämien. Im Jahr 2012 wurde das System der Leistungssistierung bei Ausständen von Krankenkassenprämien gesetzlich aufgehoben. Gleichzeitig wurde die Möglichkeit geschaffen, eine kantonale Liste von solchen säumigen Prämienzahlern zu führen und diese sodann nur noch in Notfällen zu versorgen. Die Personen können aber natürlich weiterhin die Vorzüge des Gesundheitswesens geniessen, wie gesagt, bei Notfällen. Im Zuge der

Gesetzesänderung hat sich dieser Rat intensiv mit der Schaffung einer solchen Liste auseinandergesetzt und kam zum Schluss, dass man mit jährlichen Kosten zwischen 850'000 und 1,8 Millionen Franken, geschätzt, rechnen müsse. Man erachtete dann die Kosten für den Unterhalt einer solchen Liste als zu hoch und dementsprechend den Nutzen als zu klein, zumal man auch nicht von einer Kostensteigerung in diesem Segment ausging. 2012 hat sich dieser Rat dann mit diesem Punkt befasst und entschieden, hier nicht weiter aktiv zu sein.

Nun, sechs Jahre danach, 2018, stehen wir also am Punkt, an dem wir wiederum entscheiden können – dieses Mal keine Interpellation, sondern in Form eines konkreten Vorstosses, einer Motion –, ob wir den Regierungsrat beauftragen wollen, eine solche Vorlage auszuarbeiten und dann wieder in der Kommission zu reflektieren und diesen Rat darüber entscheiden zu lassen. Wir von der SVP sind der Meinung, dass es nötig ist, zumal es auch offenkundig und ein Faktum ist, dass sich die Kosten für unbezahlte Krankenkassenprämien seit 2012 deutlich gesteigert haben. Es ist offenkundig und auch erwiesen, dass Kantone, welche eine solche Liste eingeführt haben, von einem tieferen Wachstum der Kostenzunahme betroffen sind als der Kanton Zürich. Diese massiven Mehrkosten haben uns dann veranlasst, eben diese Motion einzureichen. Wir sind der Meinung, dass es nicht sein kann, dass wir vonseiten Kanton 85 Prozent dieser Prämienausstände durch die Allgemeinheit, durch die Steuerzahler bezahlen lassen und dass wir die restlichen 15 Prozent der Kosten dieser Fehlbaren durch die Prämienzahler bezahlen lassen wollen. Daher haben wir uns für den Weg mit dieser Motion entschieden.

Es zahlt also heute die Allgemeinheit die Prämienausstände für jene Personen, welche nicht mit Geld umgehen können oder wollen und das Geld lieber in den privaten Konsum investieren. Wir stellen uns seitens SVP gegen diese Ungerechtigkeit und bitten Sie, dass auch Sie Ja sagen zu dieser Motion. Geben Sie mit uns zusammen der Regierung den Auftrag, die entsprechende Vorlage auszuarbeiten. Ich bin auch überzeugt, dass wenn dann in circa zwei Jahren das Resultat vorliegt, wir aufgrund der Zahlen und der Fakten restlos überzeugt sind in diesem Rat, dass eine solche Liste nottut. Stimmen Sie ja und unterstützen Sie unseren Vorstoss. Besten Dank.

Andreas Daurù (SP, Winterthur): «Die hohen Erwartungen haben sich nicht erfüllt», wird aus Luzern berichtet. «Das Prozedere wird nicht eingehalten, die Krankenkassen melden uns die Fälle nicht», sagt der Leiter des Amtes für Gesundheitsversorgung im Kanton Sankt Gallen

(*Peter Altherr*). «Die Erfahrungen haben gezeigt, dass die Wirkung beschränkt ist», sagt der Gesundheitsdirektor aus dem Kanton Graubünden (*Christian Rathgeb*). «Die Erfahrungen sind negativ und wir stellen den Antrag an den Kantonsrat, die Liste aufzuheben», meint die Solothurner Regierung. «Keinen durchschlagenden Abschreckungseffekt», tönt es aus dem Kanton Aargau, notabene von einer SVP-Regierungsrätin (*Franziska Roth*). Seit ab 2012 die Führung von sogenannten schwarzen Listen für Ausstände bei den Krankenkassen möglich ist, führen die Kantone Aargau, Graubünden, Luzern, Sankt Gallen, Schaffhausen, Solothurn und Tessin eine solche schwarze Liste ein. Von den sieben Kantonen sind heute, sechs Jahre nach der Einführung, bereits fünf wieder daran, diese abzuschaffen. Warum dies? Der Regierungsrat hat es bereits in seiner Stellungnahme zu dieser Motion geschrieben: Eine entsprechende Studie aus dem Jahre 2015 hat gezeigt, dass – ich zitiere – «die Datenauswertung in der vorliegenden Analyse zeigen keine gesicherte Evidenz für eine bessere Entwicklung der Prämienausstände in Kantonen mit Liste im Vergleich zu Kantonen ohne Liste.

Im Fazit der Studie gab es übrigens eine weitere spannende Erkenntnis, die insbesondere für «Spar-» und «Law-and-Order»-Parteien spannend sein könnte. Sehen wir uns die Wirkung einer solchen Liste auf zwei allfällig betroffene Personengruppen an, zeigt sich Folgendes: Bei Personen, die zum Zeitpunkt einer Betreibung die Prämien bezahlen, entstehen für den Kanton keine Kosten, da es ja auch keine Verlustscheine gibt. Dabei kommt es in einem solchen Fall nicht darauf an, ob es eine schwarze Liste gibt oder nicht. Bei Personen, die auch bei einer Betreibung nicht bezahlen können, resultiert ein Verlustschein. Da würde die Liste nur nützen, wenn sie eine präventive Wirkung hätte und die betroffene Person die Prioritäten ihrer Zahlung beispielsweise anders setzt. Das führt jedoch einfach zu einer Verschiebung, dass beispielsweise die Miete nicht mehr bezahlt wird oder werden kann, das heisst, es gibt einfach anderswo Ausstände oder die Person muss zur Sozialhilfe. Da hätte sie das Recht darauf, ich bin aber nicht sicher, ob Herr Schmid das dann als Ziel so möchte. Zudem wird ohne Not und Nutzen sanktioniert. Weiter ist das Kosten-Nutzen-Verhältnis nicht gegeben. Die Initialkosten belaufen sich, wie wir auch lesen können, auf 200'000 bis 600'000 Franken sowie jährliche Kosten zur Listenführung von 0,8 bis 1,8 Millionen Franken.

Nun, warum erzähle ich dies alles, es steht ja eigentlich im Bericht. Die Motionäre haben diesen Bericht, der seit 2015, also ein Jahr vor der Einreichung dieser Motion, öffentlich aufliegt, anscheinend nicht gelesen, davon müssen wir ausgehen, ansonsten hätten sie diesen Vor-

stoss bestimmt nicht eingereicht. Vonseiten SP verweisen wir auf diesen Bericht, der klar keinen Nutzen solcher Listen bestätigt. Wir verweisen auf die Erfahrungen der Kantone mit Listen, die ebenfalls auf keinen Nutzen schliessen lassen, und auf eine allgemein grosse Kritik in den Medien, die hat wahrscheinlich wirklich Hand und Fuss, dass nämlich wegen solcher schwarzen Listen Patientinnen und Patienten dringend benötigte Medikamente nicht ausgegeben werden, oder gar die Kosten einer Geburt nicht bezahlt werden, weil sie nicht als Notfall eingestuft wurde.

Dieses Mal gebe ich, im Gegensatz zum vorletzten Traktandum, dem Gesundheitsdirektor (*Regierungspräsident Thomas Heiniger*) recht: Die Motionäre haben hier die Verwaltung unnötig beschäftigt. Wir lehnen diese Motion ab.

Linda Camenisch (FDP, Wallisellen): Seit der Einführung des KVG im Jahr 1996 haben wir bekanntlich ein Obligatorium und gleichzeitig jährlich steigende Prämien. Trotz der IPV (*Individuelle Prämienverbilligung*) steigt auch die Anzahl der Personen mit Prämienschulden kontinuierlich. Wenn es schlussendlich zum Verlustschein kommt, das heisst nach dem durchgeführten Betreibungsverfahren, darf davon ausgegangen werden, dass die betroffenen Personen mehrheitlich die Prämien effektiv nicht bezahlen können. Die Krankenkassenprämien sind neben den Mietkosten die Positionen, welche die Familienbudgets zunehmend überdurchschnittlich stark belasten. Im Vergleich mit Europa, ja sogar im weltweiten Vergleich, sind die Schweizer mit Prämien, Selbstbehalt und Franchisen bereits heute auf den ersten Rängen der Selbstzahler.

Wir haben grundsätzlich ein gutes Gesundheitssystem. Für die ganze Bevölkerung ist der Zugang gewährleistet. Aber mit der Mengenausweitung, der Überversorgung, dem Wettrüsten der Spitäler wird immer schneller an der Kostenspirale gedreht. So ist das ganze System über kurz oder lang nicht mehr finanzierbar. Die Führung einer schwarzen Liste ist nicht nur ein grosser administrativer Aufwand, wobei Kosten und Nutzen angezweifelt werden dürfen – ich verweise auf die Studie –, sondern führt auch zu weiteren Problemen: Wer will denn entscheiden und damit die Verantwortung übernehmen, wenn es darum geht, einem Patienten eine Behandlung zu verweigern beziehungsweise festzuhalten, ob es sich nun um einen Notfall oder eben nicht handelt?

Eine schwarze Liste ist eine unwirksame Pflasterlipolitik. Der Prämienanstieg muss dringend angegangen werden, aber nicht über eine

solche Liste. Es müssen jetzt Massnahmen getroffen werden und alle Involvierten, die Spitäler, die Ärzte, die Versicherer, die Pharmaindustrie, Bund und Kantone und nicht zuletzt auch die Patienten durch ihr individuelles Verhalten im Krankheitsfall, werden ihren Teil beitragen müssen. Wir brauchen Verbesserungen im Gesamtsystem und nicht die Einführung einer schwarzen Liste.

Die FDP lehnt diese Motion ab. Danke.

Ronald Alder (GLP, Ottenbach): Jetzt haben wir es schon gehört: Eigentlich geht es in dieser Vorlage um ein zusätzliches Aufblähen des Verwaltungsapparates und um zusätzliche Belastungen der Steuerzahler. Diese Motion fordert die Wiedereinführung einer Liste von säumigen Krankenkassenprämienzahlern. Es hat sich bereits gezeigt, dass sich dies nicht realisieren lässt. Das Modell fliegt in dem Sinne nicht.

Wer sind denn so die betroffenen Personen? Die Sozialhilfeempfänger sind es nicht, denn da werden ja die Krankenkassenprämien direkt von den Gemeinden bezahlt. Aus meinem beruflichen Umfeld weiss ich, dass in vielen Fällen chronisch Kranke betroffen sind, und diese haben neben den gesundheitlichen Problemen oft dann auch noch mit grösseren finanziellen Problemen zu kämpfen. Ich kann mir nicht vorstellen, dass wir alle in diesem Rat diese Menschen, die schon von einer chronischen Krankheit betroffen sind, dann noch zusätzlich mit den massiven finanziellen Problemen, die sie ja eh schon haben, belasten wollen. Wichtig ist ja auch, dass wir schon ein System haben, das dem nachgeht, nämlich das Mahnungs- und Betreibungswesen, es erfüllt ja bereits dieses Ziel. Aus unserer Sicht zeigt das einmal mehr, dass es hier vor allem auch eine Harmonisierung des Betreibungsregisters des Kantons Zürich notwendig wäre, denn dann wären auch die säumigen Prämienzahler besser erkennbar. Die Grünliberalen sind der Ansicht, dass wir das Geld, statt in ein zusätzliches Aufblähen des Verwaltungsapparates, eher in ein Projekt dieser Art stecken sollten. Zudem ist dies bestimmt auch ein Thema, wenn es um die Revision des Einführungsgesetzes zum KVG geht, insbesondere dann auch beim Thema «Prämienverbilligungen».

Die Grünliberalen werden diese Motion ablehnen.

Kathy Steiner (Grüne, Zürich): Diese Forderung bringt die SVP ja nicht zum ersten Mal und sie bekommt auch jeweils postwendend die gleiche Antwort, dass nämlich mit schwarzen Listen kein Geld gespart wird. Das haben die Evaluationen in den anderen Kantonen gezeigt und auch der Bericht, den der Kanton Zürich in Auftrag gegeben hat.

Von schwarzen Listen profitieren erwiesenermassen nur die Krankenkassen, aber nicht einmal diese befürworten solche Listen, ihr Dachverband Santésuisse steht dem seit jeher sehr kritisch gegenüber. Es hat sich mehrfach gezeigt, dass schwarze Listen höchstens wenig bis gar keinen Einfluss auf die Zahlungsausstände haben. Wenn eine Betreuung kein Geld bringt, dann bringt auch eine schwarze Liste kein Geld.

Ich frage mich, was die Motionäre also tatsächlich mit ihrer Forderung erreichen wollen. Wir kennen die Faktoren, die dazu führen, dass viele Menschen Prämienausstände haben: Es ist die wirtschaftliche allgemeine Entwicklung sowieso und dann die Entwicklung der Prämien und der Prämienverbilligung. Es ist eine schlichte Tatsache, dass sich immer mehr Menschen die Krankenkassenprämien kaum mehr leisten können, weil auch die Entwicklung der Löhne und Prämien immer weiter auseinanderklaffen. Der Hebel müsste also bei den Prämien und den Prämienverbilligungen angesetzt werden und ich hoffe, dass die Motionäre sich dann daran erinnern, wenn wir die Revision des KVG hier drin beraten, wenn es um die Prämienverbilligungen geht. Menschen einfach den Zugang zu medizinischen Leistungen zu verbieten ist nicht nur falsch, eine solche Ausgrenzung schadet der ganzen Gesellschaft und kommt uns schlussendlich alle noch teuer zu stehen.

Lehnen Sie diese Motion ab.

Lorenz Schmid (CVP, Männedorf): Ein Evergreen, liebe Motionäre, als schienen Sie die lange Vorgeschichte dieser Debatte nicht zu kennen. Die Unzufriedenheit, die Ungerechtigkeit «Ich zahle, der andere nicht» gibt anscheinend Berechtigung, erneut Medienwirbel zu verursachen. Wir haben diese Diskussion 2012 geführt. Wir haben dazumal darauf verzichtet, aus Kostengründen – es wurde erwähnt, die Kosten werden, wenn wir das vom Kanton Schaffhausen extrapolieren, ungefähr auf 0,8 bis 1,8 Millionen Franken geschätzt, um in der Verwaltung diese schwarze Liste zu führen –, aber auch aus Gründen der Effizienz, weil ein Führen von Listen nichts bringt. Unsere Regierung bestätigt diese mangelnde Effizienz im Bericht 2015, den die FDP, ihr Vertreter in der Kommission, anno dazumal gefordert hat. Dieser Bericht ist öffentlich zugänglich. Mittlerweile wollen die Kantone Solothurn, Schaffhausen, Graubünden die schwarze Liste abschaffen. In Graubünden gab es einen unsäglichen Aids-Todesfall eines Patienten, der seine Medikamente aufgrund eines Leistungsstopps der ÖKK (*Schweizer Krankenversicherung*) nicht bezahlt erhielt. Stellen Sie

sich vor, wir haben schwarze Listen in den Kantonen, die zu Todesfällen führen, die vermeidbar gewesen wären. Die Gesundheitsdirektorin des Kantons Aargau, Franziska Roth von der SVP, sagte im Interview in der Aargauer Zeitung unlängst, Zitat: «Die schwarze Liste hat keinen durchschlagenden Abschreckungseffekt gezeigt. Die schwarze Liste löst keine Probleme, sie schafft neue.»

Liebe Motionäre, der Beweis ist erbracht. Die Listen bringen nichts, auch wenn es störend ist. Und die heutigen Mittel der Betreibung, des Ausstellens eines Verlustscheins, müssen genügen und greifen. Übrigens, der Bericht der Helsana (*Schweizer Krankenversicherung*) kommt zum Schluss – ein schönes Büchlein (*der Votant hält die Broschüre in der Hand*), 20 Jahre Prämien zahlen, Seite 65 –, dass ganz allgemein Zahlungsbefehle und Betreibungen in allen Branchen zugekommen haben, interessanterweise bei der OKP-Rechnungsbegleichung weniger als in allen anderen Branchen. Eine schöne Grafik wurde hier verfasst, ich stelle sie den Medienschaffenden zur Verfügung. Und das Fazit der Helsana ist klar und eindeutig: «Wir halten solche Listen für schädlich, unnötig, kontraproduktiv.»

Es sind vorwiegende chronisch Kranke, die davon betroffen sind, es wurde von Ronald Alder und Linda Camenisch erwähnt, zwei Gemeindevertretern, die wissen, wovon sie sprechen. Es ist der untere Mittelstand, der in den letzten zehn Jahren deutlich mehr von seinem Einkommen für die OKP bezahlen muss, als der Lohn gewachsen, also prozentual bedeutend mehr für die Krankenkassenprämien bezahlen muss.

Ich bin gespannt auf unsere Debatte, wenn wir über das Einführungsgesetz KVG sprechen. Ich bin froh, dass zumindest die SVP die Senkung auf 70 Prozent des Kantonsanteils gegenüber dem Bundesanteil für die individuellen Prämienverbilligungen nicht mehr mittragen möchte. Ich bin gespannt auf die FDP und die Grünliberalen, die immer noch von den 70 Prozent sprechen. Kosteneinsparungen zugunsten der Staatskasse, aber zulasten der OKP-Mittel des unteren Mittelstandes, der diese Kosten nicht mehr tragen kann. Da müssen wir Verantwortung übernehmen. Wir können nicht meinen, mit einer schwarzen Liste das Problem zu lösen. Wir lehnen diesen Evergreen-Vorstoss ab.

Markus Schaaf (EVP, Zell): «Und täglich grüsst das Murmeltier» (*Titel eines US-Films*), es ist ein arroganter, egozentrischer und zynischer Wetteransager, der sich eines Morgens in einer Zeitschleife befindet und den Tag zum x-ten Mal erlebt. Ganz ähnlich könnte es einem bei

diesem Thema in diesem Rat ergehen. Im Jahr 2015 wurde ein Bericht vorgelegt, welcher zeigt, dass schwarze Listen keine evidente Wirkung zeigen. Man kann die ganze Frage der Problematik auf eine kurze Frage zuspitzen: Will jemand seine Prämien nicht bezahlen oder kann er die Prämien nicht bezahlen? Es gibt tatsächlich Leute, die ihre Krankenkassenprämien nicht bezahlen wollen – trotz schwarzer Listen. In den Kantonen, in denen eine geführt wird, steigt die Zahl der säumigen Prämienzahler, die zwar zahlen könnten, aber nicht wollen. Für diese Leute gibt es schon heute geordnete Verfahren: Sie werden betrieben und Vermögenswerte werden sichergestellt und zu Geld gemacht, wenn sie denn vorhanden sind. Das sind diejenigen, die nicht bezahlen wollen. Für den Fall, dass eine Person nicht zahlen kann, auch da gibt es nach der Betreibung geordnete Verfahren. Wenn nach einem erfolgten Betreibungsverfahren keine verwertbaren Einkünfte oder Vermögenswerte vorliegen, welche zwangsweise für die Begleichung der Forderung verwendet werden können, gibt es einen Verlustschein. Wenn ein Verlustschein vorliegt, ist das quasi die amtliche Bestätigung dafür, dass jemand seine Prämien nicht bezahlen kann. Solche Menschen weiter plagen, das möchten Sie gerne. Nur, es bringt nichts, denn sie sind bereits geplagt genug und bei denen ist nichts mehr zu holen. Schwarze Listen bringen aber Leistungserbringer unter Druck, im Besonderen die Ärzte und Spitäler, die sich dann im schwierigen Dilemma zwischen Leben retten und Geld verlieren befinden.

Ein weiterer Punkt, der bei dieser Motion problematisch ist, sind die Kosten. Die Kosten sind deutlich höher als der Nutzen. Die Kosten sind heute auf dem Tisch. Man weiss, was es kostet, solche Listen zu führen. Die Kosten stehen in keinem Verhältnis zu dem, was es bringt. Unter dem Strich lässt sich sagen: Schwarze Listen bei säumigen Prämienzahlern kosten mehr als sie nützen, und sie schaffen mehr Probleme als sie lösen. Die EVP wird diese Motion nicht unterstützen.

Kaspar Bütikofer (AL, Zürich): Die Alternative Liste AL wird diese Motion der SVP nicht überweisen. Diese Motion von Stefan Schmid ist ein Paradebeispiel für SVP-Politik, eine Politik, die nicht ernsthaft Probleme lösen, sondern bloss neue Probleme schaffen will. Dafür kann dann die SVP in einer kruden Argumentation von missbräuchlicher Verwendung von Steuergeldern fabulieren, so in der Begründung zur Motion. Im Prinzip könnten wir auf die Diskussion vom Dezember 2012 verweisen, als wir eingehend über die Einführung von schwarzen Listen diskutiert haben. Nun, Herr Schmid ist später in den Rat gekommen und er hat natürlich das Recht, diese Diskussion

nochmals zu führen. Dies ist aber lediglich Zwängerei. Ich hätte Verständnis, wenn sich die schwarze Liste seit 2012 bewährt hätte und man mit diesen schwarzen Listen effektiv hätte Kosten bei der Verlustscheinübernahme sparen können. Doch die Realität sieht anders aus: Die Listen haben sich nicht bewährt. Der Kanton Graubünden – Lorenz Schmid hat es schon gesagt – will die schwarze Liste für säumige Prämienzahlerinnen und -zahler wieder abschaffen, und auch andere Kantone sehen keinen Nutzen in dieser schwarzen Liste. Das Führen einer schwarzen Liste kostet lediglich Geld. Den Kanton Zürich würde dieser SVP-Spass jährlich rund 1 Million Franken oder mehr kosten.

Es liegt auch auf der Hand, dass für jemanden, der seine Krankenkassenprämie nicht mehr bezahlen kann und in den Privatkonkurs getrieben wurde, keine präventive Wirkung von einer als SVP-Pranger gedachten schwarzen Liste ausgeht. Das echte Problem besteht darin, dass zahlreiche Menschen in diesem Kanton die Krankenkassenkosten nur noch mit grosser Mühe bezahlen können. Während die Krankenkassenprämien von Jahr zu Jahr munter steigen, kann das Lohnwachstum mit diesem Kostenwachstum nicht mehr Schritt halten. Die Belastungsgrenze durch die Gesundheitskosten ist für den unteren Mittelstand längstens erreicht. Gegensteuer können wir nicht mit schwarzen Listen oder ähnlichem Unfug geben, Gegensteuer zu dieser enormen Belastung durch die Gesundheitskosten geben wir, indem wir verhindern, dass sich die öffentliche Hand weiter aus der Finanzierung der Gesundheitskosten zurückzieht, beispielsweise indem wir keine Sparmassnahmen bei den Prämienverbilligungen vornehmen.

Ich bitte Sie, lösen Sie die echten Probleme, für Scheinprobleme der SVP haben wir kein Geld. Die Finanzierung einer schwarzen Liste wäre dann tatsächlich eine missbräuchliche Verwendung von Steuergeldern. Besten Dank.

Maria Rita Marty (EDU, Volketswil): Eine schwarze Liste ist grenzwertig, und zwar in vielerlei Hinsicht, nicht weil es administrative Kosten von einer Million verursacht, sondern weil es die Grundversorgung, auf die jeder Anrecht hat, nicht gewährleistet. Insbesondere ist es so, dass die Eltern zum Beispiel auf die Liste kommen, welche nicht bezahlt haben, und die Kinder sind die Leidtragenden, weil sie auch keine Gesundheitsversorgung haben können, da die Eltern dann nicht zum Arzt gehen oder der Arzt diese Versorgung verweigert. Von daher also sehr grenzwertig und ein Eingriff in die Grundrechte der Menschen, gemäss KVG hat ja jeder das Recht auf die Grundversor-

gung. Das andere ist «im Notfall»: Wie wird ein Notfall festgestellt? Es kommt nicht jeder Mensch mit einem Schädelbruch in den Notfall, es gibt auch Notfälle, die man nicht sofort eruieren kann, sondern es braucht eine Untersuchung. In dieser Hinsicht ist diese Motion gar nicht machbar.

Die EDU wird diese sehr grenzwertige Motion nicht überweisen.

Marcel Lenggenhager (BDP, Gossau): Ja, ich habe diese Motion mitunterschrieben. Was mir jetzt an dieser Diskussion nicht ganz gefällt, ist einfach, dass man sagt, man habe Erfahrungen gemacht. Sie sind negativ, es bringt nichts und kostet viel. Wenn wir doch all das, was in diesem Kanton einen Haufen kostet und nichts bringt, abschaffen könnten, egal aus welcher Richtung wir es auch sehen. Denn wir haben ja genügend Geld für viele Dinge. Wir haben sehr viel, würde ich sogar behaupten, nicht gerade Nutzloses, aber mit wenig Nutzen. Das ist eine Argumentation, die ich meinerseits so nicht mittragen könnte.

Was ich aber mittrage in Ihrer Argumentation zur Ablehnung – und ich habe jetzt sehr gut zugehört –, ist tatsächlich, zu sehen, dass wir zu Härtefällen kommen, dass Härtefälle im Laufe der Zeit oder überhaupt Schicksale auslösen können, die wir – keiner hier drin, auch diejenigen, die diese Motion mitgetragen haben – wirklich nicht möchten. All Ihre Argumentationen, die in diese Richtung gehen, wenn sie in die menschliche Richtung gehen, haben mich heute überzeugt, dass ich nicht den Knopf drücken werde, den Sie vermuten, dass ich ihn drücken werde. Und auch meine Fraktion wird dies nicht tun. Wir haben das wirklich durchdiskutiert und es macht es wirklich sehr, sehr schwer.

Was mich nach wie vor einfach stört, ich möchte das ganz klar sagen, dass wir halt eben Leute haben, die mutwillig genau diese Kosten nicht tragen wollen, die sich hinter der Argumentation von Ihnen verschanzen, «Es wird immer teurer, ich vermag es nicht richtig» et cetera. Ich muss auch – ob mit weniger oder mit mehr Geld – für meinen Haushalt Prioritäten setzen. Ich hätte auch gerne das eine oder das andere mehr, was ich nicht haben kann, weil ich prioritäre Kosten habe, die ich zu bezahlen habe. Ich weiss nicht, wie wir das lösen wollen, es wurde angesprochen: Wir müssen irgendwo eine ganzheitliche Lösung finden. Ich hoffe, dass Sie sie finden. Ich kenne sie mit Sicherheit nicht, ich bin auch nicht Gesundheitspolitiker, vielleicht gerade darum weiss ich es nicht. Aber bitte nicht mehr allzu lange warten, denn unsere Kosten, gerade auch von jenen, die halt diese Krankenkassenprämien wirklich nicht bezahlen können, schiessen in die Höhe.

Und es kann nicht die Allgemeinheit sein, die einfach alles und jedes zu bezahlen hat. Wir müssen hier mit Sicherheit eine Lösung finden und da forder ich Sie auf, aktiv zu werden und schnell zu arbeiten, damit wir schnell zu einer Lösung kommen und nicht einfach das Ganze wieder hinauszuziehen nach dem Motto «Der Staat übernimmt ja dann das Ganze» und wir werden es sehen.

Wie gesagt, lieber Stefan Schmid, es tut mir leid, aber ich habe heute irgendwie eine zwiespältige Überzeugung, sodass ich nicht zu 100 Prozent hinter dem stehen kann, wofür ich mich letztthin eingeschrieben haben, und das werde ich heute auch in der Abstimmung mit meinen Kolleginnen und Kollegen meiner Fraktion kundtun. Danke.

Diego Bonato (SVP, Aesch): Ich muss diesen einheitlichen Minnegesang leider etwas stören. In Absprache mit dem Erstunterzeichner möchte ich Ihnen zwei Gründe nennen, wieso ich diese Motion mitunterzeichnet habe, ich tauche als Zweitunterzeichner auf. Sie werden sehen, wir fabulieren nicht und wir fantasieren nicht und es ist ein wesentliches Problem, das wir hier ansprechen wollen und müssen. Gut.

Erster Grund ist die ungewöhnlich hohe Aufwandsteigerung für die Zahlungen an Krankenkassen für Verlustscheine. Und der zweite Grund ist das grundsätzliche Verkennen der Lage von Personen, die in einem Betreibungsverfahren stecken. Die ungewöhnlich hohe Aufwandsteigerung ist rasch erklärt – samt der aus FIKO-Mitglied-Sicht recht krassen Unterschätzung dieses Verlustscheinaufwandes durch die Gesundheitsdirektion. Hingegen braucht das Verkennen vom Wesen eines Betreibungsverfahrens eine sachlich genaue Erklärung. Schuldenberater preisen den Privatkonkurs mit wichtigen Vorteilen. Auf dies ist unbedingt einzugehen und einiges zu erkennen, sonst schauen Sie nur zu, so wie wir das hier zurzeit tun in diesem Bereich.

Zuerst also die ungewöhnlich hohe Steigerung bei den Zahlungen an Krankenkassen aufgrund von Verlustscheinen: Pflicht ist, dass der Kanton 85 Prozent der Verlustscheinbeiträge aus unbezahlten Prämien und notabene auch aus unbezahlten Krankenkosten den Krankenkassen rückvergüten muss. Aufwand im Jahr 2015: 37 Millionen Franken. Im Jahr 2016: 42 Millionen Franken. Im Jahr 2017: 48 Millionen Franken. Das Budget 2017 war lediglich mit 36 Millionen eingestellt worden, also krasse 12 Millionen zu wenig beziehungsweise 33 Prozent daneben. Die Anzahl Personen mit Verlustscheinen liegt dabei bei 20'800 für das Jahr 2017 und wurde um 10 Prozent unterschätzt. Nun gut, das Budget 2018 wurde nun erstmals massiv nach oben korrigiert, plus 30 Prozent, doch diese neue Budgetierung geht nicht mit

irgendwelchen direkten Massnahmen einher, den Aufwand bei Kostenbeteiligung aufgrund von Verlustscheinen einzudämmen – leider.

Und so komme ich nun zum Punkt, wie die Gesundheitsdirektion das Betreibungsverfahren versteht, nämlich als etwas in Stein Gemeisseltes, Unverrückbares und Schlimmes. Dass ein Betreibungsverfahren als etwas Schlimmes betrachtet wird, sehe ich in der Wortwahl. Viele sprechen ja von Betroffenen. Die Gesundheitsdirektion selbst bezeichnet den offiziellen Indikator unter der Leistungsgruppe 6700 mit «betroffenen Versicherten mit Verlustscheinen». Ich zitiere weiter aus der Antwort der Gesundheitsdirektion zu dieser Motion: «In dieser Situation ist es nicht sinnvoll, auf die erfolglos betriebene Person mittels einer Liste Druck auszuüben.» Es gilt die Augen zu öffnen, wer hier betroffen ist. Dieser Satz verrät mir nämlich, dass die Gesundheitsdirektion sich in einem Gesundheitsthema wähnt und völlig verkennt, dass es sich um ein Thema betreffend Privatkonkurs handelt. Der eigentlich springende Punkt beim Privatkonkurs ist die Berechnung des betreibungsrechtlichen Existenzminimums. Auch ich zucke jeweils zusammen bei dieser sperrigen Wortkombination. Es ist aber konkret nun so, dass das betreibungsrechtliche Existenzminimum vom Betreibungsamt festgestellt wird, und zwar in Anlehnung an Empfehlungen, aber stets je Fall von neuem und individuell. Und das betreibungsrechtliche Existenzminimum hat nichts mit den SKOS-Richtlinien (*Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe*) zu tun. Das betreibungsrechtliche Existenzminimum ist stets höher als die SKOS-Richtlinien und das Einkommen schnell relativ schnell auf über 6000 Franken pro Monat hoch. Das heisst, darunter kann keine Lohnpfändung erfolgen. Entsprechend empfehlen Schuldenberater frech den Privatkonkurs mit Verlustscheinen, weil folgende gewichtige Vorteile bestehen, hören Sie zu: Das laufende Einkommen steht wieder zur vollen Verfügung nach dem Verlustschein. Verschiedenste Gegenstände werden ... (*Die Redezeit ist abgelaufen.*)

Stefan Schmid (SVP, Nidderglatt) spricht zum zweiten Mal: Ich versuche mich kurz zu fassen für eine Replik. Einerseits: Kathy Steiner, du sagtest, profitieren würden die Krankenkassen. Es ist aber so, dass letztendlich die Prämienzahler profitieren, zu 15 Prozent, es profitieren die Steuerzahler und insbesondere – zumal diese Gelder aus dem selben Topf kommen wie die Prämienerbilligungen – profitieren jene Personen, welche nicht sehr viel Geld zum Leben haben, welche auf diese Prämienerbilligungen angewiesen sind. Das verkennen Sie einfach. Und da müssen Sie nicht kommen und sagen, dass die Krankenkassen profitieren.

Dann der zweite Punkt an die Adresse der EDU: Ich finde den Gedankengang, dass man den Jugendlichen und den Kindern besonders Beachtung schenken soll, legitim, und er ist in die Motion eingeflossen. Zweiter Abschnitt, ich zitiere: «Von der Liste ausgeschlossen sein sollen Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene.» Also wir haben daran gedacht, aber offenbar wurde es nicht gelesen. Schade.

Marcel Lenggenhager, ich kann auch dein Votum irgendwie nachvollziehen, dass du irgendwo wankelmütig geworden bist. Aber ich kann dir auch sagen: Bis vor 2012 hatten sämtliche Personen, welche die Prämien nicht bezahlten, einen Leistungsstopp. Das war nicht eine unmenschliche Gesellschaft bis 2012, also dürfen auch wir hier die Situation nicht verkennen.

Und dann noch zuletzt und damit schliesse ich meine Rede: Es ist legitim, dieses Thema, diesen Evergreen, nochmals zu bringen, ich zitiere einen Regierungsratsbeschluss aus dem Jahr 2011: «Bei den Prämienübernahmen wird sich kein Mehraufwand gegenüber heute ergeben. Es ist mit jährlichen Kosten von rund 20 bis 25 Millionen zu rechnen.» Ich denke, das ist Grund genug, um ein Thema nach sechs Jahren wieder aufs Tapet zu bringen. Und ich werde es mir nochmals erlauben, sofern ich dann noch in diesem Rat bin. Besten Dank.

Regierungspräsident Thomas Heiniger: Überweisen Sie um Gottes Willen diese Motion nicht (*Heiterkeit*), denn schwarze Listen führen nicht zu rosa Streifen am Gesundheitskostenhorizont, schwarze Listen sind wie ein grosses dunkelgraues Loch, und öffnen Sie dieses für die nächsten sechs Jahre nicht. Danke.

Abstimmung

Der Kantonsrat beschliesst mit 115 : 49 Stimmen (bei 2 Enthaltungen), die Motion KR-Nr. 413/2016 nicht zu überweisen.

Das Geschäft ist erledigt.

Schluss der Sitzung: 12.15 Uhr

Es findet eine Nachmittagssitzung mit Beginn um 14.30 Uhr statt.

Zürich, den 28. Mai 2018

Die Protokollführerin:
Heidi Baumann

Von der Protokollprüfungskommission der Geschäftsleitung genehmigt am
XXXXXXX 2018.

Provisorisch