

Auszug aus dem substanziellen Protokoll 149. Ratssitzung vom 2. Juni 2021

4015. 2020/83

Motion von Dr. David Garcia Nuñez (AL) und Ezgi Akyol (AL) vom 04.03.2020: Pilotprojekt für das Ausstellen von «sozialen Rezepten» in den städtischen Gesundheitsinstitutionen

Gemäss schriftlicher Mitteilung lehnt der Vorsteher des Gesundheits- und Umweltdepartements namens des Stadtrats die Entgegennahme der Motion ab, ist jedoch bereit, sie als Postulat zur Prüfung entgegenzunehmen.

Dr. David Garcia Nuñez (AL) begründet die Motion (vergleiche Beschluss-Nr. 2290/2020): Gemäss Weltgesundheitsorganisation ist die Gesundheit ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen. Konkret heisst das, dass Chirurginnen und Chirurgen nicht nur Körper, und Psychiaterinnen und Psychiater nicht nur Hirn- oder seelische Funktionen behandeln. Obwohl sich Ärztinnen und Ärzte immer dagegen wehren, zeigt uns die Geschichte, dass die erfolgreichsten Therapien diejenigen sind, die nicht nur die Einzelpatientinnen und Einzelpatienten, sondern auch ihr Umfeld miteinbeziehen. Krankheiten und Störungen sind immer in einem Umfeld eingewoben und müssen nicht nur somatisch und psychiatrisch, sondern auch sozial angegangen werden. In einem solchen holistischen Modell besteht auch eine intensive Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Fächern und Disziplinen. Selbstverständlich müsste in einem solchen System jede therapeutische Leistung aus dem gleichen Topf finanziert werden. Dies gilt insbesondere, weil die Grenze zwischen Körper, Psyche und Gesellschaft nicht in jedem Krankheitsfall trennscharf gezogen werden können. Leider sieht die Realität in unserem Land anders aus. So können medizinisch relevante soziale Leistungen auch dann, wenn sie wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind, kaum abgerechnet werden. Das gilt im ambulanten Bereich, in dem Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter innerhalb von Tarmed praktisch nicht autonom abrechnen können, so dass ihre Leistungen auf die Gemeinden verschoben werden. Das gilt im stationären Bereich, in dem die geltende Fallpauschalenlogik praktisch blind für die Erbringung sozialer Leistungen im Spital ist. Es gibt aber störrische Ärztinnen und Ärzte, die nicht den finanzpolitischen Irrsinn, sondern die ganzheitliche Behandlung ihrer Patientinnen und Patienten im Sinne haben. Vielleicht ist das so, weil sie die übergewichtige Frau Meier behandeln, die bei jeder monatlichen Konsultation 500 Gramm mehr auf die Waage bringt und der man im vergangenen Jahr x-mal die Adressen verschiedener Sportangebote überreichte, die sie jedoch aus Scham nicht besucht. Oder weil sie den Herrn Gimenez visitieren, der kaum Deutsch spricht und deshalb den Beipackzettel für seine Medikamente missversteht, was zu wiederholten Notfallhospitalisationen führt, und man ihm unter anderem den Besuch eines Deutschkurses empfiehlt, den er nicht besucht, da er Angst vor dem Sozialamt hat. Oder vielleicht, weil sie die zunehmend erblindenden Herrn Müller betreuen, der funktioneller Analphabet ist und darum die Dokumente nicht ausfüllen kann, die er für seine berechnete Unterstützung bräuchte. Frau Meier, Herr Gimenez und Herr Müller

haben körperliche und vielleicht auch psychische Beschwerden. In erster Linie bräuchten sie aber eine gesundheitsbezogene, sozialarbeiterische Unterstützung. Dies wissen viele Ärztinnen und Ärzte und versuchen, die Fälle entsprechend anzumelden. Was dann folgt, ist ein leidiger Spiessrutenlauf. Gehen wir davon aus, dass diese Fälle stationär liegen, dann werden die Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter den Ärztinnen und Ärzten Bescheid geben, dass sie diese sozialen Probleme schon sehen, allerdings müssten sie sich um die Verlegung der Patientinnen und Patienten der Rehabilitation kümmern. Man könnte aber selbstverständlich die richtige Adresse abgeben, damit sich Frau Meier in der Bewegungsgruppe, Herr Gimenez im Sozialamt und Herr Müller beim Blinden- und Sehbehindertenverband anmelden können. Selber begleiten könne man diese Personen aber nur ausnahmsweise, dies sei aber eine einmalige Sache und müsse mit den Vorgesetzten und dem Team besprochen werden. Solche Aktionen würden nämlich nicht durch die Krankenkasse übernommen und das Fehlen eines ganzen Morgens oder nachmittags würde sich auf die Arbeitsleistung anderer auswirken. Im ambulanten Bereich ist die Situation noch verrückter. Da gibt es keine regelmässige und etablierte Kooperation zwischen Somatikerinnen und Somatikern, Psychiaterinnen und Psychiatern und Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern. Jeder Bereich kocht seine eigene Suppe und man trifft sich häufig in vorletzter Sekunde – dann, wenn alle Züge bereits abgefahren sind. Dann wird in einer prekären Situation erwähnt, dass die Krankenkassen die gesundheitsbezogenen Leistungen nicht bezahlen. Lieber sollen andere die Einzelleistungen übernehmen, auch wenn das am Schluss für das gesamte System, für die Patientinnen und Patienten und für uns alle teurer kommt. An dieser Stelle ist es nicht vermessen, von einer national organisierten Fehlallokationsorgie zu sprechen. In der Zwischenzeit werden Frau Meier, Herr Gimenez und Herr Müller herumgereicht, bis die Situation derart eskaliert, dass sie doch stationär behandelt werden müssen. Mit unserer Motion wollen wir die Situation ändern, indem wir die finanzbedingte Versorgungslücke schliessen. Im Rahmen eines Pilotprojekts soll das Verschreiben von sogenannten sozialen Interventionen oder sozialen Rezepten massiv erleichtert werden. In Grossbritannien, wo dieses System bereits bestens funktioniert, hat man die Stelle des sogenannten Link Worker geschaffen. Anhand meiner Problemdarstellung verstehen Sie, woher der Name rührt: Er verbindet verschiedene Settings miteinander. Es braucht also jemanden, der den Patientinnen und Patienten den Sprung zwischen den verschiedenen, hochspezialisierten, medizinischen Settings ermöglicht. Uns ist bewusst, dass diese Funktion in der Schweiz am besten durch Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter durchgeführt werden kann. Nur muss man diese Menschen anstellen und ihnen den entsprechenden Auftrag erteilen, damit sie sich nicht hauptsächlich damit beschäftigen, was sie abrechnen können, sondern auch damit, was sinnvoll ist. Wir wollen nicht, dass die soziale Versorgung unserer Mitbürgerinnen und Mitbürger vom karitativen Engagement von bereits extrem belasteten Sozialarbeiterinnen- und Sozialarbeiter-Teams abhängt. Es geht darum, dass die soziale Arbeit wieder ihren Platz im Gesundheitswesen findet. Der Stadtrat teilt viele Punkte unserer Analyse und legt in seiner Antwort auch dar, wie er momentan zur Lösung beiträgt. Hauptsächlich erwähnt er die multiplen, über die Stadt verstreuten Sozialdienste und das MoKit (Mobile Krisenintervention) & Kompass Team. Das ist alles schön und gut und ich bin sehr dankbar für diese Zusammenstellung. Die AL stellt gar nicht in Abrede, dass diese Kolleginnen und Kollegen hervor-

ragend arbeiten. Unserer Meinung nach unterlaufen dem Stadtrat aber zwei matchentscheidende Fehler, die aber nochmals aufzeigen, warum diese Motion notwendig ist. Bei MoKit & Kompass handelt es sich um ein sehr wertvolles, aber auch sehr kleines Team, das bei psychischen Krisen, psychosozialen Belastungen oder komplexen, gesundheitlichen, sozialen Probleme zum Zuge kommt. Das sind alles Situationen, die weder den Herrn Müller, den Herrn Gimenez noch die Frau Meier betreffen. Würden sich die Ärztinnen und Ärzte mit diesen Problemen dort melden, würde man ihnen sagen, man sei dafür nicht zuständig. Sie erinnern sich an den vorherigen Vorstoss. MoKit & Kompass müsste viel breiter aufgestellt werden, um diese Verbindungsfunktion stemmen zu können. Bei den bereits bestehenden Sozialdiensten zeigt der Stadtrat exemplarisch, wie die Institutions- und Settingsfixierung zu einem Irrgarten führt. Stellen Sie sich dieses Beispiel vor: Eine an Sucht erkrankte Person, die vom Sozialamt unterstützt wird und sich in der städtischen Suchtfachklinik behandeln lässt, verfügt über zwei Sozialarbeitende, während unsere Frau Meier, Herr Gimenez und Herr Müller niemanden aus diesem Bereich zu Gesicht erhält. Das ist das Problem eines modernen, bürokratisierten Gesundheitswesens. Dafür müssen wir Lösungen entwickeln. Uns ist bewusst, dass mit dieser Idee etwas Innovatives vorgeschlagen wird. Darum beschränkt sich unsere Motion auf ein Pilotprojekt. Wie der Stadtrat dieses Ziel erreichen möchte, ist ihm überlassen. Vielleicht braucht es neue Stellen, vielleicht braucht es eine Reorganisation der bestehenden Strukturen im Sozialdienst, vielleicht bietet gerade der Bau der Reha neben dem Triemli eine Möglichkeit, das Aufgabenprofil der spitalinternen Sozialdienstarbeitenden zu überdenken. Die Gestaltung dieses Systems bleibt in Exekutivkompetenz. Wer weiss, vielleicht haben wir am Ende dieser Probezeit eine funktionierende, sozialarbeiterische Einheit, die die verschiedenen Settings ambulant, stationär, psychiatrisch, somatisch überbrücken kann und sich auch gegenüber Hausärztinnen und Hausärzten und Privatpraxen öffnet. Damit hätte die aktuell bestehende, perverse Kartoffelschieberei ein Ende und wir hätten alle gewonnen – sogar in finanzieller Hinsicht. Darum bitten wir Sie darum, diese Motion zu unterstützen.

Namens des Stadtrats nimmt der Vorsteher des Gesundheits- und Umweltdepartements Stellung.

STR Andreas Hauri: *Die Behandlung und Pflege von Menschen mit komplexen medizinischen und sozialen Problematiken ist tatsächlich eine grosse Herausforderung. Ich denke, das ist unbestritten. Es ist unbestritten, dass die soziale Situation wie Bildungsniveau, Einkommen, Zugang zu Gesundheitsversorgung, aber auch psychische Aspekte einen grossen Einfluss auf die Gesundheit haben. Eine patientenzentrierte, integrierte Gesundheitsversorgung gewinnt auch im Raum Zürich immer mehr an Bedeutung, was richtig ist. Der ganzheitliche Interventionsansatz ist wichtig und muss funktionieren. Jetzt besteht aber eine ähnliche Situation wie vorher beim Thema Demenz: Die Stadt unternimmt auch in diesem Bereich bereits viele Aktivitäten. Sowohl im Gesundheits- als auch im Sozialbereich. Die grossen Anstrengungen – hier vor allem auch die sozialen Aspekte – werden angemessen berücksichtigt. Die Institutionen verfügen vielfach über Personen, die sich vernetzen, mit den relevanten Stellen zusammenarbeiten und für die Patientinnen und Patienten die optimale, individuelle und nachhaltige Lösung suchen, anbieten und umsetzen können. Die Forderung ist aus Sicht des Stadtrats weitgehend*

abgedeckt. Es wurde von Dr. David Garcia Nuñez (AL) gesagt, dass zwar viele Angebote vorhanden seien, aber die Vernetzung, die Abstimmung untereinander oder die Bürokratie teilweise problematisch sei. Die Angebote sind da, das kann man sagen. Es gibt sehr viele vergleichbare Angebote, sei es im stadtärztlichen Dienst, bei der psychiatrischen Polyklinik, bei der mobilen Krisenintervention, bei der Suchtfachstelle, bei den medizinisch-sozialen Ambulatorien, bei den sozialen Diensten des Sozialdepartements oder bei privaten und gemeinnützigen Akteuren wie dem Schweizerischen Roten Kreuz (SRK), Spitex Zürich, Pro Senectute – die Liste ist nicht vollständig. Diese und weitere Angebote sind in den städtischen Institutionen bekannt und es besteht eine etablierte Zusammenarbeit und Überweisungspraxis. Aber auch diese Motion – und das streite ich nicht ab – zeigt gewisses Verbesserungspotenzial auf, das wir auch gerne überprüfen. Wir sehen dieses Verbesserungspotenzial vor allem beim Übertritt von der stationären zur ambulanten Behandlung – eine klarere Etablierung von Überweisungsprozessen würden sicherlich helfen. Weiteres Verbesserungspotenzial sehe ich bei einer optimierten Angebotsübersicht, die kein unüberblickbarer Dschungel an Angeboten darstellt und auch der Informationsaustausch lässt sich noch enger gestalten. Dies sind Massnahmen, die wir nicht in einer Motion entgegennehmen sollten, sondern gerne als Postulat prüfen und allenfalls entsprechende Massnahmen in die Wege leiten. Ich danke dafür, dass Sie dies als Postulat überweisen.

Weitere Wortmeldungen:

Sofia Karakostas (SP): *Ziel dieser Motion ist es, durch soziale Rezepte die Gesundheit und das Wohlbefinden der betroffenen Menschen zu fördern, indem Patientinnen und Patienten unterstützt werden, mehr Kontrolle über ihre Gesundheit zu erhalten und gleichzeitig ihre sozialen Bedürfnisse zu befriedigen. Das Projekt des Social Prescribing oder eben des Sozialen Rezepts – das haben wir von Dr. David Garcia Nuñez (AL) gehört – wurde in den 1990er-Jahren in Grossbritannien entwickelt und basiert auf der Erkenntnis, dass es denen Menschen gesundheitlich besser geht, die über ausreichend soziale Kontakte verfügen. So wird auch in einem Artikel der Schweizerischen Ärztezeitung vom Januar 2020 aus einem wissenschaftlichen Positionspapier zum Thema zitiert, wonach jährlich ähnlich viele Menschen aufgrund geringer sozialer Unterstützung sterben, wie an den Folgen von Lungenkrebs. Das Modell des Sozialen Rezepts setzt dort an, wo reine medizinische Leistungen nicht oder nicht mehr weiterhelfen können: In den Fällen, in denen es um die Vermittlung komplementärer, nicht-medizinischer Leistungen geht, werden im britischen Modell so genannte Link Workers eingesetzt, die zwischen der Ärzteschaft und den weitergehenden Angeboten vermitteln. Die Link Workers sind Fachpersonen aus dem Sozialbereich und würden in der Schweiz den Fachpersonen Soziale Arbeit entsprechen. Die daraus resultierenden Interventionen können sehr unterschiedlicher Natur sein. Nebst den bei uns allgemein bekannten Therapien kommen sehr unterschiedliche Aktivitäten in Frage, die das Ziel der sozialen Teilhabe verfolgen, wie zum Beispiel die Förderung physischer Aktivitäten, Lernangeboten oder andere sozialen Angebote. Die Aktivitäten sind individuell und auf die Bedürfnisse der einzelnen Patientinnen und Patienten zugeschnitten. Das entspricht auch dem zukunftsweisenden Ansatz der personalisierten Medizin, der auch in Zürich in der Forschung stark gefördert*

wird. Das Modell der Sozialen Rezepte soll auch zu einer Entlastung im ambulanten Bereich führen, denn es gibt Menschen – vor allem ältere Patientinnen und Patienten – die nur deshalb zum Doktor gehen, weil sie einsam sind und für ihre Genesung mehr als nur Medikamente bräuchten. Der Stadtrat anerkennt in seiner Motionsantwort diese Zusammenhänge, weist aber auch daraufhin, dass heute bereits eine Vielzahl sozialer Angebote bestehen, die im Gesundheits- und Umweltdepartement oder im Sozialdepartement angesiedelt sind und auch genutzt werden. Wir sind überzeugt, dass durch die Durchführung eines Pilotprojekts der Sozialen Rezepte Synergieeffekte mit den bereits bestehenden Angeboten genutzt werden können und auf dem bestehenden Angebot und den bereits gemachten Erfahrungen aufgebaut werden kann. Dadurch würde das gesamte Gesundheitssystem profitieren und es wäre vor allem ein Gewinn für die betroffenen Menschen. Aus diesen Gründen wird die SP der Motion zustimmen.

Walter Anken (SVP): Die Motion möchte eine kreditschaffende Weisung für ein evaluiertes Pilotprojekt. Die städtischen Gesundheitsinstitutionen sollen die Möglichkeit erhalten, so genannte Soziale Rezepte auszustellen. Es sollen weiter Link Worker etabliert werden. Begründet wird das Ganze damit, dass dies Patientinnen vermittelt, bei denen die medizinische Behandlung nicht mehr weiterhilft, in die soziale Isolation führt und Beschwerden gar verstärkt. Es wurden genannt: Sportgartenarbeit; Lern- und andere Angebote. Ich bin schockiert über das Votum von Dr. David Garcia Nuñez (AL), weil man dadurch meinen könnte, wir hätten im Gesundheitswesen ein riesiges Chaos in dem die eine Stelle nicht mit der anderen spreche und die einzelnen Leute von einer Ecke zur anderen rennen müssten, um herauszufinden, wo die richtige Behandlung stattfindet. Mich freute daran, dass er die Bürokratisierung als Thema aufwarf und eine Entbürokratisierung des Ganzen fordert. Unsere Ärzte sind nicht so unfähig, dass sie nicht wüssten, wohin sie die Leute vermitteln müssten. Die Link Worker entsprächen in der Stadt Zürich den Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter. Die Stadt Zürich verfügt über diese und vermittelt sie an Personen für nichtmedizinische Massnahmen zur Gesundheitsverbesserung. Gesundheits- und Sozialsysteme in Zürich und in Grossbritannien haben unterschiedliche Strukturen und können deswegen nicht verglichen werden. Das GUD hat multidisziplinäre Teams in den Bereichen Soziale Arbeit, Pflege, Psychologie, Psychiatrie, die vergleichbares anbieten wie die Link Worker. In der Stadt Zürich vernetzen sich die Fachpersonen, um ihren Patienten die optimale Versorgung zukommen zu lassen. Gemäss Stadtrat sind die Forderungen der Motion in den hiesigen Gesundheits- und Sozialsystemen bereits abgedeckt. Der Stadtrat glaubt nicht daran, dass die Link Worker etwas für Zürich bringen würden. Der zusätzliche Personalaufbau durch Link Worker verursacht nichts anderes als hohe Kosten und hat keine Wirkung. Die SVP lehnt Motion und Postulat ab. Es bringt keinen Mehrwert.

Nicolas Cavalli (GLP): Die Themen rund um Public Health und Gesundheitsförderung sind aktueller denn je, beschränken sich aber nicht nur auf die Medizin. Es ist bekannt, dass nicht nur medizinische, sondern auch nicht-medizinische Massnahmen die Gesundheit fördern. Auch beeinflussen soziale, wirtschaftliche und weitere Umgebungsfaktoren das Wohlbefinden. Der Interventionsansatz, den die Motion fordert, ist, dass mittels nicht-medizinischen Massnahmen die Gesundheit verbessert werde. Das ist ein wichtiger und guter Ansatz und man kann sagen, dass dieser zum Glück bei uns recht

gut funktioniert. Es wurde mehrfach Grossbritannien als Ursprungsland dieser Idee genannt. Dort steckt man relativ viel Geld in das System mit der Erwartung, dass zukünftig viele Leute davon profitieren. Ein Vergleich ist allerdings nicht einfach und mit Tücken versehen, denn in Grossbritannien läuft dies bekanntlich über den National Health Service (NHS) – einem etwas anderen System als in der Schweiz. Konsultiert man medizinische Fachzeitschriften zum Thema, liest man, dass der Ansatz vielversprechend ist. Es sei aber genauso wichtig, bei den Hausärzten anzuknüpfen und sie dafür zu sensibilisieren. Denn sie kennen die Umstände bei ihren Patienten und Patientinnen viel besser als irgendwelche weiteren Anlaufstellen. Es wäre also sinnvoll, ein gesamtheitliches System in Betracht zu ziehen, das sogar auf kantonaler oder nationaler Ebene wirkt. Wir haben mehrfach gehört, dass die Spitäler der Stadt über einen Sozialdienst verfügen. In Zürich bestehen seitens GUD und SD bereits Angebote. Das eigentlich Geforderte besteht also bereits. Wir unterstützen den Vorstoss aber als Postulat, so kann der Stadtrat prüfen, wo Verbesserungsmöglichkeiten bestehen und Anpassungen vorgenommen werden können.

Johann Widmer (SVP): Ich erkläre euch jetzt, warum es diese Motion aus eurer Sicht unbedingt braucht: An unseren Fachhochschulen werden immer mehr Sozialarbeiter auf Bachelor- und Masterstufe ausgebildet. Diese teuren Titelhalter brauchen eine Stelle in der Sozialindustrie, da man sie in der Wirtschaft sowieso nicht gebrauchen kann. In den letzten zehn Jahren hat sich die Absolventenzahl dieser sogenannten spezialisierten Fachpersonen aus dem Sozialbereich allein im Kanton Zürich an der ZHAW verdoppelt. Da man die Leute in diesen fragwürdigen Berufen ausbildet, sorgt die Politik dafür, dass sie auch eine entsprechende Stelle finden. Das nennt man Klientelpolitik. Das ist der Zusammenhang dieser nutzlosen und an den Haaren herbeigezogenen Motion. Ihr Linken werft der Industrie immer vor, sie würde mit Werbung Bedürfnisse schaffen, mit denen Geld verdient wird und die Leute betrogen würden. Die Wirtschaft braucht keine solchen niederträchtigen Machenschaften, die Sozialindustrie macht das aber seit Jahren so. Ihr schafft ein Angebot, das in der Ausbildung genutzt wird und die Nachfrage erhöht. Dass die bedauernswerten Absolventen in einer Sackgasse beim Staat landen, ist sehr zu bedauern und eine Verschwendung junger Arbeits- und Innovationskraft. Die SVP fordert daher seit langem, dass man diese Bachelor- und Masterlehrgänge an den Fachhochschulen jedes Jahr überprüft, um zu verhindern, dass dort zu viele nutzlose Berufe ausgebildet werden und der Fokus wieder auf die benötigten Fachleute für die Wirtschaft und im Gesundheitswesen gelegt wird. Dann braucht es auch keine solchen Motiöchen, die nutzlose Stellen schaffen. Würde man die Ausbildungsenergie, die in der Sozialindustrie verschwendet wird, in die Ausbildung der Gesundheitsberufe investieren, müsste man weniger ausländische Fachkräfte aus den umliegenden Ländern entziehen. Lehnen Sie das ab, gebieten Sie der Sozialindustrie endlich Einhalt.

Samuel Balsiger (SVP): Fakt ist, die Schweiz gibt 177 Milliarden Franken für Soziales aus. Sie können also nicht behaupten, es gäbe ein Unterangebot beim Sozialstaat – auch nicht in der Stadt Zürich. Wir überweisen x Motionen, haben x Sozialarbeiter und Institutionen, die sich um alles Mögliche kümmern. Dass Sie aber weiterhin noch mehr Ausbau möchten, gründet auf einem unterschiedlichen Verständnis des Menschen. Sie glauben, der Mensch sein unfähig, selbst glücklich zu werden und den Staat braucht,

der ihm beibringt zu gehen, zu sitzen, sich selbst zu waschen und so weiter. Ein rechter, Bürgerlicher, echter Liberaler hat ein Menschenverständnis, bei dem man davon ausgeht, dass der Mensch fähig ist, selbst zu arbeiten und glücklich zu werden. Wenn Sie soziale Kontakte brauchen, müssen Sie diese Kontakte halt in Ihrem Umfeld herstellen. Wenn Sie ein Problem haben, müssen Sie sich vielleicht mit anderen Menschen verständigen. Es gibt Vereine, bei denen man mitmachen kann und auch Quartiervereine suchen immer wieder Leute, die mitarbeiten. Mit einem Menschenbild im Sinne von «hilf dir selbst, dann hilft dir Gott» braucht es keinen allmächtigen Staat, der den kleinen, dummen Bürger überall an der Hand nimmt und ihm das Geld aus der Tasche zieht. Wer arbeitet, wird auch glücklich. Auch Menschen, die beeinträchtigt sind, können etwas machen. Es gibt Vorgängergenerationen, die noch vor dem allmächtigen Staat aufgewachsen sind, den wir heute haben: unsere Väter und Grossväter. Die hatten das Überangebot des Staats nicht und ich behaupte, die waren in vielen Dingen glücklicher als irgendwelche Linken die das Gefühl haben, dass 2030 die Welt untergehe.

Elisabeth Schoch (FDP): Wie in der Motionsantwort des Stadtrats zu lesen ist, macht die Stadt in diesem Bereich schon sehr viel. Natürlich kann man alles noch ein bisschen besser machen. Der Vergleich mit dem Gesundheitswesen Grossbritanniens hinkt jedoch. Wir wissen, dass dort keine derart allumfassenden Angebote bestehen und das Gesundheitswesen dort mitnichten so ausgebaut ist wie das unsere. Wir versuchen hier einen unnötigen Zürcher Finish hinzubringen. Zudem geht es nicht an, dass Gesundheitsmassnahmen, die nicht von den Krankenkassen finanziert werden, einfach den städtischen Steuerzahlern überbürdet werden. Solche sozialen Rezepte wären dann sinnvoll, wenn sie auf Bundes- oder Kantonsgesetzgebung basieren würde und dementsprechend von den Krankenkassen übernommen würden. Wir möchten keinen Sonderweg der Stadt Zürich und lehnen die Motion deshalb ab.

Dr. Bernhard im Oberdorf (SVP): Es ist ein komplexer Vorstoss, bei dem man genau hinhören muss, um zu verstehen, um was es wirklich geht. Er wurde als Motion vorgeschlagen. Wir wissen, dass das kreditschaffend ist. Die Voraussetzung dafür ist, dass die Kreditgrenze von zwei Millionen Franken erreicht werden muss. Es stellt sich die Frage, ob das für ein solch soziales Pilotprojekt gerechtfertigt ist – sicher nicht! Auch beim Postulat muss man sich fragen, ob auch da nicht einmal mehr offene Türen eingearannt werden. Wir wissen: Die Gesundheitskosten explodieren und wir müssen uns fragen, ob wir uns einfach immer noch mehr Luxuslösungen leisten können oder das schlussendlich nur dazu führt, dass an einer anderen Stelle die Gebühren, Steuern oder Krankenkassenprämien erhöht werden müssen. Mir ist schon klar geworden, um was es geht, nämlich darum, das Psychosomatische im Auge zu behalten. Psychologische Schwierigkeiten können sich medizinisch auswirken und das muss nicht einfach nur schulmedizinisch betrachtet werden. Auch dass es sich um einen integrierten, holistischen Ansatz handelt, ist mir klar. Das ist vernünftig, doch braucht es dafür weder eine solche Motion noch ein solches Postulat. Es wurde gesagt, dass die soziale Integration für die Gesundheit wichtig ist. Muss man sich zu diesen sozialen Kontakten immer hinführen lassen oder muss man ein wenig Eigeninitiative entwickeln? Hat es umgekehrt nicht vielmehr die Folge, dass man in eine Unselbständigkeit abgleitet, wenn zu viel ge-

tan wird? Bei der Lebenszufriedenheitstheorie aus der Psychologie gibt es das progressiv ansteigende Anspruchsniveau: Man wird mit der Zeit immer anspruchsvoller und muss immer mehr unternehmen, um die Zufriedenheit aufrechtzuerhalten. Oder anders gesagt: Die Menschen werden immer unzufriedener und unglücklicher, wenn man die Situation nicht ständig verbessert. Beim vorvergangenen Vorstoss ging es um die Vernetzung der Städte im Netzwerk C40. Gehört das psychologisch zusammen? Das Erkenntnisinteresse von heute Abend ist, dass Basel aus dem C40 rausgeflogen ist. Da wird mir Basel direkt sympathisch. Ich höre schon die kommenden Schnitzelbänke, aber nicht jene, bei denen die Basler selbstkritisch sind, sondern es wird gefragt, wann die Zürcher endlich auch auf die Idee kommen.

Dr. David Garcia Nuñez (AL): *Wir bleiben bei der Motion. Ich möchte kurz auf meine Vorrednerinnen und Vorredner replizieren. Walter Anken (SVP) kann ich antworten: Das Chaos in der Medizin ist erheblich. Das sage ich nicht nur als Arzt, sondern derzeit auch als Patient. Wäre ich nicht so gut strukturiert, wäre mein Leben aktuell ein Chaos – und ich habe «nur» zwei Muskelzerrungen. Zu den Fakten: Ich weiss nicht, was Sie sich vorstellen, wie viele Sozialarbeiter in dieser Stadt rumschwirren und angestellt sind. Im MoKit & Kompass Team sind es 3,8 Vollzeitstellen plus 60 Stellenprozent für einen Peer-Berater, den ich Ihnen auch als Sozialarbeiter zugestehe. Das sind keine fünf Personen für die ganze Stadt, für über 450 000 Menschen. Im Waid sind es 7,7 Stellen für 3800 jährliche Beratung bei 8900 Patienten. Hier von Luxus und einer Industrie zu sprechen, wie es Johann Widmer (SVP) tat, ist für mich unverständlich. Im Triemli sind es 10,5 Stellen für 3500 Beratungen; in der Suchtfachklinik sind es zwei Vollzeitstellen. Ich weiss auch nicht woher der Vorwurf der Klientelpolitik kommt. Bin ich etwa Sozialarbeiter? Können Sie nicht lesen? Auf der Website steht, was mein Beruf ist und ich möchte genau nicht diese Arbeit machen, nur weil Tarmed mir dies bezahlt. Ich möchte, dass diese Arbeit von Leuten gemacht wird, die das studiert haben und besser können als ich. Zu Samuel Balsiger (SVP) und Elisabeth Schoch (FDP) betreffend des erwähnten Zürich-Finishs und warum diese Patientinnen und Patienten sich nicht selbst soziale Kontakte besorgen: Offensichtlich verstehen Sie nichts von psychiatrischen Erkrankungen und sozialer Isolation. Offensichtlich würde es auch nichts bringen, wenn ich Ihnen dies nun erkläre, aber wissen Sie: Michael Schmid (FDP) hat Samuel Balsiger (SVP) einen Vorschlag gemacht, sich auf ein Getränk zu treffen. Nehmen Sie doch Professor Gutzwiller gleich mit dazu, einem ausgewiesenen Experten im Bereich Public Health, und lassen Sie sich von ihm erzählen, was ein biopsychosoziales Modell ist.*

Dr. David Garcia Nuñez (AL) ist nicht einverstanden die Motion in ein Postulat umzuwandeln.

Die Motion wird mit 64 gegen 48 Stimmen (bei 0 Enthaltungen) dem Stadtrat überwiesen.

Mitteilung an den Stadtrat

9 / 9

Im Namen des Gemeinderats

Präsidium

Sekretariat