



88. Sitzung, Montag, 14. Januar 2013, 8.15 Uhr

Vorsitz: *Bernhard Egg (SP, Elgg)*

Verhandlungsgegenstände

1. Mitteilungen

- Antworten auf Anfragen *Seite 5924*
- Zuweisung von neuen Vorlagen *Seite 5925*
- Dokumentationen im Sekretariat des Rathauses
 - *Protokollauflage* *Seite 5925*
 - *Resolution* *Seite 5925*

2. Eintritt eines neuen Mitglieds des Kantonsrates

für den aus dem Kantonsrat zurückgetretenen Rolf

André Siegenthaler, Zürich *Seite 5926*

3. Einführungsgesetz zum Krankenversicherungsgesetz

Antrag der Redaktionskommission vom 17. Dezember 2012 **4859b**

Seite 5927

4. Zusatzleistungsgesetz; Einführungsgesetz zum Krankenversicherungsgesetz

Antrag der Redaktionskommission vom 17. Dezember 2012 **4876a**.....

Seite 5931

5. Suizidprävention

Antrag des Regierungsrates vom 30. November 2011
zum Postulat KR-Nr. 20/2008 und gleichlautender
Antrag der Kommission für soziale Sicherheit und
Gesundheit vom 2. Oktober 2012 **4858**.....

Seite 5932

6. Gesundheitsgesetz

Antrag der Redaktionskommission vom 17. Dezember 2012 **4904a** *Seite 5942*

7. Nachfolgestudie zum Einsatz von Psychopharmaka bei Kindern und Jugendlichen

Postulat von Heidi Bucher (Grüne, Zürich), Peter Schulthess (SP, Stäfa) und Rolf André Siegenthaler (SVP, Zürich) vom 28. März 2011
KR-Nr. 111/2011, RRB-Nr. 870/6. Juli 2011
(Stellungnahme) *Seite 5942*

8. Unabhängige Beschwerdeinstanz für in Heimen lebende Menschen und deren Angehörige

Postulat von Erika Ziltener (SP, Zürich) und Peter Stutz (SP, Embrach) vom 19. September 2011
KR-Nr. 254/2011, Entgegennahme, Diskussion *Seite 5955*

9. Pilotprojekt: Neues Versorgungsmodell in der Geburtshilfe

Postulat von Erika Ziltener (SP, Zürich) und Heidi Bucher (Grüne, Zürich) vom 3. Oktober 2011
KR-Nr. 283/2011, RRB-Nr. 46/18. Januar 2012
(Stellungnahme) *Seite 5965*

10. Grenzüberschreitende Gesundheitspolitik

Postulat von Barbara Bussmann (SP, Volketswil), Esther Guyer (Grüne, Zürich) und Marcel Lenggeler (BDP, Gossau) vom 14. November 2011
KR-Nr. 313/2011, RRB-Nr. 212/6. März 2012
(Stellungnahme) *Seite 5974*

11. Leistungsstopp bei säumigen Zahlern von Krankenkassenprämien

Interpellation von Jörg Kündig (FDP, Gossau) und Linda Camenisch (FDP, Wallisellen) vom 14. November 2011
KR-Nr. 314/2011, RRB-Nr. 1575/21. Dezember 2011.. *Seite 5982*

12. Auftragserteilung/Erstellung einer Studie mit dem Ziel der Erarbeitung von ethischen Richtlinien und Qualitätsstandards für die Betreuung und Pflege von Menschen mit einer Demenz

Postulat von Silvia Seiz (SP, Zürich), Renate Büchi (SP, Richterswil) und Peter Stutz (SP, Embrach) vom 14. November 2011

KR-Nr. 326/2011, RRB-Nr. 286/21. März 2012

(Stellungnahme)

(gemeinsame Behandlung mit KR-Nr. 327/2011)..... Seite 5988

13. Qualitätsstandards für die Betreuung und Pflege von Personen mit Demenzerkrankungen

Postulat von Silvia Seiz (SP, Zürich), Renate Büchi (SP, Richterswil) und Peter Stutz (SP, Embrach) vom 14. November 2011

KR-Nr. 327/2011, RRB-Nr. 286/21. März 2012

(Stellungnahme)

(gemeinsame Behandlung mit KR-Nr. 326/2011)..... Seite 5988

14. Projekt Trennung des Kantonsspitals Winterthur vom Kanton

Interpellation von Andreas Daurù (SP, Winterthur), Hanspeter Göldi (SP, Meilen) und Angelo Barrile (SP, Zürich) vom 7. Mai 2012

KR-Nr. 137/2012, RRB-Nr. 683/27. Juni 2012..... Seite 6005

Verschiedenes

– Rücktrittserklärung

- *Rücktritt aus dem Bankrat der ZKB von Kurt Schreiber*..... Seite 6015

– Neu eingereichte parlamentarische Vorstösse..... Seite 6016

Geschäftsordnung

Ratspräsident Bernhard Egg: Zuerst wünsche ich Ihnen allen, auch wenn schon der 14. Januar ist, ein ganz gutes Neues Jahr, viel Erfolg und beste Gesundheit.

Wird das Wort zur Geschäftsliste gewünscht? Das ist nicht der Fall. Dann ist Traktandenliste genehmigt.

1. Mitteilungen

Antworten auf Anfragen

Ratspräsident Bernhard Egg: Der Regierungsrat hat uns die Antworten auf elf Anfragen zugestellt:

- KR-Nr. 261/2012, Arbeitsvergaben des Kantons und Lohndumping
Franco Albanese (CVP, Winterthur)
- KR-Nr. 283/2012, Regionale Arbeitsplatzgebiete retten für eine bessere Work-Family-Balance
Franco Albanese (CVP, Winterthur)
- KR-Nr. 284/2012, Renaturierung von ehemaligen Deponien
Karin Egli (SVP, Elgg)
- KR-Nr. 287/2012, Ungereimtheiten in der Affäre Condrau an der Universität Zürich
Jürg Trachsel (SVP, Richterswil)
- KR-Nr. 294/2012, Fragwürdige Mehreinnahmen durch Bussgelder im Kanton Zürich
Erich Bollinger (SVP, Rafz)
- KR-Nr. 296/2012, Umsetzung Validierung von Bildungsleistungen gemäss Art. 31 BBV
Susanna Rusca Speck (SP, Zürich)
- KR-Nr. 301/2012, Keine masslose Erhöhung der Ordnungsbussen im Strassenverkehr
Pierre Dalcher (SVP, Schlieren)
- KR-Nr. 309/2012, Den leer stehenden Gasthof mit neuem Leben füllen
Hans-Peter Amrein (SVP, Küsnacht)
- KR-Nr. 313/2012, Polizeilicher Umgang mit Jugendlichen im öffentlichen Raum
Mattea Meyer (SP, Winterthur)
- KR-Nr. 324/2012, Nachtflugsperre am Flughafen Zürich
Robert Brunner (Grüne, Steinmaur)

- KR-Nr. 327/2012, Kinder- und Jugendprostitution im Kanton Zürich
Gerhard Fischer (EVP, Bäretswil)

Zuweisung von neuen Vorlagen

Zuweisung an die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit:

- **SKOS-Richtlinien**
Beschluss des Kantonsrates zum Postulat KR-Nr. 83/2008, Vorlage 4949

Zuweisung an die Kommission für Staat und Gemeinden:

- **Volksinitiative «Weniger Steuern fürs Gewerbe (Kirchensteuerinitiative)»**
Beschluss des Kantonsrates, Vorlage 4951
- **Haftungsgesetz**
Vorlage 4952

Dokumentationen im Sekretariat des Rathauses

Im Sekretariat des Rathauses liegen zur Einsichtnahme auf:

- Protokoll der 83. Sitzung vom 10. Dezember 2012, 14.30 Uhr
- Protokoll der 84. Sitzung vom 11. Dezember 2012, 16.30 Uhr
- Protokoll der 85. Sitzung vom 11. Dezember 2012, 20.15 Uhr
- Protokoll der 86. Sitzung vom 17. Dezember 2012, 8.15 Uhr
- Protokoll der 87. Sitzung vom 17. Dezember 2012, 14.30 Uhr

Resolution

Ratspräsident Bernhard Egg: Dann hat mir Toni Schaller (*Altkantonsrat Anton Schaller*) – Einzelnen in diesem Saal noch bekannt – im Namen des Zürcher Senioren- und Rentnerverbandes eine Resolution zukommen lassen. Die Resolution liegt im Sekretariat zur Einsichtnahme auf und wurde den Fraktionspräsidien bereits zur gutscheinenden Verwendung verteilt.

2. Eintritt eines neuen Mitglieds des Kantonsrates

für den aus dem Kantonsrat zurückgetretenen Rolf André Siegenthaler, Zürich

Ratspräsident Bernhard Egg: Wir dürfen für den aus dem Kantonsrat zurückgetretenen Rolf André Siegenthaler ein neues Ratsmitglied begrüßen. Die Direktion der Justiz und des Innern hat uns folgende Verfügung zukommen lassen.

Ratssekretärin Barbara Bussmann verliest die Verfügung der Direktion der Justiz und des Innern vom 7. Dezember 2012: «Ersatzwahl eines Mitglieds des Kantonsrates für die Amtsdauer 2011 bis 2015 im Wahlkreis IV, Stadt Zürich, Kreise 6 und 10.

Die Direktion der Justiz und des Innern, gestützt auf Paragraph 108 des Gesetzes über die politischen Rechte vom 1. September 2003, verfügt:

Als Mitglied des Kantonsrates im Wahlkreis IV, Stadt Zürich, Kreise 6 und 10, wird für den zurücktretenden Rolf André Siegenthaler (Liste Schweizerische Volkspartei) als gewählt erklärt:

*Bruno Amacker, lic. iur. Rechtsanwalt, stellvertretender
Gerichtspräsident,
geboren 1963, wohnhaft in Zürich.»*

Ratspräsident Bernhard Egg: Ich bitte, den Gewählten eintreten zu lassen.

Bruno Amacker, die Direktion der Justiz und des Innern hat Sie als Mitglied des Kantonsrates als gewählt erklärt. Bevor Sie Ihr Amt ausüben können, haben Sie gemäss Paragraph 5 des Kantonsratsgesetzes das Amtsgelübde zu leisten.

Ich bitte, die Tür zu schliessen. Die Anwesenden im Ratssaal und auf der Tribüne erheben sich. Ich bitte die Ratssekretärin, das Amtsgelübde zu verlesen.

Ratssekretärin Barbara Bussmann verliest das Amtsgelübde: «Ich gelobe als Mitglied dieses Rates, Verfassung und Gesetze des Bundes

und des Kantons Zürich zu halten, die Rechte der Menschen und des Volkes zu schützen und die Einheit und Würde des Staates zu wahren. Die Pflichten meines Amtes will ich gewissenhaft erfüllen.»

Ratspräsident Bernhard Egg: Bruno Amacker, Sie leisten das Amtsgelübde, indem Sie mir die Worte nachsprechen: «Ich gelobe es.»

Bruno Amacker (SVP, Zürich): Ich gelobe es.

Ratspräsident Bernhard Egg: Ich danke Ihnen und heisse Sie herzlich willkommen. Sie können Ihren Platz im Ratssaal einnehmen. Sie können sich wieder setzen, die Tür kann geöffnet werden.

Das Geschäft ist erledigt.

3. Einführungsgesetz zum Krankenversicherungsgesetz

Antrag der Redaktionskommission vom 17. Dezember 2012 **4859b**

Hans-Ueli Vogt (SVP, Zürich), Präsident der Redaktionskommission: Die Redaktionskommission hat am Ende des vergangenen Jahres diese Vorlagen noch beraten. Sie hat die Vorlage Einführungsgesetz zum Krankenversicherungsgesetz lediglich in formeller Hinsicht in einigen wenigen Punkten geändert. Sie hat die Paragraphen-Nummerierung in einem Punkt korrigiert und im Übrigen nur sprachliche Präzisierungen vorgenommen und ansonsten keine Änderungen angebracht.

Redaktionslesung

Titel und Ingress

I. Einführungsgesetz zum Krankenversicherungsgesetz vom 13. Juni 1999

I. Vollzug

§§ 1, 2, 3, 4, 5 und 5a

Keine Bemerkungen; genehmigt.

§ 8 Grundsatz

Abs. 1–3

Keine Bemerkungen; genehmigt.

Abs. 4

Ratspräsident Bernhard Egg: Bei Paragraph 8 Absatz 4 stellt Erika Ziltener den Antrag, auf die Vorlage zurückzukommen. Dieser Antrag wurde heute Vormittag verteilt. Für Rückkommen braucht es bekanntlich 20 Stimmen. Wir stellen zuerst fest, ob dieses Quorum erreicht wird.

Abstimmung

Der Rückkommensantrag wird von 45 Ratsmitgliedern unterstützt. Damit ist das Quorum von 20 Stimmen erreicht. Rückkommen auf Paragraph 8 Absatz 4 ist beschlossen.

Antrag von Erika Ziltener:

⁴ *Die Prämienverbilligung entspricht höchstens dem Beitrag der Bruttoprämie. Prämienverbilligungsbeiträge unter Fr. 100.- werden nicht ausgerichtet.*

Erika Ziltener (SP, Zürich): Unser Rückkommensantrag – Sie haben es gehört – betrifft explizit nur den Paragraphen 8 Absatz 4, und zwar deshalb, weil mit diesem Paragraphen die ursprüngliche Gesetzesvorlage nahezu unbemerkt geändert wurde. In der Beratung wurde nicht klar, wie diese Änderung ausgesehen hat. Der Paragraph 4 Absatz 4 ist zur Auszahlung der Prämienverbilligung da. Das Gesetz sah keine Untergrenze vor. Erst in der regierungsrätlichen Vorlage war die Grenze von 100 Franken eingesetzt. Wir gingen von diesem Antrag aus und schlossen uns an. Die SVP wollte bekanntlich die Grenze auf 200 Franken erhöhen und hat mit ihrem Minderheitsantrag eine Mehrheit bekommen.

Auf die Auszahlung von weniger als 200 Franken zu verzichten, halte ich für reichlich elitär. Personen, die Prämienverbilligung erhalten, müssen ihr Geld in der Regel einteilen, also sind 100 Franken oder 140, 180 oder wie viel auch immer nicht zu vernachlässigen. Das für die IPV (*Individuelle Prämienverbilligung*) vorgesehene Geld wird

verteilt. Es ist nur richtig, wenn alle davon profitieren und nicht wir entscheiden, für wen welcher Betrag relevant ist. Kommt dazu, dass es eine Einzelberechnung ist und es durchaus mehrere Personen betreffen kann, die im gleichen Haushalt wohnen beispielsweise. Und zum Geld: Wenn es eingespart beziehungsweise nicht ausbezahlt würde, würde es auf die übrigen IPV-Bezügerinnen und -Bezüger verteilt, was hochgerechnet ungefähr 1 Franken ausmachen würde.

Wenn also dieser Paragraf geändert wird und überhaupt eine Auszahlungsgrenze eingefügt werden soll, so beantragen wir, diese bei 100 Franken, wie es der Regierungsrat vorgesehen hat, festzusetzen. Ich danke Ihnen für die Unterstützung.

Willy Haderer (SVP, Unterengstringen): Es mutet etwas frivol an, hier zu begründen, wir hätten an der letzten Sitzung zu wenig Zeit gehabt, um über dieses Problem zu diskutieren. Das Gegenteil ist der Fall: Wir haben eine ganze Beige Vorstösse zu behandeln heute, die von mir direkt als Ladenhüter der KSSG (*Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit*) zu bezeichnen sind. Und wir haben es nicht geschafft, an der letzten Sitzung, obwohl diese zusätzlich zur Verfügung stand, hier etwas abzuschaffen.

Zur Sache selbst: Wir haben diesen Betrag angeglichen an eine andere Gesetzesformulierung und haben gesagt: Wenn schon niedrigste Beträge festgelegt werden, dann sollen sie an beiden Orten gleich festgelegt werden. Deshalb sind diese 200 Franken dann entstanden. Viel mehr ärgert es mich, dass wir bei den Krankenkassenprämien-Rückvergütungen feststellen müssen, dass der Kanton Zürich über 800'000 Franken zu viel und der Kanton Bern 800'000 Franken zu wenig einbezahlt hat – nein, es sind natürlich Millionen – und der Kanton Zürich hat weit über 400 Millionen Franken zu viel einbezahlt und dass dort nichts getan wird, um diese Sache wieder auszugleichen. Dann hätten wir eine entspanntere Situation. Ich bitte insbesondere den Gesundheitsdirektor (*Regierungsrat Thomas Heiniger*), hier ganz energisch in Bern nochmals vorstellig zu werden, damit diese Sache nun endlich – und zwar nicht als Wischiwaschi-Angelegenheit – erledigt wird, sodass auch unsere Prämienzahler zu Recht kommen.

Um auf den Antrag zurückzukommen: Lehnen Sie diesen Antrag ab. Wir haben über diesen Minderheitsantrag abgestimmt und es muss eigentlich nichts mehr zusätzlich dazu gesagt werden.

Hans Peter Häring (EDU, Wettswil a. A.): Die EDU hat sich für die Variante «100 Franken» eingesetzt und hält daran fest. Es geht eben nicht nur um 100 Franken, sondern für eine sechsköpfige Familie kann es um einen Betrag bis zu 1200 Franken gehen. Und das, finden wir, ist ein Betrag, den man nicht einfach so unter den Tisch wischen kann. Danke.

Abstimmung

Der Kantonsrat lehnt den Antrag von Erika Ziltener mit 92 : 74 Stimmen (bei 0 Enthaltungen) ab.

Keine weiteren Bemerkungen; genehmigt.

§§ 9, 11, 12, 13, 15, 16a, 18, 18a, 19, 19a, 19b, 20, 21, 23 und 24

VI. Auskünfte und Amtshilfe

§§ 25, 25a und 29a

Ersatz von Bezeichnungen

II. Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetz vom 2. Mai 2011

§ 17a

Marginalie zu § 18

III., IV. und V.

Keine Bemerkungen; genehmigt.

Ratspräsident Bernhard Egg: Damit ist die Vorlage redaktionell durchberaten.

Schlussabstimmung

Der Kantonsrat beschliesst mit 164 : 0 Stimmen (bei 0 Enthaltungen), der Vorlage 4859b zuzustimmen.

Das Geschäft ist erledigt.

4. Zusatzleistungsgesetz; Einführungsgesetz zum Krankenversicherungsgesetz

Antrag der Redaktionskommission vom 17. Dezember 2012 **4876a**

Hans-Ueli Vogt (SVP, Zürich), Präsident der Redaktionskommission:
Auch bei dieser Vorlage hat die Redaktionskommission nur ganz untergeordnete formelle Änderungen vorgenommen. Besten Dank.

Redaktionslesung

Titel und Ingress

I. Gesetz über die Zusatzleistungen zur eidgenössischen Alters-, Hinterbliebenen- und Invalidenversicherung vom 7. Februar 1971

Titel: Zusatzleistungsgesetz (ZLG)

§ 2a

Ersatz von Bezeichnungen

§§ 7c, 12, 17 und 18, Marginalie zu § 21, §§ 21a, 21b, 34

II. Einführungsgesetz zum Krankenversicherungsgesetz vom 13. Juni 1999

§§ 14, 21, 23

III.

Keine Bemerkungen; genehmigt.

Ratspräsident Bernhard Egg: Damit ist die Vorlage redaktionell durchberaten.

Schlussabstimmung

Der Kantonsrat beschliesst mit 167 : 0 Stimmen (bei 0 Enthaltungen), der Vorlage 4876a zuzustimmen.

Das Geschäft ist erledigt.

5. Suizidprävention

Antrag des Regierungsrates vom 30. November 2011 zum Postulat KR-Nr. 20/2008 und gleichlautender Antrag der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit vom 2. Oktober 2012 **4858**

Eva Gutmann (GLP, Zürich), Präsidentin der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit (KSSG): Das vorliegende Postulat wurde vor fünf Jahren eingereicht. Es forderte den Regierungsrat auf, über die Suizidprävention im Kanton Zürich zu berichten, ein Suizidpräventionskonzept zu erarbeiten, zu realisieren und dessen Wirksamkeit zu überprüfen.

Die ausführliche regierungsrätliche Antwort beruht auf einem Expertenbericht des Forums für Suizidforschung und Suizidprävention. Dabei handelt es sich um einen Verein, in dem sich Fachpersonen aus der Praxis und der Forschung zusammengeschlossen haben. Der Bericht empfiehlt dem Regierungsrat zusammengefasst, eine eigentliche Suizidpräventionsstrategie zu erarbeiten. Dazu gehören zum Beispiel der routinemässige Rückruf von Waffen und nicht mehr benötigten Medikamenten, die Sicherung von Türmen und Brücken oder die Abgabe einer sogenannten Green Card an Personen nach einem Suizidversuch, auf der geeignete Telefonnummern aufgeführt sind.

Als nächsten Schritt sieht der Regierungsrat vor, die Suizidprävention als Schwerpunktthema zu definieren. Konkret soll eine bestehende Institution mit der Strategiesteuerung und -koordination sowie mit der inhaltlichen Gesamtplanung beauftragt werden.

Der wertvolle Grundlagenbericht ist in der Kommission auf breite Zustimmung gestossen. Mittlerweile hat im Auftrag der Sicherheitsdirektion das Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich die Vorbereitungsarbeiten für das geplante Schwerpunktprogramm aufgenommen.

Die KSSG beantragt Ihnen einstimmig, das Postulat abzuschreiben.

Heidi Bucher (Grüne, Zürich): Gestern Abend habe ich zum dritten Mal den Bericht zur Suizidprävention im Kanton der Experten des Forums für Suizidprävention und Suizidforschung Zürich vom 25. August 2011 gelesen. Als Politikerin studiere ich Postulatsantworten mit zwei Vorurteilen. Erstens: Postulate werden nicht ernst genommen und bewirken ausser eines «Berichtlis» – Zitat Esther Guyer – ja

doch nichts. Zweitens: Der Regierungsrat beschönigt, wo er kann. Es geht also darum, beim Lesen die Auslassungen, verdeckten Wahrheiten und Umgehungen zu finden. Dieses Mal wurde ich mit diesem Blick enttäuscht, was wirklich selten geschieht. Ich habe nichts gefunden. Ich werde also heute keine giftige, ironische, überkritische Rede halten müssen, sondern eine Laudatio halten dürfen, die verbunden ist mit einem Riesendankeschön an die Autoren und Autorinnen des Berichts, Vladeta Ajdacic-Gross, Sebastian Haas, Mark Ita, Barbara Meister – sie war die Projektleiterin – und Marianne Ring, und an den Regierungsrat. Die Experten und Expertinnen haben einen umfassenden, in sich logischen und leserinnenfreundlichen Bericht verfasst, der konkret ist und realisierbare Massnahmen vorschlägt. Lesen Sie ihn, es lohnt sich. Und der Regierungsrat hat ihn ernst genommen und ein Schwerpunktprogramm für Suizidprävention befürwortet. Die dazu notwendigen Schritte sind eingeleitet worden. Mir bleibt nun aber die Möglichkeit, in diesem Rahmen Ihnen einige wichtige Dinge zum Thema «Suizid» mit auf Ihren Weg zu geben, sie sind dem Bericht entnommen.

Erstens: Suizid ist eine häufige Todesursache, die in der gleichen Grössenordnung zu den potenziell verlorenen Lebensjahren beiträgt wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Suizid tritt eher in jüngeren Jahren auf. Er macht namentlich bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen bis gegen 25 Prozent der Todesfälle aus. Aus einer Generation stirbt ein Mensch von zehn an Suizid.

Zweitens: Es wird geschätzt, dass auf einen Suizid etwa zehn Suizidversuche kommen.

Drittens: Die Lebenszeitprävalenz der Suizidversuche beträgt 10 Prozent. Das wären 18 der hier anwesenden Kantonsräte und Kantonsrätinnen, wären wir denn vollständig.

Viertens: Etwa 50 Prozent der Zürcher und Zürcherinnen haben in ihrem Leben Suizidgedanken. Das sind heute 83,5 von uns.

Fünftens: Im schweizerischen Vergleich weist der Kanton Zürich eine hohe Rate auf und ist im obersten Drittel der Kantone zu finden.

Sechstens: Die Suizide können in ihrer überwiegenden Zahl als psychische Unfälle bezeichnet werden. Sie ereignen sich vor dem Hintergrund einer Krisensituation oder schweren chronischen Belastungen. Besonders gefährdet sind somit impulsive Menschen sowie Menschen

mit belastenden psychischen Symptomen aufgrund einer Krise oder psychischen Störungen.

Siebtens: Suizidprävention ist rechtlich und menschlich begründbar. Der Kanton hat hier Pflichten, Rechten und Kompetenzen.

Achtens: Die Suizidprävention ist so erfolgreich wie Unfallprävention und kann sich methodisch an diese anlehnen. So kann sie erfolgreich sein.

Neuntens: Da in den vergangenen Jahrzehnten keine namhafte Suizidprävention in Gang gekommen ist und nachdem nach wie vor eine deutliche Unterversorgung bei psychischen Krisen und Störungen im ambulanten Bereich besteht, können durch geeignete Massnahmen die aktuellen Suizidraten halbiert oder sogar gedrittelt werden.

Dies packt der Regierungsrat nun an, wie Mario Fehr in der Kommissionssitzung, an der ich teilnehmen durfte, versprochen hat. Das Postulat kann deshalb abgeschrieben werden.

Markus Schaaf (EVP, Zell): Suizidprävention geht uns alle an. Jährlich nehmen in der Schweiz etwa 1300 Männer und Frauen sich das Leben. Konkret heisst das: Jeden Tag sterben in der Schweiz drei bis vier Personen durch Suizid. Etwa 10 Prozent der Menschen in der Schweiz unternehmen im Lauf ihres Lebens einen Suizidversuch. Und rund 50 Prozent der Bevölkerung geben an, im Laufe des Lebens wenigstens einmal an Suizid gedacht zu haben. Natürlich könnte man jetzt sagen, wir leben hier in einem liberalen Staat, wir wollen die Eigenverantwortung des Einzelnen respektieren. Wenn sich jemand das Leben nehmen will, dann darf er das. Das ist sein freier Wille, der zu respektieren ist. Doch dieser Argumentation ist entschieden entgegenzutreten. 60 bis 90 Prozent der Suizidenten erfüllen die diagnostischen Kriterien einer psychischen Störung, meistens ist es eine Depression. Bei Jugendlichen stehen jedoch sehr oft vorübergehende Krisen, Liebeskummer oder Probleme mit den Eltern, als Auslöser für eine Suizidhandlung im Vordergrund. Suizid geschieht fast immer als Kurzschlusshandlung in einer Situation, in der man keinen anderen Ausweg mehr sieht. In einer Krise erscheint der Suizid als einfachster und letzter Ausweg. Aber Suizid ist keine Lösung, denn jeder Suizid richtet immer einen unendlich grossen Schaden an. Von einem Suizid ist stets ein ganzes Netzwerk von Menschen betroffen, seien es Partner, Kinder, Angehörige, Freunde, Kollegen. Sie alle bleiben zurück

mit einem Gefühl von Trauer, Schmerz, Fragen, Schuldgefühlen, Wut und Hilflosigkeit. Der Schaden, der bei einem Suizid hinterlassen wird, ist stets unendliches Leid. Und als Gesellschaft kann es deshalb nur eine Antwort geben: Suizid ist kein akzeptabler Weg, um Probleme zu lösen. Suizid ist eine Sackgasse.

Die EVP hat den Expertenbericht des Regierungsrates zur Suizidprävention mit grossem Interesse gelesen und hat eine interessante Feststellung gemacht: Wie oft hören wir vom Regierungsrat, dass er für dieses oder für jenes Problem nicht zuständig sei. Entweder müsse man sich auf der Bundesebene in Bern um dieses Problem kümmern oder es sei Sache der Gemeinde. Hier bei diesem Thema hat der Regierungsrat für einmal anders gehandelt. In geradezu wohlthuender Weise setzt er sich ernsthaft mit einem gesellschaftlichen Phänomen auseinander und sucht konstruktiv und glaubwürdig nach Lösungen. Mit dem vorgeschlagenen Drei-Phasen-Modell, welches uns am Schluss des Berichtes vorgestellt wird, zeigt der Regierungsrat auf, welche konkreten Massnahmen geplant sind, welche Direktion und welches Amt dafür zuständig ist und mit welchen Kosten zu rechnen ist. Und es fällt auf, dass jede Direktion bei der Umsetzung der geplanten 16 Massnahmen auf die eine oder andere Weise am Projekt beteiligt ist. Diese directionsübergreifende Art Zusammenarbeit ist geradezu beispielhaft. Lieber Regierungsrat, genau so stellen wir uns Regierungsarbeit vor. Was wäre in unserem Kanton sonst noch alles möglich?

Erlauben Sie mir trotzdem, einen kleinen Kritikpunkt am Expertenbericht anzubringen: Die Verfasser weisen darauf hin, dass Suizide in aller Regel in einer Situation der Krise geschehen und quasi das Ergebnis eines psychischen Unfalls sind. Der Bericht unterscheidet dann zwischen gewöhnlichen Suiziden und assistierten Suiziden. Genau diese Unterscheidung erachten wir als sehr problematisch. Denn auch der assistierte Suizid geschieht in einer Krise, in einer Situation der scheinbaren Ausweglosigkeit. Und auch assistierte Suizide hinterlassen bei den Hinterbliebenen die genau gleichen Gefühle und Empfindungen. Und als Gesellschaft müssen wir auch diesen Menschen mehr zu bieten haben als nur die sichere Begleitung in den sicheren Tod. Denn wer einen Suizidversuch überlebt hat, wird mit der Wahrscheinlichkeit von 90 Prozent nicht durch einen weiteren Suizidversuch sterben. Weshalb soll diese Erkenntnis nicht auch für alte und kranke Menschen gelten?

Gegen Ende des Berichts steht dann der Satz «Suizidprävention ist ein klassisches Querschnittsthema». Leider ist es aber auch so – das steht jetzt nicht im Bericht: Prävention ist auch ein klassisches Sparthema. Zu schnell kommt nämlich die Versuchung, ob denn wirklich all diese Massnahmen nötig seien und ob man hier nicht zu viele Ressourcen in etwas investiert, bei dem man die Wirkung doch kaum nachweisen könne. Es wird wohl über kurz oder lang die Frage auftauchen, ob die Massnahmen zur Suizidprävention wirklich in der Masse nötig seien. Deshalb zum Schluss noch eine wichtige Erkenntnis aus dem Expertenbericht: Mit geeigneten Massnahmen könne die aktuelle Suizidrate halbiert oder sogar auf einen Drittel reduziert werden. Das ist doch mal eine klare Ansage, genau diesen Erfolg müssen wir erreichen.

Wir danken dem Regierungsrat und den involvierten Fachleuten für den Expertenbericht und werden die weitere Entwicklung und Umsetzung der Massnahmen mit grosser Aufmerksamkeit verfolgen.

Hans Peter Häring (EDU, Wettswil a. A.): Das vorliegende Postulat könnten wir, ohne uns dazu zu äussern, abschreiben und das nächste Traktandum in Angriff nehmen. Für uns ist es aber zu wichtig, denn jeder Selbstmord und jeder Versuch dazu ist einer zu viel.

Im Expertenbericht wird eine Reduktion der Selbstmordrate um die Hälfte oder sogar bis auf einen Drittel in Aussicht gestellt, das heisst in der Schweiz von 1'500 auf 750 oder 500 pro Jahr oder im Kanton Zürich von 180 auf 90 respektive 60 aufgrund der Zahlen von 2009. Voraussetzung dazu ist aber, dass wir die von den Experten vorgeschlagenen Massnahmen umsetzen, welche gemäss Aussagen der Regierung keine hohen Kosten verursachen. Im Weiteren wird im Bericht festgehalten – ich zitiere –, dass bei der Suizidprävention im Gegensatz zur Unfallprävention der politische Wille zu rationalem Handeln wenig vorhanden sei, eine Neuorientierung bei Politikern, Verantwortlichen in der Verwaltung und bei Fachpersonen sei notwendig.

Die Experten haben da nicht ganz Unrecht. Wir haben dem Postulat nicht die erforderliche Bedeutung beigemessen. Mit einem Postulat vom 14. Januar 2008 wurde die Regierung eingeladen, über die Suizidprävention im Kanton Zürich zu berichten, ein Suizidpräventionskonzept zu erarbeiten und dessen Wirksamkeit zu überprüfen sowie

dem Kantonsrat regelmässig Bericht zu erstatten. Das Postulat wurde dann am 30. November 2009 überwiesen. Der Expertenbericht wurde am 25. August 2011 vorgelegt. Heute haben wir den 14. Januar 2013. Wo setzen wir als Kantonsrat unsere Prioritäten? Wenn Sie nach aktuellen Zahlen über die Selbstmordraten suchen, finden sie im statistischen Jahrbuch 2012 die aktuellste Zahl aus dem Jahre 2009. Wo setzen wir die Prioritäten?, frage ich erneut. Hier geht es um Menschenleben. Die EDU wird die Entwicklung der Zahlen mit Aufmerksamkeit verfolgen und hofft, die Experten werden mit ihren optimistischen Prognosen Recht bekommen. Die EDU wird der Abschreibung zustimmen. Danke.

Erika Ziltener (SP, Zürich): Als Mitunterzeichnerin kann ich mich den Ausführungen von Heidi Bucher vollumfänglich anschliessen. Auch wir beurteilen den Bericht als umfassend, vollständig und sorgfältig. Unserem Anliegen wird vollumfänglich Rechnung getragen, wir sind deshalb mit der Abschreibung einverstanden.

Urs Lauffer (FDP, Zürich): Unsere Fraktion war damals in der Debatte, als es darum ging, diesen Bericht zu verlangen oder eben nicht zu verlangen, sehr kritisch. Zum einen, weil in aller Regel das Resultat, das aus solchen Berichten kommt, nicht besonders befriedigend ist und zum andern, weil wir auch inhaltliche Vorbehalte hatten. Lassen Sie mich auch zu Beginn sagen, dass wir über diesen Bericht gerne diskutieren, weil er qualitativ sehr gut ausgefallen ist und weil er eben eine grosse Nähe zur Praxis dieses Themas hat. Wir sind also im Nachhinein durchaus befriedigt, dass der Kantonsrat diesen Bericht in Auftrag gegeben hat.

Unsere inhaltlichen Vorbehalte waren und sind bei diesem Thema eng verbunden mit der Frage der Selbstbestimmung über das eigene Leben. Ich sage das darum nochmals, weil jetzt in den Voten meiner Vorredner sowohl von der EVP wie von der EDU halt angeklungen ist, dass sie dies völlig anders sehen. Wenn gesagt wurde, dass keine einzige Selbsttötung ein akzeptabler Weg sei, dann wollen wir dem durchaus widersprechen, im Wissen, dass sehr viele dieser Selbsttötungen vermeidbar wären und eine Tragödie darstellen. Aber es ist eben ein schmaler Grat in dieser Frage: Wo beginnt ein nicht statthafter Eingriff des Staates in die Selbstbestimmung des einzelnen Men-

schen und wo ist es in der Tat notwendig, mit Prävention dafür zu sorgen, dass nicht die Selbsttötung zu einem zu bequemen Ausweg wird oder in Notsituationen gewählt wird, in denen andere Lösungen möglich wären? Das ist in diesem Bericht aus unserer Sicht auch sehr gut dargestellt worden.

Lassen Sie mich zwei Punkte inhaltlich noch kurz beleuchten. Zur Präventionsarbeit – das wissen wir alle – gehört die Öffentlichkeitsarbeit, gehört Medienarbeit, gehört Information. Und gerade in diesem Thema der Selbsttötung ist auch das ein sehr heikler Weg, ein schmaler Grat. Wir wissen, dass insbesondere im Bereich der Jugendlichen zu viel Information über dieses Thema auch das Gegenteil dessen bewirken kann, was man mit Prävention anstrebt. Sie alle kennen das von der Schwierigkeit unserer Bahnbetriebe, über sogenannte Unfälle mit Personenschaden zu berichten respektive eben nicht zu berichten. Ich finde, zum Beispiel die SBB machen das sehr klug, unaufgeregt. Aber es ist wirklich so, dass wir hier Mittel und Wege finden müssen, die keine Nachahmertaten auslösen. Das ist einfach gesagt, aber sehr schwierig gemacht.

Und der andere Punkt, den ich hier einfach erwähnen möchte, ist derjenige der Moralkeule. Prävention, wie sie gerade hierzulande gemacht wird, hat natürlich immer sehr viel damit zu tun, dass man den Menschen sagt: Was ist für dich gut, was ist für dich gesund, was sollst du lassen, was ist schädlich? Ich kann eigentlich nur hoffen und eigentlich auch erwarten, dass in diesem Thema die Moralkeule sehr zurückhaltend verwendet wird. Menschen, die mit dieser Frage existenziell befasst sind, für sich oder auch bei Angehörigen, brauchen nicht Vorwürfe, brauchen nicht die Aussage «So etwas gehört sich nicht», sondern sie brauchen, wenn schon, praktische Hilfe zur Lösung ihrer Notsituation. Das alles, glaube ich, steht in diesem Bericht gut zusammengefasst. Darum hoffen wir, dass dieser Bericht nicht Papier bleibt, sondern in die Tat umgesetzt wird. Was wir nicht möchten – ich will das auch nochmals betonen, wir haben das damals schon gesagt –, ist ein jährliches Reporting im Kantonsrat zu diesem Thema. Lassen wir die Fachleute arbeiten.

Lorenz Schmid (CVP, Männedorf): Im Gegensatz zur FDP waren wir Mitunterzeichnende dieses Postulates und sind hocherfreut über die tolle Arbeit, die der Regierungsrat geleistet hat und mit entsprechenden Stakeholders im Kanton Zürich, sprich mit diesem Forum, auch

einen Expertenbericht verfasst hat. Wir sind uns bewusst, dass dieser Expertenbericht erst der erste Schritt für eine allumfassende Suizidprävention im Kanton Zürich bedeutet. Wir sind zufrieden über die wohlwollende Arbeit und Antwort der Regierung, sind uns jedoch bewusst, dass jetzt eigentlich dann die entsprechenden und konkreten Schritte folgen. Diese werden auch finanzielle Folgen haben und werden in allen Direktionen vollzogen werden müssen – in den Direktionen, in den Schulen oder auch im öffentlichen Verkehr, es wurde erwähnt. Die beeindruckenden Zahlen wurden bereits von Heidi Bucher erwähnt. Es sind 67'000 Suizidversuche, die die Schweiz pro Jahr zu verbuchen hat. Zu den Fallzahlen bei den Verkehrstoten wissen wir: Seit 1970 hat sich die Verkehrstoten-Rate auf 2004 von 1694 auf 510 reduziert, und diese Tendenz ist anhaltend. Jedoch bei den Suizidtoten steigt sie leider. Sie ist seit 1970 von 1150 auf 2300 gestiegen. Wenn wir dann das neue Gesetz auf nationaler Ebene, die «via sicura», anschauen und sehen, wie dort Milliarden für die Strassenverkehrssicherheit eingesetzt werden, ist sicher nachvollziehbar, dass ein paar Millionen in der Suizidprävention guttun.

Über die Motivation der Suizide wurde bereits berichtet und es ist wirklich so, dass wir bei den Kurzschluss-Suiziden und bei den Suiziden aufgrund von anhaltendem Leidensdruck – sie repräsentieren 80 Prozent der Suizidversuche – etwas bemerken müssen. Und zwar haben Studien ergeben, dass bereits bei Befragungen nach sechs Monaten 90 Prozent dieser 80 Prozent dieser Suizidversuche bereits schon eine Antwort haben und sagen, sie seien glücklich über den Misserfolg ihres Suizidversuches. Es geht hier doch um beeindruckende Zahlen, diese 80 Prozent, in denen wirklich diese Suizidprävention Sinn macht. Auch wissen wir, dass die Schweiz vorwiegend bei Frauen im internationalen Ranking sehr hochsteht, hinter Russland, Litauen, Ungarn und Slowenien stehen wir auf Platz 5 der Suizidraten international. Und auch die volkswirtschaftlichen Schäden werden in der Schweiz mit 2,5 Milliarden Schweizer Franken pro Jahr beziffert. Dies wurde auch recherchiert und publiziert von der NZZ am 20. November 2004. Suizidprävention tut not, auch für den Kanton Zürich. Das Forum für Suizidprävention und Suizidforschung Zürich schätzt die notwendigen Ressourcen während dreier Jahre auf 1 Million Franken, das entspricht 300'000 Franken pro Jahr. Mein lieber Banknachbar Urs (*Urs Lauffer*), das entspricht knapp der Hälfte des Betrags, den wir für das Jahr 2013 für das Mamma-Karzinom-Screening

budgetiert haben – mit ungleich kleinerem Erfolg, kann ich Ihnen versichern. Deshalb unterstützen wir nicht nur einhellig den vorliegenden Expertenbericht. Wir werden dann auch in Zukunft die nötigen finanziellen Mittel sprechen, um die Präventionskonzepte im Kanton Zürich umzusetzen.

Gestatten Sie mir hierzu noch eine Bemerkung – sie betrifft auch die Kosten – zum Begriff der verlorenen Lebensjahre. Wir sprechen in der Medizin von verlorenen Lebensjahren in Bezug auf eine Krankheit. Studien belegen, dass die durch Suizid verlorenen Lebensjahre circa den durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen verlorenen Lebensjahren entsprechen. Ich kann Ihnen versichern: Jeder Franken, den wir in die Suizidprävention stecken und somit Lebensjahre gewinnen, ist um das Tausend-, Zehntausendfache besser investiert als wenn wir diese Lebensjahre bei den Herz-Kreislauf-Krankheiten gewinnen wollten. Als Apotheker und somit am Business der Herz-Kreislauf-Erkrankungen zwar interessiert, spreche ich da gegen meine Mühlen. Aber ich spreche von wahren Inhalten. Diese Investitionen würden und werden sich sicher lohnen. Wir werden sie finanziell auch mittragen. Wir werden das Postulat abschreiben.

Regierungsrat Mario Fehr: Zunächst danke ich dem Kantonsrat für diese sehr ernsthafte, differenzierte, meines Erachtens auch umfassende Beratung des Berichts. Ich danke auch für die freundliche Aufnahme. Markus Schaaf hat meines Erachtens zu Recht darauf hingewiesen, dass jeder Suizid mit Leid verbunden ist, mit Leid für die Familien, für das ganze Umfeld, und auch darauf, dass Suizid nach wie vor eine der häufigsten Todesursachen ist. Auf einen Suizid kommen zehn Suizidversuche und von daher ist es eigentlich klar, dass sich hier eine anspruchsvolle gesellschaftliche Querschnittsaufgabe stellt. Die Sicherheitsdirektion hat die Aufgabe übernommen, hier bis zu diesem Punkt die Arbeiten zu koordinieren. Aber selbstverständlich waren wir auf die Mitarbeit aller anderen Direktionen angewiesen. Diese ist erfolgt. Ich glaube, der Regierungsrat hat aufgezeigt, dass er dieses Thema sehr ernst nimmt.

Lorenz Schmid hat gesagt, dass jetzt konkrete Schritte folgen müssen. Das sieht der Regierungsrat auch so. Die Gesundheitsdirektion hat dem im Postulat auf Seite 5 angekündigten Rahmenkonzept konkrete Taten folgen lassen. Im Mai 2012 wurde das Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich damit beauftragt, dieses

Konzept zu erarbeiten. Es gibt jetzt ein konkretes Konzept, das «Prävention psychischer Erkrankungen, Grundlagen für den Kanton Zürich» heisst. Im Vorwort zu diesem Konzept hält der Gesundheitsdirektor (*Thomas Heiniger*) meines Erachtens sehr prägnant fest, wie die Position der Zürcher Regierung ist. Er sagt dort: Die Zürcher Regierung ist zum Schluss gekommen, dass Suizidprävention zu einem Schwerpunktprogramm im Rahmen einer umfassenden Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton Zürich werden soll. Und gleichzeitig wurde das Institut für Sozial- und Präventivmedizin damit beauftragt, diese Arbeiten zu koordinieren. Das Institut für Sozial- und Präventivmedizin wird dabei von einer Begleitgruppe, bestehend aus Vertretern der verschiedenen Direktionen, begleitet. Sie sehen, Urs Lauffer, die Fachleute arbeiten. Die Regierung ist gewillt, die notwendigen Massnahmen umzusetzen. Meines Erachtens ist das eine absolute gesellschaftspolitische Notwendigkeit. Ich kann Ihnen einfach versprechen: Wir bleiben an diesem Thema dran. Vielen Dank.

Willy Haderer (SVP, Unterengstringen): Sehr geehrter Herr Regierungsrat, lieber Mario (*Mario Fehr*), du hast den Begriff aufgenommen, dass mit Suizid Leid verbunden ist und Betroffenheit. Ich möchte hier doch an uns, als gesamte Gesellschaft, doch auch dieses Wort richten, dass es nicht immer nur Leid und Betroffenheit ist – das ist es immer in diesem Fall, wenn man die Sache von weit weg betrachtet –, dass es aber auch Befreiung oder Erlösung bedeuten kann und dass es sehr differenziert angeschaut werden muss, in welchem Alter und unter welchen Bedingungen man zu diesem Mittel greift. Wir haben nicht das Recht, hier in so pauschaler Art und Weise das einfach als Leid verursachend hinzustellen. Das möchte ich doch noch dazu sagen, weil ich vorher nicht gesprochen habe. Denn wir sind absolut einverstanden mit diesem Bericht. Es ist ein ausserordentlich guter Bericht. Danke.

Ratspräsident Bernhard Egg: Die vorberatende Kommission schlägt die Abschreibung des Postulates vor. Ein anderer Antrag wurde nicht gestellt. Das Verfahren ist beendet.

Das Postulat 20/2008 ist abgeschrieben.

Das Geschäft ist erledigt.

6. Gesundheitsgesetz

Antrag der Redaktionskommission vom 17. Dezember 2012 4904a

Hans-Ueli Vogt (SVP, Zürich), Präsident der Redaktionskommission:
Auch bei dieser Vorlage hat die Redaktionskommission lediglich ganz untergeordnete formelle Änderungen vorgenommen. Vielen Dank.

Redaktionslesung

Titel und Ingress

I. Gesundheitsgesetz vom 2. April 2007

§§ 10, 25, 27–29, 58

II.

Keine Bemerkungen; genehmigt.

Schlussabstimmung

Der Kantonsrat beschliesst mit 146 : 0 Stimmen (bei 0 Enthaltungen), der Vorlage 4904a zuzustimmen.

Das Geschäft ist erledigt.

7. Nachfolgestudie zum Einsatz von Psychopharmaka bei Kindern und Jugendlichen

Postulat von Heidi Bucher (Grüne, Zürich), Peter Schulthess (SP, Stäfa) und Rolf André Siegenthaler (SVP, Zürich) vom 28. März 2011
KR-Nr. 111/2011, RRB-Nr. 870/6. Juli 2011 (Stellungnahme)

Das Postulat hat folgenden Wortlaut:

Der Regierungsrat wird aufgefordert, die von der Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften (ZHAW) vorgeschlagene Nachfolgestudie zum Einsatz von Psychopharmaka bei Kindern und Jugendlichen, wie sie im Bericht «Interventionen bei psychischen Störungen

von Kindern und Jugendlichen», Mai 2010, vorgeschlagen wird, unverzüglich in Auftrag zu geben.

Begründung:

Der Regierungsrat hat aufgrund des Postulats KR-Nr. 202/2006 bei der ZHAW einen Bericht «Interventionen bei psychischen Störungen von Kindern und Jugendlichen» in Auftrag gegeben. Die Studie, welche das Ergebnis dieses Auftrags ist, zeigt Aspekte derjenigen Krankheiten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie auf, die üblicherweise mit Psychopharmaka behandelt werden. Sie analysiert zudem die Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Psychopharmakabehandlungen bei den drei häufigsten für eine Psychopharmakotherapie indizierten psychischen Krankheiten des Kindes- und Jugendalters.

Auf das im Postulat KR-Nr. 202/2006 verlangte Monitoring wurde aus Kostengründen verzichtet. Es bleibt laut ZHAW-Studie deshalb offen, wie psychische Probleme von Kindern und Jugendlichen in der Praxis behandelt werden. Die Forschenden schlagen zwar kein Monitoring, aber eine andere sinnvolle Nachfolgestudie vor, die exemplarisch am Beispiel des Aufmerksamkeitsdefizit – Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) aufzeigen soll, wie die Verbreitung dieser psychischen Störungen unter Kindern und Jugendlichen im Kanton Zürich ist (Zeitverlauf /Entscheidungsprozess der Eltern für die Inanspruchnahme der professionellen Hilfe und der Art der Intervention / Bedeutung des sozialen Umfeldes, insbesondere der Schule, für die Wahl bestimmter Interventionen).

Es gibt wenige aktuelle und publizierte oder wenigstens zugängliche Daten zur Häufigkeit psychischer Störungen unter Kindern und Jugendlichen und den damit verbundenen Interventionen. Zudem fehlen unabhängige Untersuchungen, welche die (langfristige) Zunahme von Wohlbefinden bei den Betroffenen nach Interventionen überprüfen und belegen. Es existieren jedoch viele unüberprüfte Alltagstheorien und Hypothesen. So besteht der Verdacht, dass die Zunahme von Psychopharmaka-Abgaben mit der Unfähigkeit der Schule zu tun habe, bewegungsfreudigen Knaben (und manchmal auch Mädchen) das nötige Umfeld zu bieten, und sie deshalb mit Psychopharmaka ruhig gestellt würden. Eine weitere Alltagstheorie ist die Idee, dass das Marketing und die Verkaufslust von Pharmafirmen Ärzte und Ärztinnen zur vorschnellen Abgabe von Psychopharmaka motiviere, ohne

dass eine genaue Problemanalyse vorgenommen werde und nichtmedizinische Massnahmen ausreichend geprüft würden.

Es ist die Aufgabe des Kantons Zürich, solche gravierenden Vorwürfe ernst zu nehmen, sie zu widerlegen oder entsprechende Risikominimierungen vorzunehmen.

Der Regierungsrat nimmt auf Antrag der Gesundheitsdirektion wie folgt Stellung:

In der öffentlichen Diskussion über den Stellenwert verschiedener Therapieansätze bei der Behandlung von psychischen Störungen sind oft emotionale Reaktionen festzustellen, gerade wenn es um den Einsatz von Psychopharmaka bei Kindern und Jugendlichen geht. Der Regierungsrat hat im Rahmen der Bearbeitung von parlamentarischen Vorstössen in den letzten Jahren wiederholt zu Fragen im Zusammenhang mit der Verwendung von Psychopharmaka, insbesondere von Medikamenten wie Ritalin Stellung bezogen (vgl. Stellungnahme zum Postulat KR-Nr. 332/2004 betreffend Einsatz von psychoaktiven Substanzen an öffentlichen Schulen, Beantwortung der Interpellation KR-Nr. 333/2004 betreffend Einsatz von psychoaktiven Substanzen an öffentlichen Schulen, Bericht zum Postulat KR-Nr. 296/2005 betreffend Statistik über die Abgabe von Psychopharmaka an Schülerinnen und Schüler der Zürcher Volksschule [Vorlage 4677], Bericht zum Postulat KR-Nr. 202/2006 betreffend Abgabe von Psychopharmaka in Kinder- und Jugendlichentherapien [Vorlage 4701]). Vor allem beim Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) wird nach wie vor eine kontroverse öffentliche Debatte über Ursachen und geeignete Behandlungsverfahren geführt. Dies, obwohl sich die Fachwelt mittlerweile in weiten Teilen auf multifaktorielle Ursachen für den Verlauf und multimodale Therapieformen verständigt hat. Weil die Symptome und Auswirkungen von ADHS nicht bei jeder betroffenen Person gleich sind, kann es auch kein einfaches, allgemeingültiges Vorgehen im Umgang mit von ADHS Betroffenen geben. Angesichts der Tatsache, dass ADHS in der Fachliteratur auch zunehmend als Problem im Erwachsenenalter anerkannt wird, werden die Diskussionen über ein angemessenes, diagnostisches und therapeutisches Vorgehen wohl auch in Zukunft anhalten.

Im Zusammenhang mit den im Postulat KR-Nr. 202/2006 betreffend die Abgabe von Psychopharmaka in Kinder- und Jugendlichenthera-

prien aufgeworfenen Fragen und Befürchtungen hat der Regierungsrat das gegenwärtige vorhandene Wissen zur Häufigkeit psychischer Störungen im Kinder- und Jugendalter und zur Wirksamkeit und Kosteneffektivität von psychosozialen Interventionen sowie Psychotherapie und Pharmakotherapie bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen durch eine unabhängige Stelle darstellen lassen: Die Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) konnte für ihre Studie «Interventionen bei psychischen Störungen von Kindern und Jugendlichen» www.gd.zh.ch/internet/gesundheitsdirektion/de/themen/behoerden/gesundheits-politik.html) auf den Datenpool von santésuisse, dem Dachverband der Schweizer Krankenversicherer, zurückgreifen. Dadurch können in der Analyse differenziert nach Altersgruppen und auf den Kanton Zürich bezogen quantitative Angaben zu den jährlichen Konsultationen, den Kosten der abgegebenen Medikamente sowie den Gesamtkosten der Behandlungen psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter gemacht und auch die Veränderungen dieser Parameter über die letzten zehn Jahre beschrieben werden. In der Studie werden auch Gründe für den Anstieg der medikamentösen Verordnungen erwähnt. Der Wirksamkeit der therapeutischen Interventionen bei ADHS wird ein gutes Zeugnis ausgestellt. Insbesondere ergeben sich keine Hinweise für systematische Behandlungsmissstände, die weitere Untersuchungen erfordern oder eine staatliche Überwachung mittels eines personell und finanziell aufwendigen Monitorings rechtfertigen würden.

Es ist unbestritten, dass die Verantwortung für Diagnosestellung und Therapie bei den Therapeutinnen und Therapeuten liegt. Im Rahmen ihrer Berufspflicht, der gesetzlich verankerten Therapiefreiheit und in Absprache mit den betroffenen Personen bzw. deren gesetzlichen Vertretung wird aus den zur Verfügung stehenden Therapiemöglichkeiten die im Einzelfall bestmögliche Behandlung festgelegt. In der Praxis liegen dazu standardisierte Hilfsmittel und Behandlungsrichtlinien von Swissmedic und verschiedener Fachverbände vor. Die Zunahme der Behandlungen ist nicht zuletzt auch auf eine verbesserte Aufklärung über das ADHS in der Öffentlichkeit, aber auch bei den Fachpersonen zurückzuführen. Die Schweizerische Fachgesellschaft für Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörungen (SFG-ADHS) widmet sich ganz besonders der Aus-, Weiter- und Fortbildung der in diesem Bereich tätigen Therapeutinnen und Therapeuten. Sie informiert auch die breite Öffentlichkeit über alle Belange von ADHS und

stellt die Zusammenarbeit mit den Selbsthilfeverbänden ELPOS und IG-ADHS sicher. Die beiden Selbsthilfeverbände verstehen sich als unabhängige Interessenvertretung von Betroffenen und ihren Angehörigen. Mit Öffentlichkeitsarbeit, besonderen Informationsunterlagen und Beratungsangeboten vermitteln sie Wissen über Hilfs- und Behandlungsmöglichkeiten des ADHS.

Die Verordnung und Abgabe der in der Schweiz zugelassenen Präparate mit dem Wirkstoff Methylphenidat (wie Ritalin, Concerta, Medikinet) unterstehen den strengen Bestimmungen der Betäubungsmittelgesetzgebung. Der Anwendungsbereich dieser Medikamente und die Informationen für Ärztinnen und Ärzte sowie Patientinnen und Patienten werden von Swissmedic regelmässig überprüft. Die Europäische Arzneimittelbehörde hat 2009 empfohlen, die Verschreibungen von Präparaten, die Methylphenidat enthalten, auf die Ärzteschaft einzuschränken, die auf die Behandlung von Verhaltensstörungen bei Jugendlichen spezialisiert ist. Bei den neueren Präparaten mit Methylphenidat wird bereits seit deren Zulassung in der Schweizer Arzneimittelinformation gefordert, dass die Verschreibung durch spezialisierte Fachärztinnen und -ärzte erfolgen soll. Eine Anpassung der Arzneimittelinformationen der älteren Präparate durch Swissmedic ist im Gange.

Im Rahmen der Beantwortung der im Nationalrat eingereichten Interpellation 10.3671 betreffend die Entwicklung und Einschränkung von Behandlungen mit Ritalin im Dezember 2010 kommt auch der Bundesrat zum Schluss, dass der Einsatz dieser Medikamente nach dem heutigen Stand der Wissenschaft erfolgt. Zur weiteren Sicherung der Qualität von Verschreibung und Abgabe lässt er gegenwärtig durch das Bundesamt für Gesundheit prüfen, ob entsprechende Einschränkungen für die Präparate zur Therapie des ADHS auch in die Spezialitätenliste (SL) aufgenommen werden sollen.

Angesichts der erwähnten, erst kürzlich abgeschlossenen Studie der ZHAW, der positiven Schlüsse, die daraus gezogen werden können, der bestätigten Sorgfalt der behandelnden Therapeutinnen und Therapeuten und dem hohen Engagement der Berufsverbände und den flankierenden Massnahmen des Bundes sieht der Regierungsrat keinen Bedarf nach einer Folgestudie. Er beantragt dem Kantonsrat daher, das Postulat KR-Nr. 111/2011 nicht zu überweisen.

Heidi Bucher (Grüne, Zürich): Das zu besprechende Postulat regt an, eine Nachfolgestudie zum Einsatz von Psychopharmaka bei Kindern und Jugendlichen durchzuführen, eine Notwendigkeit, die im Bericht der ZHAW (*Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften*) «Intervention bei psychischen Störungen von Kindern und Jugendlichen» zum Postulat 202/2006 von Silvia Seiz bereits beschrieben ist. Ich zitiere aus dem Bulletin 26/2012 des Bundesamtes für Gesundheit (BAG): «Der Anteil der Bezüger von Methylphenidat, zum Beispiel Ritalin, unter den bis 18-Jährigen ist von 2005 bis 2008 von 0,61 Prozent auf 0,85 Prozent angestiegen. Dies entspricht einer Zunahme von knapp 40 Prozent.» Die männliche Form ist hier für einmal sogar angebracht, wie das nächste Zitat zeigt: «Der Bezügeranteil war bei den Knaben fast viermal so hoch wie bei den Mädchen und war im Jahr 2007 in der Altersgruppe der 12-Jährigen am höchsten. Bei drei Viertel aller Bezüger liegt die geschätzte Einnahmedauer unter einem Jahr.»

Diese Sachverhalte führen zu Recht zum kritischen Hinterfragen und zur kontroversen öffentlichen Debatte über Ursache und geeignete Behandlungsverfahren des Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndroms und anderer psychischer Erkrankungen im Kinder- und Jugendalter. Es stellen sich zum Beispiel die folgenden Fragen:

Erstens: Das Phänomen der stark angestiegenen Psychopharmakatherapie bei Kindern und Jugendlichen ist neueren Datums. Gibt es einen Zusammenhang mit unserem Lebensstil, mit der Versorgungspraxis?

Zweitens: Kann es sein, dass 2,6 bis 10 Prozent der Jugendlichen unter einem Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrom leiden, wie die Prävalenzschätzung des BAG uns klar machen will?

Drittens: Warum müssen viermal mehr Jungs als Mädchen Methylphenidat einnehmen?

Viertens: Methylphenidat wird erst ab sechs Jahren verordnet. Gibt es einen Zusammenhang mit unserer Schule, der Problemlösungskompetenz unserer Lehrer und Lehrerinnen, mit der Angst der Eltern, dass ihre Kinder in der Schule versagen könnten?

Fünftens: Was gibt es für Alternativen zur Verordnung von Psychopharmaka?

Sechstens: Ist die Verschreibungspraxis der Betäubungsmittel indikationsgesteuert oder von Bequemlichkeits- oder Profitbedürfnissen der Verschreibenden geprägt?

Siebtens: Warum gibt es so viele Therapieabbrüche? Und so weiter.

Unserer Meinung nach ist es nicht genug, wenn unsere Regierung die Beantwortung solcher relevanter Fragen der verschreibenden Ärzteschaft, der Pharmaindustrie oder den Scientologen überlässt. Diese haben Interessenkonflikte, die da namentlich sind: a. fehlendes Fehlerbewusstsein, b. Verkaufsinteresse, c. ideologisch motivierte Beurteilungsinstrumente.

Der Staat hat den Auftrag, seine Bewohner und Bewohnerinnen vor Gefahren zu schützen. Wenn der Vorwurf explizit ist, es werde ein Medikament gerade wegen seiner Wirksamkeit grossflächig zur Konzentrationssteigerung oder, negativ ausgedrückt, zum Ruhigstellen von Kindern und Jugendlichen eingesetzt, wäre dies niemals im Sinn einer gedeihlichen Entwicklung unserer Bevölkerung. Wäre ich noch als Berufsschullehrerin tätig, würde ich die ZHAW-Studie als Beispiel dafür nehmen, wie wichtig das Studium der Primärliteratur und wie gefährlich das Abstützen auf Texte ist, die zusammenfassen und für ein bestimmtes Ziel ausgewählt sind. Es ist schon sehr speziell, was der Regierungsrat als Studienfazit herausliest. So überliest er den Vorschlag, eine Folgestudie in Auftrag zu geben. Ich lese für alle, die keine Zeit hatten, die ganze Studie zu lesen – sie ist sehr lang –, Textteile daraus vor: «Offen aber ist, wie psychische Probleme von Kindern und Jugendlichen in der Praxis behandelt werden. Erfolgt die Behandlung beispielsweise weitgehend konform zu den Leitlinien der psychiatrischen Fachgesellschaften? Inwiefern sind Abweichungen zu verzeichnen und wie lassen sich diese erklären?» Es sind noch viele andere Fragen, die ich einleitend aufgezählt habe, dort wieder aufgetaucht. Wie in der ZHAW-Untersuchung vorgeschlagen, wollen wir es untersucht haben. 110'000 Schweizer Franken sind ein Klecks, wenn dadurch die Zweifel, dass wirksame Medikamente als Disziplinierungs- und Lehrerinnen- und Elternberuhigungsmassnahme eingesetzt werden, widerlegt werden könnten. Bleiben aber Zweifel bestehen, die wir ehrlich gesagt haben, hätten wir so oder so zu handeln.

Ich bitte Sie, das Postulat zu unterstützen.

Ruth Kleiber (EVP, Winterthur): Das Postulat fordert den Regierungsrat auf, die von der ZHAW-Studie vorgeschlagene Nachfolgestudie zum Einsatz von Psychopharmaka bei Kindern und Jugendlichen in Auftrag zu geben. Die Nachfolgestudie soll aufzeigen, wie die Verbreitung der spezifischen Störung des Hyperaktivitätssyndroms, also ADHS, im Kanton Zürich ist, unter anderem die Wahl bestimmter Interventionen, vor allem auch von Ritalin.

Die ablehnende Antwort des Regierungsrates bezieht sich auf die Aussage des Bundesrates. Dieser komme zum Schluss, dass die Abgabe von Ritalin nach dem heutigen Stand der Wissenschaft geschieht, und ich denke, das stimmt auch so. Trotzdem, die Aussage vom Winterthurer Kinderarzt und Autor Remo Largo sollte uns aufrütteln. Aus einem Zeitungsinterview vom letzten Jahr zitiere ich ihn: «Der Verbrauch von Ritalin hat sich in den vergangenen 15 Jahren verzwanzigfacht.» Gerade bei Kindern und Jugendlichen wird Ritalin gerne eingesetzt, wenn sich das Kind im Unterricht in der Schule sehr unruhig oder auch unkonzentriert verhält.

Man muss sich bewusst sein: Ritalin ist ein Psychopharmaka. Und um dies einem Kind zu verabreichen, muss das sehr sorgfältig geprüft werden. Das Ritalin ist sicher für manch ein Kind oder Jugendlichen eine grosse Hilfe. Aber ich bin der Auffassung, dass heute zu schnell Ritalin an Kinder und Jugendliche verschrieben wird. Daher unterstützt die EVP das Anliegen der Nachfolgestudie. Eine Nachfolgestudie gerade zu ADHS brächte möglicherweise neue Erkenntnisse, wie Ritalin oder andere Therapien eingesetzt werden könnten. Ein Kind sollte, wenn irgendwie möglich, ohne Psychopharmaka aufwachsen dürfen. Die EVP wird das Postulat überweisen.

Cyrill von Planta (GLP, Zürich): Die Grünliberale Fraktion hat den Bericht seinerzeit zu den Psychopharmaka im Kanton Zürich mit Interesse und auch mit Besorgnis zur Kenntnis genommen, nämlich dass ein massiver Anstieg der Behandlungen mit Methylphenidaten stattfindet. Ich finde es eigentlich sehr schwierig, dass man mit Psychopharmaka ins Nervensystem, das immer noch schlecht verstanden ist in der Wissenschaft, dass man hier eingreifen muss, und das im Entwicklungsstadium eines Menschen. Wir finden daher, dass hier allergrösste Vorsicht gelten muss, wenn Eingriffe stattfinden. Was das weitere Vorgehen dieses Rates betrifft, das heisst ob wir jetzt einen weiteren Bericht verlangen, diesbezüglich ist die Grünliberale Frakti-

on gespalten. Und zwar ist es so, dass ein Teil der Fraktion der Ansicht ist, dass das Thema sehr gut studiert ist und studiert wird, auch wenn der Kantonsrat keine weiteren Studien in Auftrag gibt. Es gibt diverse Papers, die Sie recht leicht finden können, wenn Sie sich dafür interessieren. Entsprechend ist es hier nicht die Aufgabe des Kantonsrates, sagen wir mal, weitere Studien in Auftrag zu geben, bis aus politischer Sicht das Resultat dann stimmt.

Ein anderer Teil der GLP-Fraktion ist hingegen der Ansicht, dass kein weiterer Bericht hier das falsche Signal senden würde in der Situation mit der Ausweitung der Behandlungen mit Methylphenidat, die wir haben, und auch dass die wesentliche Frage, nämlich wie es überhaupt zu dieser Verabreichung kommt, nicht behandelt wird. Und zwar – das ist noch interessant in dieser Zusatzstudie, die verlangt wird – eine Frage, die hier behandelt werden soll, ist: Von wem beziehungsweise welchen Akteuren geht die Initiative für welche Art von Interventionen aus? Wir hatten ja jetzt diese Studie, die empirisch beschreibt, wie die Behandlungen sich ausweiten – an der Zahl und auch an der Menge von Ritalin. Aber die eigentliche Mechanik der Vergabe ist noch viel zu wenig untersucht. Vielleicht wird das dann später auch ein Thema für die KBIK (*Kommission für Bildung und Kultur*), wer weiss.

Weiter ist noch zu erwähnen: Es gab in der Zwischenzeit auch Studien auf nationaler Ebene, die den Trend der Ausweitung der Ritalin-Abgabe bestätigen. Was hier ganz interessant war, ist es, dass offenbar im Kanton Tessin viel weniger Ritalin-Abgabe stattfindet als im Kanton Zürich. So gesehen gibt es also durchaus eine kantonale oder auch eine kulturelle Komponente in dieser Ritalin-Abgabe, die ein Teil der GLP-Fraktion sehr interessant findet. Auf jeden Fall ist es uns so viel Geld wert, das genau zu untersuchen. Die GLP-Fraktion hat also Stimmfreigabe beschlossen. Ich danke Ihnen.

Jörg Kündig (FDP, Gossau): Der Einsatz von Psychopharmaka bei Kindern und Jugendlichen ist in den vergangenen Jahren immer wieder Thema von verschiedenen Vorstössen gewesen. Das Stichwort wurde auch bereits genannt: Ritalin. Die verschiedenen regierungsrätlichen Antworten haben ein riesiges Potenzial an Know-how zutage gebracht. Auch die ZHAW hat sich verschiedentlich mit dem Thema auseinandergesetzt, die Publikationen liegen vor. Das heisst: So zu tun, als wäre zu wenig Sachwissen vorhanden, beziehungsweise hier

nochmals eine Studie zu veranlassen, kann dahingehend interpretiert werden, dass die sichtbar gemachten Resultate nicht befriedigen beziehungsweise, schon eher noch, dass die Postulanten gerne andere Resultate sähen. Offenbar geht es nicht zuletzt darum, dass Therapeutinnen und Therapeuten sich von Marketingstrategien, von Produzenten zur vorschnellen Abgabe der Medikamente hinreissen lassen. Diese Theorie hat zwischenzeitlich auch Nationalrat und Bundesrat erreicht. Dass es im Rahmen von Therapiefreiheit und bei Behandlungen unterschiedliche Ansätze gibt, ist, glaube ich, einleuchtend. Und es ist nicht davon auszugehen, dass eine Diagnosestellung zu 100 Prozent fehlerfrei sein kann. Wir meinen, dass Swissmedic, die Fachstellen und die Berufsverbände ihre Verantwortung wahrnehmen und die rechtlichen Vorgaben, insbesondere das Betäubungsmittelgesetz, die Rahmenbedingungen definieren und der Einsatz der Medikamente – das bestätigen auch Interpellationsantworten auf nationaler Ebene – nach dem Stand der Wissenschaft erfolgen.

Wir werden das Postulat nicht überweisen.

Barbara Bussmann (SP, Volketswil): Auch die SP wird dieses Postulat überweisen. Es geht uns nicht darum, Psychopharmaka oder im Speziellen Ritalin zu verteufeln. Diese Medikamente können, richtig eingesetzt, wunderbare Wirkung haben, aber eben, um das geht es, uns «Richtig-eingesetzt». Denn in letzter Zeit konnte man immer wieder Berichte lesen, dass Ritalin zum Beispiel sehr oft nur sehr kurze Zeit verabreicht, die Therapie also abgebrochen wird. Wenn so etwas passiert, dann kommt schon der Verdacht, dass die Indikation für die Aufnahme dieser Therapie nicht sauber gestellt wurde. Zudem gibt es auch eine neue Tendenz in Amerika und leider werden solche Tendenzen später auch in Europa übernommen: Es ist die Tendenz, Kinder und Jugendliche auch Neuroleptika zu verschreiben. Es ist mir wichtig, dass auch Neuroleptika nicht verteufelt werden. Das sind sehr, sehr potente Medikamente, die auch beträchtliche Nebenwirkungen haben, aber richtig eingesetzt wunderbar wirken. Aber wie die Wirkung dieser Medikamente und die Nebenwirkungen sich auf Kinder und Jugendliche auswirken, deren Persönlichkeit noch in der Entwicklung begriffen ist, muss sauber angeschaut werden. Ich finde es darum wichtig, dass weitere Studien gemacht werden, dass genau hingeschaut wird, dass man darauf achtet, was mit diesen Medikamenten passiert, wenn sie Kindern und Jugendlichen verschrieben

werden. Auf ein weiteres Problem hat der Regierungsrat in seinem Bericht auch hingewiesen, nämlich wer diese Medikamente verschreibt. In meinen Augen gehören diese Medikamente unbedingt in die Hände von Spezialistinnen und Spezialisten, also Jugendpsychiaterinnen und Jugendpsychiater. Bis jetzt kann jeder Arzt Neuroleptika oder auch Ritalin verschreiben. Ich finde das etwas leichtsinnig, wie wir damit umgehen. Es käme niemandem in den Sinn, sich von einem Augenarzt ein künstliches Hüftgelenk einsetzen zu lassen. Da ist es uns klar, dass es Spezialisten braucht. Wenn es aber um das Verschreiben eines Medikamentes geht, soll plötzlich ein Medizinstudium allein reichen. Aus diesen Gründen sind wir interessiert daran, dass die Verschreibungspraxis weiter beobachtet wird, und sind daher für die Überweisung dieses Postulates. Danke.

Urs Hans (Grüne, Turbenthal): Der Regierungsrat beantragt, dieses Postulat nicht zu überweisen, und begründet dies folgendermassen: Die Abgabe der in der Schweiz zugelassenen Präparate mit dem Wirkstoff Methylphenidat, wie Ritalin, Concerta et cetera, unterstände den strengen Bestimmungen der Betäubungsmittelgesetzgebung. Der Einsatz dieser Mittel erfolge nach dem heutigen Stand der Wissenschaft, was das auch immer heissen soll. Und weiter: Angesichts der bestätigten Sorgfalt der behandelnden Therapeutinnen und Therapeuten und des hohen Engagements der Berufsverbände und deren flankierenden Massnahmen des Bundes, beantrage er, das Postulat nicht zu überweisen. In Wirklichkeit sind dies doch alles leere Worthülsen, die vortäuschen sollen, man nehme dieses Problem ernst beziehungsweise es gebe gar kein Problem. Ritalin ist längst Partydroge. Es wird bald abgegeben wie Hustensirup. Es wird unter Schülern gehandelt und vor Prüfungen eingenommen. Unsere Jugend wird zunehmend chemisch ruhiggestellt. Die Umsätze schiessen in die Höhe. Alles paletti. Der zuständige Regierungsrat tut gar nichts und garantiert damit der Pharmaindustrie steigende satte Gewinne. Deutsch- und Westschweizer Kinder schlucken gemäss einem Zeitungsartikel fünfmal mehr Ritalin als Tessiner Kids. Dort dürfen die Kinder eben noch Kinder sein, heisst es weiter. Dass diese leistungssteigernden Amphetamine süchtig machen, ist erwiesen. Langzeitstudien über die Folgen des ungebremsten Einsatzes dieser Betäubungsmittel für die Betroffenen und die Gesellschaft als Ganzes gibt es keine. Ritalin kann ADS und ADHS nicht heilen, es dämpft nur die Symptome. Die

Nebenwirkungen sind dabei aber mehr als bedenklich. Psychosen, Wahnvorstellungen, manische Symptome, Aggressivität, Nervenzuckungen, Abkapselung, Angstzustände, Suizid et cetera müssen einfach auf der Packungsbeilage erwähnt werden, dann ist der Verkauf dieser bewilligten Drogen legal.

Beim vorherigen Traktandum wurde eben viel von Suizidprävention geredet. Die Expertenkommission hat meines Wissens nicht viel von diesen Drogen geredet. Ritalin macht, ähnlich wie Kokain, psychisch abhängig und senkt den Blutstrom in allen Hirnbereiche um 20 bis 30 Prozent. Dürfen wir solche unkontrollierten Ganzpopulationsversuche der Pharmaindustrie in unserer Gesellschaft aus ethischer Sicht überhaupt zulassen? Ich denke, Nein. Ich bin klar für die Überweisung dieses Postulates. Besten Dank.

Lorenz Schmid (CVP, Männedorf): Ein Déjà-vu, all zwei, drei Jahre sprechen wir über diese Psychopharmaka bei Jugendlichen. Auch dieses Mal wird unsere Fraktion dieses Postulat nicht überweisen. Es ist nun mal so: Die Hoheiten im Gesundheitswesen sind klar geregelt. Der stationäre Bereich gehört in die kantonale Verantwortung, der ambulante Bereich ist national. Deshalb erachte ich die wiederkehrende Forderung nach einer kantonalen Studie, eine kantonale Studie zu verfassen, mit dem Ziel, die Verschreibungspraxis für Psychopharmaka im ambulanten Bereich zu beeinflussen, als nicht zielführend. Wenn schon, müsste eine solche Studie national geführt werden. Und glauben Sie mir aus fachlichen Überlegungen: Es gibt Alternativen zur Psychopharmaka-Therapie, ich habe sie auch schon vor zwei, drei Jahren erwähnt: zum Beispiel einfach nichts zu machen, nicht jede ADHS-Störung muss behandelt werden, oder – ich habe es auch erwähnt – die Anwendung von DHA-Omega-3-Fettsäuren. Das sind die Docosahexaen-Omega-3-Fettsäuren, das definiert sich aus der Doppelbindung in den Positionen 22 und 6, Sie können die Informationen bei mir einholen. Das ist wirksam, hoch dosiert, wird in der alternativen Medizin angewendet. Die wissenschaftliche Literatur besteht hierzu, sie besteht international. Jedoch ist die Therapiefreiheit unseres Erachtens zu wahren, es ist das Verhältnis zwischen dem verschreibenden Arzt und der erziehungsberechtigten Person. Wichtig ist das Stichwort, es wurde erwähnt, dass diese Präparate richtig eingesetzt werden. Und hierzu gibt es ja auch schon international und auch national Bestrebungen. Es geht um die Berechtigung, wer solche Psy-

chopharmaka verschreiben darf. Die europäische Zulassungsbehörde sieht nämlich hier für die Erstverschreibung solcher Psychopharmaka entsprechend ausgebildete Therapeutinnen und Therapeuten vor. Und auch die Swissmedic hat sich diesbezüglich dem Thema angenommen. Ich glaube, das ist der richtige Ansatz. Ich kann aus der Praxis auch sagen: Erstverschreibungen werden in der Schweiz auch schon heute von Spezialisten – beinahe ausschliesslich von Spezialisten – vorgenommen. Jedoch die Weiterführung der Therapie, die wird dann jeweils von Ärzten vorgenommen. Man müsste hier vielleicht auf Swissmedic auf nationaler Ebene ein Obligatorium einführen, dass alle sechs bis zwölf Monate eine Revision der Erstverschreibung durch den Psychiater vorgenommen wird.

Ich kann Ihnen versichern: Das Thema ist national aufgegleist. Ich sehe wirklich keinen Handlungsbedarf auf kantonaler Ebene, hier jetzt aktiv zu werden. Die wissenschaftlichen Daten sind so oder so international zu erlangen, nicht kantonale. Wir leben in einer Welt – das kann ich Ihnen auch vom Alltag berichten – der Medikalisierung der Gesellschaft. Auch hier hat sicher das Phänomen der Psychopharmaka bei Jugendlichen zu einer Mehrverschreibung geführt. Aber es ist nicht das alleinige Gebiet, das von dieser Medikalisierung beeinflusst wird. National und international sind hier Vorgaben gefordert, auch betreffend die Erstverschreibung. Wir werden das Postulat nicht überweisen.

Hans Peter Häring (EDU, Wettswil a. A.): Die EDU anerkennt die im Postulat erwähnte Problematik und erwartet von den Verantwortlichen Zurückhaltung bei der Abgabe von Psychopharmaka an Jugendliche und Kinder. Aufgrund der Resultate einer im Nationalrat erfolgten Interpellation zu diesem Thema und der positiven Schlüsse aus der ZHAW-Studie sowie des Engagements der Berufsverbände und der flankierenden Massnahmen des Bundes sieht die Regierung keinen Bedarf nach einer Folgestudie. Die EDU wird deshalb die Überweisung des Postulates nicht unterstützen.

Andreas Geistlich (FDP, Schlieren): Ich muss doch noch kurz eine kleine Replik machen. Es wurde nun mehrfach der Vorwurf erhoben, die Pharmaindustrie wolle mit diesen Psychopharmaka einfach ihre Umsätze hochtreiben, die Medikalisierung der Gesellschaft wurde

erwähnt und so weiter. Ich möchte einfach darauf hinweisen, dass es eine Therapie nur dort gibt, wo es auch eine Diagnose gibt. Und hier liegt doch das Problem, bei der Pathologisierung unserer Jugend, bei der zunehmenden Dramatisierung von Normalitäten rund um den Schulalltag. Hier müsste eigentlich Ihre Studie ansetzen, Heidi Bucher. Und man sollte mal aufzeigen, welche Kreise eigentlich profitieren wollen von diesen schwierigen Kindern. Wer will sich eine Industrie von Betreuern rund um unsere Schulhäuser und unsere Schulklassen schaffen? Diese Frage steht doch am Anfang und nicht das, was Sie wissen wollen über Psychopharmaka, das kommt am Schluss.

Abstimmung

Der Kantonsrat beschliesst mit 106 : 54 Stimmen (bei 5 Enthaltungen), das Postulat 111/2011 zu überweisen. Das Geschäft geht an den Regierungsrat zur Ausarbeitung eines Berichts innert zweier Jahre.

Das Geschäft ist erledigt.

8. Unabhängige Beschwerdestelle für in Heimen lebende Menschen und deren Angehörige

Postulat von Erika Ziltener (SP, Zürich) und Peter Stutz (SP, Embrach) vom 19. September 2011

KR-Nr. 254/2011, Entgegennahme, Diskussion

Ratspräsident Bernhard Egg: Der Regierungsrat ist bereit, das Postulat entgegenzunehmen. Rolf Stucker, Zürich, hat an der Sitzung vom 27. Februar 2012 Antrag auf Nichtüberweisung des Postulates gestellt. Somit hat der Rat über die Überweisung zu entscheiden.

Rolf Stucker (SVP, Zürich): Nach dem Lesen des Postulatstextes ist eines sicher: Die unabhängige Ombudsstelle würde aufgrund der Forderung, ihre Existenz den betroffenen Personen und deren Angehörigen bekannt zu geben, viele neue Arbeitsplätze schaffen. Damit ist bereits gesagt, dass der administrative Aufwand der Erfassung der Angehörigen immens sein wird; immens, da die Anzahl der Angehö-

rigen eines Heimbewohners, ob alt, behindert oder als Jugendlicher eingewiesen, zwischen eins und über zehn variieren kann. Die Bürokratie lebe hoch. Und etwas würde mir echt Bauchschmerzen machen: Es würden Datenbanken erstellt, es würde fichiert, wer zu wem gehört. Entsprechend meinen bisherigen Ausführungen dürfte also der Finanzierungsgrad dieser Bürokratie-Stelle enorm hoch sein und der direkte Weg zum Denunziantentum würde offenstehen.

Die Sozialindustrie steht vor einer grossen Herausforderung. Der Markt ist nämlich gesättigt. Wie kann man in diesem Umfeld noch weiter wachsen? Wie lässt sich noch mehr Links-Klientel in lukrativen Staatsstellen oder staatlich subventionierten Institutionen unterbringen? Dies stellt der Kantonsrat Roland Scheck anlässlich seines Votums zu einer Sozialvorlage im Gemeinderat der Stadt Zürich am 27. Juni 2012 absolut treffend fest.

Das hier vorliegende Postulat ist der fantasievolle Versuch der Rechtfertigung einer weiteren zusätzlichen Dienstleistung. Ich erinnere an die Diskussion betreffend Whistleblowing. Ist doch hier kein Thema. Die in Heimen lebenden Personen und deren Angehörige sollen, dürfen, müssen Missstände aufdecken, sie sind ja keine Träger von Amtsgeheimnissen. Die Aufsichtsorgane der Heime, Kinder- und Jugendheime, sind klar bestimmt: Es sind dies Stiftungen, Gemeinden et cetera. Darüber steht der Standortkanton mit der Bewilligung zur Führung der Institution.

Die Postulanten fordern eine unabhängige Ombudsstelle für jedes Heim. Ja, welche Heime meinen Erika Ziltener und Peter Stutz? Nur solche mit Standort im Kanton Zürich? Wenn Ja, dann würde die geforderte Beschwerdestelle nicht für die Kinder im Heim Rosenhügel in Urnäsch Appenzell-Ausserrhoden beziehungsweise des Schulinternats Flims im Bündnerland zuständig sein. Beides sind aber Institutionen der Stiftung Zürcher Kinder- und Jugendheime. Da liesse sich ja die Frage stellen, ob die Ombudsstelle auch für Personen zuständig wären, die von zürcherischen zivil- und strafrechtlichen Behörden ausserkantonale platziert sind. Ich erwähne hier speziell Kinder- und Jugendeinrichtungen wie den Platanenhof in Oberuzwil, das Jugendheim Aarburg, den Erlenhof in Reinach, das Jugenddorf in Bad Knutwil.

Das Postulat ist auch unklar formuliert, lässt die Bürokratie hochleben. Beschwerdestellen sind bereits heute klar definiert. Die SVP lehnt dieses Postulat ab.

Erika Ziltener (SP, Zürich): «Ich sehe nur, was man mir zeigt», sagte Hartmuth Attenhofer in einem Interview über seine Besuche als Bezirksrat in Pflegeheimen. Mit dieser Aussage hat er einen wichtigen Bereich auf den Punkt gebracht. Die Bezirksrätinnen und Bezirksräte sind oftmals nicht befähigt, die Leistungen in Pflegeheimen zu beurteilen. Dazu fehlt ihnen das Fachwissen. Zudem machen wir immer wieder die Erfahrung, dass es auch solche gibt, die ganz einfach die Augen vor Problemen verschliessen. Bezirksrätinnen und Bezirksräte könnten sich also über die Unterstützung in diesem Fachbereich nur freuen. Ich erinnere auch an den Vorfall im Pflegeheim Entlisberg vor wenigen Jahren, als pflegebedürftige Menschen von Pflegefachleuten entwürdigt und dabei gefilmt wurden. Ob das schockierende Geschehen hätte verhindert werden können, kann ich nicht beurteilen und ist auch nicht Gegenstand der heutigen Debatte. Sicher ist: Wenn eine niederschwellige Anlaufstelle zur Verfügung steht, können betroffene Personen und ihre Angehörigen Unsicherheiten und offene Fragen einfach klären oder ihren Bedenken problemlos Ausdruck geben. Mancher Konflikt würde nicht entstehen, wenn eine unabhängige und einfache Anlaufstelle zur Verfügung stehen würde.

Tatsache ist auch, dass Heime, welche sich der Qualitätssicherung verpflichten, eine solche Anlaufstelle begrüssen. Immerhin könnten sie damit auch ihr Engagement in der Qualität zeigen. Eine solche Anlaufstelle würde die Heimlandschaft umfassend widerspiegeln. Sie würde auch aufzeigen, welches Heim Handlungsbedarf hat. In anderen Kantonen, wie beispielsweise Aargau, werden solche Anlaufstellen seit Jahren mit Erfolg geführt. Mag sein, dass die Bezeichnung «Beschwerdestelle» Befürchtungen weckt und deshalb ein Wechsel zu Ombudsstelle sinnvoll wäre, wie es ja auch erwähnt wurde. Wir haben uns an die bewährte Beschwerdestelle für das Alter angelehnt. Wenn Ihre Unterstützung an der Bezeichnung scheitern sollte, sind wir selbstverständlich gerne bereit, darauf zurückzukommen.

Eine unabhängige Beschwerdestelle hat nichts zu tun, wie von Gegnern gesagt wurde, mit Datenbank oder Bürokratie oder was weiss ich, was alles. Eine unabhängige Beschwerdestelle bringt Transparenz. Sie unterstützt Menschen in oftmals schwierigen Lebenssituationen und wirkt erst noch auf eine Art sichernd, weil viele, die wissen, dass es eine solche Stelle gibt, davon gar keinen Gebrauch machen müssen. Wer eine solche Stelle ablehnt, muss sich also den Vorwurf gefallen lassen, gegen Transparenz und Prävention zu sein, vor allem

aber gegen notwendige und unkomplizierte Unterstützung von betroffenen Personen zu sein. Ich danke Ihnen für die Unterstützung der Ombudsstelle.

Markus Schaaf (EVP, Zell): Ich gebe Ihnen hier meine Interessenbindung bekannt: Ich bin diplomierter Heimleiter und leite seit 15 Jahren ein Pflegeheim.

Verschiedene Vorkommnisse in Heimen, die in den letzten Monaten an die Öffentlichkeit gelangten, zeigen, dass die bestehenden Strukturen und Vorsichtsmassnahmen zum Schutz der betroffenen Personen nicht ausreichen, so steht es im Postulatstext. Einmal mehr stelle ich fest, dass die SP ein extrem verzerrtes Bild davon hat, wie der Alltag in Pflegeheimen aussieht. Die vagen Andeutungen und die nicht fassbaren Unterstellungen werden nicht wahrer, auch wenn sie regelmässig von der SP wiederholt werden. Es ist einfach nicht fair, wenn man einen Einzelfall nimmt, der für sich gesehen tatsächlich ein Missstand ist, und damit eine ganze Branche unter einen Generalverdacht stellt. Aber vielleicht ist die SP ja gar nicht daran interessiert, einen differenzierten Blick auf die Heimszene zu werfen. Sie hätte nämlich festgestellt, dass es im Kanton Zürich bereits für die Alters- und Pflegeheime eine unabhängige Beschwerdestelle gibt und diese UBA mit namhaften Beträgen vom Branchenverband der Heime mitfinanziert wird. Allerdings hat eine solche Beschwerdestelle immer nur eine mediative Wirkung. Sie kann also nur – und vor allem – vermitteln. Für die betroffenen Personen, seien es Bewohner, Angehörige oder auch Mitarbeitende ist es viel wichtiger, dass sie über den Instanzenweg in der Institution selber informiert werden, wenn sie mit einem Entscheid nicht einverstanden sind. Als erste Anlaufstelle in einer Institution steht immer die Gruppenleitung, die Stationsleitung, die Pflegedienstleitung oder die Institutionsleitung, Gesamtleitung, zur Verfügung. Als nächste Instanz gibt es in jeder Institution eine strategische Ebene, das heisst einen Vorstand, einen Stiftungsrat und auch eine interne Beschwerdestelle, an die man sich wenden kann. Und als weitere Instanz steht der Bezirksrat offen, welcher eben im Gegensatz zu einer UBA nicht nur beratend wirkt, sondern auch rechtskräftige Entscheide und Verfügungen erlässt. Dieser Instanzenweg muss im Heimvertrag oder, wie es neu heisst, im Betreuungsvertrag festgehalten werden. Im Auftrag der Gesundheitsdirektion führen die Bezirksräte jedes Jahr Visitationen in den Heimen durch und prüfen anhand

von Checklisten diverse Prozesse. Die Bezirksräte werden jeweils von der Gesundheitsdirektion instruiert und geschult, wie sie diese Visitationen durchzuführen haben. Wenn jetzt die Kompetenz der Bezirksräte angezweifelt wird, dann müsste man wohl eher dort ansetzen – und nicht mehr Beschwerdestellen einrichten.

Nun, die Bezirksräte kontrollieren jedes Jahr, ob der Instanzenweg im Heimvertrag festgehalten ist. Weiter ist zum Beispiel in den Werkstätten von «Züriwerk» in jeder Werkstatt ein Merkblatt aufgehängt, mit welchem die Klienten über den Beschwerdeweg informiert werden und an welche Betreuungspersonen sie sich bei Problemen wenden können. Neu ist mit dem Kindes- und Erwachsenenschutzrecht eine Behörde geschaffen worden, die mit Profis besetzt ist und die Beschwerden gegen Missstände in Heimen entgegennimmt und umgehend abklärt. Ich stelle fest: In der Praxis sind die geforderten Beschwerdestellen bereits vorhanden und werden den Betroffenen auch bekannt gemacht.

Wenn es den Postulanten denn wirklich um die betroffenen Menschen geht, weise ich gern auf ein viel brisanteres Problemfeld hin: Die meisten Misshandlungen von pflegebedürftigen Menschen geschehen nämlich nicht in den Heimen, sondern zu Hause in der Pflege von Angehörigen. Es gibt unzählige Geschichten von Personen, die über Jahre ihre Angehörigen zu Hause gepflegt haben, und über kurz oder lang kommt jeder an seine Grenzen bei dieser Arbeit. Misshandlungen geschehen dann in Form von verweigerter Nahrung, vernachlässigter Hygiene, Entzug von sozialen Kontakten, verbale Misshandlungen und im allerschlimmsten Fall gar Entzug von Essen, Missbrauch von Medikamenten und die direkte Anwendung von Gewalt. Doch selbstverständlich sind auch das immer Einzelfälle und es wäre jetzt genauso falsch, mit dem Finger auf die andern zu zeigen und zu sagen, alle Menschen, die zu Hause ihre Angehörigen pflegen, müsse man unter einen Generalverdacht stellen. Es ist tatsächlich so, dass es auch in Institutionen zu Ereignissen kommen kann, welche für die betroffenen Heimbewohner und ihre Angehörigen nicht akzeptierbar sind. Für solche Einzelfälle habe ich grosses Bedauern und sie müssen selbstverständlich sofort geklärt werden. Ich kann mir aber keine Heimleitung oder Institutionsleitung vorstellen, die nicht sofort zu einem klärenden Gespräch bereit wäre. Natürlich kann man sagen, wer nichts zu verbergen hat, wird sich nicht wehren gegen die Einrichtung einer weiteren unabhängigen Beschwerdestelle für in Hei-

men lebende Menschen und deren Angehörige. Nur stellt sich die Frage: Ist es denn wirklich nötig, den ohnehin schon anspruchsvollen Heimalltag noch komplizierter, noch aufwendiger und bürokratischer zu machen?

Die EVP ist von der Gesprächsbereitschaft und Integrität der Zürcher Heime überzeugt und wird deshalb das Postulat nicht an den Regierungsrat überweisen.

Andreas Geistlich (FDP, Schlieren): Der Fall Entlisberg ist in der Tat ein Schock gewesen dazumal, als das alles an die Öffentlichkeit geraten ist. Diese menschenverachtenden Praktiken durch Angestellte sind leider noch in allzu guter Erinnerung und so etwas darf sich in der Tat nicht wiederholen. Er zeigt einfach auch auf, wie heikel und wie sensibel das ganze Thema mit der Heimbetreuung ist. Denn Heimbewohner – das wissen Sie alle – sind auf Hilfe angewiesen. Sie können sich häufig selber nicht zur Wehr setzen, weil sie entweder durch ihre Behinderung nicht können oder weil sie sich in einer Abhängigkeitssituation von ihren Pflegenden befinden. Auf der anderen Seite sollten wir die Heimleitungen und das Personal nicht unter Generalverdacht stellen. Ihnen wäre viel mehr gedient, wenn die Emotionen aus der Diskussion genommen werden, und das sollten wir heute auch tun.

Meldemöglichkeiten gibt es heute bereits schon zur Genüge. Die verantwortliche Heimleitung, der zuständige Exekutivpolitiker, der häufig auch ein guter Ansprechpartner ist in den Gemeinden, der darüber stehende Bezirksrat als Aufsichtsbehörde, welche mit einem Heimreferenten explizit eine auf Heime spezialisierte Person beiziehen kann. Alle diese Instanzen können von Patienten eines Heimes oder von deren Angehörigen auch direkt angesprochen werden. Daneben gibt es noch eine Flut von anderen Stellen, welche offene Ohren haben für Anliegen und die, falls sie selber nicht helfen können, doch immerhin weiterverweisen könnten. Ich denke da an die Patientenstelle von Erika Ziltener, ich denke an die unabhängige Beschwerdestelle für das Alter. Das Spitalfinanzierungsgesetz schreibt eine Beschwerdestelle vor. Das Pflegegesetz verlangt in Paragraph 7 von den Gemeinden eine Stelle, die Auskunft über das Angebot der Leistungserbringer erteilen muss. Es gibt den Ombudsmann und es gibt die ganzen sozialen Abteilungen in den Gemeinden, in denen sich ja unzählige mögliche Ansprechpersonen für die Bürger befinden. Sie sehen also, es gibt der

Anlaufstellen genug und ich gehe davon aus, dass diese auch genügend bekannt sind. Die FDP lehnt dieses Postulat deshalb ab.

Viel wichtiger als die Forderung nach Schaffung oder Bezeichnung von Stellen erscheint uns, dass diese Stellen bei Meldungen dann auch wirklich rasch und richtig handeln und dass eine gute Koordination zwischen diesen vielen Stellen und eine Wirkungskontrolle stattfinden. Ich danke Ihnen.

Ornella Ferro (Grüne, Uster): Wenn sich in einem Heim Schwierigkeiten zeigen und sie nicht geklärt werden können, sollen sich die Betroffenen und deren Angehörige an eine unabhängige Stelle wenden können, eine vom Heim unabhängige Stelle, die ihre Anliegen aufnimmt und auch die Berechtigung hat, mit dem Heim danach Kontakt aufzunehmen. Es geht nicht darum, dass sich die Betroffenen direkt an diese Stelle wenden und das Heim zum Beispiel auslassen, sondern der erste Schritt muss sein, dass man innerhalb des Heims versucht, die Thematik, die Probleme zu klären. Aber wenn sich keine Lösung, keine Besserung abzeichnet, dann sollen die Betroffenen die Möglichkeit haben, sich an eine Aussenstelle zu wenden, die eben nicht – das möchte ich betonen – mit dem Bezirksrat involviert ist, in diesen ganzen Instanzen involviert ist, sondern leicht erreichbar ist für – ich sage es jetzt einmal allgemein – die Bevölkerung, die sich vielleicht mit diesen Schritten auch nicht so auskennt. Und es geht darum, Schwierigkeiten unkompliziert zu lösen. Es geht auch nicht darum, dass man die Heime unter einen Generalverdacht stellt, überhaupt nicht. Aber es ist auch nicht so, dass alle Heime per se toll geführt werden; das kann man auch nicht behaupten. Wir haben verschiedenste Vorfälle gehabt und ich möchte betonen: Das ist nicht nur im Betagtenbereich so. Wir haben auch Kinderheime, Jugendheime. Auch dort sind immer wieder Probleme aufgetaucht. Dort waren auch Bezirksräte involviert. Und, wie gesagt, die sehen genau so viel, wie ihnen gezeigt wird. Was hinter den Kulissen passiert, ohne jetzt missverständlich zu sein, sehen die Bezirksräte nicht. Und genau dafür soll so eine Beschwerdestelle geschaffen werden. Selbstverständlich muss man dann auch ausdifferenzieren, für welche Heime eine solche Beschwerdestelle zuständig wären. Sind es die Heime im Kanton Zürich oder alle Heime des Kantons, also auch diejenigen in anderen Kantonen? Um welche Personen geht es, zum Beispiel auch um verbeiständete Personen, die ja eigentlich über den Beistand eine Vertrauens-

person haben, die sich für sie einsetzen sollte? Geht es um Menschen, die noch urteilsfähig oder nicht mehr urteilsfähig sind? Solche Fragen müssten dann genau angeschaut werden.

Die Grüne Fraktion ist der Meinung, dass dieses Postulat wichtig ist, und wird es überweisen. Danke.

Lorenz Schmid (CVP, Männedorf): Wir werden dem Regierungsrat folgen und das Postulat überweisen. Wir befinden uns in einem Spannungsfeld, es wurde ausgeführt. Reichen denn die momentanen Institutionen: die Exekutive, der Bezirksrat, die UBA, die unabhängige Beschwerdestelle im Alter? Diese UBA ist nur für die Heime für Betagte, nicht für Invalidenheime aktiv. Sie ist nicht obligatorisch. Man kann sich natürlich fragen: Wollen wir für jede staatlich geführte oder staatlich initiierte Institution eine Beschwerdestelle einrichten? Diese Frage ist wirklich berechtigt. Soll und wird die soziale Kontrolle funktionieren oder eben nicht funktionieren? Funktioniert der Markt in einem Markt, in dem doch ein Angebot, vielleicht sogar ein Überangebot vorhanden ist? Wird hier der gute/schlechte Ruf nicht ausreichen, um sich halt auch als Heim zu positionieren? Ja, der Beschwerdeweg wurde von Markus Schaaf erwähnt. Er sei klar. Ich frage mich – lieber Herr Regierungsrat, führen Sie dies vielleicht doch auch aus: Warum wollen Sie das Postulat entgegennehmen? Es scheint, dass die Kompetenzen entweder nicht klar sind oder vielleicht auch nicht bei den entsprechenden Stellen überhaupt vorhanden sind. Wir sind bereit, dem Regierungsrat die Möglichkeit zu geben, in Form eines Postulates diese Frage zu klären, was ja noch nicht heissen mag, dass wir der Schaffung einer Beschwerdestelle dann auch zustimmen werden. Wir wollen einen Bericht und wir danken für die Überweisung. Diese werden wir vornehmen.

Eva Gutmann (GLP, Zürich): Es soll eine unabhängige Beschwerdestelle eingerichtet werden für Heimbewohner, damit sie zum Beispiel allfällige Missbräuche melden können. Sind denn unsere Ombudsstellen nicht genug unabhängig? Wenn dem nicht so ist, müsste man hier den Hebel ansetzen. Warum reichen die bestehenden Stellen nicht aus?

Für viele Heimbewohner ist es tatsächlich schwierig, Missbräuche als solche zu erkennen. Und das Schlimme ist, dass sie nicht wissen, wo-

hin sie sich wenden sollen. Frage: Wird denn die Situation einfacher und klarer, wenn wir eine weitere Stelle einrichten? Wir sollten lieber verlangen, dass an jedem Heim-Anschlagbrett und in jedem Heim-Flyer klar und deutlich kommuniziert wird, an wen man sich bei Missständen wenden kann, die man aus welchen Gründen auch immer nicht mit der Heimleitung besprechen will. Ähnlich wie in vielen Schulhäusern sollten auch in Heimen die Umgangsregeln klarer kommuniziert werden und es sollte auch klar gesagt werden, wohin man sich bei Abweichungen, bei Missständen oder sogar bei Missbrauch wenden kann. Diese Stelle ist manchmal nicht die Heimleitung, sondern eher die Ombudsstelle, deren Koordinaten klar und deutlich an jedem Anschlagbrett und in jedem Flyer kommuniziert werden müssen deshalb. Auch mündlich sollte regelmässig informiert werden. Die bereits existierenden Ombudsstellen reichen also. Aber das Thema darf nicht totgeschwiegen werden, sondern es muss informiert werden, sodass jeder Heimbewohner Schutz geniesst. Um das so umzusetzen, braucht es kein Postulat und schon gar keines, das eine neue Amtsstelle fordert.

Hans Peter Häring (EDU, Wettswil a. A.): Die EDU stellt sich gegen die Überweisung dieses Postulates. Ist es nicht ein Armutszeugnis für unsere Gesellschaft, dass in diesem Bereich eine Beschwerdestelle eingerichtet werden muss? Für mich ist zudem nicht ersichtlich, weshalb eine Institution eine Zertifizierung erhält, ohne eine unabhängige Ombudsstelle nachweisen zu können. Die Zertifizierung ist ja heute erforderlich, um vom Kanton einen Leistungsvertrag zu erhalten. Die EDU wird dieses Postulat nicht unterstützen. Danke.

Erika Ziltener (SP, Zürich) spricht zum zweiten Mal: Ich muss auf Markus Schaaf zurückkommen. Die Vorwürfe an die Adresse der SP überraschen doch sehr. Ich meine, wir hatten ein gutes Gespräch zu diesem Postulat, aber das war unter vier Augen. Zum Vorwurf selber, ich würde irgendwelche Beschuldigungen einfach so in den Raum stellen, erlaube ich mir festzuhalten, dass ich über zehn Jahre an der Patientenstelle arbeite und sehr viele Betroffene zu uns kommen. Das ist das eine. Das andere ist: Wir haben eine enge und sehr gute Zusammenarbeit mit der unabhängigen Beschwerdestelle für das Alter. Was den Generalverdacht anbelangt, habe ich, glaube ich, deutlich gemacht, dass es hier absolut nicht um einen Generalverdacht geht.

Ich habe gesagt, dass selbst die Bezirksräte sagen: «Ich sehe nur, was man mir zeigt.» Und nochmals, was den Generalverdacht betrifft: Es gibt Heimleiterinnen und Heimleiter, die zu uns kommen, damit wir sie unterstützen bei der Konfliktlösung. Was aber offenbar zu wenig klar wurde, ist: Wir wollen nicht immer den Schaden beheben oder mindestens so gut es geht korrigieren, wir wollen präventiv wirken. Ich kann Sie ja nur einladen, einmal einen Tag an der Patientenstelle zu verbringen, mehr kann ich Ihnen nicht anbieten, es sei denn, Sie glauben, wenn ich Ihnen sage: Wenn Leute eine Anlaufstelle haben, die – und das ist unabhängig, Eva Gutmann – ausserhalb einer Institution ist und die ihnen glaubt, dass der Konflikt besteht, gibt das Sicherheit. Es gibt die Möglichkeit, niederschwellige rasche Lösungen zu finden. Es geht weder um eine Beschuldigung von irgendwem noch sonst um irgendwas. Es geht um Transparenz, Qualitätssicherung, Prävention für alle. Ich bitte Sie deshalb, das Postulat zu unterstützen.

Regierungsrat Thomas Heiniger: Sie haben festgestellt: Die Regierung ist bereit, grundsätzlich bereit, dieses Postulat zu übernehmen. Die Regierung ist damit bereit, diese Auslegung vorzunehmen, einen Prüfungsauftrag zu übernehmen. Es handelt sich um eine interdisziplinäre Angelegenheit, es sind verschiedene Direktionen mit verschiedenen Heimen betroffen, Kinder- und Jugendheime, Pflegeheime, Behinderteneinrichtungen aus den Direktionen des Sozialen und der Sicherheit, der Gesundheitsdirektion, der Bildungsdirektion. Der Regierungsrat ist bereit zu prüfen – das ist der Postulatsauftrag, nicht dafür zu sorgen, dass eingeführt wird, sondern zu prüfen –, wie weit in diesen Verhältnissen vielleicht auch noch Verbesserungen getroffen, Koordinationen vorgenommen werden können. Das erachtet der Regierungsrat als seinen Auftrag. Mit diesem Postulat erhalten Sie einen Bericht zu dieser Situation und auch die entsprechenden Vorstellungen, wie die Situation zweckmässig und umfassend gelöst werden könnte. Ohne dieses Postulat arbeitet auch der Regierungsrat an dieser Situation weiter. Er löst jeweils die Verhältnisse zweckmässig. Ich erinnere daran, dass wir beispielsweise im Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetz ja diese Beschwerdestelle eingeführt haben, die zweifellos zur Entspannung der Situation beigetragen hat, auch wenn sie im ersten Jahr nicht viele Male zum Einsatz gekommen ist. Aber das sind Lösungen, die zweckmässig sind, die zur Entspannung bei-

tragen, die in diesen Fällen, die Sie angesprochen haben und die nicht vorkommen dürfen, vielleicht die richtige Lösung sind. Dazu wäre der Regierungsrat bereit: diese Prüfung vorzunehmen und Ihnen Lösungsmöglichkeiten aufzuzeigen. Besten Dank.

Abstimmung

Der Kantonsrat beschliesst mit 108 : 57 Stimmen (bei 0 Enthaltungen), das Postulat 254/2011 nicht zu überweisen.

Das Geschäft ist erledigt.

9. Pilotprojekt: Neues Versorgungsmodell in der Geburtshilfe

Postulat von Erika Ziltener (SP, Zürich) und Heidi Bucher (Grüne, Zürich) vom 3. Oktober 2011

KR-Nr. 283/2011, RRB-Nr. 46/18. Januar 2012 (Stellungnahme)

Das Postulat hat folgenden Wortlaut:

Der Regierungsrat wird aufgefordert, ein zukunftsweisendes Pilotprojekt in der Geburtshilfe zu realisieren. Als Grundlage kann dabei das holländische Modell des Intermediate-Care-Centers dienen.

Begründung:

Schwangerschaft und Geburt sind keine Krankheiten, weshalb neue Modelle auch für die Geburtshilfe realisiert werden sollten. Die Geburtshilfe in Spitälern liesse sich bei Qualitätsverbesserung kostengünstiger durchführen. Laut Brida von Castelberg, Chefärztin Mater-nite Triemli, kostet die 24-Stunden-Bereitschaft von Hebammen, Anästhesistinnen, OP-Personal, Kinderärzten, Gynäkologinnen mehr, weil die Bereitschaft rund um die Uhr gewährleistet sein muss. Viel weniger würde es kosten, wenn das Team jedes Mal nur zu einer gewissen Zeit aufgerufen werden müsste. Frau von Castelberg beschäftigt sich seit langem mit dem Thema. So wäre es laut ihr sinnvoll, wenn eine oder zwei Bezugshebammen die Frauen vor, während und nach der Geburt begleiten würden. Dieses Modell ist aus Holland bekannt.

In Anlehnung an das Modell in Holland könnte sich auch bei uns ein solches System etablieren: Nach der Akutbehandlung würden die Mütter und ihre Neugeborenen in sogenannte Intermediate-Care-Centers verlegt. Die Betten in den Akutspitälern würden schneller frei, und das Personal der Nachbetreuungscentern wäre spezifischer für die Erholungszeit der Wöchnerinnen ausgebildet. Damit würde auch eine sinnvolle Trennung zwischen Geburt (Akutmedizin) und Wochenbett vollzogen.

Schliesslich könnten damit die Geburtshilfe stark entmedikalisiert, Kosten gespart und die Betreuungsqualität verbessert werden, wie das holländische Modell deutlich zeigt. Zudem entspricht die Entwicklung neuer Versorgungsmodelle im Gesundheitswesen den Legislaturzielen 2011–2015 der Regierung.

Der Regierungsrat nimmt auf Antrag der Gesundheitsdirektion wie folgt Stellung:

Aufgrund der von den eidgenössischen Räten am 21. Dezember 2007 verabschiedeten Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) wurde auf den 1. Januar 2012 die neue Spitalfinanzierung eingeführt. Damit werden die stationär zulasten der obligatorischen Krankenversicherung erbrachten Leistungen von Akutspitälern und Geburtshäusern nicht mehr mit Tagespauschalen oder Einzelleistungsentgelten, sondern mit diagnosebezogenen Fallpauschalen (auf der Grundlage des schweizweit einheitlichen Tariffsystems SwissDRG) abgegolten. Die Fallpauschalen umfassen die Vollkosten der Leistungserbringung einschliesslich der Anlagenutzungskosten. Ihre Höhe wird zwischen den Leistungserbringern und den Krankenversicherern vereinbart. Dieses Finanzierungssystem wird dazu führen, dass die einzelnen Leistungserbringer ihre Leistungen in der notwendigen Qualität möglichst effizient und kostengünstig erbringen. Die wesentlichen Handlungsmöglichkeiten liegen dabei in der Betriebsorganisation bzw. -führung, den Patientenbehandlungskonzepten und der Investitionstätigkeit.

Auf den Zeitpunkt der Einführung der neuen Spitalfinanzierung hin hat der Regierungsrat auch die Spitalplanung revidiert und die Spitalliste 2012 Akutsomatik und Rehabilitation festgesetzt (RRB Nr. 1134/2011). Mit der neuen Planungssystematik werden nicht mehr Bettenkapazitäten festgelegt, sondern Leistungsaufträge für medizini-

sche Leistungsgruppen erteilt. Im Bereich der Geburtshilfe haben für die Leistungsgruppe GEB1 (Grundversorgung Geburtshilfe, ab 34. Schwangerschaftswoche und Geburtsgewicht grösser als 2000 Gramm) im Kanton Zürich 14 Akutspitäler einen Leistungsauftrag. Bei der Leistungsgruppe GEBH (Geburtshäuser, ab 37. Schwangerschaftswoche) sind das Geburtshaus Zürcher Oberland, das Geburtshaus Delphys und das Geburtshaus Weinland als Leistungserbringer auf der Spitalliste aufgeführt. Mit der neuen Spitalliste stehen der Bevölkerung im Bereich der Geburtshilfe somit sowohl Akutspitäler wie auch Geburtshäuser mit je unterschiedlichen Versorgungskonzepten zur Verfügung: Während die Akutspitäler eher konventionelle Formen der Geburtshilfe anbieten, verfügen die Geburtshäuser über Konzepte, wie sie mit dem Postulat gefordert werden. Zudem kann eine werdende Mutter sich auch für eine Hausgeburt entscheiden, wie sie gerade in den Niederlanden vergleichsweise weit verbreitet ist. Insgesamt besteht somit die Wahlmöglichkeit nicht nur zwischen verschiedenen Leistungserbringern, sondern auch zwischen verschiedenen Versorgungskonzepten.

Aus Sicht der stationären Leistungserbringer besteht unter dem neuen Spitalfinanzierungssystem ein grosser Handlungsspielraum bei der Ausgestaltung der Leistungserbringung. Dies betrifft nicht nur die Nutzung von Möglichkeiten zur Kostensenkung oder Effizienzsteigerung, sondern vor allem auch die Verbesserung der Leistungsangebote durch deren Ausrichtung auf die Bedürfnisse der Leistungsempfängerinnen und -empfänger und durch die Zusammenarbeit mit vor- und nachgelagerten Leistungserbringern. Aufgrund der neuen Spitalplanungssystematik, die keine Angebotskapazitäten festlegt, kann damit neu ein Wettbewerb unter den Leistungserbringern um Patientinnen und Patienten spielen. Die Leistungserbringer stehen damit unter einem gewissen Druck, ihren Handlungsspielraum sowohl im Bereich der Wirtschaftlichkeit als auch im Bereich der Qualität der Leistungserbringung aktiv zu nutzen.

Es ist weder Aufgabe noch Absicht des Kantons, den Leistungserbringern innerhalb dieses operativen Handlungsspielraums Vorgaben zu machen oder Konzepte für die Leistungserbringung zu entwickeln. Vielmehr besteht die Rolle des Kantons darin, die Rahmenbedingungen für die Leistungserbringung zu setzen. Dazu gehören gesetzliche Vorgaben wie die Anforderungen an die Leistungserbringer gemäss dem Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetz vom 2. Mai 2011 (LS

813.20), die unter anderem auf die Schnittstellen zu vor- und nachgelagerten Leistungserbringern ausgerichtete Patientenversorgungskonzepte verlangen. Weiter gehört dazu auch, Auflagen zu machen, die zur Sicherung der notwendigen Qualität mit den Leistungsaufträgen der Spitalliste verknüpft sind. Im Rahmen der Spitalplanung 2012 wurden die allgemeinen und leistungsgruppenspezifischen Anforderungen an die Leistungserbringung auch im Bereich der Geburtshilfe zusammen mit Expertinnen und Experten entwickelt und sind dadurch fachtechnisch breit abgestützt. Innerhalb dieser Rahmenbedingungen sollen die Leistungserbringer frei sein in der Ausgestaltung der Leistungserbringung und der Behandlungskonzepte.

Aus diesen Gründen beantragt der Regierungsrat dem Kantonsrat, das Postulat KR-Nr. 283/2011 nicht zu überweisen.

Erika Ziltener (SP, Zürich): Die Medizin macht grosse Fortschritte und verlangt nach neuen Rahmenbedingungen in der Versorgung und in der Abgeltung. Mit der Einführung des Fallpauschalensystems DRG (*Diagnosis Related Groups*) wurde nicht gezögert, jetzt ist es an der Zeit, zukunftsweisende Pilotprojekte zu realisieren. Neue Versorgungsmodelle sind gerade in der Schwangerschaft und Geburt dringend notwendig, zumal weder Schwangerschaft noch Geburt Krankheiten sind und deshalb in der Akutmedizin nicht adäquat behandelt werden können.

Das von uns vorgeschlagene Modell hat keine geringere als Brida von Castelberg, ehemals Chefärztin Maternité Triemli, vorgeschlagen. Mit diesem Modell liessen sich in der Geburtshilfe in den Spitälern Qualitätsverbesserungen erreichen und erst noch kostengünstiger durchführen. Laut von Castelberg kostet die 24-Stunden-Bereitschaft von Hebammen, Anästhesistinnen, OP-Personal, Kinderärzten, Gynäkologinnen mehr, weil die Bereitschaft rund um die Uhr gewährleistet werden muss. Viel weniger würde es kosten, wenn das Team jedes Mal nur zu einer gewissen Zeit aufgerufen werden müsste. Ein Vorbild für dieses Modell gibt es in Holland, es liesse sich mühelos auf die Schweiz übertragen. Das Modell sieht vor, dass nach der Akutbehandlung die Mütter und ihre Neugeborenen auf spezielle Stationen verlegt werden würden. Dadurch könnten auch die nachteiligen Auswirkungen der Fallpauschalen in der Geburtshilfe korrigiert werden. Bekanntlich kann es circa am vierten Tag nach der Geburt zu einer Depression kommen. Mit dem Abgeltungssystem DRG sind die Frau-

en zu diesem Zeitpunkt bereits zu Hause und damit in einer schwierigen Situation oftmals allein gelassen. Das Modell hat noch weitere Vorteile. Die Betten in den Akutspitälern würden schneller frei und das Personal der Nachbetreuungszentren wäre spezifischer für die Erholungszeit der Wöchnerinnen ausgebildet. Damit würde auch eine sinnvolle Trennung zwischen Geburt, Akutmedizin und Wochenbett vollzogen. Schliesslich könnten damit die Geburtshilfe stark entmedikalisiert, Kosten gespart und die Betreuungsqualität verbessert werden, wie das holländische Modell deutlich zeigt. Zudem entspricht die Entwicklung neuer Versorgungsmodelle im Gesundheitswesen – nicht unwesentlich – dem Regierungsrat beziehungsweise dem regierungsrätlichen Zielen. Es wäre schön, wenn ich für einmal die Unterstützung des Zürcher Kantonsrates erhalten würde. Ich danke Ihnen für die Überweisung des Postulates.

Ruth Kleiber (EVP, Winterthur): Das Versorgungsmodell in der Geburtshilfe, wie im Postulat beschrieben, ist bestechend. Die EVP steht diesem Anliegen positiv gegenüber. Es sind neue Wege, das heisst in Holland bereits erprobt, und warum nicht über die Grenze schauen und gute Modell begutachten und prüfen? Meist sind Mutter und Kind nach der Geburt wohlauf. Es ist wichtig, dass die Mutter nach der Geburt für ein paar Tage von spezifisch ausgebildeten Pflegefachpersonen für Wöchnerinnen begleitet und unterstützt wird. Dazu braucht es ja nicht unbedingt das Akutspital. In einem Nachbetreuungszentrum, wie dies das Modell in Holland vorsieht, können sich die Mütter nach der Geburt erholen und werden spezifisch sehr gut betreut. Heute müssen sich die Mütter sehr schnell wieder in unsere Leistungsgesellschaft eingliedern. Da ist vor allem auch auf die psychische Gesundheit grossen Wert zu legen. Die EVP wird das Postulat überweisen.

Heidi Bucher (Grüne, Zürich): Es sei weder Aufgabe noch Absicht des Kantons, den Gesundheitsleistungserbringern innerhalb des operativen Handlungsspielraums Vorgaben zu machen oder Konzepte für die Leistungserbringung zu entwickeln. Vielmehr bestehe die Rolle des Kantons darin, die Rahmenbedingungen für die Leistungserbringung zu setzen, schreibt der Regierungsrat in der Postulats-Stellungnahme. Damit verabschiedet sich der Kanton, wer immer das sein soll, von der inhaltlichen Arbeit im Gesundheitswesen. Er gibt

nur noch Geld und kontrolliert, ob es richtig eingesetzt ist. Um zu beurteilen, ob es richtig ausgegeben wird, müssen die Zuständigen aber inhaltliches Wissen und Können vorweisen können. Und es muss möglich sein, Projekte zu lancieren, durchzuführen und auszuwerten, welche das Geldausgeben noch effektiver machen. Die Forderung dieses Postulates wäre dafür ein gutes Beispiel.

In den früheren Neunzigerjahren kamen mit Ausnahme von Holland fast 99 Prozent aller Kinder in der westlichen Welt in Krankenhäusern zur Welt. 1954 gab es in den USA noch 6 Prozent Hausgeburten, in Finnland 25 Prozent, in Grossbritannien 36 Prozent, in Holland 77 Prozent und in Japan 83 Prozent. Und Spitalgeburten korrelieren mit Kaiserschnitten. Kaiserschnitte werden heute auf Wunsch durchgeführt und sind nicht mehr nur Notfallmassnahmen. Die Idee, ein Kaiserschnitt sei die schmerzfreie und risikoarme Art, ein Kind zu bekommen, ist in Mode, aber falsch und wird sicher nicht von Hebammen, die ihr Handwerk verstehen, empfohlen. Ein Kaiserschnitt ist eine Bauch-OP. Würden Sie sich den Blinddarm ohne medizinische Indikation entfernen lassen und dadurch in Kauf nehmen, dass Sie sich den Risiken einer nosokomialen Infektion und eines Narkosezwischenfalls aussetzen? Möchten Sie eine Zeitlang beim Lachen und Husten Schmerzen, einen zerschnittenen Bauch haben und in der Badi eine Narbe verstecken müssen? Wollen Sie Taubheitsgefühle rund um Ihre Narbe haben? Hebammen sind dafür ausgebildet, den natürlichen Vorgang der Geburt zu unterstützen und den Frauen zu helfen, ihr Kind gesund zu gebären. Sie erkennen Risiken und wissen genau, zu welchem Zeitpunkt ärztliche Unterstützung nötig wird. Sie gehen aber nicht von Anfang an davon aus, dass es das Skalpell besser könne als die Frau. Sie brauchen keine Anzahl Kaiserschnitte, um ihren Spezialarztstitel zu erhalten, und sind deshalb unabhängig parteilich für die Frau und das Kind.

Das holländische Modell der Geburtshilfe sieht vor, dass eine Frau vor, während und nach der Geburt von bis zu zwei Bezugshebammen begleitet wird. Diese Fachfrauen führen den Fall. Das medizinische Team mit Anästhesistinnen, OP-Personal, Kinderärzten, Gynäkologinnen und weiteren Hebammen würde nur bei Bedarf zugezogen. Damit wird die Betreuungsqualität verbessert und Kosten können eingespart werden. Es ist sinnvoll, wenn der Kanton Zürich solche gescheiterten Ideen trotz Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetz fi-

nanziell unterstützt und die entsprechenden Projekte initiiert, durchführt und evaluiert. Überweisen Sie bitte das vorliegende Postulat.

Beatrix Frey (FDP, Meilen): Als Mutter von zwei Spontangeborenen bin ich mit den Postulantinnen vollkommen einig, dass Geburten keine Krankheiten, sondern schmerzhaftere Ereignisse mit erfreulichem Ergebnis sind. Ich kann mir auch sehr gut vorstellen, dass es einem Bedürfnis entspricht, wenn man als Wöchnerin die Tage nach der Geburt auf eine Station verlegt wird, die einen familiären Rahmen hat und der weniger der Spitalgeruch anhaftet. Von daher sehen wir für ein Versorgungskonzept nach dem holländischen Vorbild des Intermediate-Centers durchaus Chancen, bloss: Dafür braucht es den Kanton nicht. Die Spitäler haben nämlich im Rahmen ihres Leistungsauftrags die Freiheit und den unternehmerischen Handlungsspielraum, solche Versorgungskonzepte anzubieten – bereits heute. Ob dadurch dann allerdings massgebend Kosten gespart werden können, ist fraglich. Was die Geburtshilfe in den Spitälern teuer macht, sind nämlich nicht die Pflegeleistungen, sondern die umfangreichen Vorhalteleistungen, die erbracht werden müssen. So sind die Spitäler mit den neuen Leistungsaufträgen verpflichtet worden, dringliche geburtshilfliche Interventionen, wie zum Beispiel die Not-Section, innert zehn Minuten zu gewährleisten. Das setzt – wir haben es gehört – faktisch eine 24-Stunden-Bereitschaft von Geburtshelfern, Anästhesisten, Gynäkologen, OP-Personal et cetera, et cetera voraus. Diese Verpflichtung bleibt für das Spital aber auch dann bestehen, wenn die Wöchnerinnen anschliessend auf eine weniger pflegeintensive Station verlegt werden. Diese hohen Vorhalteleistungen, verbunden mit den tiefen Fallgewichten beziehungsweise den tiefen Erlösen, machen es selbst für Spitäler mit mehr als 1000 Geburten schwierig, kostendeckend zu arbeiten. Deshalb werden sich die vorgeschlagenen Modelle auch nur dann rechnen, wenn es gleichzeitig gelingt, die Geburtenzahl in der Akutabteilung zu steigern, oder aber wenn man bereit ist, die Leistungsstandards herabzusetzen, sodass die Vorhalteleistungen reduziert werden können. Das Erste ist Sache der Spitäler und das Letzte nicht Gegenstand des vorliegenden Postulates, das wir aus diesen Gründen nicht überweisen werden. Dem Triemli wünschen wir mit den Bemühungen trotzdem viel Erfolg und dass der Babyboom in der Stadt Zürich möglichst lange anhält.

Eva Gutmann (GLP, Zürich): Zu Recht weist der Regierungsrat darauf hin, dass mit dem Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetz für die Leistungserbringer die nötigen Freiräume entstanden sind, um genau auch solche Modelle zu entwickeln, wenn dies medizinisch und wirtschaftlich Sinn macht. Bereits heute werden diese Modelle durch die Geburtshäuser angeboten und die Schwangeren können unter vielen Möglichkeiten das für sie Passende auswählen. Es kann nicht Aufgabe des Kantonsrates sein, zu entscheiden, welche Modelle im Bereich der Geburtshilfe angeboten werden sollen, denn das steht in der Kompetenz der Leistungsanbieter, die dafür auch mehr Fachwissen haben als wir Kantonsrätinnen und Kantonsräte. Dies wird auch von den verantwortlichen Personen bei den Leistungsanbietern bestätigt, die für die Entwicklung passender Modelle nicht die Hilfe des Kantonsrates in Anspruch nehmen wollen. Denn, Erika Ziltener, Frau Doktor von Castelberg hat das Modell vorgeschlagen. Sie hat aber nicht vorgeschlagen, dass der Kantonsrat der aktuellen Leitung der Maternité vorschreibt, wann welches Modell zum Einsatz kommen soll. Dieses Postulat ist überflüssig und die GLP will es nicht überweisen.

Lorenz Schmid (CVP, Männedorf): Die Ausführungen sind spannend. Es sind technische Ausführungen über Geburtsmodelle. Ich glaube, es gibt noch mehr von denen, die ich mir als Spitaldirektor gern anhören würde. Jedoch, ich bin nicht Spitaldirektor und ich sitze im Kantonsrat. Da gehe ich einfach mit dem Regierungsrat und seinen Ausführungen zu 100 Prozent einig. Erstens: Der Kanton, die öffentliche Hand, ist nicht direkt Leistungserbringer. Zweitens: Der Kanton regelt über das Spitalfinanzierungs- und -planungsgesetz Bedarf und Angebot, jedoch nicht – drittens – die Art und Weise, wie dieses Angebot dann erbracht werden muss. Und viertens: Das Angebot kundenbedürftig anzubieten, ist alleinige Aufgabe der Leistungserbringer, der Spitäler, mir als Spitaldirektor – eben nicht! Ich bitte Sie, diese Aufgabenteilung zu respektieren, wie wir sie legiferiert haben, und das Postulat nicht zu überweisen.

Theresia Weber (SVP, Uetikon a. S.): Heidi Bucher hat gut erklärt, was die Aufgaben des Kantons sind. Es sind dies: die Rahmenbedingungen zu erstellen, die Spitalliste zu machen und die Sicherung einer guten Qualität. Sie hat aber auch erklärt, dass man trotz dem Spitalfi-

finanzierungsgesetz jetzt dieses Projekt lancieren solle. Liebe Heidi Bucher, wir machen Gesetze, um damit zu arbeiten, und nicht, um dagegen irgendwelche Projekte doch noch zu lancieren. Die Wahlfreiheit für die Frauen bei einer anstehenden Geburt besteht heute schon. Akutspitäler, Geburtshäuser und die Möglichkeit einer Hausgeburt gibt es heute. Sie können individuell den Bedürfnissen angepasst und berücksichtigt werden. Die stationären Leistungserbringer schätzen den grossen Handlungsspielraum bei der Ausgestaltung der Leistung und so entsteht auch ein gesunder und gewünschter Wettbewerb. Die SVP ist heute mit dem Gesundheitsdirektor einig und empfiehlt Ihnen, dieses Postulat nicht zu überweisen.

Regierungsrat Thomas Heiniger: Das Gesundheitswesen – Sie wissen das – ist geprägt von vielen, sehr vielen Akteuren. Das Gesundheitswesen krankt bisweilen auch daran, dass gerade diese Akteure, all die Beteiligten sich ihrer Rollen nicht bewusst sind oder, wenn sie sich bewusst sind, sich jedenfalls nicht daran halten, sich nicht auf diese Bereiche konzentrieren, in denen sie eben auch Aufgaben, Zuständigkeiten und Verantwortungen haben. Der Kanton und mit ihm ganz besonders auch die Gesundheitsdirektion und der Gesundheitsdirektor sind bestrebt, hier Rollenkonflikte weitgehend zu vermeiden, Verantwortungen dort wahrzunehmen, wo wir sie wirklich haben, und dort aber Freiheiten zu lassen, wo der Bereich andern gehört. Der Kanton – Sie haben das auch in Ihrem Kreis jetzt selbst ausgeführt – soll Rahmenbedingungen setzen. Wir haben das hier in diesen Fragestellungen auch gemacht. Wir erteilen Leistungsaufträge, verbinden diese mit Auflagen, auch mit qualitativen inhaltlichen Auflagen, und verabschieden uns keineswegs aus der inhaltlichen Arbeit, auch nicht aus der inhaltlichen Diskussion rund um die Versorgung der Medizin. Es ist so, dass die Medizin grosse Fortschritte macht, dass sie auch neue Modelle entwickelt. Und diese sollen durchaus zur Anwendung kommen im Rahmen der Freiheit, die eben die Leistungserbringer haben. Deshalb sind derartige Postulate, die in die Behandlung, in die Unternehmensfreiheit, auch in die Therapiefreiheit eingreifen, ob das nun Zusatzberichte zur Verwendung von Psychopharmaka oder eben zur Einführung von bestimmten Modellen hier im Geburtsbereich sind, nicht zweckmässig. Das ist der Grund, weshalb wir hier dieses Postulat nicht übernehmen wollen, ohne damit zu verhindern, dass sich Leistungserbringer, seien dies Akutkliniken, seien dies Geburts-

häuser, die wir ganz bewusst auch auf die Spitalliste genommen haben, in diesem Bereich etablieren, ihre Modelle entwickeln, auch Modelle übernehmen, zweckmässige, gute oder geradezu bestechende Modelle übernehmen und hier ihren Leistungsbereich auch für die einzelnen Patientinnen und Patienten – hier Patientinnen – zur Verfügung stellen und perfektionieren. Das soll möglich sein, dazu braucht es dieses Postulat aber nicht. Ich danke Ihnen, wenn Sie es nicht überweisen.

Abstimmung

Der Kantonsrat beschliesst mit 111 : 58 Stimmen (bei 0 Enthaltungen), das Postulat 283/2011 nicht zu überweisen.

Das Geschäft ist erledigt.

10. Grenzüberschreitende Gesundheitspolitik

Postulat von Barbara Bussmann (SP, Volketswil), Esther Guyer (Grüne, Zürich) und Marcel Lenggenhager (BDP, Gossau) vom 14. November 2011

KR-Nr. 313/2011, RRB-Nr. 212/6. März 2012 (Stellungnahme)

Das Postulat hat folgenden Wortlaut:

Der Regierungsrat wird eingeladen, zu prüfen und die notwendigen Massnahmen zu treffen, damit

- a) der Kanton Zürich mit den Mitgliedskantonen und -ländern der Bodenseekonferenz eine gemeinsame Strategie in der grenzüberschreitenden Gesundheitspolitik formuliert, die zum Ziel hat, die Qualität der Gesundheitsversorgung zu steigern und deren Kostenstruktur zu optimieren;
- b) die Zusammenarbeit in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung gefördert und gestärkt wird durch gemeinsame Qualitätsstandards für die unterschiedlichen Gesundheitssysteme der Mitgliedstaaten sowie durch Pilotprojekte.

Begründung:

Im Rahmen der Parlamentarier-Konferenz Bodensee vom 18. Oktober 2011 wurde einstimmig eine Resolution zur gemeinsamen grenzüberschreitenden Gesundheitspolitik verabschiedet. Nicht alle Kantone und Länder können alleine ein umfassendes medizinisches Angebot erbringen. Ein Zusammengehen, insbesondere im grenznahen Raum, ist besonders wichtig.

Die Mitglieder der Konferenz sind sich bewusst, dass schwierig ist, gemeinsame Nenner zu finden, müssen doch vier nationale Gesundheitssysteme und zehn unterschiedliche föderalistische Strategien in der Gesundheitspolitik zusammengeführt werden. Sie sind aber der Auffassung, dass dies durchaus machbar ist – insbesondere, wenn frühzeitig mit Pilotprojekten die Zusammenarbeit gefördert wird.

Der Kanton Zürich als Zentrumsanton auf schweizerischer Seite der Bodenseeregion soll dabei eine aktive Rolle spielen und die regional-internationale Zusammenarbeit nutzen. Die Zusammenarbeit ermöglicht verschiedene Synergien, welche die Qualität der Gesundheitsversorgung steigern und die Kostenstruktur optimieren, beispielsweise bei den ambulanten und stationären Angeboten, in der Rehabilitation oder bei der Prävention. Vergleichbare Pilotprojekte bestehen bereits in der Region Basel-Lörrach.

Der Regierungsrat nimmt auf Antrag der Gesundheitsdirektion wie folgt Stellung:

Träger der Internationalen Bodenseekonferenz (IBK) sind die Bundesländer Baden-Württemberg und Bayern (Deutschland), das Bundesland Vorarlberg (Österreich), das Fürstentum Liechtenstein und die Kantone Appenzell Ausserrhoden, Appenzell Innerrhoden, Thurgau, St.Gallen, Schaffhausen und Zürich. Ziel der IBK ist es, die Bodenseeregion als attraktiven Lebens-, Natur-, Kultur- und Wirtschaftsraum zu erhalten und zu fördern und die regionale Zusammengehörigkeit zu stärken (vgl. Leitbild der IBK vom 27. Juni 2008; www.bodenseekonferenz.org/20544/IBK/Leitbild/index_v2.aspx).

Zur Verfolgung und Konkretisierung dieser weit gefassten Zielsetzung hat die IBK verschiedene Fachkommissionen eingesetzt. Die Kommission für Gesundheit und Soziales, in welcher der Kanton Zürich durch die Gesundheitsdirektion vertreten ist, hat den Auftrag, die Möglichkeiten zur Zusammenarbeit in der Prävention, der Gesund-

heitsförderung und -versorgung abzuklären, gemeinsame Tätigkeitsfelder abzustecken und Synergien zu fördern und zu nutzen.

Im Handlungsfeld Gesundheit verfolgt die Kommission als Hauptziel die gemeinsame Gestaltung des Gesundheitsraumes Bodensee. Derzeit sind Projekte in folgenden Bereichen im Gang:

1. Abstimmung der Angebots- und Versorgungsplanung,
2. Nutzung der Möglichkeiten von E-Health und der Telemedizin,
3. Verbesserung des grenzüberschreitenden Zugangs zu Versorgungsangeboten.

Zur Umsetzung und Konkretisierung der Ziele hat die Kommission verschiedene Massnahmen und Aktivitäten entwickelt. Dazu gehören unter anderem die Sicherstellung der Informationen über bestehende, geplante und neue Angebote in den Bereichen Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung. Zu diesem Zweck zieht die Kommission Fachreferentinnen und -referenten bei, führt Vertreterinnen und Vertreter von Gesundheitsinstitutionen und Gesundheitsorganisationen aus den IBK-Mitgliedsländern und -kantonen zusammen und organisiert Fachtagungen. So wurden beispielsweise die Verantwortlichen für die Gesundheitsplanung oder für die gemeinsame Nutzung von Medizinaltechnik zu einer Tagung ein geladen. Die Kommission führt im Weiteren jährlich eine Rettungskonferenz durch. Die Rettungskräfte zu Land, zu Wasser und in der Luft koordinieren dabei ihre Tätigkeiten und treffen Vorbereitungen für gemeinsame grenzüberschreitende Einsätze. Die letzte Rettungskonferenz fand im Januar 2012 in Schaffhausen statt; die achte Konferenz wird Anfang 2013 in Zürich durchgeführt. Derzeit befasst sich die Kommission Gesundheit und Soziales schwerpunktmässig mit Fragen des Fachkräftemangels im Gesundheitsbereich. Zu diesem Thema ist eine Tagung in Vorbereitung. Ebenfalls ist vorgesehen, dem Thema über ein Interreg-Projekt Nachhaltigkeit zu verschaffen.

Seit vielen Jahren stehen Gesundheitsförderung und Prävention mit im Zentrum der Kommissionsaktivitäten. Im Rhythmus von drei Jahren findet ein grosses Symposium zu diesem Themenfeld statt. Die vier bisherigen Durchführungen waren begleitet von einem Wettbewerb für Präventionsprojekte. Insgesamt wurden über die Jahre mehr als 500 Projekte eingereicht. Die erfolgreichen Projekte – es wird jeweils der IBK-Gesundheitspreis verliehen – wurden im ganzen IBK-Raum bekannt gemacht und in der Folge vielenorts übernommen. Als

bekanntestes Projekt, das auf eine IBK-Idee zurückgeht, gilt dabei «Kinder im Gleichgewicht»; es ist längst Vorbild für gleiche Projekte in vielen Ländern Europas.

2011 wurde zum IBK-Jahr der Gesundheit erklärt. Dieses Schwerpunktthema bot Gelegenheit, die vielseitigen Aktivitäten der Kommission in der Öffentlichkeit breit bekannt zu machen. Im Zentrum stand ein eigentlicher Gesundheitstag am 28. Mai 2011. An diesem Tag kreuzte das Gesundheitsschiff Euregia auf dem Bodensee und lief die Häfen Rorschach, Bregenz, Lindau und Friedrichshafen an. Auf dem Schiff und in den Häfen fand eine eigentliche Leistungsschau zum Gesundheitsangebot rund um den Bodensee statt. Diese Veranstaltung wie im Übrigen auch die anderen Aktivitäten der Kommission Gesundheit und Soziales finden regelmässig einen guten Widerhall in den Medien.

Wertvoll war die Zusammenarbeit rund um den Bodenseeraum bei den drohenden Pandemien in den vergangenen Jahren (Vogelgrippe und Schweinegrippe). Die gemeinsam getroffenen Vorbereitungen und Absprachen brachten Sicherheit und fanden breite Anerkennung bei den politisch Verantwortlichen.

Die hier stark verkürzt und gerafft erwähnten Tätigkeiten und Aktivitäten der IBK bzw. der Kommission Gesundheit und Soziales sind lediglich ein Auszug aus der gesamten Palette der Projekte, die von der Kommission in den vergangenen 15 Jahren aufgenommen und verwirklicht wurden. Sie zeigen, dass sowohl innerhalb der Ostschweizer Kantone wie auch mit den Bodensee-Anrainerstaaten bzw. den mitbeteiligten Bundesländern Deutschlands, mit Vorarlberg und mit dem Fürstentum Lichtenstein ein intensiver Austausch stattfindet und eine gute grenzüberschreitende Zusammenarbeit besteht. In Gebieten, in denen es sinnvoll und erfolgversprechend erscheint, bestehen klare Ziele, die mit entsprechenden Massnahmen auch umgesetzt werden, soweit die jeweils anwendbare Rechtsordnung dies zulässt.

Die Resolution der Parlamentarier-Konferenz Bodensee vom 18. Oktober 2011 ist dem Regierungsrat bekannt. Gesamthaft betrachtet und mit Blick auf das vorliegende Postulat ist jedoch festzuhalten, dass im Rahmen der IBK bzw. der Kommission Gesundheit und Soziales in den Gebieten der Gesundheitspolitik das Mögliche und Sinnvolle bereits angegangen und getan wird. Die Gesundheitsfachleute in der Kommission sind in ihren Funktionen als Behördenmitglieder und Entscheidungsträger in der Administration nicht nur unmittelbar an der

Gestaltung der lokalen und regionalen Gesundheitspolitik mitbeteiligt, sondern auch gut positioniert, ihr fachliches Umfeld auf die Möglichkeiten zur verstärkten grenzüberschreitenden Zusammenarbeit und der Nutzung von Synergien auszuloten und die geeigneten Massnahmen direkt einzuleiten oder den zuständigen Entscheidungsinstanzen vorzuschlagen.

Den Forderungen des Postulats wird somit bereits auf pragmatische Art und Weise Rechnung getragen. Der Regierungsrat beantragt deshalb dem Kantonsrat, das Postulat KR-Nr. 313/2011 nicht zu überweisen.

Barbara Bussmann (SP, Volketswil): Dieses Postulat, wie Sie schon in der Begründung lesen konnten, ist das Resultat der Parlamentarier-Konferenz des Jahres 2011. Bei dieser Konferenz treffen sich Vertreter der Parlamente verschiedener Ostschweizer Kantone mit dem Fürstentum Liechtenstein, Vorarlberg, Baden-Württemberg und Bayern und tauschen sich aus. Im Jahr 2011 war die grenzüberschreitende Gesundheitspolitik das Thema. Klar und einstimmig wurde am Schluss eine Resolution verabschiedet, die eine verstärkte Zusammenarbeit verlangt. Aus diesem Grund haben wir dieses Postulat eingereicht.

Die Stellungnahme des Regierungsrates ist etwas unbefriedigend. Wir fühlen uns nicht ganz ernst genommen. Es ist wichtig, dass solche Anregungen auch aufgenommen werden, dass solche Zusammenarbeit gefördert wird. Es geht hier um Qualität und auch um den Preis der medizinischen Leistung. Die Zusammenarbeit bietet sich vor allem dort an, wo es um seltene Erkrankungen geht. Es ist sicher nicht so, dass wir wollen, dass ein Diabetiker zur Einstellung seines Blutzuckers nach München reisen muss, das wäre nicht sinnvoll. Davon gibt es auch genügend, sodass es in jedem Kanton selbst gemacht werden kann. Aber es gibt seltene Stoffwechselkrankheiten, Erbkrankheiten et cetera, von denen es vielleicht zehn, zwanzig Fälle in der gesamten Schweiz gibt. Da ist die Zahl grösser, wenn man auch noch mit dem grenznahen Ausland zusammenarbeitet. Und es wäre sinnvoll, wenn man das fördern würde, prüfen würde vor allem. Uns interessiert insbesondere auch ein sorgfältiger ausführlicher Bericht, wo eine solche Zusammenarbeit möglich ist, wie sie aussehen könnte und was für Massnahmen als erste ergriffen würden. Ich möchte Sie

daher bitten, dieses Postulat in unserem Sinne an die Regierung zu überweisen. Danke.

Markus Schaaf (EVP, Zell): Es ist in der Tat so: Katastrophen, Grossereignisse oder Epidemien machen nicht Halt vor der Kantons- oder Landesgrenze. Es ist deshalb richtig, dass die Zürcher Regierung ihre Zusammenarbeit auch über die Kantonsgrenzen hinaus pflegt und überprüft. In seiner Antwort führt der Regierungsrat aus, inwieweit dies bereits geschieht. Im Rahmen der IBK ist die Regierung bereits gut engagiert und vernetzt und sucht in den sinnvollen Bereichen die grenzüberschreitende Zusammenarbeit. Medizinaltechnik soll gemeinsam genutzt werden, Rettungskräfte proben gemeinsame Einsätze und in der Pandemieplanung erfolgte bereits eine gute Zusammenarbeit. Sobald man aber im Gesundheitswesen in einem bestimmten Bereich eine vertiefte Zusammenarbeit prüft, tauchen praktisch unlösbare Probleme auf. Denn die Gesundheitspolitik orientiert sich immer an den lokalen und regionalen Bedürfnissen und Gewohnheiten. Und seien wir doch einmal ganz ehrlich, die Schweiz bringt es nicht fertig, innerhalb ihrer eigenen Regionen und Kantone eine gemeinsame Versorgungs- und Gesundheitsstrategie zu entwickeln. Ich denke da nur an unser Gerangel, wenn es um die hochspezialisierte Intensivmedizin geht oder um ein nationales Palliativkonzept oder gar eine landesweite Demenzstrategie. Da treten wir uns lieber gegenseitig auf die Füße und jeder Kanton kämpft vehement um seine Pfründe. Diese Probleme sind dringender zu lösen. Wie soll unter diesen Umständen jemals eine länderübergreifende Gesundheitspolitik konstruktiv funktionieren? Die EVP wird dieses Postulat deshalb nicht überweisen.

Eva Gutmann (GLP, Zürich): Die Antwort des Regierungsrates ist überzeugend, es braucht keine zusätzlichen Aktivitäten in diese Richtung. Solange die Zürcher Spitäler es nicht mal fertigbringen, sich auf ein gleiches Klinikinformationssystem zu einigen oder solange in der Schweiz seit Jahren an einer gemeinsamen E-Health-Strategie diskutiert wird, ohne dass grosse Fortschritte erzielt werden, sollten wir die Ziele bescheidener stecken. Beschränkungen auf das Wichtigste und Wesentliche erscheint auch im Hinblick auf die steigenden Kosten im Gesundheitswesen sinnvoller. Dank einem gewissen Druck zu einer wirtschaftlicheren Zusammenarbeit fand aber bereits in den letzten

Jahren eine zunehmende Vernetzung zwischen den Spitälern in gewissen Bereichen statt. Diese Bereiche sollte nicht der Kantons- oder der Regierungsrat mit von oben aufgesetzten sogenannten Strategien planwirtschaftlich festlegen, sondern eine Vernetzung soll sach- und fachgerecht aus den Spitälern heraus vorangetrieben werden. Es braucht keine zusätzlichen Aktivitäten der Politik und die GLP lehnt die Überweisung des Postulates ab.

Urs Lauffer (FDP, Zürich): Es ist bereits gesagt worden, wie schwierig es im eigenen Lande ist, die Koordination gesundheitspolitischer Initiativen voranzutreiben. Und es ist tatsächlich, wenn es um grenzüberschreitende Zusammenarbeit geht, nochmals anspruchsvoller. Vor diesem Hintergrund scheint es uns wichtig, wenn diese Zusammenarbeit auf möglichst operativer Ebene abgewickelt wird. Dazu können die zuständigen Gesundheitsdirektorinnen und Gesundheitsdirektoren und ihre Departemente einen besseren Beitrag leisten, als wenn wir das durch die einzelnen kantonalen Parlamente noch komplizieren. Vor diesem Hintergrund befriedigt uns die Antwort des Regierungsrates, wir unterstützen das Postulat nicht.

Willy Haderer (SVP, Unterengstringen): Die Antwort zeigt klar auf, dass dort, wo es möglich ist, solche Zusammenarbeiten funktionieren. Und das, was gerade vorher Urs Lauffer gesagt hat, ist natürlich vorrangig. Wir müssen zuerst einmal schauen, dass innerhalb unserer Schweiz zwischen den Kantonen die nötigen Ressourcen wirklich ausgeschöpft werden. Dann kann man auch in dieser Hinsicht weitersehen. Die Antwort der Regierungsrat überzeugt und das Postulat ist abzulehnen.

Esther Guyer (Grüne, Zürich): Es ist schon interessant, dass hier alle eine Mängelliste präsentieren und von unlösbaren Problemen reden. Aber um dann die Probleme zu lösen, dazu will man keinen Beitrag leisten. Die Ebene der Konferenzen der Anrainer-Staaten findet auch auf der Ebene der Regierungen statt. Und die Regierungen könnten, statt nur nett zu essen und zusammenzusitzen, könnten sich doch durchaus einmal zusammenfinden, um über reale Probleme zu diskutieren und darüber zu reden, wie wir das Gesundheitssystem, das schwer und teuer ist, verbessern können. Wie können wir voneinander

profitieren? Wie können wir Synergien herstellen? Das ist es, was wir wünschen, und das sollte möglich sein. Es ist schade, wenn man hier schon wieder resigniert und findet, wir hätten schon genug Probleme, das wäre nur ein neues. Das wäre ein Beitrag zu einer Lösung und nicht ein weiteres Problem. Ich danke Ihnen.

Markus Schaaf (EVP, Zell) spricht zum zweiten Mal: Sie wissen, die EVP hat keinen eigenen Vertreter im Regierungsrat. Von daher gehen wir eigentlich davon aus, dass wenn sich der Regierungsrat in länderübergreifenden Gremien trifft, nicht nur gegessen und gefeiert wird, sondern dass da auch konstruktiv besprochen, beschlossen und gearbeitet wird. Falls dies nicht so sein sollte, möchte ich Sie bitten, Ihre eigenen Regierungsräte doch ins Gebet zu nehmen.

Regierungsrat Thomas Heiniger: Es ist so, Gesundheit, Gesundheitsversorgung macht nicht Halt an Grenzen. Deshalb ist Zusammenarbeit über Grenzen hinweg, welche Grenzen auch immer Sie meinen, äusserst wichtig und sie findet auch statt. Sie findet auch auf politischer Ebene statt, Esther Guyer, es wird dort nicht nur diniert und laviert, es wird vor allem erledigt und gelöst statt nur geredet. Ich erinnere an die Pandemie-Lösung – dieses Beispiel ist auch in der regierungsrätlichen Antwort aufgeführt –, an die Massnahmen im Zusammenhang mit der Vogelgrippe. Da war es unerlässlich, dass über die Staatsgrenzen hinweg Lösungen getroffen wurden. Sie wurden auch getroffen. Pragmatisches Vorgehen ist zweifellos richtig. Es gibt auch diese Mängelliste nicht, die Sie aufgeführt haben. Diese Mängelliste insbesondere im internationalen Bereich gibt es nicht. Man arbeitet dort, wo es nötig ist, zusammen. Dass wir auch innerhalb der Schweiz, innerhalb von eigenen Grenzen, seien es die Kantonsgrenzen insbesondere, noch Verbesserungen treffen können, ist allen klar. Auch hier arbeitet der Kanton Zürich aber daran, diese Grenzen zu überwinden, diese Zusammenarbeit im schweizerischen Umfeld zu verstärken, hier auch einen gewissen Lead zu übernehmen und durch eigene gute Lösungen andere zu motivieren, es dem Kanton Zürich gleichzutun. Das ist gelebte praktische Zusammenarbeit. Diese haben wir, mehr braucht es nicht.

Abstimmung

Der Kantonsrat beschliesst mit 111 : 49 Stimmen (bei 1 Enthaltung), das Postulat 313/2011 nicht zu überweisen.

Das Geschäft ist erledigt.

11. Leistungsstopp bei säumigen Zahlern von Krankenkassenprämien

Interpellation von Jörg Kündig (FDP, Gossau) und Linda Camenisch (FDP, Wallisellen) vom 14. November 2011

KR-Nr. 314/2011, RRB-Nr. 1575/21. Dezember 2011

Die Interpellation hat folgenden Wortlaut:

Im Zusammenhang mit dem durch das KVG ab 1. Januar 2012 verbotenen Leistungsstopp bei säumigen Zahlern von Krankenkassenprämien ersuchen die Unterzeichneten den Regierungsrat um Beantwortung der folgenden Fragen:

1. Wie gedenkt der Regierungsrat des Kantons Zürich diese Problemstellung anzugehen resp. mit welchem Aufwand rechnet er ab 2012 als Folge der neuen KVG-Gesetzgebung
 - a) für die Administration und das Inkasso der Schuldscheine?
 - b) für die Prämienübernahmen?
2. Mit welchen Massnahmen gedenkt der Regierungsrat den zu erwartenden Mehrkosten zu begegnen?
3. Wie will der Regierungsrat die Gemeinden im Sinne einer Früherkennung im Hinblick auf zu erwartende Mehrbelastungen bei den Sozialaufwendungen über Problemfälle jeweils orientieren?
4. Warum beabsichtigt der Regierungsrat nicht, eine Liste mit säumigen Zahlern zu führen und so zu erreichen, dass diese die medizinische Notversorgung erhalten, und welche Risiken sind mit dieser Vorgehensweise verbunden?

Der Regierungsrat antwortet auf Antrag der Gesundheitsdirektion wie folgt:

Am 19. März 2010 haben die eidgenössischen Räte zwei Bestimmungen des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10, AS 2011, 3523) geändert: Einerseits haben sie das Verfahren der Verlustscheinübernahme bei unbezahlten Prämien der obligatorischen Krankenversicherung neu geregelt (Art. 64a KVG) und andererseits haben sie die Kantone verpflichtet, die Prämienverbilligung nach einem einheitlichen, technisch standardisierten Verfahren direkt an die Krankenversicherer auszusahlen (Art. 65 KVG). Die neuen Bestimmungen, die am 1. Januar 2012 in Kraft treten werden, bedingen auch Anpassungen im kantonalen Ausführungsrecht, die der Regierungsrat mit Beschluss vom 7. Dezember 2011 zuhanden des Kantonsrates verabschiedet hat (Vorlage 4859).

Der die Verlustscheinübernahme regelnde Art. 64a KVG ermächtigt die Kantone dazu, versicherte Personen, die ihrer Prämienpflicht trotz Betreibung nicht nachkommen, auf einer Liste zu erfassen, die den Leistungserbringern, der Gemeinde und dem Kanton zugänglich ist (sogenannte «schwarze Liste», Art. 64a Abs. 7 KVG). Die Versicherer schieben für diese Versicherten auf Meldung des Kantons die Übernahme der Kosten für Leistungen mit Ausnahme der Notfallbehandlungen auf und erstatten der zuständigen kantonalen Behörde Meldung über den Leistungsaufschub und dessen Aufhebung nach Begleichung der ausstehenden Forderungen. Mit dieser Regelung wird es letztlich den Kantonen überlassen, ob sie den bisher bundesrechtlich geltenden Leistungsaufschub über den 31. Dezember 2011 hinaus fortführen.

Zu Fragen 1–3:

Bezahlt die versicherte Person fällige Prämien oder Kostenbeteiligungen nicht, so obliegt die Durchsetzung der Forderungen dem Versicherer (Art. 64a Abs. 1 und 2 KVG). Insofern entstehen dem Kanton für Administration und Inkasso der Verlustscheine grundsätzlich keine Kosten, zumal auch die Bewirtschaftung von Verlustscheinen neu durch die Versicherer zu erfolgen hat. Allerdings ist vorgesehen, mit einem neuen § 18a des Einführungsgesetzes zum Krankenversicherungsgesetz (vgl. Vorlage 4859) die Versicherer gestützt auf Art. 64a Abs. 2 KVG zu verpflichten, der Sozialversicherungsanstalt (SVA) Schuldnerinnen und Schuldner bekannt zu geben, die wegen ausstehender Prämien oder Kostenbeteiligungen der obligatorischen Kran-

kenpflegeversicherung betrieben werden. Die SVA leitet diese Betreibungsanzeigen den zuständigen Gemeinden weiter, die prüfen, ob Personen betrieben werden, bei denen die Gemeinden die Prämien ohnehin übernehmen werden, weil deren Existenzminimum nicht gedeckt ist. Diese Meldung des Versicherers an die SVA und von dieser an die Gemeinde dient letztlich dazu, das Entstehen von Verlustscheinen möglichst zu vermeiden; eine direkte Meldung des Versicherers an die Gemeinde ist nicht möglich, weil Art. 64a Abs. 2 KVG die Abwicklung über eine zentrale Durchführungsstelle vorschreibt. Stellt die Gemeinde fest, dass solche Personen betrieben wurden, teilt sie dies der SVA mit, die wiederum den Versicherern anzeigt, dass die Betreibung nicht fortgesetzt werden soll. Für den ihr in diesem Zusammenhang entstehenden Aufwand wird die SVA vom Kanton entschädigt. Es ist mit Kosten von rund Fr. 400 000 pro Jahr zu rechnen (vgl. RRB Nr. 1472/2011).

Bei den Prämienübernahmen wird sich kein Mehraufwand gegenüber heute ergeben. Nach bisherigem Recht hatte der Kanton Verlustscheine für unbezahlte Prämien zu 100% zu übernehmen. Gemäss Art. 64a Abs. 4 KVG übernimmt der Kanton neu nur noch 85% der Forderungen, wobei die Übernahme künftig aber auch Verlustscheine für Kostenbeteiligungen einschliessen wird. Die neue Entschädigung für von der versicherten Person nicht erhältliche Kostenbeteiligungen dürfte sich mit der Verminderung der Übernahmequote ungefähr die Waage halten, sodass wie bisher mit jährlichen Kosten von rund 20 bis 25 Mio. Franken zu rechnen ist.

Zu Frage 4:

Folgende Überlegungen sprechen gegen das Einführen einer schwarzen Liste:

- Es ist nicht ersichtlich, weshalb ausgerechnet die ausstehenden Forderungen von Krankenversicherern anders behandelt werden sollen als andere unbezahlte Forderungen. Für Steuerschulden beispielsweise gibt es auch keine solche Regelung.
- Art. 64a Abs. 7 KVG steht in einem Spannungsverhältnis zum in Art. 3 KVG festgeschriebenen Versicherungsobligatorium, das für die Dauer des Verbleibs auf der schwarzen Liste faktisch aufgehoben bzw. stark eingeschränkt wird.
- Die schwarze Liste ist zur Erreichung des damit angestrebten Ziels (Begleichung der Forderung) nicht notwendig. Werden Prämienforde-

rungen und Forderungen aus Kostenbeteiligungen nicht bezahlt, hat dies ein Betreibungsverfahren zur Folge. Erst wenn die Betreuung erfolglos verläuft, entsteht ein Verlustschein, den der Kanton übernehmen muss. Nach einem parallelen Zwangsverfahren für ausstehende Krankenkassenforderungen besteht kein Bedarf.

– Das Führen einer Liste mit säumigen Prämienzahlerinnen und -zahlern würde einen Verwaltungsaufwand verursachen, der den Nutzen einer solchen Massnahme bei Weitem überstiege. Bei 20 000 bis 25 000 betroffenen Personen im Kanton Zürich könnte die Richtigkeit der Liste, die grundsätzlich tagesaktuell nachgeführt werden müsste, kaum je in jedem einzelnen Fall und zu jedem Zeitpunkt gewährleistet werden. Würde eine versicherte Person aber ihre Schulden beim Versicherer bezahlen, hätte sie einen Anspruch darauf, unverzüglich von der Liste gestrichen zu werden.

– Eine Streichung von der Liste wäre von einer Meldung des Versicherers abhängig (vgl. Art. 64a Abs. 7 KVG). Damit entscheidet faktisch der Versicherer und somit ein Privater, wann die vom Kanton angeordnete Leistungssperre endet.

– Gelangt eine Person zu Unrecht auf die schwarze Liste (was etwa bei Doppelversicherungen in der Praxis immer wieder vorkommt), könnte sie sich kaum dagegen zur Wehr setzen.

– Wer auf einer Liste gemäss Art. 64a Abs. 7 KVG aufgeführt ist, hat nur noch Anspruch auf Notfallbehandlungen. Dies hat zur Folge, dass die ärztlichen Leistungserbringer stets abklären müssten, ob eine konkrete Person auf der schwarzen Liste ist und falls ja, ob es sich um eine Notfallsituation handelt. Dies ist nicht nur dem Arzt-Patienten-Verhältnis abträglich, sondern im Einzelfall auch äusserst schwierig zu beurteilen. Müssen beispielsweise ärztliche Leistungen, die im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft stehen, weiterhin erbracht werden? Darf bei Kopfschmerzen darauf vertraut werden, dass wohl keine Hirnhautentzündung vorliegt? Was geschieht allgemein bei unklaren Symptomen? Welche Leistungen bei psychischen Störungen haben als Notfalleleistungen zu gelten? In all diesen Fällen wäre wohl davon auszugehen, dass der Versicherer die Kostenerstattung sehr einschränkend handhaben würde, sodass der Leistungserbringer ein erhebliches Risiko einginge, für seine Leistung nicht entschädigt zu werden. Erbringt er die Leistung aber nicht und kommt die Patientin oder der Patient zu Schaden, könnte der Leistungserbringer haft-

pflichtrechtliche Ansprüche, die gegen ihn gerichtet werden, weder auf den Versicherer noch auf die öffentliche Hand abwälzen.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Einführung einer schwarzen Liste mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden wäre. Neben den grundsätzlichen Bedenken, die dagegen sprechen, wäre ein im Ergebnis unbefriedigendes Verhältnis zwischen Aufwand und Nutzen zu erwarten. Zudem geht die Forderung nach Einführung einer solchen Liste von falschen Annahmen aus: Beahlt eine Person die Prämien und Kostenbeteiligungen nicht, so ist der Grund hierfür in der Regel nicht, dass die versicherte Person die Forderung nicht bezahlen will, sondern dass sie diese nicht bezahlen kann. Dass der Kanton keine Forderungen von lediglich zahlungsunwilligen Personen übernehmen muss, wird dadurch sicherstellt, dass die Übernahme vom Vorliegen eines Verlustscheins abhängig gemacht wird. Zwar kann nicht ausgeschlossen werden, dass es auch im Bereich der Übernahme von Prämien und Kostenbeteiligungen Missbrauchsfälle gibt. Es wäre aber falsch, das ganze System auf diese Fälle auszurichten und damit erhebliche neue Probleme zu schaffen. Die Prämienübernahmen für Verlustscheine machen ungefähr 0,85% des Prämienvolumens im Kanton Zürich aus. Die Zahlungsmoral der Versicherten darf damit grundsätzlich als gut bezeichnet werden.

Aus diesen Gründen ist im Kanton Zürich weiterhin von der Einführung einer schwarzen Liste abzusehen.

Jörg Kündig (FDP, Gossau): Die Reaktion der verschiedenen Parteien auf die Interpellation hat gezeigt, dass das Thema tatsächlich bewegt. Die Frage stellt sich, ob säumige Zahler bei Krankenkassenprämien nur noch reduzierte medizinische Dienstleistungen in Anspruch nehmen können sollen oder nicht. In verschiedenen anderen Kantonen wurde diese Frage klar mit Ja beantwortet, ich nenne da den Kanton Thurgau beispielsweise. Dieser zeigt sich auch durchaus zufrieden mit dem Resultat. Schwarze Listen – in Kurzform –, war der Inhalt, haben durchaus abschreckenden Charakter und können die Zahlungsmoral unterstützen. In der Folge der ganzen Diskussion hat sich auch die KSSG (*Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit*) dem Thema angenommen. Wir hatten das Einführungsgesetz zum Krankenversicherungsgesetz oder das Sozialhilfegesetz, das die Gelegenheit gab, das Thema «Schwarze Listen» zu diskutieren oder eben einen Leistungsstopp für säumige Zahler vorzusehen. Die Dis-

kussionen haben dazu geführt, dass die Argumente, wie sie in der Antwort auf die Interpellation genannt wurden, nochmals überprüft werden konnten. Da wären zu nennen: unverhältnismässiger Aufwand, um einen guten Nutzen zu erzielen, die administrative Seite, Nachführen der Listen et cetera, zusätzliche Belastung bei den Gemeinden für erforderliche Abklärungen und Triage oder auch die Frage, was effektiv dann medizinisch unter dem noch Notwendigen zu verstehen ist, grundsätzlich auch das Fragezeichen hinter einer durchaus als Diskriminierung verstehbaren Liste.

Die KSSG und auch wir als Interpellanten konnten uns diesen Argumenten nicht verschliessen. Das gesamte Befassen mit dem Thema, fundiert durch die KSSG zusätzlich, und vor allem die Tatsache, dass der Gesundheitsdirektor versichert hat, er werde die Entwicklung der Situation verfolgen und innert zwei Jahren Bericht erstatten, wie die Entwicklung sei – das wurde protokolliert und somit verbrieft, auch durch die heutigen Ausführungen nochmals – führen dazu, dass wir sagen: Das Ziel der Diskussion ist erreicht. Wir sehen deshalb von weiteren Schritten ab und sind gespannt, ob der zu erwartende und in Aussicht gestellte Bericht den Verzicht auf Massnahmen und schwarze Listen als richtig bestätigt oder eben nicht. Sollte sich die Problematik verschärfen, nicht zuletzt auch finanziell, so sind wir bereit und in der Lage und gewillt, das Thema wieder aufs Tapet zu bringen. In diesem Sinne: Besten Dank für Beantwortung und Diskussion. Wir Interpellanten sind zufrieden. Danke.

Ratspräsident Bernhard Egg: Der Interpellant hat seine Erklärung zur Antwort des Regierungsrates damit abgegeben.

Das Geschäft ist erledigt.

12. Auftragserteilung/Erstellung einer Studie mit dem Ziel der Erarbeitung von ethischen Richtlinien und Qualitätsstandards für die Betreuung und Pflege von Menschen mit einer Demenz

Postulat von Silvia Seiz (SP, Zürich), Renate Büchi (SP, Richterswil) und Peter Stutz (SP, Embrach) vom 14. November 2011

KR-Nr. 326/2011, RRB-Nr. 286/21. März 2012 (Stellungnahme)
(gemeinsame Behandlung mit KR-Nr. 327/2011)

13. Qualitätsstandards für die Betreuung und Pflege von Personen mit Demenzerkrankungen

Postulat von Silvia Seiz (SP, Zürich), Renate Büchi (SP, Richterswil) und Peter Stutz (SP, Embrach) vom 14. November 2011

KR-Nr. 327/2011, RRB-Nr. 286/21. März 2012 (Stellungnahme)
(gemeinsame Behandlung mit KR-Nr. 326/2011)

Das Postulat 326/2010 hat folgenden Wortlaut:

Der Regierungsrat wird gebeten, dem Zentrum für Gerontologie der Universität Zürich den Auftrag zu erteilen, unter Einbezug der Dienstleister im Demenzbereich, z. B. Sonnweid in Wetzikon, Alzheimervereinigung Kanton Zürich, und betroffenen Angehörigen, eine wissenschaftlich gestützte Studie zu erarbeiten.

Begründung

Der Kanton Zürich ist in der Pflicht als Aufsichtsorgan der Gemeinden, bei denen die Versorgungsverantwortung für die Langzeitpflege liegt, Vorschriften zum Schutz von besonders schutzbedürftigen Personen zu erlassen.

Einerseits gilt es Standards für die verschiedenen Institutionen zu erstellen: ethische Grundsätze, Infrastruktur, Räumlichkeiten, Beschäftigungsangebote, Bewegungsmöglichkeiten, Personalschlüssel, Personalausbildungsstand etc.

Andererseits werden ca. 60% der Demenzkranken zu Hause betreut. Immer mehr werden auch Care-Migrantinnen und -migranten aus dem Ausland vermittelt und angestellt. Vor allem Pendel-Migrantinnen und -migranten, die dann während drei Wochen 24 Stunden-Betreuung gewährleisten müssen. Anschliessend findet der Wechsel durch eine neue Person aus dem Ausland statt. Hier besteht Handlungs-/Regelungs- und Kontrollbedarf.

Die Pflege und Betreuung von Menschen mit einer Demenz ist sehr komplex und belastend, darum benötigt es auch Richtlinien bei der Angehörigenpflege z.B. bei Überforderung oder Gewalt, zur Gewährung der Würde, Pflege und Betreuung mit anerkannten Methoden.

Ob in einer Institution oder zu Hause, die Pflege und Betreuung muss nach anerkannten Methoden und ethisch vertretbar gewährleistet sein. Die Aussenumgebung muss den Dementen angepasst und geschützt sein, und den individuellen Autonomiebedürfnissen und dem Wunsch nach freier Bewegung entsprechen. Ebenso muss ein genügendes Entlastungsangebot für die betreuenden Angehörigen zur Verfügung stehen.

Das Postulat 327/2012 hat folgenden Wortlaut:

Der Regierungsrat wird eingeladen, Grundlagen zur Qualitätssicherung zu schaffen, damit gewährleistet wird, dass Personen mit einer Demenzerkrankung, ob zu Hause oder in einer Institution betreut, eine ihrem Krankheitsbild angepasste Pflege und Betreuung garantiert wird.

Begründung

Eine Demenzstrategie fehlt, kantonale wie nationale.

Mit der Zunahme der älteren Bevölkerung steigt auch der Anteil von Personen mit Demenzerkrankungen. Heute leben in der Schweiz über 100'000 Menschen mit Demenz. 2050 werden es gemäss Studien dreimal so viele sein. Das bedeutet auch für den Kanton Zürich eine stark ansteigende Anzahl dieser Patientinnen und Patienten.

Je länger die Krankheit andauert, desto mehr werden die Hirnleistungen eingeschränkt. Die Betroffenen sind vielfach bei zunehmender Demenz nicht mehr handlungs- und urteilsfähig. Das bedingt für die Pflege und Betreuung klare Vorgaben/Vorschriften bezüglich des Schutzes und des Umgangs, mit so höchst verletzlichen Menschen. Die betroffenen Personen sind teilweise nicht mehr in der Lage selbstständig zu entscheiden, und können sich daher auch nicht wehren gegen Handlungen, die sie ablehnen.

Ethische Richtlinien der Pflege und Betreuung müssen besonders bei Menschen mit einer Demenz sensibel angewendet und kontrolliert werden; miteinbezogen gehören auch zukunftsgerichtete Betreuungsmodelle.

Der Regierungsrat nimmt auf Antrag der Gesundheitsdirektion zu den Postulaten 326/2010 und 327/2010 wie folgt Stellung:

Die Organisation der Gesundheitsversorgung im Kanton Zürich beruht im Wesentlichen auf dem Gesundheitsgesetz vom 2. April 2007 (GesG, LS 810.1), dem Pflegegesetz vom 27. September 2010 (PflegeG, LS 855.1), dem Patientinnen- und Patientengesetz vom 5. April 2004 (PatG, LS 813.13) und dem Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetz vom 2. Mai 2011 (SPFG, LS 813.2). Ziel dieser Gesetzgebung ist es, eine bedarfs- und sachgerechte stationäre und ambulante medizinische, pflegerische und betreuende Gesundheitsversorgung der Bevölkerung zu gewährleisten. Massgabe für die Definition des Leistungsumfangs ist dabei der Bedarf, der sich an den konkret auftretenden Erkrankungen und Verletzungen bzw. an den Gesundheitsstörungen und Beeinträchtigungen orientiert, die mit dem Verlauf des menschlichen Lebens naturgemäss oder schicksalhaft in Zusammenhang stehen.

Aufgrund von demografischen, medizintechnischen, epidemiologischen und ökonomischen Entwicklungen ändern sich die in der Versorgung zusammentreffenden Parameter laufend, weshalb die Gesetzgebung richtigerweise nicht auf die Behandlung von einzelnen Krankheitsbildern ausgerichtet ist, sondern die gegenüber allen Zielgruppen bestehenden Versorgungsaufgaben allgemein umschreibt bzw. regelt.

Behandlung und Pflege von an Demenz erkrankten Personen finden – neben der ambulanten Betreuung zu Hause vor allem durch Angehörige oder die Spitex – in erster Linie in den Einrichtungen der stationären Langzeitpflege statt. Die bereits unter dem (alten) Gesetz über das Gesundheitswesen vom 4. November 1962 (§§ 5 und 39 Abs. 2 aGesG) geltende Zuweisung der Langzeitversorgung an die Gemeinden ist mit dem Erlass des Pflegegesetzes bestätigt und näher definiert worden (vgl. §§ 1 und 5 PflegeG).

Leistungsangebot und Qualitätssicherung

In § 3 der Verordnung über die Pflegeversorgung vom 22. November 2010 (LS 855.11) wird die Versorgungsaufgabe der Gemeinden weiter konkretisiert: Die Gemeinden müssen nach anerkannten Methoden planen und das gesamte Leistungsspektrum der Pflegeversorgung nach § 5 Abs. 2 PflegeG anbieten. Dazu gehören auch und ausdrücklich die Leistungen zugunsten von Personen mit demenziellen Er-

krankungen. Die Gemeinden haben Versorgungskonzepte zu erstellen, die neben einem umfassenden Leistungsangebot auch die Nahtstellen zwischen ambulanter und stationärer Pflege sowie die vorhandenen Richtlinien der Berufsverbände zu berücksichtigen haben. Die Verantwortung der Gemeinden bleibt im Übrigen auch dann bestehen, wenn der Versorgungsauftrag nicht selbst wahrgenommen, sondern vertraglich an einen Dritten (Institution) übertragen wird.

Für die Bewohnerinnen und Bewohner, die Patientinnen und Patienten der Langzeitinstitutionen ist es wesentlich, dass die angebotenen Leistungen nicht nur umfassend, sondern auch von guter Qualität sind. Hier greifen vorab die Regeln der Berufsverbände, konkret insbesondere die Normen und Richtlinien des Pflegefachpersonals (vgl. www.sbk.ch; Qualitätsnormen für die Pflege). Sie gelten für alle pflegerischen Tätigkeiten und schliessen damit die Versorgung von Personen mit demenziellen Erkrankungen mit ein. Dieses System, wonach grundsätzlich Expertengremien und die an Ort und Stelle tätigen Fachleute die Qualität der Berufsausübung bestimmen, bewährt sich seit Längerem. Es ist ein Wert an sich und sollte nur in eng begrenzten Bereichen und nur dort, wo ein Zugewinn erwartet werden kann, vom Staat übersteuert werden. Der Zürcher Gesetzgeber trägt dem pragmatisch Rechnung und schreibt in § 9 der Pflegeverordnung ausdrücklich vor, dass sich die Qualität der Leistungen nach den anerkannten Regeln der Berufsausübung auszurichten hat und sich die Leistungserbringer an den vom Bund in der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV, SR 832.102) vorgeschriebenen Qualitätssicherungsmaßnahmen beteiligen müssen.

Auch wenn die Gesundheitsdirektion – wie vorne erwähnt – formell nicht mehr für die Langzeit- und Pflegeversorgung verantwortlich ist, hat sie ein grosses Interesse, dass die Leistungen in einer guten Qualität erbracht werden. Sie leistet dazu einen Beitrag, indem sie im Herbst 2011 alle Zürcher Gemeinden verpflichtet hat, die nach § 3 der Pflegeverordnung zu erstellenden Konzepte bis Mitte Januar 2012 zur Prüfung vorzulegen.

Eine erste Durchsicht hat gezeigt, dass gute Versorgungskonzepte eingereicht worden sind. Die Arbeiten zur vertieften Prüfung – insbesondere auf die Vollständigkeit des Leistungsspektrums – sind ange laufen und werden voraussichtlich im Sommer abgeschlossen werden. Die Gesundheitsdirektion wird Gemeinden, deren Konzepte nicht genügen, auf die zu behebenden Mängel hinweisen.

Neben der Prüfung der Versorgungskonzepte sind für die Qualität der Arbeit in den Langzeiteinrichtungen schliesslich auch die nach wie vor durch den Kanton zu erteilenden gesundheitspolizeilichen Betriebsbewilligungen von Bedeutung. Damit wird sichergestellt, dass in den Institutionen elementare Voraussetzungen, wie etwa das Vorhandensein der notwendigen Einrichtungen, ein genügender Personalbestand oder eine geeignete Organisation erfüllt sind (vgl. §§ 35 ff. GesG). Soweit in den Institutionen ärztliches Personal tätig ist oder Pflegefachleute ihre Dienstleistungen freiberuflich anbieten, wird über die ebenfalls vom Kanton erteilte Berufsausübungsbewilligung gewährleistet, dass die notwendigen Qualifikationen vorhanden sind und die angebotenen Leistungen nach den anerkannten Berufsregeln erbracht werden (vgl. § 9 [für ausländische 90-Tage-Dienstleister], sowie §§ 12 und 40 GesG). Das Instrumentarium zum Erhalt der Qualität der Langzeitversorgung wird schliesslich abgerundet durch die Aufsicht über die Institutionen, die von den Bezirksräten wahrgenommen wird (§ 37 GesG).

Verhältnis zum KVG und Koordination mit dem Bund

Die Aufgaben von Kanton und Gemeinden für die Gesundheitsversorgung bilden kein in sich geschlossenes System: Vielmehr besteht ein enges Verhältnis zu den Grundversicherungsleistungen, die über das Krankenversicherungsgesetz des Bundes (KVG, SR 832.10) definiert werden. Auch die Pflichtleistungen des KVG orientieren sich am nach demografischen, medizintechnischen, epidemiologischen und ökonomischen Kategorien ermittelten Bedarf. Das bedeutet gleichzeitig, dass der Leistungskatalog der Krankenversicherung, der über die Versorgungseinrichtungen der Gemeinden (und was den Akutbereich anbelangt: über die Spitäler) umgesetzt wird, einer stetigen Weiterentwicklung unterliegt (vgl. dazu unter anderem die Publikationsserie des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums [Obsan] zum Thema «Demographie der Bevölkerung und Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung»; www.obsan.ch). Dieser verzahnte Mechanismus überlagert die föderalistischen Strukturen und stellt grundsätzlich sicher, dass sich das öffentliche Gesundheitssystem an den jeweils bestehenden Bedürfnissen orientiert. Für die tatsächliche medizinische und pflegerische Versorgung der Patientinnen und Patienten und damit auch für die Demenzpatientinnen und -patienten ist der Leistungskatalog des KVG ebenso wichtig wie die kommunalen Versorgungseinrichtungen oder die Spitex. Damit wird die Bedeutung klar,

die der Koordination der verschiedenen gesetzlichen Verpflichtungen zukommt. Gleichzeitig ist erhellt, dass eine für sich stehende, einzelne kantonale Qualitätsrichtlinie oder eine kantonale Demenzstrategie nicht zweckmässig sein können. Auch wenn der Regierungsrat die Meinung vertritt, dass über die bestehenden Standesregeln der Berufsverbände und das vorne beschriebene gesetzliche Dispositiv zur Qualitätssicherung der gesamten Pflege einschliesslich der Demenzversorgung ausreicht, ist an dieser Stelle auf zwei Vorstösse hinzuweisen, die auf Bundesebene hängig sind: Einerseits zielt die Motion 09.3509 von Jean-François Steiert auf eine Verbesserung der Informations- und Datenlage über Demenzerkrankungen ab, um die besonderen Betreuungs- und Behandlungsformen für Demenzpatientinnen und -patienten zu optimieren. Andererseits verlangt die Motion 09.3510 von Reto Wehrli von Bund und Kantonen gemeinsam zu entwickelnde Grundlagen für eine nationale Demenzstrategie. Beide Vorstösse sind vom Nationalrat mit eindeutigen Stimmenverhältnissen (151 : 1 bzw. einstimmig) überwiesen worden. Die vorberatende Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates beantragt dem Ständerat mit Beschluss vom 23. Januar 2012 ebenfalls die Überweisung der beiden Motionen. Der Ständerat hat die beiden Motionen am 12. März 2012 ebenfalls überwiesen.

Sensibilisierung für die Demenzthematik

Der Regierungsrat ist – ebenso wie eine breite Öffentlichkeit und die Politik ganz allgemein – in hohem Masse sensibilisiert für die vielfältigen Fragestellungen rund um die Demenzerkrankungen. Dass nicht nur Früherkennung und Behandlung, sondern auch Finanzierung und Planung bereits seit einiger Zeit wichtige gesellschaftliche Diskussionspunkte sind, zeigt die Vielzahl von grösseren und kleineren Tagungen, die von öffentlicher und von privater Seite organisiert wurden und werden (z. B. die vom Bundesamt für Gesundheit am 29. August 2011 in Zusammenarbeit mit der Gesundheitsdirektorenkonferenz organisierte Impulsveranstaltung «Demenz – gesundheits- und sozialpolitische Herausforderung»; vgl. sodann auch die Hinweise auf der Homepage der schweizerischen Alzheimervereinigung, www.alz.ch; die Seite der Sonnweid AG in Wetzikon, www.sonnweid.ch, Tagung vom 8. September 2011 organisiert von CURAVIVA Schweiz zum Thema «Lebensqualität auch für demenzkranke Menschen im Heim», <http://www.curaviva.ch/index.cfm/10682F41-B230-A70B-D57ACB6FE3D6D6A6/?method=7A9D45E7>

-0D93-2B30-2FE5DC7D94781C8B). Auch die Wissenschaft, vorab die Medizin, die Gesellschaftswissenschaften, die Gesundheitsökonomie und die Pflegewissenschaft, verfolgt das Thema aufmerksam, wie der grosse Bestand an wissenschaftlichen Publikationen dokumentiert (vgl. die Hinweise in: Kocher Gerhard und Oggier Willy [Hrsg.], Gesundheitswesen Schweiz 2010–2012, 4. Auflage, Bern 2010).

Fazit

Vor dem Hintergrund der laufenden Umsetzungsarbeiten der Gemeinden zur Ausgestaltung der Langzeitversorgung, der bestehenden Qualitätsrichtlinien der Standesorganisationen, der Prüfung der kommunalen Versorgungskonzepte durch die Gesundheitsdirektion und angesichts der auf nationaler Ebene erfolgten Überweisung der beiden dargelegten Motionen besteht derzeit kein Bedarf für eigene Studien oder weitere Konzepte auf Ebene des Kantons. Der Regierungsrat beantragt dem Kantonsrat daher, die Postulate KR-Nrn. 326/2011 und 327/2011 nicht zu überweisen.

Ratspräsident Bernhard Egg: Am 23. April 2012 hat dieser Rat gemeinsame Beratung dieser Geschäfte beschlossen. Wir werden also die zwei Geschäfte gemeinsam beraten und anschliessend getrennt darüber abstimmen.

Silvia Seiz (SP, Zürich): Ich werde zuerst zum Postulat 326/2010 und anschliessend zu 327/2010 sprechen. Aber zuerst möchte ich noch meine Interessen offenlegen: Ich bin Vorstandsmitglied in der kantonalen Alzheimer-Vereinigung.

Mit Demenzerkrankungen beschäftigen sich nicht nur viele Personen in der ganzen Schweiz, sondern auch im Kanton Zürich. Leider wird das Gespräch bei Nichtbetroffenen aber, allen voran von Politikerinnen und Politikern aller parlamentarischen Ebenen, vorwiegend bezüglich der Kosten und ihrer Entwicklungen geführt. Diese Diskussionen werden den erkrankten Personen und ihren Angehörigen überhaupt nicht gerecht, ja, sie schüren Ängste bei der gesunden Bevölkerung, aber vor allem eben auch bei den betroffenen Personen und deren Umfeld. Vielmehr müssten der Dank, die Unterstützung und die Aufmerksamkeit dem betreuenden Umfeld, vor allem den Angehörigen, ausgesprochen werden. Auch im Kanton Zürich wird die Hilfe

von mehr als 60 Prozent vom familiären Umfeld, meistens von den Partnerinnen und Partnern geleistet. Ich kenne keine andere Krankheit, die eine ethisch so anspruchsvolle Betreuung und Unterstützung erfordert, 24-Stunden-Einsatz benötigt und vielfach über mehrere Jahre andauert. Dieses Umfeld, die Familienangehörigen, benötigt darum dringend flexible Hilfe und Entlastung.

Der Kanton Zürich, der sich gerne in der Vorreiterrolle sieht, wenn es um wirtschaftliche Anliegen geht, versagt hier kläglich. Ich werde nun wieder zu hören bekommen, dass die Verantwortung bei den Gemeinden liege. Der Kanton findet es aber auch nicht nötig, seine übergeordnete Rolle wahrzunehmen und jene Gemeinden in die Pflicht zu nehmen, die entsprechenden Angebote anzubieten. Im kantonalen Altersleitbild ist festgehalten, dass alle älteren Menschen im Kanton Zürich Zugang zu den für sie nötigen Infrastrukturen und Unterstützung haben. Und das ist nicht erfüllt. Ich bin der Meinung, dass der Kanton Zürich, gemäss Gesundheitsgesetz sehr wohl für die Kontrolle und die Gleichbehandlung von Menschen mit einer Demenzerkrankung in der Pflicht steht.

Der Bund hat in der Zwischenzeit Handlungsbedarf geortet. Am 12. März 2012 hat der Ständerat beschlossen, eine nationale Demenzstrategie auszuarbeiten. Sie soll Bund und Kantone verpflichten, verbindliche Standards in Therapie und Betreuung zu erarbeiten. Das begrüsse ich sehr. Jedoch wissen wir alle: Die Parlamentarier-Mühle in Bern bewegt sich sehr langsam und es wird einige Zeit in Anspruch nehmen, bis eine eidgenössischen Demenz-Strategie entwickelt ist. Es werden wie immer vor allem Leitplanken sein, die vorgegeben werden und die dann von den Kantonen umgesetzt werden müssen. Ich fordere nun, dass der Kanton Zürich nicht zuwartet, sondern sich an die Arbeit macht und keine Zeit verliert, auch unsere Parlamentsmühle mahlt ja sehr langsam. Vor allem braucht es mehr Wissen und Wissenschaftlichkeit. Es braucht mehr Grundlagen im Umgang mit demenzerkrankten Menschen, um dann anschliessend die Qualitätsstandards und Ziele zu erarbeiten. Jeder Kanton wird dann die nationale Strategie auf den eigenen Kanton und die jeweilige Situation mit den Demenzerkrankten anpassen. Darum ist es wichtig, dass diese Vorarbeiten bereits heute in Angriff genommen werden. So verlieren wir weniger Zeit. Wie uns bekannt ist, gilt immer eine sehr kurz Frist bis zur definitiven Einführung von neuen Verordnungen und Gesetzen, die der Bund gemacht hat. Warum wird die Demenz nicht so wichtig

genommen wie zum Beispiel heute das sehr zu begrüssende, gute Vorgehen des Regierungsrates bei der Suizidprävention? Ich fordere darum, dass das Zentrum für Gerontologie der Universität Zürich beauftragt wird, eine wissenschaftliche Studie zu den Grundlagen zu erarbeiten. Sollten unsere Daten vor der Bundesvorlage bereit sein, würde ich es sehr begrüßen. Und es ist ja nicht verboten, dass der Kanton Zürich auch mal in einem sehr sensiblen Bereich, in dem kein Geld verdient werden kann, eine Vorreiterrolle einnehmen würde. Betroffene und ihre pflegenden Angehörigen könnten so bereits früher von professionellen und unterstützenden Massnahmen profitieren. Ich bitte Sie darum, diesen Vorstoss zu unterstützen.

Zum Vorstoss 327/2010, den Qualitätsstandards: Im Jahr 2050 werden nach heutigen Schätzungen in der Schweiz circa 300'000 Personen leben, die an einer Demenz erkrankt sind. Speziell an dieser Krankheit ist, dass die Hirnleistungen mit der Zunahme der Krankheit immer mehr abnehmen. Das heisst einerseits, dass die Betroffenen zunehmend nicht mehr handlungs- und urteilsfähig sind. Das löst bei den Betroffenen und ihren Angehörigen oder in ihrem Umfeld grosse Ängste aus. Ebenso ist mit dem Abbau der Kognitität eine zunehmende Betreuung und Unterstützung der Personen notwendig. Das Helfersystem, ob Angehörige oder professionelles Pflegepersonal, ist zusehends mehr gefordert bei der 24-Stunden-Betreuung. Es braucht Aufklärung über die Krankheit, Wissen und die nötige Schulung, ob für die Angehörigen oder die pflegenden Personen. Darum benötigt es genügend für alle bezahlbare, flexible Entlastungsmöglichkeiten und Angebote, mit denen die Personen ohne lange Wartezeiten bei Bedarf gut betreut werden können. Meine Erfahrung zeigt, dass Angehörige teilweise bis an ihre gesundheitlichen Grenzen, also bis sie selber krank sind und an totaler Erschöpfung leiden, ihre dementen Personen pflegen. Dann benötigt es sofort für beide eine Unterbringung, was meistens noch schwieriger ist und bei den Pflegenden zusätzlich zu Schuldgefühlen und Sorge führt, was ihre Heilung wiederum verzögert. Bei fehlenden flexiblen Institutionen in den Gemeinden wird das Paar gemeinsam ins Spital gebracht, wo die demente Person nicht hingehört. Sie benötigt keine medizinische Behandlung, sondern eine ihrer Krankheit entsprechende Betreuung. Die Unterbringung im Spital ist für sie ungeeignet und die schlechteste Lösung. Das Spitalpersonal verfügt nicht über die notwendige Zeit für die Betreuung und die betreffende Person ist total verwirrt und läuft weg, weil sie nicht

weiss, was mit ihr passiert. Das Spital ist dafür nicht eingerichtet. Die Pflege und Betreuung von Dementen ist sehr anspruchsvoll und herausfordernd, ob zu Hause oder in einer Institution. Hier benötigt es dringend Kontrolle und Standards, also ethische Richtlinien, wie diese Pflege und Betreuung zu gewährleisten ist, da sich die betreffende Person nicht wehren kann, wenn sie nicht mehr handlungs- und urteilsfähig ist.

Aber wie muss die Betreuung und Pflege sein bei sehr aggressiven dementen Personen? Das gibt es auch und die Pflegenden leiden dann unter Schuldgefühlen. Immer noch werden viel zu viele beruhigende Medikamente verabreicht oder die Personen werden von ihren Angehörigen in ein Zimmer eingeschlossen, damit sie nicht mehr immer weglaufen können. Viele machen das aus Verzweiflung, da sie sich nicht mehr zu helfen wissen, und hier braucht es dringend Unterstützung durch Entlastungsangebote stunden- oder tageweise oder auch mal regelmässige Ferienentlastung und Beratung. Ich bitte Sie, diesen Vorstoss zu unterstützen.

Markus Schaaf (EVP, Zell): Demenz ist eine Erscheinung, mit der wohl auf die eine oder andere Weise jeder von uns schon konfrontiert worden ist oder dies in Zukunft sein wird. Aus unserer Sicht leben Menschen mit Demenzerkrankung mit einer Kombination von Defiziten ihrer kognitiven, emotionalen und sozialen Fähigkeiten. Für Pflegende ist nun die Herausforderung, dass sie die Welt eben nicht mehr nach unseren objektiven Massstäben und Begriffen beurteilen, sondern vielmehr müssen sie versuchen, sich in die Welt des Menschen mit Demenz hineinzusetzen. Es gibt dazu verschiedene Methoden, die sich in der Betreuung von dementen Menschen als hilfreich erwiesen haben: Validation, Biografiearbeit, Erinnerungspflege, basale Stimulation oder die Selbsterhaltungstherapie. Seit einigen Jahren gibt es an der Universität Zürich und auch in Bern und in anderen Institutionen Forschungsprojekte, die die Zufriedenheit von Menschen mit Demenz ermitteln. Sie sehen, das breite Feld der Demenz wird in der Forschung bereits sehr intensiv bearbeitet und die neuesten Erkenntnisse werden von den Heimen und Verbänden aufgenommen und weiterverarbeitet. Zu Recht weist der Regierungsrat in seiner Antwort darauf hin, dass es keinen Sinn macht, das Thema «Demenz» und Qualitätsrichtlinien auf kantonaler Ebene abzuhandeln, wobei schon ein wenig der Eindruck entsteht, er gebe diese heisse Kartoffel

nicht ungern nach Bundesbern weiter. Tatsächlich sind in Bern zwei Motionen von SP und CVP eingereicht worden, die verlangen, dass Bund und Kantone gemeinsam eine nationale Demenzstrategie entwickeln. Übrigens, Demenz braucht eine fachärztliche Diagnose. Nicht jeder Mensch, der sich nicht mehr daran erinnert, wo er seine Autoschlüssel hingelegt hat, leidet bereits unter Demenz. Es ist heute ein grosses Problem, dass viele Menschen im Alter mit dem Urteil «dement» abgestempelt werden, obwohl sie vielleicht unter einer ganz anderen psychischen Problematik leiden, zum Beispiel Depressionen oder Schizophrenie. Wenn diese Problematiken richtig behandelt werden würden, könnte die Lebensqualität für die Betroffenen in hohem Masse wiederhergestellt werden. Doch leider fehlen für solche Diagnosen zu oft die Zeit, die Fachleute oder das Geld. Und seit der letzten Budgetdebatte wissen wir, dass in diesem Parlament auch der politische Wille dazu fehlt.

Die Haltung der EVP zum Anliegen der Postulanten ist ambivalent. Zum einen sehen wir den grossen Handlungsbedarf in Sachen Demenzbetreuung. Vor allem die Finanzierung – da spielt es jetzt keine Rolle, ob das im Privathaushalt oder in einem Heim ist – ist in unserem Kanton absolut unbefriedigend gelöst. Der Kanton Thurgau hat hier mit einer kantonalen Demenzstrategie vorbildlich einen guten Weg beschritten. Ein anderer Kanton dagegen liefert ein negatives Beispiel, was herauskommt dabei, wenn man sich eben in falscher Weise um dieses Thema kümmert. Dort werden alle Pflegeheime dazu verdonnert, dass sie Plätze für Menschen mit Demenz anbieten müssen. Solch eine Forderung ist strategisch und ökonomisch ein Unsinn. Nicht jedes Heim ist für die Betreuung von dementen Menschen geeignet. Wir alle sind uns einig, dass es höchste Zeit ist, dass beim Bund endlich, endlich eine nationale Demenz-Strategie entwickelt werden muss. Immerhin haben am 26. Oktober 2012 das Bundesamt für Gesundheit (*BAG*) und die Konferenz der Gesundheitsdirektoren (*GDK*) beschlossen, dass sie bis in einem Jahr eine nationale Demenz-Strategie vorlegen wollen. Ich habe mir den 26. Oktober 2013 notiert und vorgemerkt und bin gespannt. Die im Postulat geforderten Qualitätsstandards müssten dann ein Teil dieser Gesamtstrategie sein. Im Abwägen der Möglichkeiten ist für uns das Abwarten auf eine umfassende Bundeslösung, welche eben schweizweite Standards und schweizweite Finanzierungslösungen umfasst, das kleinere Übel als

eine weitere kantonale Sonderlösung. Deshalb wird die EVP diese beiden Postulate nicht überweisen.

Beatrix Frey (FDP, Meilen): Es ist unbestritten, dass die demografische Entwicklung und die damit verbundene Zunahme von Demenzerkrankungen eine grosse Herausforderung für unsere Gesellschaft darstellen, und zwar nicht nur auf der quantitativen, sondern eben auch auf der qualitativen Ebene. In den vergangenen Jahren wurden zahlreiche Betreuungs- und Pflegekonzepte für Menschen mit Demenz entwickelt. In der ganzen Schweiz wurde in den Institutionen, in denen demente Menschen betreut und gepflegt werden, aber auch von Angehörigen ein enormes Wissen und Können angesammelt. Das Rad muss in der Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz nicht neu erfunden werden. Die Berufsverbände haben zudem Normen und Qualitätsrichtlinien für das Pflegefachpersonal erlassen. Der Kanton hat mit der Erteilung der Berufsausübungsbewilligung, der Überprüfung der Pflegeversorgungskonzepte der Gemeinden und der Aufsicht über die Institutionen eine subsidiäre Rolle bei der Qualitätssicherung, und das ist gut so. Das System, dass die Fachleute die Qualität der Berufsausübung bestimmen, hat sich nicht nur im Pflegebereich bewährt. Es gibt aus unserer Sicht keinen Grund, davon abzuweichen. Zudem sieht auch das neue Erwachsenenschutzrecht mehr Unterstützung für urteilsunfähige Personen vor. Es gibt enge Vorgaben, wie die Rechte dieser Personen geschützt werden können beziehungsweise geschützt werden müssen. Auch das wird die Qualität im Umgang mit urteilsunfähigen Personen verbessern. Was in der Tat ein Problem ist, ist, dass Betroffene mit fortgeschrittener Demenz zu Hause oft nicht adäquat betreut und gepflegt werden. Erschwerend wirkt dabei, dass die physischen und psychosozialen Belastungen der Angehörigen mit fortgeschrittener Demenz erheblich sind. Auch bezahlte Betreuungspersonen, welche Demenzkranke zu Hause betreuen, sind diesen Belastungen ausgesetzt. Bei Betreuungspersonen aus dem Ausland kommen dann zudem oft sprachliche Schwierigkeiten dazu. Diesem Problem soll unseres Erachtens aber nicht mit zusätzlichen kantonalen Qualitätsvorgaben begegnet werden, welche die Pflege von Demenzkranken zu Hause faktisch unmöglich oder finanziell unerschwinglich machen. Denn für viele Demenzkranke hat es eine hohe Qualität, wenn sie in ihrem angestammten Umfeld, in ihrem gewohnten Umfeld bleiben können. Vielmehr geht es darum, Lösun-

gen zu finden, welche die erhebliche Belastung durch die Pflege und Betreuung von Menschen mit fortgeschrittener Demenz auf mehrere Schultern verteilen. Die Diskussion über Lastenverteilung und Finanzierung muss – und wird, wir haben es gehört – auf nationaler Ebene geführt werden. Weitere kantonale Studien und Konzepte machen daher keinen Sinn. Die FDP wird die beiden Postulate deshalb nicht überweisen.

Ornella Ferro (Grüne, Uster): Ich spreche gleich zu beiden Vorstössen.

Das Alter hat viele Gesichter, eines davon heisst Demenz. Und auch Demenz ist nicht immer gleich und unterscheidet sich. In dieser Vielfalt den einzelnen Menschen gerecht zu werden, ist eines der Ziele in der Gesundheitsversorgung. Die Pflege und Betreuung von kranken Menschen ist per se anspruchsvoll und belastend für die Angehörigen sowie für das Fachpersonal. Die regierungsrätliche Antwort zeigt ausführlich die verschiedenen Ebenen der Pflegeversorgung und der Qualitätssicherung auf. Das Pflegegesetz nimmt mit Artikel 5 die Gemeinden in die Pflicht, für eine bedarfs- und fachgerechte stationäre und ambulante Pflegeversorgung ihrer Einwohnerinnen und Einwohner zu sorgen. Der Versorgungsauftrag der Gemeinden deckt alle Bereiche der Langzeitpflege ab. Nebst der Pflege bei onkologischen oder psychiatrischen Diagnosen gehören auch die verschiedenen Demenzerkrankungen dazu. Die Gemeinden haben Versorgungskonzepte erstellen und der Gesundheitsdirektion zur Prüfung einreichen müssen. Gemeinden mit mangelhaften Konzepten wurden angehalten, diese zu vervollständigen. Die Einhaltung der Qualitätsnormen und ethischen Richtlinien wird durch die Regeln der Berufsverbände gewährleistet. Das ist die eine Seite. Die andere Seite, wir haben es schon mehrfach gehört: Auf Bundesebene sind zwei Motionen zum Thema «Demenz» überwiesen worden.

Die Grüne Fraktion erachtet es als sinnvoller, wenn auf Bundesebene Studien in Auftrag gegeben und daraus Strategien entwickelt werden, insbesondere weil es eine Problematik ist, die gesamtgesellschaftlich angegangen werden muss, da sie nicht einzig den Kanton Zürich betrifft. Eine Mehrheit der Grünen Fraktion wird die Postulate nicht überweisen. Danke.

Thomas Marthaler (SP, Zürich): Also das Fazit, das hier gezogen wird auf die Antwort zu diesem Vorstoss ist so typisch schweizerisch, kantonal Zürich. Man sagt da einfach, die Gemeinden arbeiten jetzt die Konzepte aus, es bestehe kein Bedarf, das zu überprüfen, und man wartet da auf nationale Vorgaben. Bei wie vielen Problemen hat man da schon auf nationale Vorgaben gewartet? Frauenstimmrecht und so weiter und so weiter. Die Kantone machen das dann irgendwann auch noch. Ich denke, dem Kanton Zürich würde es gut anstehen, diese Aufgaben zu bündeln und da eben eine Vorreiterrolle zu übernehmen. Denn es ist ja häufig so: Sie sagen, man warte jetzt noch auf die Qualitätsrichtlinien der Standesorganisationen oder die seien gut. Aber die müssen auch bekannt gemacht werden und dazu braucht es eben eine Strategie. Das Problem hat ja ein Ausmass, wir werden da noch viel Geld sprechen müssen. Und es ist etwas wie die Schule: Alt werden wir alle je nachdem, wenn wir einigermaßen gesund leben. Und dement können wir auch alle werden, mehr oder weniger. Da kann man gesund leben oder nicht gesund leben, das kann uns alle betreffen. Und die Kosten werden wir alle miteinander tragen müssen. Und in meiner Tätigkeit im öffentlichen Dienst als Friedensrichter und früher schon als Betreibungsbeamter habe ich gesehen, dass auch in der Stadt Zürich, die ja da sehr vorbildlich ist, was das Erwachsenenschutzrecht betrifft, und Vorreiterrollen bestritten hat, dass es sogar hier ziemlich viele schwarze Löcher gibt. Und dem Kanton würde es, wie gesagt, sehr gut anstehen, wenn er da diese Vorreiterrolle übernehmen würde und nicht einfach wartet, bis der Bund seine Richtlinien weitergibt und die Konkordate allenfalls oder die Kantonsregierungen miteinander das besprochen haben. Ich würde Ihnen wirklich empfehlen, da einen Schritt zurückzumachen und diese Aufgabe im Sinn des Postulates zu übernehmen. Merci vielmals.

Cyrill von Planta (GLP, Zürich): Die Grünliberalen sind sich wohl bewusst, dass wir aufgrund der Demografie hier eine – ja, sagen wir – gesundheitspolitische Zeitbombe haben. Nichtsdestotrotz werden wir beide Vorstösse ablehnen, da sie aus unserer Sicht nicht in die Zuständigkeit des Kantons fallen. Hauptgrund ist natürlich, dass die Pflege mittlerweile Aufgabe der Gemeinden ist und dass es nicht sinnvoll ist, wie in der regierungsrätlichen Antwort beschrieben, für einzelne Krankheitsbilder Qualitätsstandards festzulegen, wenn diese besser von den Berufsverbänden festgelegt werden können. Das ist

auch der Bereich, den ich noch kurz betonen möchte. Ich denke, es ist äusserst sinnvoll, dass diese ethischen Richtlinien und Qualitätsstandards eben hauptsächlich in den Bereich der Berufsverbände fallen, weil diese halt näher bei der Praxis stehen und deshalb auch unbürokratischere – sagen wir – Vorschriften erlassen; es sind nicht genau Vorschriften, aber sie können unbürokratischere und sinnvollere Richtlinien erlassen, als es die Regierung tun würde, die doch ein bisschen einen theoretischeren Standpunkt hat. Aus diesem Grund werden wir diese Vorstösse ablehnen.

Renate Büchi (SP, Richterswil): Im Gegensatz zu den Grünliberalen ist es uns ein grosses Anliegen, die demografische Zeitbombe nicht platzen zu lassen, sondern präventiv gegen diese Zeitbombe anzutreten. Denn normalerweise, wenn eine Bombe platzt, wachsen ja ihre Zerstörungen. Im Normalfall würden vielleicht zerstörte Gebäude, hier aber zerstörte menschliche Wesen zurückbleiben. Das möchten wir verhindern. Schon 2010 habe ich eine Anfrage (268/2020) eingereicht, in der ich den Regierungsrat bitte, Stellung dazu zu nehmen, ob eine Demenzstrategie für den Kanton Zürich nicht Sinn machen würde. Und schon dort wird diese Anfrage auch negativ beantwortet, mit der Begründung, dass es eine nationale Demenzstrategie geben wird. Das war 2010, jetzt haben wir 2013. Markus Schaaf spricht jetzt vom 26. Oktober 2013, die Hoffnung blüht wieder auf. Aber trotzdem finde ich einfach, es geht zu lange. Es dauert Jahre um Jahre und immer vertröstet man uns auf nochmal ein Jahr und nochmal ein Jahr. So, finde ich, können wir das im Kanton Zürich nicht angehen. Wir sind ein grosser Kanton, wir haben eine grosse Bevölkerung. Und prozentual haben wir auch mehr Leute, die an Demenz erkrankt sind und an Demenz erkranken werden.

Im zweiten Punkt geht es uns eben auch in erster Linie nicht darum, die Pflegenden nochmal im Speziellen anzuschauen. Tatsächlich gibt es da im Gesetz auch Aufträge für die Gemeinden. Aber gerade die Privaten – darauf hat ja auch schon Silvia Seiz verwiesen –, die privaten Betreuungspersonen haben eine spezielle Herausforderung und viele gehen wirklich daran fast zugrunde. Da fehlen einfach wirklich gute Mechanismen. Es fehlen gute Unterstützungsmöglichkeiten. Es ist auch in der Öffentlichkeit zu wenig bekannt, es wird zu wenig Öffentlichkeitsarbeit betrieben, damit sich Angehörige informieren können, damit sie auch wissen, wie es weitergehen soll. Genauso verhält

es sich mit den Pflegenden, die von auswärts kommen und dann im Drei-Wochen-Rhythmus wechseln. Das kann ja auch nicht des Rätsels Lösung sein. Und dann noch etwas ganz kurz zum Versorgungskonzept. In unserer Gemeinde bin ich zuständig für die Einreichung des Versorgungskonzeptes. Wir haben das gemacht. Und jetzt muss ich Ihnen einfach sagen: Die grossen Erwartungen, die hier in dieses Versorgungskonzept gesetzt werden, kann ich in keiner Art und Weise nachvollziehen. Ich bin der Meinung, es sei in erster Linie – es tut mir leid – ein Papiertiger, den wir in den Gemeinden mühsam erarbeitet haben. Dann haben wir die Antwort bekommen, wir hätten die falschen Kriterien genommen, obwohl wir zuerst nachgefragt haben. Dann ein bisschen nachbessern und – ich sage es jetzt ein bisschen plakativ und vielleicht ein bisschen böse – und diese Versorgungskonzepte liegen jetzt in den Schubladen und harren der Dinge, die da kommen mögen. Und da fehlt mir einfach das Vertrauen, dass hier mit diesen Versorgungskonzepten die Qualitätssicherung und die Qualitätsprüfung weiter vorangetrieben würden. Darum würde ich Sie natürlich herzlich bitten, unsere beiden Postulate zu überweisen. Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Regierungsrat Thomas Heiniger: Niemand von Ihnen hat die Bedeutung der Problematik, der Thematik rund um Demenz und ihre Folgen in Abrede gestellt, wohl zu Recht. Es ist ein grosses Problem, Sie haben es auch mit Zeitbombe umschrieben. Ich bin überzeugt, dass die Sensibilisierung erfolgt ist, sowohl auf der politischen Ebene als auch auf der Ebene der Leistungserbringer, der Heime, der Verbände, auch auf der Ebene der Wissenschaft. Ich bin nicht der Ansicht, dass hier zu wenig getan wird, dass die Öffentlichkeit mit dieser ganzen Problematik zu wenig befasst und orientiert wäre. Hier finden auf allen Ebenen die entsprechenden Bemühungen statt. Auch der Kanton, auch wenn er sich dagegen wehrt, dass jetzt eine kantonale Sonderlösung angestrebt wird, auch der Kanton bemüht sich darum, nicht nur in den direkten Kontakten mit Einrichtungen, mit Versorgungskonzepten, wie es die «Sonnweid» tut oder mit Auseinandersetzungen mit der Memory-Klinik am Waidspital beispielsweise, um nur zwei Möglichkeiten zu nennen.

Und jetzt gehe ich noch kurz auf die Kritik an der Prüfung der Versorgungskonzepte ein: Auch mit dem Verlangen nach Versorgungskonzepten in den Gemeinden – in den Gemeinden, die eben verant-

wortlich sind für die Langzeitpflege, auch die Versorgung von Leistungen in diesem Bereich der Betreuung von dementen Personen – kommt der Kanton einer wichtigen Aufgabe nach. Diese Überprüfung, nur schon die Anforderung, dass eben alle Gemeinden derartige Konzepte vorweisen müssen, führt dazu, dass sich die Gemeindevorstände damit auseinandersetzen müssen, Entsprechendes zu Papier bringen müssen und sich auch ihrer Aufgabe und Verantwortung bewusst sind. Wenn befürchtet wird, dass diese Papiere in der Schublade verschwinden, dann ist hier ein Ausrufezeichen zu setzen und es sind die Gemeinden daran zu erinnern, dass es keine Papiertiger bleiben dürfen, sondern dass sie nach diesen Konzepten auch handeln müssen. Hier liegt die Verantwortung nicht beim Kanton. Er hat den Standard quasi verlangt, die Durchführung liegt vielmehr bei den Gemeinden. Das ist der eine Bereich, diese Versorgungskonzepte. Der andere ist eben auch die Sicherstellung durch die notwendige Zahl an Personal und auch die Verpflichtung der Leistungserbringer zur Ausbildung oder Weiterbildung des Personals gerade auch in diesem Bereich. Hier setzt der Kanton auch an, überall dort, wo er die Leistungserbringer prüft, wo er für ihre Berufsbewilligungen zuständig ist, hier setzt er an und überprüft, ob entsprechend gehandelt wird. Das sind derzeit die Massnahmen, die von uns getroffen werden. Auch auf vielen anderen Ebenen, sei es im Bund, gestützt auf die Motionen, sei es im Bund zusammen mit den Kantonen, gestützt auf die Erklärung der GDK (*Gesundheitsdirektorenkonferenz*) mit dem BAG (*Bundesamt für Gesundheit*), sei es eben auch auf der Ebene Gemeinden, werden Anstrengungen weitergeführt, auch vertieft. Sonderlösungen – das haben Sie festgestellt – sind derzeit für den Kanton Zürich nicht angebracht. Ich ersuche Sie, die Problematik – wie wir es auch tun – im Auge zu behalten, die Gemeinden auch daran zu erinnern, dass es keine Schubladenpapiere und Papiertiger bleiben, aber die Postulate derzeit nicht zu überweisen.

Abstimmung über das Postulat 326/2010

Der Kantonsrat beschliesst mit 132 : 36 Stimmen (bei 0 Enthaltungen), das Postulat 326/2010 nicht zu überweisen.

Abstimmung über das Postulat 327/2010

Der Kantonsrat beschliesst mit 129 : 33 Stimmen (bei 0 Enthaltungen), das Postulat 326/2010 nicht zu überweisen.

Die Geschäfte 12 und 13 sind erledigt.

14. Projekt Trennung des Kantonsspitals Winterthur vom Kanton

Interpellation von Andreas Daurù (SP, Winterthur), Hanspeter Göldi (SP, Meilen) und Angelo Barrile (SP, Zürich) vom 7. Mai 2012

KR-Nr. 137/2012, RRB-Nr. 683/27. Juni 2012

Die Interpellation hat folgenden Wortlaut:

Der Regierungsrat teilt via RRB am 3. Mai 2012 mit, dass er ein Projekt lanciere, «mit dem die Stellung des Kantonsspitals Winterthur (KSW) gegenüber dem Kanton überprüft wird», wie er in seiner dazu veröffentlichten Medienmitteilung ausführt.

Dabei spricht der Regierungsrat davon, das KSW auf eine spätere vollständige Trennung vom Kanton vorzubereiten.

Das KSW übernimmt vor allem die Grundversorgung der Stadt und Region Winterthur sowie für weite Teile des Kantons Zürich, wie z.B. das Tösstal, das Zürcher Oberland und das Weinland, weitere spezialisierte Versorgungsleistungen. Durch diesen RRB, welcher auf eine Privatisierungsvorlage eines Grundversorgungsspitals abzielt, gefährdet der Regierungsrat den in der Verfassung klar geregelten Auftrag, die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung im Kanton Zürich sicherzustellen. Er möchte das KSW in ein marktwirtschaftliches Experiment entlassen und setzt dabei eine qualitativ hoch stehende, medizinische Versorgung aufs Spiel. Mit einer privaten Trägerschaft werden Tür und Tor geöffnet, um nicht rentierende Teile der Versorgung und des Angebots auszugliedern oder zu rationieren, Personal abzubauen oder deren Arbeitsbedingungen zu verschlechtern, was sich direkt auf die Betreuung, Pflege und Versorgung der Patientinnen und Patienten auswirken wird.

Es stellen sich daher folgende Fragen an den Regierungsrat:

1. Mit Hinweis auf seine Legislaturziele gibt der Regierungsrat vor, für ein solches Projekt bzw. eine solche Prüfung einen Auftrag zu ha-

ben. In welchem Legislaturziel sind Privatisierungen von Grundversorgungs- bzw. Kantonsspitalern vorgesehen? Was ist in Bezug auf andere Gesundheitsinstitutionen (z.B. Psychiatrie) in diese Richtung alles noch geplant?

2. Anlässlich der Volksabstimmung über die Ausgliederung des Kantonsspital Winterthur (KSW) und Universitätsspital Zürich (USZ) aus der kantonalen Verwaltung auf das Jahr 2007 wurde von allen Verantwortlichen versichert, dass dies nicht ein erster Schritt zur Privatisierung sei. Wie steht der Regierungsrat nun zu dieser Tatsache, dass hier offensichtlich eine «Salamitaktik» betrieben wurde und wird?

3. Im Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetz (SPFG) wird nicht geregelt, dass ausreichend und gut ausgebildetes Personal zur Verfügung stehen muss, damit die Behandlungsqualität der Patientinnen und Patienten sichergestellt werden kann. Mit der Privatisierung des KSW würden das Problem des Personalmangels und die Gefährdung der Patientinnen- und Patientensicherheit noch verschärft. Wie stellt sich der Regierungsrat zu dieser These?

4. Mit dem Inkrafttreten des Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetzes (Finanzierungssystem 100/0) wurde in der Zürcher «Spitallandschaft» einiges umgekrempelt. Verschiedene Gemeinden planen oder haben bereits beschlossen, aus den Trägerschaften verschiedener Regionalspitäler auszutreten. Hält es der Regierungsrat zum jetzigen Zeitpunkt für realistisch, eine Trägerschaft durch die Gemeinden einzuführen?

Der Regierungsrat antwortet auf Antrag der Gesundheitsdirektion wie folgt:

Das Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG, SR 832.10) wurde am 21. Dezember 2007 einer Teilrevision unterzogen, die im Bereich der Spitalplanung und -finanzierung grundlegende Änderungen vorsah. Diese Teilrevision trat am 1. Januar 2009 in Kraft und sah eine Übergangsfrist für die Einführung der neuen Spitalfinanzierung bis zum 31. Dezember 2011 vor. Ab Anfang 2012 ist nun an die Stelle der bisherigen Objektfinanzierung, bei der die öffentliche Hand die Spitäler mit Staatsbeiträgen direkt subventionierte, eine Subjektfinanzierung auf der Grundlage von diagnosebezogenen Fallpauschalen getreten. Die Fallpauschalen umfassen die Vollkosten der Leistungserbringung einschliesslich der Anlagenut-

zungskosten und unterstützen nicht zuletzt die schweizweite Spitalwahlfreiheit der Patientinnen und Patienten. In Verbindung mit dem Verzicht auf die Festlegung oder Beschränkung von Angebotsmengen im Rahmen der Spitalplanung führt dies – vom Gesetzgeber gewollt – zu einem verstärkten Wettbewerb unter den Spitälern. Betreiber und Träger von Spitälern waren daher vor dem Hintergrund der sich konkretisierenden KVG-Teilrevision gut beraten, sich im Rahmen ihrer unternehmerischen Verantwortung frühzeitig mit den möglichen Folgen der grundlegenden Veränderung der Rahmenbedingungen zu befassen. Der Regierungsrat hat aufgrund einer Lagebeurteilung die bedeutenden Herausforderungen für den Kanton Zürich identifiziert und daraus die Schwerpunkte seiner Regierungspolitik für die laufende Legislaturperiode abgeleitet. Im Politikbereich Gesundheit hat er sich vor dem Hintergrund der vorstehend dargelegten Entwicklungen das Ziel gesetzt, die Gesundheitsversorgung im Kanton Zürich unter den sich ändernden bundesrechtlichen Rahmenbedingungen sicherzustellen (vgl. Richtlinien der Regierungspolitik 2011–2015, Legislaturziel 5). Unter den acht Massnahmen zur Erreichung dieses Ziels ist unter anderem aufgeführt, dass die Positionierung des Kantonsspitals Winterthur (KSW), des Universitätsspitals Zürich (USZ) und der Kantonalen psychiatrischen Kliniken zu prüfen sei – mithin also derjenigen Spitalbetriebe, für die der Kanton als Träger bzw. Betreiber in der Verantwortung steht. Die Festlegung der Richtlinien der Regierungspolitik ist Teil der politischen Führung und Planung des Regierungsrats. Er bringt damit die angestrebten Ziele dem Kantonsrat und der Öffentlichkeit zur Kenntnis und legt gleichzeitig die Grundlage für die rollende Entwicklungs- und Finanzplanung gemäss dem Gesetz über Controlling und Rechnungslegung (vgl. §§ 2 und 3 Gesetz über die Organisation des Regierungsrates und der kantonalen Verwaltung, OGRR, LS 172.1).

Die Überprüfung der Positionierung des KSW ist Teil der Umsetzung der gestützt auf die kantonale Gesetzgebung festgelegten und veröffentlichten Regierungspolitik. Der Regierungsrat hat mit seinem Beschluss vom 18. April 2012 den entsprechenden Projektauftrag erteilt und gleichzeitig den Rahmen für die weiteren Arbeiten abgesteckt. In den Erwägungen des Beschlusses ist einlässlich dargelegt, dass auf zwei Ebenen ein Handlungsbedarf besteht. So bestehen einerseits bei den Aufgaben und Rollen des Kantons in den Bereichen Regulierung, Aufsicht, Versorgungsplanung, Finanzierung sowie Tarifgenehmi-

gung und -festsetzung zahlreiche Konflikte mit der Rolle des Kantons als Spitaleigentümer. Diese Rollenkonflikte werden sich unter den neuen Rahmenbedingungen verschärfen und die Akzeptanz hoheitlicher Entscheide des Kantons zur Steuerung der Spitalversorgung zunehmend infrage stellen. Andererseits wird sich das KSW als Spitalbetrieb einer zunehmenden Konkurrenz stellen müssen. Hier gilt es kritisch zu prüfen, über welche operative Handlungsfreiheit das KSW verfügen soll und muss, um seine bisherige qualitativ und wirtschaftlich sehr gute Stellung als Leistungserbringer erhalten zu können. Es ist aber auch zu prüfen, welche Handlungsoptionen im Bereich von Kooperationen oder Betriebszusammenschlüssen künftig zur Verfügung stehen sollen. Die zentrale Aufgabe des Kantons ist und bleibt die Sicherstellung einer qualitativ guten und wirtschaftlich tragbaren Gesundheitsversorgung. Dazu stehen dem Kanton verschiedene Instrumente wie insbesondere der Erlass von Gesetzen und Verordnungen, das gesundheitspolizeiliche Bewilligungs- und Aufsichtswesen, die Spitalplanung, das Tarifwesen, die Subventionierung gemeinwirtschaftlicher Leistungen, die Sanktionierung systemwidriger Aktivitäten von Leistungserbringern, die Förderung der Leistungs- und Kostentransparenz und als Ultima Ratio der direkte Eingriff bei drohendem Versorgungsnotstand zur Verfügung. Mit diesen Instrumenten kann eine wirkungsvolle Steuerung der Spitalversorgung sichergestellt werden. So verfügt denn der Kanton Zürich heute über eine auf rund 20 Leistungserbringer breit abgestützte somatische Akutversorgung, die unselbstständige Betriebe, rechtlich selbstständige öffentlich-rechtliche Institutionen, privatrechtliche Vereine, Stiftungen und Kapitalgesellschaften umfasst. Zur Wahrung der Versorgungssicherheit in der klinischen, nicht universitären Versorgung ist daher nicht notwendig, dass der Kanton selber als Leistungserbringer auftritt.

Zu Frage 1:

Gestützt auf § 3 Abs. 1 OGRR hat der Regierungsrat die Richtlinien der Regierungspolitik 2011–2015 festgelegt und dem Kantonsrat zur Kenntnis gebracht. Als Legislaturziel 5 ist festgehalten, dass die Gesundheitsversorgung im Kanton Zürich unter den sich ändernden bundesrechtlichen Rahmenbedingungen sicherzustellen ist. Unter den entsprechenden Umsetzungsmassnahmen findet sich die Überprüfung der Positionierung des Kantonsspitals Winterthur, des Universitätsospitals Zürich und der Kantonalen psychiatrischen Kliniken. Mit Beschluss vom 18. April 2012 hat der Regierungsrat den Projektauftrag

zur Überprüfung der Positionierung des Kantonsspitals Winterthur erteilt. Die Analyse der Ausgangslage für den Entscheid über das weitere Vorgehen betreffend die Überprüfung der Positionierung des Universitätsspitals Zürich und der Kantonalen psychiatrischen Kliniken ist unter Berücksichtigung weiterer laufender Vorhaben in Arbeit. Im Weiteren hat der Kantonsrat am 27. Juni 2011 die Motion KR-Nr. 201/2010 betreffend Verselbstständigung der Psychiatrie überwiesen. Mit der Motion beauftragte der Kantonsrat den Regierungsrat, eine Gesetzesrevision zu unterbreiten, welche die Ausgliederung der kantonalen psychiatrischen Kliniken und deren Überführung in eine rechtlich selbstständige Organisation zum Inhalt hat.

Zu Frage 2:

Die Entscheide über die Rechtsform und über die Eckwerte der heutigen öffentlich-rechtlichen Anstalt Kantonsspital Winterthur hat der Regierungsrat 2001 bzw. 2002 gefällt. Die entsprechende Gesetzesvorlage hat er dem Kantonsrat am 14. Januar 2003 überwiesen. Das Gesetz über das Kantonsspital Winterthur (LS 813.16) wurde vom Kantonsrat am 19. September 2005 verabschiedet. Wie vorstehend dargelegt, haben sich die Rahmenbedingungen im Spitalbereich seither grundlegend verändert. Es ist daher unumgänglich, dass sich der Kanton als Träger und Betreiber von Spitälern mit den Folgen der veränderten Rahmenbedingungen für seine Spitäler vorausschauend auseinandersetzt. Der Regierungsrat nimmt diese Verantwortung im Rahmen seiner politischen Planung und Führung wahr. Eine Änderung der Rechtsform des KSW wird in jedem Fall eine Gesetzesänderung nach sich ziehen. Der Entscheid über die Zukunft des KSW und damit auch die Verantwortung für die Folgen dieses Entscheids für die Patientinnen und Patienten, für das Personal und für den Spitalbetrieb werden somit beim Kantonsrat liegen.

Zu Frage 3:

Im Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetz vom 2. Mai 2011 (SPFG, LS 813.20) ist in § 5 Abs. 1 lit. f festgehalten, dass Leistungsaufträge nur an Spitäler erteilt werden, welche die Aus- und Weiterbildung einer im Verhältnis zum gesamtkantonalen Bedarf angemessenen Zahl von Angehörigen der Berufe des Gesundheitswesens sicherstellen.

Zu Frage 4:

Der Regierungsrat hat mit Beschluss vom 18. April 2012 den Auftrag zur Überprüfung der Positionierung des Kantonsspitals Winterthur erteilt. Die Gesundheitsdirektion hat zusammen mit dem KSW ein Konzept mit Lösungsvarianten zu erarbeiten und dem Regierungsrat zur weiteren Beschlussfassung vorzulegen. Die Frage eines Trägerschaftswechsels wird im Rahmen dieses noch zu erarbeitenden Konzepts zu erörtern sein.

Andreas Daurù (SP, Winterthur): Das Kantonsspital Winterthur (KSW) ist ein erfolgreiches und gut funktionierendes Spital. Nicht zuletzt haben wir dies bei der Behandlung des Jahresberichts des KSW im letzten Jahr in diesem Rat gehört und auch gewürdigt. Das KSW ist ein Grundversorgungsspital für das ganze Einzugsgebiet der Stadt Winterthur und darüber hinaus das ganze Weinland, das Tösstal und Teile des Zürcher Oberlands. Nun plant der Regierungsrat laut seinem Bericht vom 3. Mai 2012 die Stellung des Kantonsspitals Winterthur gegenüber dem Kanton zu überprüfen. Was das heisst, können wir uns alle in etwa vorstellen. Es wird eventuell darauf hinauslaufen, dass der Regierungsrat das KSW aus der öffentlich-rechtlichen Hand dem sogenannten freien Markt und nicht ungefährlichen Gesundheitswettbewerb aussetzen möchte. Er erklärt dies in der Interpellation mit einem Rollenkonflikt, welchen der Regierungsrat habe angesichts des neuen KVG (*Krankenversicherungsgesetz*), welches ab dem 1. Januar 2012 die Subjektfinanzierung vorsieht. Warum soll der Kanton nicht ebenfalls als Anbieter mit einem starken und gut positionierten Spital auf dem sogenannten Markt auftreten? Warum muss hier Tafelsilber verscherbelt werden? Schlussendlich ist der Kanton beziehungsweise der Regierungsrat ja sowieso dann dafür verantwortlich, dass die Sicherstellung einer qualitativ guten und wirtschaftlich tragbaren Gesundheitsversorgung gewährleistet ist. Er ist ebenso dafür verantwortlich, dass die Aus- und Weiterbildung von medizinischem und pflegerischem Personal gewährleistet ist. Beides ist beim KSW gegeben. Warum soll dieses Spital dann dem Risiko ausgesetzt werden, dass diese Ziele nicht mehr genügend gewährleistet werden können und schlussendlich ja eben dann doch der Kanton wieder mit den in der Interpellation erwähnten Instrumenten die Steuerung und Sicherstellung übernehmen muss? Wir von der SP sind ganz klar der Meinung, dass der Kanton eben genau darum im Bereich einer guten

medizinischen Grundversorgung als Leistungserbringer auftreten muss, und zwar aus Verantwortung gegenüber der Zürcher Bevölkerung.

Ich möchte kurz zu den einzelnen Fragen kommen, die der Regierungsrat meiner Meinung nach etwas spärlich beantwortet hat; warum, weiss ich nicht. Ich kann mir jedoch vorstellen, dass der Regierungsrat selber noch nicht ganz genau weiss, auf was er sich da einlässt. Bei den Fragen 1 und 2 beruft sich der Regierungsrat erneut auf die grundlegend geänderten Rahmenbedingungen. Der Kanton als Träger von Gesundheitsinstitutionen müsse sich daher vorausschauend damit auseinandersetzen. Da gebe ich dem Regierungsrat grundsätzlich recht. Durch die neue Spitalfinanzierung ist das ganze Gesundheitswesen einer grossen Gefahr ausgesetzt. Da gilt es sehr wohl, vorausschauend zu wirken und vorbereitet zu sein, aber sicher nicht im Rahmen der Prüfung einer Verselbstständigung und Privatisierung eines Grundversorgungsspitals. Wie der Regierungsrat weiter richtig ausführt, wird schlussendlich eine allfällige Änderung der Rechtsform eine Gesetzesänderung nach sich ziehen, welche in der Verantwortung des Kantonsrates liegt, liebe Kolleginnen und Kollegen. Ich möchte Sie daher bereits jetzt aufrufen: Es geht hier um eine Sicherstellung einer guten Gesundheitsversorgung für die Zürcher Bevölkerung. Damit verbunden ist die Sicherstellung von ausreichend qualitativ gut ausgebildetem Personal. Ein allfälliges Entlassen des Kantonsspitals Winterthur in eine scheinbare Marktfreiheit setzt die Sicherstellung und den verfassungsmässigen Auftrag in Gefahr.

Noch zur Frage 4. Der Regierungsrat äussert sich in der Antwort, dass die Frage nach der konkreten Trägerschaft noch zu erörtern ist, und nimmt darin nicht Stellung, ob Gemeinden allenfalls als Trägerschaft infrage kämen. Dies im Gegensatz zu Aussagen in den Medien vom 4. Mai 2012. Der stellvertretende Generalsekretär der Gesundheitsdirektion sagte dort, ich zitiere: «Es wäre denkbar, dass die Gemeinden den Kanton als Eigentümer ablösen.» Das ist eine ganz spannende Aussage, ist es doch nicht im Sinne des geltenden Gesetzes, dass statt des Kantons einfach die Stadt oder die Gemeinden schlussendlich ein allfälliges Defizit decken. Dass die Bevölkerung aber keine private Trägerschaft beziehungsweise eine Aktiengesellschaft für ihre Gesundheitsversorgung möchte, zeigt sich am Beispiel von Urdorf und seinem Limmattalspital letzten Jahres. An der Gemeindeversammlung dazumal hat sich die Urdorfer Bevölkerung klar für ihr Spital ausge-

sprochen und den Austritt aus dem Zweckverband und den Übergang in eine AG klar abgelehnt. Die Bevölkerung möchte keine unsichere Zukunft für ihre gemeindenahe, gute medizinische Grundversorgung. Ich denke, das gilt auch für die Bevölkerung im Einzugsgebiet des Kantonsspitals Winterthur.

Markus Schaaf (EVP, Zell): Am 15. November 1876 eröffnete die Stadt Winterthur ihr Einwohnerspital mit 90 Betten. Damit trennte die Stadt erstmals das Kranken- und das Armenwesen voneinander. Wegen eines verunglückten Eisenbahnprojektes verschuldete sich die Stadt Winterthur dermassen, dass sie nur zehn Jahre später ihr Einwohnerspital verkaufen musste. Der Kanton Zürich bot sich als Verkäufer an und kam so im Jahr 1886 für 400'000 Franken in den Besitz von Land und Bauten. Nach dem Kauf benannte der Kanton die Einrichtung in «Kantonsspital Winterthur» um. Es war also alles andere als eine lang durchdachte Strategie oder gar ein ganzheitliches Konzept, es waren wohl mehr oder weniger glückliche Umstände aus Sicht des Kantons, wie er zu diesem Kantonsspital Winterthur gekommen ist.

Doch seit 1886 hat sich vieles verändert. Allein in den letzten 15 Jahren ist die Spitallandschaft in unserem Kanton regelrecht umgepflügt worden. So sind heute nur noch das USZ (*Universitätsspital*) und das KSW als Akutspitäler im Besitz des Kantons. Und auch wenn beide Betriebe, KSW und USZ, den gleichen Eigentümer haben, könnten sie dennoch unterschiedlicher nicht sein. Wegen seiner Nähe zur Universität, wegen seines ausserordentlichen Engagements in der universitären Forschung und Lehre ist das USZ nicht der vollen Härte einer freien Marktwirtschaft ausgesetzt, und das ist auch gut so. Im hart umkämpften Markt des Gesundheitswesens geniesst das USZ so etwas wie eine Art Artenschutz. Und wenn beim USZ jeweils am Ende des Jahres das Geld nicht reicht, springt der Kanton als Eigentümer mit den nötigen Beiträgen ein. Die Existenz und das Überleben von einem USZ hängen also im Wesentlichen vom politischen Willen ab und nicht von seiner Wettbewerbsfähigkeit. Beim Kantonsspital Winterthur ist die Situation grundlegend anders. Das Kantonsspital Winterthur ist heute eines der Top-Ten-Spitäler in der Schweiz und behandelt jährlich über 130'000 Patientinnen und Patienten. Mit 2700 Mitarbeitenden und 530 Betten sichert es die medizinische Grundversorgung für die Einwohner seiner Region. Aber dabei befindet sich

das KSW stets in einem Wettbewerb mit anderen Anbietern sowohl in der Region wie auch darüber hinaus. Patienten und Patientinnen können heute nämlich wählen, in welchem Spital sie sich behandeln lassen wollen, und prüfen durchaus kritisch, wo sie für wie viel Geld die beste Leistung erhalten. Dass das KSW als Player im hart umkämpften Wettbewerb gut mithalten kann, zeigt es uns jedes Jahr eindrücklich mit seinen Zahlen, das lässt sich mit harten Zahlen und Fakten belegen. Das KSW arbeitet effizient. Das KSW ist ein Spital, das vorzüglich geführt wird und hervorragende Arbeit leistet. Aber gegenüber seinen Mitbewerbern hat es einen grossen Nachteil: Es gehört dem Kanton. Wenn nur schon die Dienstzeit in der Wäscherei geändert werden soll, braucht es dazu beinahe einen Beschluss des Regierungsrates. Auch wenn dies jetzt vielleicht ein klein wenig übertrieben ist – die heutigen Rahmenbedingungen, in welchen sich das KSW vor allem bei seinen strategischen Planungen und Entwicklungen herumschlagen muss, sind nicht mehr zeitgemäss. Ein möglicher Ansatz wäre zum Beispiel, dass wir auch de jure das KSW als das behandeln, was es de facto schon ist: ein wirtschaftliches Unternehmen. Es ist deshalb sehr zu begrüssen, dass der Regierungsrat überprüft, ob es in Zukunft wirklich noch Sinn macht, das KSW genau gleich zu behandeln wie ein USZ. Es sind zwei völlig unterschiedliche Betriebe mit unterschiedlichen Aufgabenstellungen und Aufträgen.

Die EVP begrüsst den Entscheid des Regierungsrates, dass die Positionierung des KSW kritisch überprüft wird, und wir warten gespannt und voller Erwartungen auf die Vorschläge und Lösungsvarianten, die uns der Regierungsrat vorlegen wird. Denn das sei noch zur Beruhigung der Interpellanten gesagt: Das letzte Wort in Sachen Kantonsspital Winterthur wird in jedem Fall der Kantonsrat haben. Denn eine Änderung des KSW-Gesetzes muss von uns beschlossen werden.

Willy Haderer (SVP, Unterengstringen): Der Regierungsrat schreibt selbst, dass im Rahmen einer solchen Überprüfung, ob verschiedene neue operative Handlungsfreiheiten für das KSW zur Verfügung gestellt werden sollen, eben vor allem auch darauf geachtet werden muss, dass die Leistungserbringung, wie sie heute besteht, sichergestellt wird. Das Kantonsspital Winterthur hat eine wichtige Stellung in der Spitalversorgung unseres Kantons und es ist zumindest für mich fraglich, ob im heutigen Zeitpunkt, nach der Neuordnung der Spitalfinanzierung, hier nach der Verselbstständigung auch noch wei-

tere Schritte wirklich so geprüft werden sollen, dass das Spital von der Trägerschaft des Kantons abgekoppelt wird. Insbesondere kann man ja auch darunter verstehen, dass im Sinne dessen, was man bei Universität und USZ prüft, nämlich die bessere Handlungsfähigkeit bei Erneuerungsbauten in der Verfügungsgewalt als Betreiber des Spitals geschaffen werden soll. Aber ich denke, es ist sehr grosse Vorsicht angezeigt bei dieser Reorganisation, wenn man sie dann an die Hand nehmen will und die Untersuchung solche Resultate zeitigt, dass sie nötig ist. Wir haben mit der neuen Spitalfinanzierung ja auch eine gewisse Unsicherheit bei den Gemeinden, ob diejenigen, welche nicht mehr als finanzielle Träger des Betriebs ihrer Spitäler verpflichtet sind, ob diese wirklich in Zukunft auch ständig noch als Besitzer auftreten müssen. In diesem Sinne werde ich sehr genau und interessiert anschauen, was die Regierung hier in ihren Untersuchungen zutage bringt. Und ich denke, dass der Gesundheitsdirektor es im entsprechenden Moment auch angebracht sein lassen wird, die KSSG darüber zu informieren, bevor hier definitive Beschlüsse gefasst werden.

Eva Gutmann (GLP, Zürich): Aus der Formulierung geht hervor, dass die Interpellanten das Vorhaben eher negativ beurteilen – wie zahlreiche andere Reformen der letzten Jahre im Gesundheitswesen. Diese ständigen Cassandra-Rufe wurden jeweils aber durch die positiven Realitäten im Zürcher Gesundheitswesen widerlegt. Das Vorhaben setzt die Grundlinie für die Modernisierung der staatlichen Tätigkeit im Sinn von mehr Gewaltentrennung um. Dies bedeutet, dass der Staat die Rahmenbedingungen festlegt, die Leistungen koordiniert und kontrolliert, aber nicht mehr selber als Leistungserbringer auftreten sollte, sondern Leistungsaufträge vergibt und wenn möglich von der Objektfinanzierung, also den Subventionen an die Leistungserbringer, zur Subjektfinanzierung, also Subventionen an die Leistungsbezüger, die Patienten, übergeht. Diese Richtung wird übrigens durch die Bundespolitik mit der letzten KVG-Revision, also der Einführung der Fallpauschalen, vorgegeben. Der Kanton Zürich hat diese politische Absicht des schweizerischen Parlaments mit dem Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetz sachgerecht umgesetzt. Vom Staat unabhängige Anbieter von medizinischen Leistungen, freie Spitalwahl für Patienten und eine Kontrolle durch den Staat garantieren eine wirtschaftliche und qualitativ gute Erbringung der medizinischen

Leistungen. Das Kantonsspital Winterthur ist ein ausgezeichnet geführtes Spital, das von mehr unternehmerischer Freiheit profitieren wird. Wie gesagt, es funktioniert natürlich nur, wenn der Kanton im Gesundheitswesen nicht gleichzeitig Spitalbesitzer, Auftraggeber und Kontrollinstanz ist. In seiner Antwort legt der Regierungsrat diese Überlegungen ausführlich dar und schlussendlich wird es eben am Kantonsrat sein, zu entscheiden, in welchen rechtlichen Bahnen sich das KSW in Zukunft bewegen wird.

Ratspräsident Bernhard Egg: Ich kann feststellen, dass der Interpellant seine Erklärung zur Antwort des Regierungsrates abgegeben hat.

Das Geschäft ist erledigt.

Verschiedenes

Rücktritt aus dem Bankrat der ZKB von Kurt Schreiber, Au

Ratssekretärin Barbara Bussmann verliest das Rücktrittsschreiben:
«Infolge Erreichens der Altersgrenze erkläre ich hiermit meinen Rücktritt als Bankrat ZKB per 31. August 2013. Mit dieser frühzeitigen Ankündigung will ich dazu beitragen, dass das Wahlprozedere für meine Nachfolgerin oder meinen Nachfolger ohne Verzug aufgenommen werden kann; dies umso mehr, als neuerdings auch noch die Finanzmarktaufsicht in Bern in diesen Prozess involviert sein will.

Ich danke für das mir entgegengebrachte Vertrauen und wünsche alles Gute. Freundliche Grüsse, Kurt Schreiber.»

Ratspräsident Bernhard Egg: Kurt Schreiber tritt als Bankrat zurück. Er tut dies meines Erachtens von Gesetzes wegen. Der Rücktrittsgrund besteht von Gesetzes wegen, damit hat der Rat meines Erachtens nichts zu beschliessen.

Wir nehmen den Rücktritt zur Kenntnis und ich bitte die zuständigen Instanzen, die Nachfolge anzugehen. Seine Hinweise auf das Verfahren haben wir ja bereits zur Kenntnis genommen.

Neu eingereichte parlamentarische Vorstösse

- **Massnahmen an der Quelle bei Strassenlärmsanierungen**
Anfrage *Andreas Wolf* (*Grüne, Dietikon*)
- **Gedrucktes Vorlesungsverzeichnis der Universität Zürich**
Anfrage *Res Marti* (*Grüne, Zürich*)
- **Eigentalstrasse**
Anfrage *Michael Welz* (*EDU, Oberembrach*)
- **Verschlechterung des ZVV-Angebotes**
Anfrage *Hans Egli* (*EDU, Steinmaur*)
- **Richtlinien und rechtliche Grundlagen von «Mehrzweckstreifen»**
Anfrage *Roland Scheck* (*SVP, Zürich*)
- **Hashim Thaci und die kriminellen Machenschaften der UCK in der Schweiz**
Anfrage *Claudio Schmid* (*SVP, Bülach*)
- **Förderung von Gemeindefusionen**
Anfrage *Céline Widmer* (*SP, Zürich*)
- **Entwicklung von Lohnerhöhungen**
Anfrage *Heinz Kyburz* (*EDU, Männedorf*)
- **Verlagerung des Verkehrs von der Luft auf die Schiene**
Anfrage *Gabriela Winkler* (*FDP, Oberglatt*)
- **Forschung und Lehre**
Anfrage *Jürg Trachsel* (*SVP, Richterswil*)

Schluss der Sitzung: 12.10 Uhr

Zürich, den 14. Januar 2013

Die Protokollführerin:
Heidi Baumann

Von der Protokollprüfungskommission der Geschäftsleitung genehmigt am
21. Januar 2013.