

75 JAHRE
VERBAND
ZÜRCHER
KRANKENHÄUSER
1940 – 2015



AN DER PFLEGESCHULE USTER WURDEN IN
44 JAHREN WEIT ÜBER **2000** LERNENDE
AUSGEBILDET. DIE WAGERENSTRASSE **45** WAR
ABER NICHT NUR EIN SCHULHAUS, SONDERN
LANGE JAHRE AUCH SITZ DES VZK.

(IM BILD RECHTS EINES DER ALTEN PERSONALHAUSER)

INHALT

PRÄSIDENTIALADRESSE **2** Dr. Christian Schär

GRUSSWORT DES GESUNDHEITSDIREKTORS **4** Dr. Thomas Heiniger

SCHLÜSSELEREIGNISSE AUS 75 JAHREN **6** Willy F. Rufer

GRUNDVERSORGUNG

UNTER ÖKONOMISCHEM DRUCK **14** Andreas Mühlemann

HOCHSPEZIALISIERTE MEDIZIN ZWISCHEN
ANSPRUCH UND MACHBARKEIT **18** Rita Ziegler

QUALITÄT IM GESUNDHEITSWESEN **22** Ralph Baumgartner

AUSBILDUNGSMODELLE UND
BERUFSBILDER IM GESUNDHEITSWESEN **26** Lukas S. Furler

CHRONIK 1940 – 2015 **30**

ECKDATEN / AUSBILDUNGSLEISTUNG **37**

MITGLIEDER **38**

IMPRESSUM **40**

VERNETZT, VERBUNDEN, LÖSUNGSORIENTIERT

Es begann vor rund 150 Jahren: 1868 wurde die «Nothfallstube» in Horgen eingerichtet. Sie bot sechs Betten. Das Angebot dieses ersten Krankenasyls auf der Landschaft richtete sich an ärmere Schichten und war auch eine Antwort auf das Elend, das die Choleraepidemie im Kanton Zürich 1867 hervorgerufen hatte. Diesem Krankenasyl folgten im Laufe der Jahre weitere im ganzen Kanton. Bis weit ins 20. Jahrhundert hinein waren sie lose vernetzt. Zum Zusammenschluss der damals 16 Landspitäler zu einer handlungs- und vertragsfähigen Organisation kam es erst 1940. Der Druck der Sparmassnahmen des Kantons und die drohende Dominanz des Universitätsspitals begünstigten diesen Schritt. 1940 markiert deshalb auch die Geburtsstunde des heutigen Verbands.

Der wirtschaftliche Aufschwung nach dem Krieg mündete in eine rasante Entwicklung der Landspitäler. Die Grundversorgung wurde dezentralisiert und damit patientennäher. Der Verband hat diese Entwicklung stets unterstützt, sie aber nie zum Dogma erhoben. Aber auch nötigen Anpassungen hat er sich nicht verschlossen. Ein einschneidendes Ereignis war die Spitalliste 1998. Zehn kleinere und mittlere Akutspitäler mussten ihren Betrieb einstellen. Der VZK ging mit diesem Strukturwandel offensiv um. Es gelang, alle akutsomatischen Listenspitäler im Kanton im Verband zu vereinen. Das ist nicht selbstverständlich. Es ist das Ergebnis eines umsichtig und zielstrebig gestalteten Prozesses. Dieser führte uns dahin, wo wir heute stehen. Wir werden wahrgenommen als Dienstleister für die Verbandsmitglieder und respektiert als Interessenvertretung aller Listenspitäler der Akutsomatik sowie von Rehabilitationskliniken und Pflegezentren. Diese Breite verschafft uns eine Position, die Anliegen unserer Mitglieder gegenüber Gesundheitsdirektion und Versicherern auf Augenhöhe zu vertreten.

Eine der Kernaufgaben des Verbands besteht darin, Versicherungsverträge auszuhandeln und damit die Einnahmen der Mitglieder zu sichern. Diese Aufgabe wurde mit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung zu einer Quadratur des Kreises. Unsere anfängliche Vorstellung von marktwirtschaftlichen Preisverhandlungen zwischen den Leistungserbringern und den Versicherern haben sich bis heute leider nicht erfüllt. Bereits nach Einführung des KVG 1996 hatte der VZK eine Reihe von Jahren mit Festsetzungsverfahren durchzustehen. Diese Situation ist also nicht neu. Alle Beteiligten wissen damit professionell und ihren Rollen entsprechend umzugehen.

Bevor ich Sie, geschätzte Leserin, geschätzter Leser, ermuntere, sich mit Geschichte und Gegenwart des Verbands vertraut zu machen, wage ich einen Blick in die Zukunft: Unser Verband ist ein starker und sehr gut vernetzter Partner im Zürcher Gesundheitswesen und über die Kantons Grenzen hinaus. Diese Position wollen wir noch besser nutzen. Es gilt, das Kräfteparallelogramm der Akteure möglichst im Gleichgewicht zu halten. Das ist nicht Selbstzweck, sondern hat stets das Wohl der unseren Mitgliedern anvertrauten Patientinnen und Patienten im Auge. Wir wollen deshalb für unsere Mitglieder eine Leistungsabgeltung erwirken, die es erlaubt, die Infrastruktur zu amortisieren, dem technischen Fortschritt zu folgen und in Programme für die Qualitätsverbesserung und Leistungsvernetzung zu investieren. «Tue Gutes und rede darüber», lautet ein geflü-



Dr. Christian Schär
Präsident

geltes Wort. Uns fällt nichts Treffenderes ein. So wollen wir es denn auch halten und eine noch wirkungsvollere Kommunikation pflegen. Dabei soll unsere Organisation schlank und schlagkräftig bleiben und auf ihren Stärken aufbauen. Dazu gehört besonders auch die auf Kollegialität aufgebaute Unternehmenskultur. Sie ermöglicht selbst in sehr anspruchsvollen Fragen Lösungen im Konsens. Ich danke allen, die unserem Verband zur heutigen Blüte verholfen haben und sich mit uns weiterhin für ein leistungsfähiges Gesundheitswesen im Kanton Zürich engagieren.

KEIN BISSCHEN GREISE

Eine Anekdote erzählt, dass der Philosoph Immanuel Kant am Festakt zu seinem 50. Geburtstag von der Obrigkeit mit «ehrwürdiger Greis» begrüsst worden sei. Belegt ist das nicht. Tatsache ist aber, dass die Lebenserwartung damals rund halb so hoch war wie heute – knapp 40 Jahre. Alter war aber schon im 18. Jahrhundert der Inbegriff von vielfältigen Erfahrungen und Kompetenzen. Diese Perspektive auf das Alter passt symbolisch ausgezeichnet zum Jubiläum «75 Jahre Verband Zürcher Krankenhäuser». Die Gesundheitsdirektion gratuliert dem Vorstand und der Geschäftsleitung zu diesem schönen Geburtstag. Sie gratuliert aber auch seinen Mitgliedern, den Listenspitälern des Kantons Zürich – Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie. Sie bilden unter dem Dach des VZK zusammen mit Institutionen der Langzeitpflege einen gut organisierten Interessen-Pool, der nach 75 Jahren sehr erfahren ist im Umgang mit Partnern, Politik und Behörden, Kassen und Versicherungen.

In einem dynamischen und komplexen Umfeld wie dem Gesundheitswesen ist diese Erfahrung wertvoll, wenn Vorgaben von Bund und Kanton breit diskutiert und konkretisiert werden müssen. Dabei führen die geltenden Regeln und das Rollenverständnis der Akteure im Gesundheitssystem naturgemäss zu sachlichen Differenzen. Umso wichtiger ist die partnerschaftliche Haltung zwischen Gesundheitsdirektion und VZK. Trotzdem streicheln wir uns manchmal mit Kakteen – aber professionell, respektvoll und zielgerichtet und deshalb im Ergebnis nachhaltig. Das kommt dem Kanton und unserer ganzen Bevölkerung zugute, objektiv und subjektiv: Die Durchschnittsprämie bei den Krankenkassen und die Behandlungskosten sind im Kanton Zürich tiefer als in allen anderen Universitätskantonen. Unsere Spitäler weisen die deutlich höchste Produktivität und Effizienz aus und die Bevölkerung ist mit der Medizin im Kanton sehr zufrieden. Das sind direkte Komplimente an die einzelnen Leistungserbringer im Gesundheitswesen. Es sind aber auch Komplimente an den VZK, der dank seines starken Engagements das Vertrauen seiner Mitglieder und Partner genießt.

Die Stärke des Verbands ist seine Fähigkeit, die unterschiedlichen Standpunkte seiner Mitglieder zu tragfähigen Kompromisslösungen zu bündeln: mit Intelligenz, mit Kreativität, mit einem kontrollierten Realismus und mit grossem Vertrauen in sich selbst. Die Gesundheitsdirektion hat mit dem VZK einen Partner auf Augenhöhe. Und den wünscht sie sich auch in Zukunft. Wir wollen nicht nur die Versorgungssicherheit und -qualität des Gesundheitswesens im Kanton Zürich langfristig auf hohem Niveau halten. Wir wollen Zürich auch als führendes Zentrum der universitären und hochspezialisierten Medizin weiter stärken.

Der VZK ist heuer genau im richtigen Alter, um tüchtig zu feiern; nicht als «ehrwürdiger Greis», wie vor 250 Jahren Kant mutmasslich betitelt worden ist, sondern als lebenserfahrener und besonnener Interessenvertreter unserer Spitäler und Institutionen der Langzeitpflege. Der VZK kann mit uns zusammen stolz sein auf das gute Gesundheitssystem, das wir auch in Zukunft gemeinsam prägen werden.



Regierungsrat
Dr. Thomas Heiniger
Gesundheitsdirektor
Kanton Zürich

VON DER INTERESSEN- GEMEINSCHAFT ZUR PROFESSIONELLEN ORGANISATION

Die Ursprünge der Zürcher Spitalgeschichte liegen im frühen 13. Jahrhundert. Aus anfänglich klösterlichen wurden bald weltliche Institutionen. Erwähnenswert ist das erste grössere Krankenhaus von 1451 am heutigen Zähringerplatz, welches 1803 der Stadt entzogen und zu einer kantonalen Anstalt wurde. 1842 wurde ein neues Gebäude am Zürichberg gebaut. Für Psychiatriepatienten eröffnete nach Aufhebung des Klosters Rheinau im Jahr 1870 die Klinik Burghölzli in Riesbach ihre Pforten. Das Zürcher Kinderspital wiederum wurde von der Eleonorenstiftung 1874 errichtet. Bereits 1858 war als weitere private Institution in der Stadt die Kranken- und Diakonissenstation Neumünster gegründet worden und um 1901 folgte das Spital Schweizerische Pflegerinnenschule.

Im ausgehenden 19. Jahrhundert schlug die Stunde der Landasyle oder auch Krankenasyle genannt. Von 1868 bis 1912 wurden auf Initiative der ländlichen Gemeinden 15 Betriebe in allen Bezirken eröffnet, chronologisch geordnet in folgenden Ortschaften: Horgen, Wädenswil, Richterswil, Wetzikon, Männedorf, Uster, Wald, Rüti, Bülach, Rorbas-Freienstein, Dielsdorf, Thalwil, Affoltern am Albis (anfänglich auch noch Kappel am Albis), Pfäffikon und Adliswil (Bauma folgte 1930).

DER ANSTOSS: MOTIVE DER VERBANDSGRÜNDUNG

Bereits 1893 fanden sich die Landasyle zu einer losen Interessengemeinschaft zusammen, um ihre Staatsbeitragsansprüche gegenüber dem Regierungsrat wirkungsvoller vertreten zu können. Im Gesetz betreffend die kantonalen Kranken- und Versorgungsanstalten von 1874 war nämlich auch eine staatliche Unterstützung für Gemeindeanstalten vorgesehen. 1919 trat eine Verordnung in Kraft, wonach der Kanton die Hälfte des bei sorgfältiger Verwaltung sich ergebenden Ausgabenüberschusses bezahlte. Massgeblich dazu beigetragen hatte ein erfolgreicher Vorstoss der Landasyle aus dem Kriegsjahr 1917. Infolge gesteigerter Preise von Lebensmitteln, Medikamenten und Verbandsmaterial wurde bei durchschnittlichen Kosten pro Patient und Tag von 3 Franken eine Erhöhung des Staatsbeitrags von 50 auf 70 Rappen bewilligt. Der Regierungsrat kam den Landasylen in der Folge noch weiter entgegen, indem er den Vortrag der Defizite auf neue Rechnung erlaubte und somit dem Staat die ganzen Fehlbeträge anlastete. Dieser Idealzustand nahm 1932 jedoch ein jähes Ende. In einem Kreisschreiben wies der Gesundheitsdirektor darauf hin, dass dieses Vorgehen im Widerspruch zur Verordnung von 1919 stehe und letztere nun durchzusetzen sei. Die Landspitäler sahen sich in ihrer Existenz bedroht und rückten enger zusammen. Sie erarbeiteten ein statistisches Argumentarium und konnten, auch mit einer Motion im Kantonsrat, 1934 eine vorteilhafte neue Verordnung erwirken. Der Kanton zahlte von nun an 90 % an das Restdefizit. Im Folgejahr trat der Krankenkassenvertrag in Kraft, an welchem die Landspitäler massgebend mitgearbeitet hatten. Es gelang auch immer wieder, den Regierungsrat von Sparerlassen abzuhalten.

Mit dem Jahr 1939 änderte sich dies grundlegend. Die Finanzdirektion hatte die Revision der Betriebsrechnungen angeordnet, um Möglichkeiten für Einsparungen zu suchen. Aus heutiger

**Willy F. Rufer**

lic. rer. pol.
VZK-Geschäftsleiter
1992 bis 2012

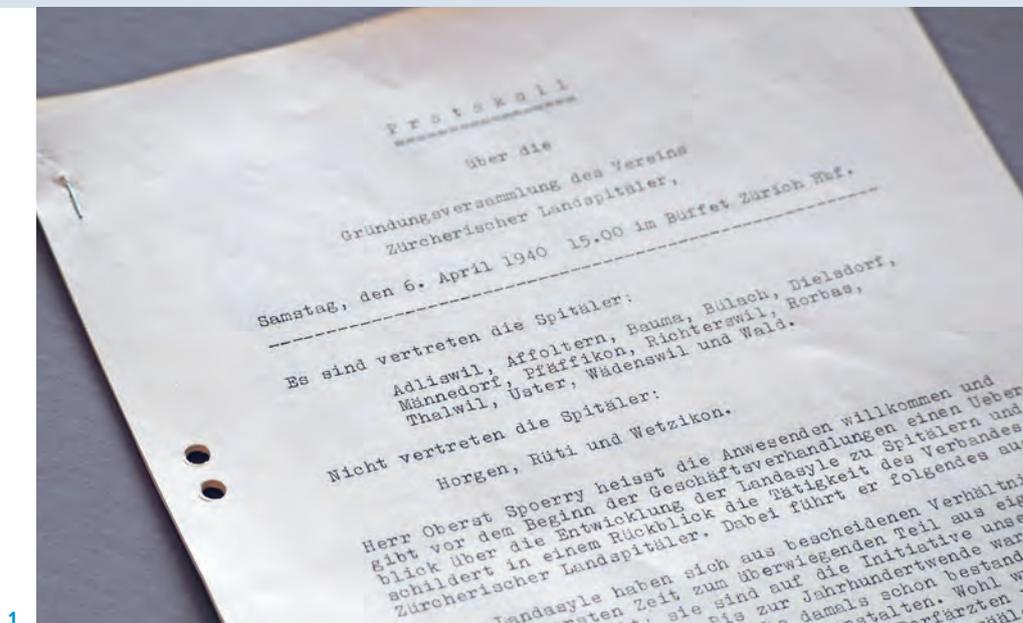
Sicht unglaublich mutet das Vorgehen an, dass ein einzelner Beamter mit seinen Anträgen für massive Budgetkürzungen bei der Gesundheitsdirektion durchkam. Der Revisionsbericht enthielt auch eine Kritik an den betroffenen Spitalverwaltungen und aus deren Sicht falsche Aussagen. Dieses Vorkommnis förderte die Einsicht für eine bessere Interessenvertretung der Landspitäler mittels einer strafferen Organisation. Gleichzeitig wurden weitere Probleme erkannt: Ein Verordnungsentwurf über die Staatsbeiträge sah eine ganze Reihe von Verschlechterungen sowie eine Kompetenzverschiebung vom Kantons- zum Regierungsrat vor. Sodann stand die Revision des Suvalvertrages bevor, wobei die Versicherung ankündigte, dass sie Fragen prinzipieller Natur nur mit Verbänden diskutieren wolle. Ein weiteres Thema war die Vereinheitlichung der Tarife für Extraleistungen. Schliesslich wurde als eine der wichtigsten Fragen die Abklärung des Verhältnisses zwischen Kantonsspital und Landspitalern beurteilt. Die Planung eines Neubaus des Universitätsspitals (dieser wurde schliesslich 1951 fertiggestellt) beunruhigte. Man vermutete, dass es zu einer Art Planwirtschaft mit einer Gliederung der Spitäler in verschiedene Ränge unter Führung des Universitätsspitals kommen könnte. Für einen Teil der Landspitäler hätte dies zu einer rückläufigen Entwicklung führen können. Die Meinungsführer der Landspitalvertreter erkannten, dass die Existenz und Weiterentwicklung der Landspitäler nur mit einer besseren und geschlosseneren Organisation sichergestellt werden konnte.

Der designierte Vereinspräsident, Oberst Heinrich Spoerry-Jaeggi von Uerikon und Spitalpräsident in Wald, eröffnete am 6. April 1940 die Gründungsversammlung des Vereins Zürcherischer Landspitäler um 15 Uhr im Bahnhofbüffet Zürich mit folgenden Worten: «Es ist unerlässlich, dass bei allen sich zeigenden widerstreitenden Interessen von unserer Seite ein klarer geschlossener Verbandswille, der sich auf eine gute Zusammenarbeit im zu gründenden Vereine stützen kann, zum Ausdruck kommt.» Dem ist auch aus heutiger Sicht nichts mehr beizufügen. Gründungsmitglieder waren ausnahmslos alle 16 Landspitäler. Die Versammlung wurde einschliesslich Beratung und Verabschiedung der Statuten und der Festsetzung eines Jahresbeitrags von ½ Rappen pro Pflage tag zügig durchgeführt und konnte bereits um 17.30 Uhr geschlossen werden.

VOM KRANKENASYL ZUM MODERNEN DIENSTLEISTUNGSUNTERNEHMEN

Während im Kantonsspital Zürich bereits in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts international bedeutende Ärzte und namentlich Chirurgen wirkten, hatten die Landasyle in den Anfängen fast ausschliesslich pflegerische Aufgaben und verfügten über keine Operationssäle. Nach der Jahrhundertwende dauerte es bis 20 Jahre, ehe die ersten Röntgeneinrichtungen angeschafft wurden. Die verbesserte chirurgische Ausbildung der in den Landspitalern tätigen Ärzte förderte die Dezentralisierung der Spitalbehandlungen und den Ausbau der Asyle zu eigentlichen Spitalern. Der damit verbundene Ausbau der Räumlichkeiten und die Anschaffung von medizinischen Geräten überstiegen die finanziellen Möglichkeiten einzelner Gemeinden und es entstanden Gemeindezweckverbände. Kurz nach dem Zweiten Weltkrieg war die Platznot in den Landspitalern so gross, dass der Bau von Pflegeheimen gefordert wurde, was vom Regierungsrat mit der Zusicherung von Staatsbeiträgen bewilligt wurde.





1

Die Entwicklung des Leistungsspektrums der Landspitäler kann an der 1947 eingeführten Zürcher Krankenhausplanung abgelesen werden. Schon bald sprach man von Regional- und Ergänzungsspitalern und die Bezeichnung Landspitäler wurde im Vereinsnamen durch den Begriff Krankenhäuser ersetzt. Dieser diente zugleich als Oberbegriff für die beiden Mitgliedergruppen Spitäler und Krankenhäuser. Ursprünglich wurden den VZK-Spitalern die Disziplinen Medizin, Chirurgie und Gynäkologie sowie Geburtshilfe ohne weitere Differenzierung zugewiesen. Diese Grundversorgung wurde später für die nun Schwerpunktspitäler genannten Regionalspitäler mit weiteren Fachgebieten ergänzt, wie ORL, Ophthalmologie, Urologie, Orthopädie, Kardiologie, Pneumologie und Onkologie. VZK-Präsident Dr. med. Hans Meili sprach im Jahr 1965 vom Aufbau von Hochleistungsspitalern. Die dazu benötigte Spitalinfrastruktur wurde weitgehend in der Ära von Regierungsrat Wiederkehr (1977 bis 1992) aufgebaut. Neben der Entwicklung des stationären Sektors war ein noch grösseres Wachstum von ambulanten Behandlungen zu bewältigen. In der Spitalplanung ab 2012 sind die stationären Leistungen nun in einer weitgehenden Differenzierung ersichtlich.

Die zunehmende Komplexität der Spitalleistungen infolge des medizinischen Fortschritts und veränderter Krankheitsbilder gepaart mit neuen externen Vorgaben vor allem des KVG erforderte neue Organisationsstrukturen und professionelle Führungsinstrumente sowie vermehrt wettbewerbles Verhalten. Die ehemaligen Landspitäler haben den Wandel zu modernen Dienstleistern hervorragend gemeistert. Es gehörte zu den ureigenen Aufgaben des Verbands, die Spitäler durch Bündelung der Kräfte und Bereitstellung von Führungsinformationen in diesem anspruchsvollen Unterfangen bestmöglich zu unterstützen. Die bei der Vereinsbildung bestehende Kluft zwischen Landspitalern und Kantonsspitalern hat einer Zusammenarbeit unter Partnern Platz gemacht und alle Spitäler der Spitalliste sind nun unter dem Dach des VZK vereint.

VON DER KOSTENDECKUNG ZUR LEISTUNGSABGELTUNG

Die Spitalfinanzierung und die damit verbundene Ausarbeitung und Verhandlung von Tarifverträgen gehörten seit jeher zu den Kernaufgaben des Verbands. Im Rückblick kann sogar festgestellt werden, dass der VZK über weite Strecken seiner Geschichte der eigentlich Zuständige für die Spitaleinnahmen war.

Die Krankenkassenverträge bei Verbandsgründung beinhalteten einkommens- und vermögensabhängige Tagestaxen von unter 10 Franken sowie Zuschläge, beispielsweise für Operationssaalbenützung oder radiologische Untersuchungen. Die Krankenkassen leisteten lediglich einen Beitrag, welcher weniger als die Hälfte betrug. Schon 1941 beklagten sich die Leistungserbringer gegenüber den Krankenkassenvertretern. «Überall zahlen die Kassen höhere Taxen als bei uns» und führten Beispiele anderer Kantone an (Parallelen zu heute sind rein zufällig!). 1969 betrug die Tagestaxe gegen 30 Franken, 1990 lag sie im Bereich von knapp 300 Franken für Schwerpunktspitäler. Nach zermürenden Verhandlungen konnte auf den 1. Januar 1993 eine Taxerhöhung von 9,2 % vereinbart werden. Im Streit um die Spitaltarife und angesichts der drohenden Finanzierungsprobleme schlug der VZK mit einem von Präsident Dr. Bernhard A. Gubler



Die Spitalfinanzierung war schon vor der Verbandsgründung ein Dauerthema. War es zu Beginn hauptsächlich ein Kampf um angemessene Staatsbeiträge, folgten in den Kriegsjahren Interventionen gegen Sparübungen der Regierung, welche mit einem Unterbruch ihren Kulminationspunkt in der Phase der leeren Staatskassen vor und nach der Jahrtausendwende erreichten. 2002 hiess es an einer gemeinsamen, vom VZK orchestrierten Medienkonferenz aller öffentlichen Zürcher Spitäler: «Weitere Sparbefehle führen direkt zu Leistungsabbau.» Einschneidende Sparmassnahmen trafen die Spitäler im Rahmen des Sanierungsprogramms 04, wobei auch Stellen abgebaut werden mussten.

Die aufgrund des neuen Krankenversicherungsgesetzes erlassene Spitalliste 1998 hatte für die sechs Regional- und Ergänzungsspitäler Adliswil, Bauma, Dielsdorf, Pfäffikon, Thalwil und Wald einschneidende Konsequenzen. Ihnen wurde der Leistungsauftrag für stationäre Behandlungen in der allgemeinen Abteilung entzogen. Der VZK hatte sich in seiner Stellungnahme vergeblich für eine offenere, von den Subventionen unabhängige Planung eingesetzt. Die betroffenen Spitäler reichten zwar Beschwerde beim Bundesrat ein, welche aber im Februar 1999 abgewiesen wurde. Fünf Betriebe blieben zumindest als Pflegeheime bestehen. Die damals erratisch erscheinende Politik von Regierungsrätin Diener erwies sich als erfolgreich, gehören doch die Zürcher Spitäler klar zu den effizientesten der Schweiz.

Im Hinblick auf die neue Spitalfinanzierung setzte sich der VZK erneut für eine unverfälschte Subjektfinanzierung sowie für vollkostendeckende Fallpauschalen ein. Bei der Ausarbeitung der Spitalliste 2012 bot der Verband seine Mitarbeit an, was die GD aber ablehnte. Zumindest konnten aber in VZK-Workshops mit Ärztinnen und Ärzten erarbeitete Vorschläge eingebracht werden. Gesundheitsdirektor Heiniger hat mit seinem Team schliesslich eine vorbildliche Spitalplanung erarbeitet, deren Methodik von vielen Kantonen übernommen wurde.

Der Entwurf des neuen Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetzes (SPFG) wurde eingehend diskutiert und eine Delegation konnte in einem Hearing bei der Kommission für Soziale Sicherheit und Gesundheit des Kantonsrats (KSSG) wichtige Anliegen durchbringen. Der grösste Erfolg wurde 2012 nach professioneller Vorbereitung durch seinen Vorgänger in der Amtszeit des neuen VZK-Präsidenten Dr. Christian Schär mit einer intensiv geführten Abstimmungskampagne zum SPFG erzielt: Das Volk lehnte den von der Regierung vorgeschlagenen Zukunfts- und Stützungsfonds ab. Die Listenspitäler wurden so vor jährlichen Abgaben aus Zusatzversichertenentwürfen von 50 Mio. Franken bewahrt.

Grosse Anstrengungen wurden auch in der Pflegeheimfinanzierung unternommen. 1996 wurde die Koordinationskonferenz Leistungserbringer Pflege (KLP) gegründet. Ihr gehörten alle betroffenen Organisationen im Kanton Zürich an: VZK, die Städte Zürich und Winterthur, der Heimverband Schweiz, Sektion Zürich (heute Curaviva Kanton Zürich) und der Spitex Verband Kanton Zürich. Mit den Krankenversicherern konnten vorteilhafte Verträge abgeschlossen und das neue Pflegebedarfserfassungssystem RAI/RUG eingeführt werden.



2

Ein markantes Verbandsereignis war 2008 der Übertritt der Pflegezentren (Pflegeheime für schwer Pflegebedürftige) vom VZK zu Curaviva. Die Pflegezentren erhofften sich im Heimverband eine eigenständigere Pflegeheimpolitik. Grösse und Heterogenität der Organisation erlaubten aber keine klare Profilierung, sodass einige Betriebe wieder in den Schoss des VZK zurückkehrten. 2014 wurde das «Netzwerk Zürcher Pflegezentren (VZK)» gegründet, welchem neben den 8 VZK-Betrieben (inklusive der Mischbetriebe Spital Affoltern und Spital Limmattal) auch die 10 Pflegezentren der Stadt Zürich angehören.

Seit 1975 betrieb der VZK in Uster eine Pflegeschule für Praktische Krankenpflege, später auch für Spitalgehilfinnen. Dazu kam 1988 die Übernahme der Schule Pilgerbrunnen für Kinder- und Wochenpflege in Zürich. Mit der neuen Bildungssystematik wurden die Zuständigkeiten neu geregelt. Der VZK erarbeitete mit sechs weiteren Schulen von Mitgliedspitälern im Projekt «Pflegeschulen 2005 im Kanton Zürich» eine strategische Neuausrichtung. Ein Lösungsvorschlag war eine Zusammenfassung von Schulen und Lehrbetrieben in einem Bildungszentrum Uster. Der Regierungsrat hat sich dann aber nur noch für die zwei Standorte Zürich und Winterthur entschieden, so dass die Pflegeschule Uster des Verbands Zürcher Krankenhäuser im Jahr 2009 nach 44 Jahren geschlossen werden musste. Die Schule Pilgerbrunnen war zuvor bereits 1998 aufgegeben worden.

Im Projekt ReBeGe (Reorganisation der Berufsschulen im Gesundheitswesen) der Bildungsdirektion war seitens des VZK Präsident Heinz Spälti stark engagiert. Er setzte sich auch gesamtschweizerisch für die Arbeitgeberinteressen im neuen Bildungssystem ein. Ein Glanzstück war seine erfolgreiche Verhandlungsführung beim Gesamtarbeitsvertrag mit den Assistenzärztinnen und -ärzten im Jahr 1999, welche ihn in der Folge hauptberuflich in das Gesundheitswesen beim Gesundheits- und Umweltdepartement der Stadt Zürich führte. Bereits ein Jahr zuvor erfolgte eine Teilprofessionalisierung des Präsidentenamtes.

Aufgrund des neuen Berufsbildungsgesetzes waren die Arbeitgeber gefordert, die überbetrieblichen Kurse (üK) als dritten Lernort der neuen Lehre Fachangestellte/r Gesundheit zu organisieren. Da der Verein OdA G ZH (Organisation der Arbeitswelt Gesundheit Zürich) erst später (2007) gegründet werden konnte, stellte sich der VZK spontan für die neue Aufgabe zur Verfügung. Die Verpflichtung von Referenten, Organisation von Kursräumen und Schulmaterial, finanzielle Abrechnung und vieles mehr bedeutete das Beschreiten von Neuland und erwies sich als Herkulesaufgabe. Beim Transfer der üK zum neuen Verein im Jahr 2010 betrug die Anzahl Lernende bereits über 1000 pro Jahr und hat seither stetig zugenommen.

Das Thema integrierte Versorgung wurde immer wieder aus verschiedenen Richtungen angegangen. Einen starken Anstoss erhielt es durch die von Gesundheitsdirektor Buschor 1993 lancierten Organisationsmodelle für ein wirksames öffentliches Gesundheitswesen. Der VZK setzte sich in der Diskussion immer für eine deregulierte, dezentrale und patientennahe Versorgung ein, in jüngster Zeit auch mit einem Projekt «Übertritte» (Vernetzung Spitäler-Pflegeheime-Spitex) oder im von der GD geführten Projekt «elektronisches Patientendossier».

- 1 Weichenstellung im Kanton Zürich. Die Spitalfinanzierung wird auf neue rechtliche Grundlagen gestellt. Der VZK erringt 2012 mit seiner Kampagne gegen den Spitalfonds einen wichtigen Abstimmungserfolg.
- 2 Der VZK darf für sich als Akteur im kantonalen Gesundheitswesen Repräsentativität beanspruchen. Neben allen akutsomatischen Listenspitälern sind ihm auch verschiedene Rehabilitationskliniken und grössere Pflegezentren angeschlossen.





Das Angebot führender öffentlicher Spitäler
für Privat- und Halbprivatversicherte.



1



2

1 Mit HQuality® kreierte der VZK ein attraktives und tarifschutzkonformes Zusatzversicherungsprodukt.

2 Unter der Bezeichnung K3 haben sich die Deutschschweizer Spitalverbände in einer einfachen Gesellschaft zusammengeschlossen. K3 ist eine wichtige Plattform für die Koordination der gemeinsamen gesundheitspolitischen Interessen.

3 Unter der Federführung des VZK wurde 2003 bereits das zweite Handbuch «Ökologie und Entsorgung» entwickelt. 12 Kantone und das Fürstentum Liechtenstein haben das innovative Projekt finanziell unterstützt.

4 Abrechnung nach Fallpauschalen: Das muss kein Buch mit sieben Siegeln sein. Der VZK produzierte ein Schulungsvideo «DRG im Spitalalltag».

1999 war der VZK Gründungsmitglied der Koordinationskonferenz Kantonale Krankenhäuser K3. Der Zusammenschluss der Deutschschweizer Kantonalverbände war eine Folge des neuen KVG, dessen Umsetzung sich vor allem auf kantonaler Ebene abspielte und dem Einflussbereich von H+ Die Spitäler der Schweiz entzogen war. Das Gremium mit Vertretungen aus 14 Kantonen pflegt den Informations- und Erfahrungsaustausch, realisiert gemeinsame Projekte und nimmt Stellung bei Vernehmlassungen.

Eine weitere Bündelung der Kräfte erfolgte bei den Transport- und Rettungsdiensten, welche sich im Jahr 2000 zur Koordinationskonferenz Leistungserbringer Ambulanzdienst (KLA) zusammenschlossen. Der VZK konnte mit der Zentralstelle für Medizinaltarife einen richtungsweisenden, noch heute gültigen Vertrag aushandeln, welcher auch von den Krankenversicherern übernommen wurde.

INNOVATIONSKRAFT UND ZUKUNFTSGESTALTUNG

In der Leitidee des Verbands steht folgender Satz: «Der VZK will wichtiger Vordenker und massgebender Partner im Gesundheitswesen sein; er fördert und entwickelt innovative Ideen und Konzepte im Interesse der Spitäler und Pflegeheime.»

Der VZK versuchte immer wieder, diesem Leitspruch gerecht zu werden. Der frühzeitige Einsatz für eine leistungsgerechte Spitalfinanzierung wurde bereits erwähnt. Innovationen waren aber vor allem im frei gestaltbaren Zusatzversicherungsbereich möglich und auch nötig. Zur Rettung der Mittelstandsversicherung «Halbprivat» wurden ab 1995 für 23 und später über 40 Behandlungen aufenthaltsunabhängige Fallpauschalen kreiert. Interdisziplinäre Arbeitsgruppen analysierten und bewerteten dazu mit Unterstützung der Spitäler die Spital- und Arztleistungen – ein aufwändiges Unterfangen. 2001 wurde gemeinsam mit der Helsana ein Ansatz für ein tarifschutzkonformes Splitting der Grund- und Zusatzversicherungsleistungen entwickelt. Halbprivat- und Privatpatienten sollten nichts doppelt bezahlen, sondern nur ihre Wahl- und Zusatzleistungen. Der VZK erarbeitete in der Folge das Zusatzversicherungsangebot HQuality®, welches eine externe Zertifizierung beinhaltet. Mit allen Versicherern konnten Verträge abgeschlossen werden, welche noch heute in Kraft sind.

Eine Pionierrolle nahm der VZK 1995 mit der Bildung einer Qualitätskommission ein. Mit 15 Spitalern und Pflegeheimen, auch aus anderen Kantonen, wurde ein Projekt zur Etablierung des Prozessmanagements durchgeführt und ein Handbuch erstellt. Dabei wurden auch Patientenfürden für einzelne häufige Behandlungen kreiert. Das erprobte Setting wurde ab 2002 im Projekt «Gesundes Personal» mit 17 Betrieben angewendet. Dieses beinhaltete Erhebungen in den Betrieben mit einer statistischen Auswertung durch das Institut für Suchtforschung, gemeinsame Schulungsblöcke und individuelle Massnahmen in den Betrieben einschliesslich Jahresarbeitszeit und Absenzmanagement. Die Aktivitäten wurden grosszügig von der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz mitfinanziert. Die Basis für diese Aktivitäten wurde im Jahr 2000 im Projekt «Personalstrategie 2005 Plus» gelegt, welches in Grossgruppenveranstaltungen Projekte zur Gewinnung, Erhaltung und Förderung des Personals entwickelte.



3



4

Die GD hatte im Rahmen des umfassenden Projektes LORAS (Leistungsorientierte Ressourcenallokation im Spitalbereich) auch einen Schwerpunkt auf die Messung der Outcomequalität gelegt. Dies führte im Jahr 2000 zur Gründung des «Verein Outcome» (GD, Spitäler, Versicherer), welcher mit den Spitalern Ergebnisqualitätsmessungen durchführte. 2009 beschlossen die VZK-Spitäler, ihre Messergebnisse der Patientenzufriedenheit zu publizieren. Dies darf mit Fug als Pioniertat bezeichnet werden. 2011 wurde der Verein aufgelöst und auf Bestreben und mit einer finanziellen Beteiligung des VZK in die hcri AG eingebracht.

Früh erkannt hat der Verband auch die Bedeutung von Benchmarking. Im Rahmen von K3 wurden mit Spitalern aus verschiedenen Kantonen Seminare durchgeführt und ein System «Koopertes Benchmarking K3» aufgezogen. Des Weiteren wurden Rahmenverträge mit Anbietern von Benchmarking-Software abgeschlossen. Für den Aufbau und den Betrieb einer Datenbank für Spitalleistungen wurde der Verein Hospital Data Pool gegründet.

Kreativität war immer wieder auch im gemeinsamen Einkauf gefragt. Neben der Partnerschaft mit der HOREGO AG und dem Aufbau des Geschäftsfelds Spitäler und Heime mit heute gut 400 Kunden in der ganzen Schweiz führten verschiedenen Kooperationen, unter anderem mit Hospital Solutions der Post, zur Gründung der GEBLOG. Die einfache Gesellschaft mit rund 30 Spitalern aus 12 Kantonen ist erfolgreich in der Beschaffung von Medizinprodukten und auch in der Logistik tätig. Der VZK konnte diverse, für die Mitglieder und weitere Kreise günstige Verträge mit Zulieferern abschliessen. Als ein Paradestück sei der Vollservicevertrag mit der Schindler Aufzüge AG erwähnt, welcher über 400 Liftanlagen von Spitalern und Pflegeheimen umfasst.

1991 hat sich der VZK ökologischer Themen angenommen und ein Projekt zur Entsorgung von Spitalabfällen initiiert. Daraus entstand ein Handbuch mit Anleitungen für die Betriebe, welches 2003 neu gestaltet wurde. In diesem Jahr fand auch der Zusammenschluss mit H+ statt. Erfolgreich konnte beim Bund dafür interveniert werden, dass die Sonderabfälle zurückhaltend klassifiziert und damit Entsorgungskosten gespart wurden.

Immer wieder wurden Fortbildungszyklen für Verwaltungsräte und Spitalleitungen, Behördenmitglieder und Fachpersonen aus Spitalern und Pflegeheimen durchgeführt, darunter die jährliche VZK-Tagung Gesundheitsversorgung und jüngst die Vorbereitungsseminare zur SwissDRG-Einführung einschliesslich eines Informationsvideos sowie zwei Exkursionen in die Universitätskliniken Giessen und Heidelberg. Zudem wurde ein Vademecum mit den wichtigsten Aspekten der Gesundheitsorganisation im Spital-, Pflegeheim- und Spitexbereich herausgegeben.

Abschliessend sei erwähnt, dass wir den Blick nicht nur über die Kantonsgrenzen, sondern auch immer über die Landesgrenzen hinaus richteten. An den Kongressen der Europäischen Vereinigung der Krankenhausedirektoren oder des WHO-Netzwerks Gesundheitsfördernder Spitäler etwa wurden manche Impulse aufgenommen und wertvolle Kontakte geknüpft.

Vorstand, Geschäftsstelle und die Mitglieder verstehen es als ihre Aufgabe, die Entwicklungen im Gesundheitswesen frühzeitig zu erkennen und mit kreativen Lösungen zu gestalten. ■

GRUNDVERSORGUNG UNTER ÖKONOMISCHEM DRUCK

Die Essenz

Das Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetz (SPFG) bildet die Grundlage für die bedarfsgerechte Planung der stationären Spitalversorgung im Kanton Zürich. Der Versorgungsbericht der Gesundheitsdirektion zeigt, dass der Bedarf – Prognosehorizont 2020 – weiter steigt. Treiber sind Bevölkerungszunahme, demografische Entwicklung und medizinischer Fortschritt. Die Kosten werden also steigen, selbst bei mehr Wettbewerb unter den Leistungserbringern und grossem Preisdruck. Mit den aktuell zu knapp bemessenen Preisen für Leistungen in der Grundversicherung wird die medizinische Versorgung zu einem finanziellen Risiko für die Spitäler. Auf die Länge ist es umstritten und fragwürdig, dass sich diese allein über Erträge aus Leistungen für Zusatzversicherte refinanzieren muss.

Die Kosten im Gesundheitswesen steigen nicht wegen zu hoher Preise, sondern wegen der wachsenden Nachfrage nach Leistungen. Der Druck auf die Preise birgt die Gefahr in sich, dass die Abdeckung des Bedarfs in der Grundversicherung letztlich am Kanton hängen bleibt, weil die finanzielle Last für die einzelnen Spitalträger zu gross wird.

Angesichts stetig steigender Kosten im Gesundheitswesen revidierte der Bund das Krankenversicherungsgesetz und nahm die Kantone in die Pflicht, ihre stationäre Spitalversorgung bedarfsgerecht zu planen. Der Kanton Zürich erliess deshalb ein Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetz (SPFG) und legte im Jahr 2012 erstmals eine Spitalliste nach neuer Rechtsgrundlage auf. Seither erteilt er Leistungsaufträge nach einem System, welches er «Rollende Spitalplanung» nennt und berücksichtigt diejenigen Spitäler, die für die Gesundheitsversorgung der Zürcher Bevölkerung erforderlich sind und mit denen er seine Planungsziele bestmöglich erreicht. In angemessenen Abständen will er seine Spitalliste überarbeiten, wobei er zwischen halbjährlichen Aktualisierungen bestehender Leistungsaufträge und längerfristig angelegten Neuauflagen mit Neuvergaben unterscheidet.

STARKES WACHSTUM DER NACHFRAGE NACH GESUNDHEITSDIENSTLEISTUNGEN

Im Dezember 2009 veröffentlichte die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich ihren Versorgungsbericht, bildete die Nachfrageentwicklung ab und prognostizierte den Leistungsbedarf bis ins Jahr 2020. Sie sagte eine Zunahme der stationären Behandlungen um neun Prozent voraus.

Drei wesentliche Faktoren werden dazu beitragen:

- die Bevölkerungszunahme,
- die demografische Entwicklung bzw. die zunehmende Alterung der Bevölkerung und
- die medizintechnische Entwicklung.

Eine anteilmässige Substitution, die wegen der Verlagerung in den ambulanten Bereich erwartet wird, ist eingerechnet.

Die Entwicklung der letzten fünf Jahre hat gezeigt, dass die damaligen Prognosen stimmig sind. Neue Analysen werden deshalb erst auf das Auslaufen der Planungsperiode in Aussicht genommen. Es ist allerdings schon heute absehbar, dass der Bedarf weiterhin steigt. Denn allein die Schätzungen des Bundesamtes für Statistik zur Bevölkerung, insbesondere zum Anteil der über 65-Jährigen, deuten darauf hin, dass die Nachfrage weiter zunehmen wird, dass das Angebot zwangsläufig grösser werden muss und die Kosten deshalb nicht sinken können. In 25 Jahren, im Zeitpunkt des 100-jährigen Jubiläums des Verbands Zürcher Krankenhäuser, wird die Schweiz mutmasslich 8,9 Millionen Einwohnende zählen, das sind 750 000 mehr als heute. Der Anteil der 65- bis 79-Jährigen soll bis dann von 13 auf 17 Prozent und derjenige der 80-Jährigen und Älteren von 5 auf 10 Prozent wachsen. Diese signifikante Veränderung der Bevölkerungsstruktur wird sowohl die quantitativen als auch die qualitativen Anforderungen an das Gesundheitswesen beeinflussen. Es werden nicht nur viel mehr, sondern eben auch schwerere Fälle zu bewältigen sein, weil bei betagten Patientinnen und Patienten neben einer hohen Morbidität zusätzlich eine verminderte Belastbarkeit sowie die eine oder andere Begleiterkrankung zu erwarten sind.

MEHR WETTBEWERB

Es wird anspruchsvoll sein, auch in Zukunft eine flächendeckende medizinische Grundversorgung von hoher Qualität zu gewährleisten. Die öffentlichen und privaten Akutspitäler, die Rehabi-

**Andreas Mühlemann**

Spitaldirektor

Spital Uster

litationskliniken, die psychiatrischen Kliniken sowie die Pflegeheime im Kanton Zürich richten sich jedenfalls auf die immer grössere Nachfrage ein; und dies in freierem Markt. Ziel der Legislative war, mit Gesetzesrevisionen beziehungsweise mit der Einführung einer neuen Spitalfinanzierung den Wettbewerb im Gesundheitswesen zu stärken und damit den Anstieg der Gesundheitskosten zu dämpfen. Liberalere Rahmenbedingungen fallen also auf den Boden des Wachstums und erzeugen Konkurrenz in Qualität und Preis.

Die bedarfsgerechte Spitalplanung mit Bewerbungsverfahren und Leistungsvergaben hat dazu beigetragen, von der Sicht auf Kapazitäten und Betten abzuweichen. Im Fokus der medizinischen Versorgung steht heute vermehrt die Frage, welche Leistungen werden in welcher Menge wie gut und preiswert erbracht. In diesem marktwirtschaftlicheren Umfeld werden sich die Akteure des Gesundheitswesens neu positionieren. Wenngleich sich ihre Ausgangslage und die Wettbewerbssituation nicht offen oder völlig anders präsentiert. Einige Wettbewerbsparameter bleiben reguliert, sind von struktureller Ausprägung, insbesondere die Marktzutrittschranken, und werden sich nicht fundamental ändern. Aber die Wettbewerbsintensität wird zweifellos zunehmen und das grundlegende Ziel, die effiziente Ressourcenallokation, wird bei steigenden Kosten prononciert.

Können die Spitäler die geforderten Leistungen langfristig erbringen? In welchen Disziplinen wollen sie tätig sein und wie erweitern sie ihr Angebot? Sind sie bereit zu investieren und vermögen sie sich eigenständig und nachhaltig zu finanzieren? Wie sehen sie ihre Zweckbestimmung, wie stellen sie sich auf die neuen Rahmenbedingungen ein und wem fühlen sie sich verantwortlich? Wie verhalten sich die Spitäler in einem Markt, in dem der Kosten- und Wettbewerbsdruck steigt? Das sind im Hinblick auf die sich abzeichnende Entwicklung der nächsten Jahrzehnte entscheidende Fragen.

Die Wettbewerbsintensität zwischen den Spitalern war in der Vergangenheit nicht besonders gross. Die neue leistungsorientierte Spitalplanung- und -finanzierung mit ihren veränderten Parametern führt nun aber zu erhöhter Konkurrenz. Obwohl im Gesundheitswesen nach wie vor eine hohe Regelungsdichte besteht, ist der unternehmerische Gestaltungsspielraum der Spitäler grösser geworden. Wie gehen sie damit um, wie nutzen sie ihre grössere Autonomie und wie wirkt sich dies insbesondere auf die stationäre Grundversorgung aus?

UNTERSCHIEDLICHE MARKTBEDINGUNGEN UND FINANZIELLE RISIKEN

Bei einer solchen Betrachtung gilt es, verschiedene Blickwinkel zu wahren und auf die unterschiedlich stark regulierten Teilmärkte einzugehen. Im Grundversichertenbereich sind die Listenspitäler mit ihren Leistungsaufträgen in der Pflicht; mindestens in qualitativer Sicht. Quantitative Vorgaben halten sich – mit Ausnahme vorgegebener Mindestfallzahlen in der (hoch-) spezialisierten Medizin – in Grenzen. Die Kapazität und Ressourcenallokation eines Spitals bestimmt, wie viele Behandlungen welcher Art geboten sind. Wobei diejenigen Spitäler, die eine allgemein zugängliche Notfallstation rund um die Uhr führen, ein breites Angebot vorhalten müssen, damit eine umfassende Differenzialdiagnose und bei Bedarf auch eine Erstbehandlung gewährleistet





Röntgen

Die Röntgentechnik war lange das A und O der bildgebenden Diagnoseverfahren. Sie war nicht ungefährlich und verlangte viel Geschick bei der Patientenlagerung. (Bild: USZ)

MRI

Der VZK hat sich dafür stark gemacht, dass die moderne Magnetresonanztchnik nach der Einführung in hochspezialisierten und spezialisierten Spitälern auch in der Grundversorgung des Kantons Zürich hat Einzug halten können. (Bild: USZ, Hansjörg Egger)

ist. Sollte die mittel- bis langfristige Nachfrage die Bettenkapazitäten übersteigen, dann hätte der planende Kanton und nicht das einzelne Spital einen zwingenden Handlungsbedarf. Das könnte insofern zum Problem werden, weil die Preise mit staatlichem und starrem Berechnungsmodell zu fest gedrückt sind. So lange das so bleibt, so lange nicht alle Kosten als anrechenbar gelten und so lange die mit den Krankenversicherern ausgehandelten oder hoheitlich festgesetzten Tarife für Allgemeinversicherte höchstens das 40-ste Perzentil im Benchmark abbilden, tragen die Spitalträgerschaften ein finanzielles Risiko. Umso mehr als jede Effizienzsteigerung mittelbar auf den Preis drückt. Unter solchen Umständen dürften nicht viele Institutionen an Mehrleistungen interessiert sein. Es sei denn, sie schöpfen aus anderen Quellen oder werden anderweitig gestützt.

WEITERHIN QUERSUBVENTIONIERUNG DURCH ZUSATZVERSICHERTE?

Sind die Tarife für Behandlungen zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu tief und decken deshalb die Kosten nur rudimentär, werden im Bereich des Versicherungsvertragsgesetzes die Leistungen noch sehr gut bezahlt. Das hat sich mit der Gesetzesrevision nicht geändert. Die erwartete Prämiensenkung für halbprivat und privat Versicherte ist ausgeblieben, obwohl die Versicherungen vom Systemwechsel profitiert haben. Und auch die Spitäler senken ihre Preise nur zögerlich oder gar nicht, weil sie auf Überschüsse angewiesen sind. Wie anders sollte sich ein Unternehmen refinanzieren können, wie soll es seine Investitionen tätigen oder gar gewinnträchtig sein? Es sind die Gutzahlenden, die den Spitälern Perspektiven geben. So gesehen liesse es sich begründen, wenn sich einzelne Spitäler mehr dem lukrativeren Marktsegment widmeten und sich damit vornehmlich erwerbswirtschaftlich orientiert zeigten. Und unter solchen Umständen verwundert es nicht, wenn konkurrierende Wettbewerbsteilnehmende ihre Struktur- und Servicequalität aufrüsten. Würden sich die Teilmärkte ausgewogen präsentieren, dann wären solche Bemühungen um Wettbewerbsvorteile zum Nutzen aller. Im heute verzerrten Bild können sie aber (zu) einseitig, mindestens kostentreibend sein und zum Nachteil des ganzen Systems gereichen.



AUSBLICK

Sind die finanziellen Ergebnisse der Spitäler heute also weitgehend vom Ertrag und vor allem vom Anteil der halbprivat und privat versicherten Patientinnen und Patienten abhängig, könnten künftig andere Parameter an Gewicht zulegen. Insbesondere werden die Aufwände im Gesundheitswesen allein der grösseren Nachfrage wegen noch mehr zu denken und zu reden geben. Das politische Auge wird ungebrochen auf den steigenden Kosten ruhen und weniger auf die Unternehmenserfolge der Spitäler gerichtet sein. Betriebsvergleiche und Benchmarking schaffen Transparenz und gehören zum Instrumentarium einer jeglichen Steuerung, auch im teilregulierten Markt. Ihre Wirkung ist aber beschränkt. Immerhin dürften die Unterschiede zwischen den Spitälern kleiner werden. Das grundsätzliche Problem, das Kostenniveau als Ganzes, gründet allerdings nicht in den einzelnen Differenzen, sondern in der generellen Diskrepanz zwischen den Ansprüchen an das System mit seiner hohen Qualität sowie dem Willen oder dem Vermögen einer Volkswirtschaft, die Kosten dafür zu tragen.

Qualität und Preise werden also zwangsläufig in Diskussion bleiben. Welche Massnahmen zur Verbesserung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses zielführend sind, wird sich weisen. Die einen sind davon überzeugt, dass der Leistungskatalog gestrafft werden muss, die anderen versprechen sich mit der Fragmentierung der Anbieterleistungen beziehungsweise mit Spezialisierungen eine Optimierung der Prozesse und dritte wiederum hoffen auf horizontale oder vertikale Vernetzungen und Integration. Alle Bemühungen zur Kostendämmung werden ungenügend bleiben und der Gesundheitssektor wird gleichwohl wachsen. Weil die Bevölkerungsentwicklung der grösste Treiber der Kostensteigerung ist. Die medizinische Grundversorgung steht je länger je mehr unter ökonomischem Druck. ■

HOCHSPEZIALISIERTE MEDIZIN ZWISCHEN ANSPRUCH UND MACHBARKEIT

Die Essenz

Hochspezialisierte Medizin ist ein schillernder Begriff mit vielen Facetten. Zur politischen Steuerung des Leistungsangebots im Rahmen der Bündelung des fraktionierten Wissens und der Erfahrung bestimmt der Staat das Angebot mittels der IVHSM. Dies verbunden mit dem Ziel, Effektivität und Effizienz zu garantieren. «Hochspezialisiert» heisst aber auch, die Therapie individuell auf die genetischen Voraussetzungen jedes einzelnen Patienten auszurichten: Die personalisierte Medizin ist die Medizin der Zukunft. In diesem Spannungsfeld stossen verschiedene Ansätze aufeinander, die in der aktuellen Diskussion ungenügend auseinandergehalten werden. In der Debatte um Kosten, Effizienz, Qualität und Ethik muss die Medizin für die Patientinnen und Patienten im Mittelpunkt stehen.

Mit der Interkantonalen Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM) wird eine medizinische Angebotsplanung zum ersten Mal in der Schweiz an zentraler Stelle vorgenommen, allerdings verbleibt die Hoheit bei den Kantonen. Diese kamen damit der im Krankenversicherungsgesetz (KVG) festgeschriebenen Aufforderung nach, im Bereich der hochspezialisierten Medizin (HSM) gemeinsam eine gesamtschweizerische Planung zu beschliessen. Die festgelegte Koordination und Konzentration der HSM geschieht «im Interesse einer bedarfsberechtigten, qualitativ hochstehenden und wirtschaftlich erbrachten medizinischen Versorgung», wie es in der IVHSM heisst¹. Die HSM umfasst konkret Bereiche und Leistungen, die selten sind, ein hohes Innovationspotenzial haben, einen hohen technischen oder personellen Aufwand benötigen oder durch komplexe Behandlungsverfahren gekennzeichnet sind.

Befördert wurde die interkantonale Vereinbarung durch den ebenfalls im KVG in Aussicht gestellten Eingriff des Bundes, der gemäss Gesetz festlegen würde, «welche Spitäler für welche Leistungen auf den kantonalen Spitallisten aufzuführen sind»², sollten sich die Kantone nicht einigen können. Dass dieser Hinweis auf Einmischung keine leere Drohung ist, bewies der Bund mit seinem Eingreifen in den Regelungen zur Besserstellung der Hausarztmedizin.

Es ist weder effizient noch zweckmässig, wenn Spitzenmedizin von zu vielen Leistungserbringern in allen Kantonen angeboten wird. Darum zeigt das interkantonale Beschlussorgan den Willen, die in der Vereinbarung vorgegebene Konzentration der HSM-Leistungen voranzutreiben. Dabei stösst es allerdings immer wieder auf den Widerstand derjenigen Leistungserbringer, die sich übergangen fühlen und die Entscheide beim Bundesverwaltungsgericht anfechten.

Auch jenseits der durch die Beschlüsse direkt betroffenen Leistungserbringer regt sich Unmut. So ist aus der Politik regelmässig die Kritik zu hören, dem Beschlussorgan fehle eine nachvollziehbare Systematik, nach welcher es seine Planungen ausrichtet. Die Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) lässt ihre Beschlüsse durch ein medizinisch beschlagenes Fachorgan vorbereiten. Gleichwohl spielen politische Überlegungen bei den Entscheidungen der GDK eine grosse Rolle. Statt um die beste medizinische Versorgung auf dem Gebiet der HSM geht es denn auch oft um den demokratischen Ausgleich in einem föderalen System. Viel wäre bereits gewonnen, wenn politische Überlegungen bei der Zuteilung von Leistungen offengelegt würden.

Darüber hinaus sollte das HS, die hohe Spezialisierung, in IVHSM wieder ernster genommen werden. Der Trend in der Auswahl der medizinischen Leistungen durch die zuständigen Gremien entfernt sich zunehmend von der hochspezialisierten Medizin. So wird die Zuteilung nicht mehr zu einer Konzentration seltener Leistungen, sondern zu einer interkantonalen Leistungsplanung auf viel breiterer Basis als ursprünglich intendiert. Es ist deshalb an der Zeit, sich wieder auf den Grundauftrag zu besinnen und die medizinischen Leistungen, die über das Beschlussorgan konzentriert werden sollen, auf solche der Spitzenmedizin zu beschränken. Die Diskussion

¹ Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK): Interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM). Bern 2008. Art. 1.

² KVG Art. 39, Abs. 2bis

**Rita Ziegler**

lic. oec. HSG

Vorsitzende der Spitaldirektion

UniversitätsSpital Zürich

um die Definition der Spitzenmedizin muss weitergeführt werden. Vermehrt geöffnet werden soll der Blick dabei auf die in naher Zukunft zu bewältigenden Herausforderungen der medizinischen Entwicklung.

PERSONALISIERTE MEDIZIN IST DIE ZUKUNFT

Die universitäre Medizin, wie sie an Schweizer Universitätsspitalern und in den medizinischen Fakultäten von Universitäten betrieben wird, deckt sich nur teilweise mit dem HSM-Konzept der interkantonalen Vereinbarung. Während sich die IVHSM auf die Leistungen der sogenannten Spitzenmedizin beschränkt, geht die universitäre Medizin darüber hinaus und umfasst die Forschung auf allen Stufen, die Lehre und die klinische Versorgung. Sie orientiert sich nicht an den Kriterien der IVHSM, sondern stets an den Krankheitsmechanismen. Dadurch konzentriert sie sich nicht auf wenige schwierige Fälle allein, sondern schliesst die häufigeren Krankheiten explizit mit ein.

Es ist deshalb unabdingbar, dass universitäre Spitäler auch im Bereich der Grundversorgung tätig sind. Forschung kann sich nicht an Seltenheit orientieren. Im Gegenteil: In den Labors, den Hörsälen und der Klinik wird nicht zuletzt an der Nutzbarmachung der Erkenntnisse aus der Grundlagenforschung für die Behandlung der Patientinnen und Patienten gearbeitet und dies zunehmend auch im Bereich der Prävention/Vorsorge. Der greifbare Ausdruck dieses Willens zur Gestaltung der Zukunft der Medizin findet sich in den Planungen zu Berthold – dem Zürcher Zentrum für universitäre Medizin, das die Gesamterneuerung der medizinischen Infrastruktur im Hochschulgebiet in Zürich umfasst, darunter den Neubau des Universitätsspitals.

Eine der Säulen der Medizin der Zukunft, an der intensiv geforscht wird, ist die personalisierte oder auch individualisierte Medizin. Wie die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) schreibt, ermöglicht die personalisierte Medizin «völlig neue Perspektiven für das Verständnis von Krankheitsentstehungen und Krankheitsverlauf, aber auch neue Ansatzpunkte zur Entwicklung von Wirkstoffen». ³ Wir sprechen also nicht mehr allein von Leistungserbringung, sondern von Anamnese, Diagnostik und der Arbeit an künftigen Medikamenten für den therapeutischen Einsatz. Der Link zur Grundlagenforschung und zur Übersetzung der Forschungsergebnisse in den klinischen Alltag und auch wieder zurück ist hier von besonderer Bedeutung.

Erste Ergebnisse dieser Forschungsarbeiten finden heute bereits Anwendung in den universitären Spitalern, so auch in Zürich. Prädiktion, Diagnostik und Therapie profitieren in hohem Masse von den gewonnenen Erkenntnissen. Bei Chorea Huntington, einer erblichen Erkrankung des Gehirns, ist die genombasierte Prädiktion beispielsweise schon heute Teil des medizinischen Versorgungssystems. Es ist möglich, bereits vor dem Auftreten von Symptomen festzustellen, ob Menschen aus einer gefährdeten Familie einen spezifischen, zur Erkrankung führenden Gendefekt haben oder nicht. Und in der Onkologie ist die Möglichkeit, verschiedene Krebsarten dank



³ Positionspapier der SAMW: Potenzial und Grenzen von «Individualisierter Medizin». Basel, 2012. S. 5



OPS früher

Die Operationstechnik um die Mitte des 20. Jahrhunderts war geprägt durch hohen Personaleinsatz ...

(Bild: USZ)

Da Vinci

... während heute bei gewissen Indikationen der Kollege Roboter die Skalpelle führt.

(Bild: Klinik Hirslanden, Hansjörg Egger)

ihres «genetischen Fingerabdruckes» zu diagnostizieren und damit die Therapie individueller zu steuern, beinahe schon Alltag.

MODERNE SPITZENMEDIZIN BRINGT NEUE FRAGEN MIT SICH

Diese Beispiele werfen ein Schlaglicht auf die neuen Herausforderungen, die mit der personalisierten Medizin auf das Gesundheitswesen im Speziellen und die Gesellschaft im Allgemeinen zukommen. Plötzlich werden Fragen virulent, wie diejenige nach der Transparenz, die mit der personalisierten Medizin einhergehen muss – oder eben nicht. Hat der Patient ein Recht auf Nichtwissen? Oder fühlt sich der Arzt verpflichtet, ihn auf das Risiko, an Chorea Huntington zu erkranken, hinzuweisen? Und falls ja: Wie vermittelt er dem Betroffenen, dass die genom-basierte Prädiktion immer nur eine Wahrscheinlichkeit, nie aber eine Gewissheit aufzeigt?

Auch jenseits der personalisierten Medizin stellen sich neue Fragen, die mit dem wachsenden Wissen in der Medizin und der steigenden Qualität der Versorgung einhergehen. Denn wenn sich Wissen akkumuliert und die Versorgungsgüte neue Höhen erreicht, dann bleibt das nicht ohne Auswirkungen auf die Kosten. Im Myozyme-Urteil des Bundesgerichts von 2010 haben sich die Folgen dieser Entwicklung mit einem in der Gesellschaft gut vernehmbaren Donnerschlag manifestiert, der die Mitspieler im Gesundheitswesen und der Politik aufgeschreckt hat. Damals wurde einer Patientin, die an der seltenen Erbkrankheit Morbus Pompe leidet, untersagt, das jährlich 600 000 Franken teure Medikament Myozyme auf Kosten ihrer Krankenkasse zu beziehen, weil Nutzen und Kosten der Therapie in keinem vertretbaren Verhältnis stünden.

Die Grundsatzfrage, wie viel die solidarisch haftende Gesellschaft ein gerettetes Lebensjahr einer einzelnen Person kosten darf, wurde – sehr vereinfacht dargestellt – vom Gericht mit 100 000 Franken beantwortet. Es liege kein hoher therapeutischer Nutzen vor, die Myozyme-Behandlung müsse als unwirtschaftlich gelten. Dabei erwähnt das Gericht explizit den Gedanken, dass die «Mittel, die für eine bestimmte Aufgabe verwendet werden, für andere ebenfalls



erwünschte Aufgaben nicht mehr zur Verfügung (stehen)»⁴. Auch in jüngster Zeit hält diese Diskussion um die Verteilung der knappen Mittel an. Bei diesen Überlegungen geht allerdings vergessen, dass mit neuen Behandlungsverfahren und Strategien langfristig auch Kosten gesenkt werden können und sie bei Erfolg für breitere Kreise der Bevölkerung zugänglich sein werden.

VZK AKTIV IM WANDEL

Für die Spitäler stehen die Bemühungen um Konzentration im Rahmen der IVHSM und die Neuordnung des Wissens basierend auf der Forschung oft in Kontrast zu dem vom KVG implizit geforderten Wettbewerb, weil der Positionierung im Markt und der damit verbundenen Profilierung Grenzen gesetzt werden. Während die Konzentration der IVHSM auf die Planung des konkreten Angebots und die Voraussetzungen dazu zielt, liegt in der Neuordnung des Wissens eine Kraft, die stärker sein wird als jede Planung.

Der VZK hat in seiner Geschichte bewiesen, dass er den medizinischen Wandel im Kanton Zürich mitgestaltet. Der Schritt in der Gestaltung zur übergeordneten nationalen Planung stellt den Verband vor neue Herausforderungen für die Zukunft. Im Jahre des Jubiläums ist der VZK besonders gefordert, auf nationaler Ebene seinen Mitgliedern eine starke Stimme zu geben. Ein starkes universitäres Zentrum und hochqualifizierte Regionalspitäler haben zum Erfolg der Gesundheitsversorgung im Kanton Zürich beigetragen. Diese Ausgewogenheit gilt es, mit den neuen Herausforderungen zu verbinden, um die Zürcher Bevölkerung weiterhin mit einer hochstehenden, neuen Entwicklungen zugewandten Medizin versorgen zu können. ■

⁴ BGE 9C_334/2010 E 7.5.

QUALITÄT IM GESUNDHEITSWESEN

Die Essenz

Qualität wird abhängig von Bedürfnis und Perspektive unterschiedlich wahrgenommen. Regulatorische und innerbetriebliche Ansätze der Beschreibung von Qualität haben sich parallel entwickelt. Erstere sind getrieben durch die Finanziierer und Aufsichtsbehörden – was teilweise auf dasselbe hinausläuft, Letztere durch den Zwang zur Differenzierung im zunehmenden Wettbewerb. Diese Parallelität hat zu einer unübersichtlichen Situation geführt. Es muss eine klare Trennung geben.

Der Regulator soll sich auf die Gestaltung der Rahmenbedingungen konzentrieren und den Leistungserbringern die Messung und das Benchmarking überlassen. Ein neuartiges Qualitätsbewertungssystem könnte dies leisten. Nach bestimmten Kategorien geordnete Musskriterien definieren die regulatorisch geforderte Qualität, während sich die Leistungserbringer mittels Erfüllung weiterer Kriterien im Markt differenzieren.

QUALITÄT ALS HERAUSFORDERUNG

Qualität – ein Begriff, der wohl wie kein anderer so unterschiedlich verstanden und deshalb sehr kontrovers diskutiert wird. Es gibt verschiedene Interpretationen wie etwa die bestmögliche Befriedigung des Patientenwunsches, die Erreichung von Behandlungserfolgen gemäss gängiger Lehre und Forschung, möglichst kleine Komplikationsraten, eine professionelle Leistungserbringung aus betriebswirtschaftlicher Sicht, ein fürsorglicher Umgang mit Patienten. Auffällig ist die Vielzahl von verschiedenen Anspruchsgruppen, welche die Erfüllung ihrer individuellen Anforderungen wünschen. Es sind dies Patienten und Patientenorganisationen, Berufs- und Fachorganisationen (zum Beispiel Ärzte- und Pflegeverbände), Organisationen von Leistungserbringern, Kranken- und Unfallversicherer, kantonale und nationale Behörden, Interessenverbände und weitere. All diese Gruppen definieren ihre Qualitätsanforderungen sehr unterschiedlich. Dieser Interessenkonflikt begleitet das Gesundheitswesen seit Jahren. Dies hat dazu geführt, dass der Regulator auf nationale Ebene verstärkt in den Gesundheitsmarkt eingreift, dies zum Missfallen der übrigen Akteure.

Es stellt sich nun die Frage, ob es eine Möglichkeit gibt, im Einvernehmen aller Interessengruppen ein Qualitätsniveau zu definieren, Qualitätstransparenz aufzubauen und durchführbare Massnahmen festzulegen.

QUALITÄTSMANAGEMENT IM SCHWEIZER GESUNDHEITSWESEN

Die Entwicklung des Qualitätsmanagements muss wohl von zwei Standpunkten aus gesehen werden: Es gibt eine innerbetriebliche Sicht des Leistungserbringers mit Fokus auf die Qualität der Leistungserbringung gegenüber den Patienten inklusive aller beteiligten Prozesse und es gibt eine externe, regulatorische Sicht mit Fokus auf die Sicherstellung der Qualität für die ganze Bevölkerung.

Regulatorische Ansätze

1998 initiierte die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich (GD) das innovative Projekt «LORAS» (Leistungsorientierte Ressourcenallokation im Spitalbereich). Durch die enge Zusammenarbeit zwischen der GD und dem Verband Zürcher Krankenhäuser (VZK) mit seinen Mitgliedspitalern konnten verschiedene Indikatortypen entwickelt werden, von ablauforganisatorischen über ergebnisorientierten bis hin zur Patientenzufriedenheit. Der in der Folge gegründete Verein Outcome hatte zum Zweck, die im Rahmen von LORAS entwickelten Ergebnismessungen zusammen mit den Zürcher A-Listenspitälern durchzuführen und die Messungen weiterzuentwickeln. Der Verein war paritätisch zusammengesetzt mit Vertretern der GD, der Versicherer (santésuisse) und dem VZK. Die Messergebnisse wurden in Benchmarking-Veranstaltungen präsentiert und über die Jahre auch schrittweise transparent gemacht sowie öffentlich publiziert, erstmals durch den VZK. Finanziert wurden die Messungen von Versicherern und GD. Mit der KVG-Revision und neuen Spitalfinanzierung wurde dem Verein Outcome die Finanzierungsgrundlage entzogen, weshalb er 2012 mit der noch jungen hcri gmbh fusionierte, welche anschliessend in eine Aktiengesellschaft umgewandelt wurde. Die hcri AG führt seither die Messungen weiter, welche teilweise auch im Rahmen der kantonalen Leistungsaufträge bis 2016 vorgeschrieben sind.

**Ralph Baumgartner**

MBA, dipl. Ing. FH

Unternehmensentwicklung

Privatklinikgruppe Hirslanden, Zürich

Die GD verfolgt neben den Outcomemessungen noch weitere Qualitätsanstrengungen. So wurde in enger Zusammenarbeit mit dem VZK ein Qualitätsprogramm aufgebaut, das aus vier Projekten besteht: Definition einer kantonalen Qualitätsstrategie, systematische Peer Reviews, Lernen aus kritischen Ereignissen in der Medizin sowie Informationsübermittlung in der Behandlungskette.

Mit Gründung des Vereins für Qualitätsentwicklung ANQ (Association nationale pour le développement de la qualité dans les hopitaux et les cliniques) entstand eine Organisation für die Durchführung und Koordination von Massnahmen in der Qualitätsentwicklung auf nationaler Ebene. Kernaufgabe ist die einheitliche Umsetzung von Ergebnisqualitätsmessungen in Spitälern und Kliniken mit dem Ziel, die Qualität zu dokumentieren, weiterzuentwickeln und zu verbessern. Analog zum Verein Outcome ist der ANQ paritätisch aus Leistungserbringern, Versicherern und Regulatoren zusammengesetzt. Die Zürcher Listenspitäler sind verpflichtet, die ANQ-Messungen gemäss Leistungsvereinbarungen mit der GD durchzuführen. Die finanzielle Abgeltung ist in den Tarifen enthalten. Für die Leistungen des ANQ wird eine jährliche Gebühr erhoben.

Eine weitere Massnahme auf Bundesebene besteht in der eHealth-Strategie. Sie bezweckt, die digitalen Technologien gezielt zu fördern und zu nutzen, um die Qualität der Behandlungsprozesse, die Patientensicherheit und die Effizienz im Gesundheitswesen zu steigern. Ein Grossprojekt besteht darin, ein elektronisches Patientendossier einzuführen, welches den jeweiligen Leistungserbringern mit einer Zugriffserlaubnis des Patienten zur Verfügung steht.

2009 definierte der Bund eine Qualitätsstrategie mit dem Ziel einer hohen Qualität in der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung zu angemessenen und für die ganze Bevölkerung tragbaren Kosten. Dabei strebt er eine führende Rolle in der Qualitätssicherung an. Dazu soll ein Zentrum für Qualität in der obligatorischen Krankenversicherung in Form einer öffentlich-rechtlichen Anstalt aufgebaut werden. Neben der Analyse von Spitalstatistiken, der Erarbeitung von Grundlagenpapieren und Qualitätsprogrammen sowie der Bewertung von medizinischen Verfahren und Technologien (Health Technology Assessment, HTA) soll das Zentrum auch nationale Messprogramme zur Qualität durchführen. Die Kosten sollen weitgehend vom Prämienzahler getragen werden.

Innerbetriebliche Qualitätsanstrengungen

Die innerbetriebliche Entwicklung der Zürcher Spitäler hat in den letzten 10 Jahren massiv an Fahrt aufgenommen. Die Leistungserbringer müssen sich im härter werdenden Konkurrenzkampf klar positionieren. Vielerorts wurden deshalb Qualitätsmanagementsysteme implementiert, die in der Industrie längst Standard sind. Einige Spitäler orientieren sich an der ISO 9000-Norm, die wiederum als Grundlage für die Spitalentwicklung in Richtung Total Quality Management dient, bei welchem das Modell EFQM verbreitet ist. Weitere nationale Qualitätslabels wie zum Beispiel sanaCert konnten Fuss fassen. Aber auch internationale Labels wie dasjenige der «Joint Com-

Unter Qualität im Gesundheitswesen versteht man gemeinhin eine ausreichende sowie patienten- und bedarfsgerechte, an der Lebensqualität orientierte, fachlich qualifizierte, aber auch wirtschaftliche medizinische Versorgung. Dies mit dem Ziel, die Wahrscheinlichkeit erwünschter Behandlungsergebnisse bei Individuen und in der Gesamtbevölkerung zu erhöhen.





Rollstuhl

Eine schwere Arthrose minderte die Lebensqualität vor noch nicht allzu langer Zeit massiv. Mobilität ermöglichte oft nur noch der Rollstuhl.

(Bild: Meyra)

Künstliche Hüftgelenke

Die Möglichkeiten der orthopädischen Chirurgie erlauben es heute vielen Menschen, auch im hohen Alter noch mobil und selbstständig zu bleiben.

(Bild: © Fotolia)

mission on Accreditation of Healthcare Organizations» werden angewendet. Daneben findet sich eine Vielzahl von verschiedenen fachspezifischen Akkreditierungen und Zertifizierungen. Zu erwähnen ist dabei unter anderem OnkoZert als Zertifizierungssystem von Organkrebszentren und onkologischen Zentren mit einer ganzheitlichen und in allen Phasen der Erkrankung optimalen Betreuung. Aber auch die medizinischen Fachgesellschaften wie zum Beispiel AQC (Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie) erstellen Statistiken über Fälle und Eingriffe zur Sicherstellung der Behandlungsqualität.

Die neue branchenspezifische Norm DIN EN 15224 für das Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen wurde 2012 lanciert und soll den europaweiten Durchblick durch den bisherigen Güte- und Qualitätssiegeldschuengel im Gesundheitswesen bieten. Sie ist eine konsequente Weiterentwicklung der ISO 9001:2008. Für die Deckung der Kosten von innerbetrieblichen Qualitätssystemen sind die Leistungserbringer verantwortlich.

ZUKUNFT DES QUALITÄTSMANAGEMENTS IM SCHWEIZER GESUNDHEITSWESEN

Die Anzahl von Qualitätsaktivitäten im Schweizer Gesundheitswesen ist immens. Alle Interessengruppen lancieren Massnahmen aus ihrer spezifischen Sicht. Dies führt zu einem unkoordinierten Aktivismus mit Doppelspurigkeiten, Widersprüchen und hohen Kosten. Auch die Kommunikation von Messergebnissen ist problematisch. Vielfach benötigt die Interpretation umfassendes Fachverständnis oder Insiderwissen. Transparentes Benchmarking darf zudem nicht zu «Finger Pointing» führen. Dabei spielen insbesondere auch die Medien eine sehr wichtige Rolle, sind sie doch zentrale Beeinflusser der öffentlichen Meinung.

Eines der Hauptprobleme ist das Aufeinanderprallen der unternehmerischen Sicht der Leistungserbringer und der regulativen Sicht der Behörden. Letztere greifen mit ihren Auflagen bis in die Abläufe der Leistungserbringer ein, welche Aufgabe des internen Qualitätsmanagements sind. Aber auch paritätische Organisationen weisen Nachteile auf. Man einigt sich auf den jeweils kleinsten gemeinsamen Nenner, was zuweilen zu geradezu absurd anmutenden Lösungen führt. Dies führt zur Hypothese, dass es in einem teilregulierten Markt, wie es das schweizerische Gesundheitswesen bislang ist, auch nur eine Teilregulierung der Qualitätsanstrengungen geben



darf. Es muss eine klare Trennung zwischen übergeordneten, regulativen Qualitätsanstrengungen und internen Qualitätsanstrengungen geben. Der Regulator beschränkt sich dabei auf die Festlegung von Rahmenbedingungen und setzt Anreize für einen Qualitätswettbewerb. Die Koordination zwischen Bund und Kantonen muss hierfür aber optimal funktionieren. Der Leistungserbringer seinerseits erfüllt die regulativen Anforderungen und fokussiert seine Qualitätsanstrengungen der Unternehmensstrategie entsprechend auf gezielte Gebiete. Leitgedanke zu diesem Ansatz: «Freedom within a framework».

Um einen solchen Ansatz umsetzen zu können, müsste ein neuartiges Qualitätsbewertungssystem für Leistungserbringer (ambulant wie stationär) aufgebaut werden. In diesem System müssten nach Kategorien geordnet Kriterien definiert werden, welche die Leistungserbringer zu erfüllen haben, um eine geforderte Qualität sicherzustellen. Die Leistungserbringer wären zudem frei in der Erfüllung von weiteren Kriterien, die nicht verpflichtend sind, aber zur Gesamtbeurteilung der Qualität beitragen. Dem System läge eine Bewertungsskala zugrunde, die umfassend Auskunft über die Gesamtqualität des Leistungserbringers gibt. Die Leistungserbringer könnten so ihre Qualitätsanstrengungen gezielt in die von ihnen gewünschte Richtung lenken und sich so im Qualitätswettbewerb positionieren. Und der transparente Vergleich von Krankenhäusern wäre so einfach zu realisieren.

Es wäre sicherlich Aufgabe des Regulators, ein solches System aufzubauen und zusammen mit den Leistungserbringern vorhandene Qualitätsanstrengungen zu integrieren. Es kann aber nicht Aufgabe des Regulators sein, Qualitätsmessungen und entsprechende Benchmarkings durchzuführen.

Unser Gesundheitswesen und dessen Qualitätsanstrengungen sind sehr dezentral aufgestellt. Anstelle des Aufbaus von immer zusätzlichen Messungen und anderen Aktivitäten gilt es, die bestehenden Strukturen und Anstrengungen wo sinnvoll beizubehalten und diese mit einem geeigneten Instrument zu verbinden. Schlussendlich ist es Aufgabe der Leistungserbringer, sich im Qualitätsmarkt zu behaupten und entsprechende Massnahmen zu ergreifen, sollte das Qualitätsniveau nicht den Ansprüchen der Interessengruppen entsprechen. ■

AUSBILDUNGSMODELLE UND BERUFSBILDER IM GESUNDHEITSWESEN

Die Essenz

Das duale Berufsbildungssystem ist ein Erfolgsmodell mit Entwicklungspotenzial. Bis 2002 waren die Gesundheitsberufe, ausser den akademischen, nicht in die schweizerische Bildungslandschaft eingebettet. Dann wurden sie dem Berufsbildungsgesetz unterstellt und in die nationale Bildungssystematik integriert. Dabei entstanden auch völlig neue Berufe, wie zum Beispiel die Fachperson Gesundheit mit eidgenössischem Fähigkeitszeugnis. Die Möglichkeit, eine berufliche Grundbildung ohne Wartezeit, unmittelbar nach der obligatorischen Volksschule, zu absolvieren, ist eine Stärke des neuen Systems, forderte aber die Lehrbetriebe stark. Der VZK unterstützte sie dabei wirkungsvoll als Pionier einer ersten Organisation der Arbeitswelt Gesundheit im Kanton Zürich. Die Integration der beruflichen Grundbildung in die Arbeitswelt und die Verbindung mit den tertiären Bildungsgängen sind sehr erfolgreich umgesetzt.

Weitere Herausforderungen warten. Dazu gehört der aufgrund der demografischen Entwicklung und des medizinischen Fortschritts grössere Bedarf an Fachkräften mit praxisbezogenen Berufsprofilen. Leistungserbringer, Höhere Fachschulen und Fachhochschulen müssen sich rechtzeitig und mit Nachdruck dafür engagieren.

Aktuell ist es wieder hoch im Kurs, das duale Berufsbildungssystem der Schweiz. Es wird gelobt, sogar die US-Amerikaner wünschen sich berufspraktisch ausgebildete Fachkräfte wie in der Schweiz. So jedenfalls äusserte sich Jill Biden, Bildungsexpertin und Ehefrau des US-Vizepräsidenten, an einem Kongress in Winterthur. Und anscheinend war dies nur der Anfang. Wie im Umfeld des Staatsbesuches von Bundesrat Schneider-Amman zu hören war, möchten die Amerikaner mit der Schweiz gar ein Abkommen in Sachen Berufsbildung abschliessen.

Es ist also anzunehmen, dass wir bei der Berufsbildung nicht alles falsch gemacht haben. Im Gegenteil, unsere berufspraktischen Ausbildungsgänge versorgen die Wirtschafts- und Dienstleistungsunternehmen mit qualifizierten Fachkräften, die eine hohe Qualität der Produkte ermöglichen und dadurch eine grössere Wertschöpfung erzeugen. Den betroffenen Fachkräften ermöglicht diese Art der Bildung eine bessere wirtschaftliche Situation und sie können dabei, dank lebenslanger Weiterbildung, auch sehr verantwortungsvolle Aufgaben übernehmen.

EINGLIEDERUNG IN DIE NATIONALE BILDUNGSSYSTEMATIK

Im Gesundheitswesen, speziell im Spitalbereich, war die berufspraktische Bildung seit ihrer Etablierung am Ende des 19. Jahrhunderts nur bei den akademischen Gesundheitsberufen einigermaßen einheitlich geregelt. Die nichtakademischen Berufe lagen in der Zuständigkeit der kantonalen Gesundheitsdirektionen und wurden in deren Auftrag durch das Schweizerische Rote Kreuz reglementiert und überwacht. Als jedoch die Spezialisierung in den Gesundheitsberufen immer mehr zunahm, entstanden im 20. Jahrhundert etliche Abschlüsse, die mit der übrigen schweizerischen Bildungssystematik nicht kompatibel waren und keinen Niveauvergleich zwischen den einzelnen Branchen zuließen. Erst mit dem «neuen» Berufsbildungsgesetz im Jahr 2002 kamen die Berufe «Gesundheit, Soziales und Kunst» unter eidgenössische Zuständigkeit und wurden in einem mehrere Jahre dauernden Prozess in die nationale Bildungssystematik eingepasst.

Dieser Prozess hat uns, vor allem bei den nichtakademischen Gesundheitsberufen, nachhaltig beschäftigt, mussten doch sämtliche Berufe in die nationale Systematik eingeordnet werden. Dabei sind auch völlig neue Berufe entstanden, wie zum Beispiel die Fachperson Gesundheit mit eidgenössischem Fähigkeitszeugnis. Für alle Bildungsgänge musste eine entsprechende Rechtsgrundlage geschaffen werden. Viel komplexer als die Regelung der Ausbildung gestaltete sich jedoch der Prozess, die «neuen Berufe» in der Praxis adäquat einzusetzen. Vor allem in Pflege und Betreuung mussten die Betriebe in allen Versorgungsbereichen die Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Fachpersonen neu definieren und Begriffe wie Skill & Grademix, die man früher nicht kannte, wurden zum alltäglichen Fremdwort. Man kann ohne Übertreibung feststellen, dass die Bildung im Gesundheitsbereich in den letzten 20 Jahren ein Erdbeben erlebt hat, bei dem kaum ein Stein auf dem anderen geblieben ist, und gewisse Auswirkungen sind bis heute spürbar. Der Verband Zürcher Krankenhäuser hat im Rahmen dieser Veränderungen initiativ und als Pionier die notwendigen Strukturen für die überbetrieblichen Kurse aufgebaut und die Interessen der Arbeitgeber in Sachen Berufsbildung immer wieder pointiert vertreten.

**Lukas S. Furler**

Spitaldirektor
 Stadtspital Waid, Zürich
 Präsident OdA G ZH

Ab 2007 hat er diese Aufgabe an die neu gegründete Organisation der Arbeitswelt Gesundheit Zürich (OdA G ZH) übergeben.

NUTZEN DER BILDUNGSREFORM

Nach derart grundlegenden Reformen kommt die Frage nach dem Nutzen. Haben die Veränderungen dem Gesundheitsbereich auch etwas gebracht? Nach meiner ganz persönlichen Einschätzung antworte ich mit einem unbedingten Ja. Verschiedene positive Auswirkungen sind bereits spürbar. So können die neuen beruflichen Grundbildungen, die nach drei Ausbildungsjahren zu einem Abschluss mit eidgenössischem Fähigkeitszeugnis führen (FaGe, FaBe) oder nach zwei Jahren zum eidgenössischen Berufsattest (AGS) als wirkliche Erfolgsmodelle bezeichnet werden. Nach wie vor ist die Nachfrage nach entsprechenden Ausbildungsplätzen grösser als die Zahl der angebotenen Lehrstellen. Diese Fachkräfte erbringen bereits einen wichtigen Anteil bei den Leistungen in allen Versorgungsbereichen und alimentieren die weiterführenden Bildungsgänge an den höheren Fachschulen und Fachhochschulen. Anfängliche Befürchtungen, dass sehr junge Auszubildende in den Betrieben nicht einsetzbar wären, haben sich nicht erfüllt. Natürlich mussten sich die Betriebe auf den Ansturm der Jugend einstellen und ihre Ausbildungskonzepte entsprechend anpassen.

Ich bin heute überzeugt, dass wir im alten Bildungssystem mit dem Eintrittsalter 18 viele Ausbildungsinteressierte für das Gesundheitswesen verloren haben, die uns heute erhalten bleiben. Den wichtigsten Gewinn aus der neuen Bildungssystematik sehe ich jedoch in der stark verbesserten horizontalen und vertikalen Durchlässigkeit. Der Leitsatz «kein Abschluss ohne Anschluss» wurde bei der Ausgestaltung der Programme maximal umgesetzt. Bei vielen Angeboten ist es möglich oder sogar vorgegeben, dass bereits erbrachte Bildungsleistungen angerechnet werden. So kann zum Beispiel eine Fachperson Gesundheit EFZ die höhere Fachschule Pflege in der ganzen Schweiz in zwei anstatt drei Jahren absolvieren.

WEITERER HANDLUNGSBEDARF

Und nun, alle Ziele erreicht? Oder haben wir Handlungsbedarf bei der Ausbildung von Fachkräften? Mit Sicherheit haben wir den, und zwar in verschiedener Richtung. In erster Linie bei der Anzahl der ausgebildeten Personen. 2009 stellten Obsan und die GDK erstmals umfangreiche Studien über den Bedarf an Fachkräften für die nächsten Jahrzehnte vor. Erst diese fundierte Erhebung zeigte die riesige Dimension auf, wie viele Fachkräfte infolge der demografischen Entwicklung und des medizinischen Fortschritts zusätzlich nötig sein werden. Diesen Prognosen ist bis heute nicht widersprochen worden, im Gegenteil, sie sind teilweise bereits eingetreten. Zusätzliche Stellen wurden geschaffen und besetzt, doch in gewissen Versorgungsbereichen gestaltet sich die Stellenbeschaffung schwierig. Leider fehlt uns bis heute ein aussagekräftiges Monitoring, das über quantitative und qualitative Aspekte des Fachkräftemangels Auskunft gibt. Anscheinend fühlt sich niemand dafür zuständig, die Daten in diesem sensiblen Bereich zu erheben. Erhoben werden wenige quantitative Zahlen, diese jedoch uneinheitlich. Wie viele Stellen in den Gesundheitsinstitutionen mit Personen besetzt sind, die nicht über die entsprechende Ausbildung verfügen, ist nicht bekannt.





Pflegeschule Uster

Der VZK hat einen wichtigen Beitrag zur Berufsbildung geleistet.

Nach der Reorganisation der Schulstandorte musste er 2009 seine Pflegeschule schliessen.

(Bild: Pflegeschule Uster um 1980)

Bildungszentren

Das Careum Bildungszentrum in Zürich und das Zentrum für Ausbildung im Gesundheitswesen Kanton Zürich (ZAG) in Winterthur bilden Gesundheitsfachpersonen nach modernsten didaktischen und pädagogischen Grundsätzen aus.

(Bild: Hansjörg Egger)

Der Fachkräftemangel ist und bleibt also ein Toprisiko für die Leistungserbringer und begrenzt sich schon lange nicht mehr auf die Pflege- und Betreuungsberufe. Ein flächendeckendes Phänomen, das auch vor den Ärztinnen und Ärzten oder dem medizinisch-technischen und -therapeutischen Personal nicht halt gemacht hat. Änderungen bei der Personenfreizügigkeit und der steigende Frauenanteil in den Gesundheitsberufen mit mehr Teilzeitstellen könnten die Situation noch weiter verschärfen. Es muss also weiterhin alles unternommen werden, um die Ausbildungstätigkeit auf höchstem Niveau weiterzuführen. Für die Institutionen des Akutbereichs wurde bereits eine Ausbildungsverpflichtung eingeführt, im Langzeit- und Spitexbereich ist eine solche dringend notwendig, weil dort die grössten Zuwachsraten erwartet werden. Die Leistungserbringer sind in diesem Bereich besonders gefordert, zeigt sich doch in den letzten Jahren ein Paradigmenwechsel: Zunehmend ist unsere gesamte Ausbildungsleistung nicht mehr durch mangelnde Ausbildungswillige limitiert, sondern durch den Mangel an praktischen Ausbildungsplätzen. Wir werden deshalb nach kreativen Möglichkeiten suchen müssen, um die Zahl der Ausbildungsplätze in den Institutionen zu erhöhen.

Auch inhaltlich müssen wir die Bildungsgänge engmaschig an die Bedürfnisse anpassen. Veränderungen bei der Finanzierung, neue wissenschaftliche Erkenntnisse, der steigende Anteil an Betagten und Hochbetagten, integrierte Versorgungsmodelle und vor allem die Zusammenarbeit der verschiedenen Fachpersonen im Gesundheitswesen müssen noch stärker in die Ausbildungscurricula einfließen. Dabei haben die Leistungserbringer eine wichtige Aufgabe. Es liegt in ihrer Verantwortung, die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten und die Anforderungen der Institutionen in die Gestaltung der Bildungsmassnahmen einzubringen. Dadurch werden die Sichtweisen der Bildungsinstitutionen und der Berufsstände sinnvoll und absolut notwendig ergänzt. Gerade wenn es darum geht, welche Profile für welche Berufsfelder benötigt werden. Bei den Berufsprofilen besteht sicher noch weiterer Klärungsbedarf, da vor allem in der deutschen Schweiz gewisse Angebote der höheren Fachschulen und die der Fachhochschulen zu Abschlüssen führen, die sich im praktischen Einsatz nur wenig unterscheiden.



FAZIT

Zusammenfassend kann ich festhalten, dass die Einbindung der Gesundheitsberufe in die nationale Bildungssystematik erhebliche Verbesserungen für die Branche gebracht hat und wir unser System auch mit Stolz im Ausland zeigen dürfen. Damit dies so bleibt, müssen wir auch in Zukunft mit Kreativität und Beharrlichkeit daran arbeiten, unser Berufsbildungssystem weiterzuentwickeln. ■

CHRONIK

1940 – 2015

Jahreszahlen sagen uns wenig, Ereignisse viel. An sie knüpfen wir unser Zeitgefühl. Deshalb haben wir es unternommen, Eckpunkte in der Geschichte unseres Verbands mit Merkpunkten aus Politik und Gesellschaft zu verbinden.

Damit wollen wir ausdrücklich keinen Bezug zur historischen oder sozialen Bedeutung dieser Merkpunkte herstellen. Wir wollen vielmehr einen «Aha-Effekt» erzeugen, der die zeitliche Einordnung der verbandsgeschichtlichen Eckpunkte erleichtert.

JAHR	MEILENSTEINE DES VZK	IM SELBEN JAHR ...
1940	Gründung des Vereins Zürcherischer Landspitäler (VZL) am 6. April im Hauptbahnhof Zürich mit Geschäftsstelle im Kreisspital Männedorf	... wird die Lohn- und Verdienstersatzordnung (heute EO) eingeführt
1941	Bildung einer Tarifkommission; Vorlage zum Neubau des Kantonsspitals Zürich weckt existenzielle Befürchtungen der Landspitäler	... werden vier als Kommunisten geltende Ratsmitglieder aus dem Nationalrat ausgeschlossen
1942	Tod von Gründungspräsident Oberst Heinrich Spoerry-Jaeggi; Kündigung des Krankenkassenvertrages von 1935	... erfolgt die Ablehnung der Volkswahl des Bundesrates
1943	Zürcherische Landspitalverwalter organisieren sich; Kündigung des Suvalvertrages; erste Krankenhausstatistik; Vertrauenskrise im VZL, Konflikt zwischen Präsidium und Ärzten wegen der Bildung von zwei Spitalkategorien	... wählt die Vereinigte Bundesversammlung in der Person von Ernst Nobs den ersten sozialdemokratischen Bundesrat
1946	Die Spitäler Wädenswil, Richterswil und Rüti treten aus dem VZL aus und nach einer Differenzbereinigung 1947 wieder ein	... verzeichnet die Luftrettung in der Schweiz mit der Bergung der auf dem Gauligletscher niedergegangenen DC-3 Dakota ihre Geburtsstunde
1947	Platznot in den Landspitälern, der VZL fordert den Bau von Pflegeheimen, der Regierungsrat anerkennt dies als staatsbeitragsberechtigende Aufgabe der Gemeinden	... stimmt das Schweizer Volk der Einführung der AHV zu

PRÄSIDIUM

1940 OBERST HEINRICH SPOERRY-JAEGGI

1943 E. FELBER **1944** G. BÖNIGER

1945 DR. JUR. E. DIENER **1953** DR. MED. WALTER MÜLLER

1962 DR. MED. HANS MEILI **1969** DR. JUR. GEORG MESSMER

1973 PFR. PETER SIMMLER **1977** DR. IUR. BEAT NEUHAUS

1983 TRIX HEBERLEIN **1991** DR. BERNHARD A. GUBLER

1997 HEINZ SPÄLTI **2012** DR. CHRISTIAN SCHÄR

1949

Vertragsloser Zustand mit den Krankenkassen, Neuverhandlungen mit Abschluss 1950

... schlägt die Geburtsstunde der Bundesrepublik Deutschland

1950

Einheitliche Buchungsvorschriften, werden später gesamtschweizerisch angewendet

... anerkennt der Bundesrat die Volksrepublik China

1951

Die VZL-Spitäler beklagen Schwesternmangel; «VZL-Mitteilungen» als neues Informationsblatt

... fordern in der Schweiz über 1000 Lawinen innert drei Tagen 75 Todesopfer

1952

Erster Fortbildungskurs für Krankenschwestern; Verkauf der Formulare Betriebsrechnung und -statistik

... wird Elisabeth II. Königin des Vereinigten Königreichs

1953

Der Präsident beklagt den schwierigen Zusammenhalt der Mitgliedspitäler trotz ständigem Einsatz für eine vorteilhafte Subventionsverordnung und ein gutes Verhältnis mit den Kassen

... findet die feierliche Eröffnung des Flughafens Zürich statt, US-Präsident Eisenhower gratuliert telegrafisch zu diesem Anlass

1956

Kassen verlangen Vertrag für ambulante Leistungen; Einführung neuer Röntgentarif, ersetzt denjenigen vom 25. Juni 1925

... ereignet sich der Volksaufstand in Ungarn gegen die kommunistische Partei

1959

Gründung der Familienausgleichskasse (FAK)

... wird die «Zauberformel» der Bundesratszusammensetzung eingeführt

1962

Das neue kantonale Gesundheitsgesetz tritt in Kraft, der VZL hat sich in der Vernehmlassung dezidiert dazu geäußert

... kann in der Kubakrise zwischen den USA und der Sowjetunion ein drohender Krieg mit Atomwaffen abgewendet werden

1963

Schaffung eines Schiedsgerichts mit den Krankenkassen; strukturelle Besoldungsrevision für Verwalter; Lohnerhöhung für das Pflegepersonal; Entschädigungsreglement für Lernpersonal und Praktikanten; Planung einer 1. Präsidentenkonferenz für 1964

... geschieht das einmalige Ereignis der Seegrfröni (als hochalemannischer Begriff damals in den Duden aufgenommen)



JAHR	MEILENSTEINE DES VZK	IM SELBEN JAHR ...
1965	Die staatsbeitragsberechtigte «Schule für Krankenpflege der Zürcher Landspitäler» wird eröffnet; eine grundlegend neue Taxordnung wird entwickelt	... erfolgt die Einführung der Ergänzungsleistungen zur AHV/IV
1967	Die neue kantonale Subventionsverordnung inklusive Beiträge für Pflege und Chronisch-krankte führt zu einer finanziellen Mehrbelastung der Gemeinden	... wird der Sechstagekrieg zwischen Israel und den arabischen Staaten Ägypten, Jordanien und Syrien ausgefochten
1969	Die Geschäftsstelle erhält eine Teilzeitanstellung sowie ein eigenes Büro; die Pflegeschule wird definitiv vom Roten Kreuz anerkannt	... betritt Neil Armstrong als erster Mensch den Mond
1970	Die Einkaufskommission wird gegründet; die Verwalterkonferenz befasst sich mit dem Einsatz elektronischer Datenverarbeitung im Salar- und Patientenabrechnungswesen	... wird die Schwarzenbach-Initiative (Ausländeranteil von höchstens 10 %) abgelehnt
1971	Bildung einer Ärztekommision nach Erlass eines Reglements für die Honorare im Halbprivatbereich durch die GD; Bildung einer EDV-Kommission; Gruppenversicherung für die Schule bei der Rentenanstalt	... wird das Frauenstimmrecht mit Zweidrittelmehrheit angenommen
1972	Erster vollamtlicher Geschäftsstellenleiter (Karl Schwarz, hatte als Spitalverwalter in Dielsdorf bereits nebenamtlich in der Geschäftsstelle gewirkt); Vorstellung des Bauprojekts der Pflegeschule an einer Pressekonferenz	... geschieht die Geiselnahme des israelischen Olympiateams durch den «Schwarzen September»
1974	Umbenennung in «Verein Zürcher Krankenhäuser», Aufnahme von Krankenheimen als Mitglieder	... tritt US-Präsident Richard Nixon im Zuge der Watergate-Affäre zurück
1975	Einweihung des Neubaus der Pflegeschule und der Schülerinnenwohnungen in Uster; Bildung einer Krankenheimkommission	... wird das «Jahr der Frau» mit einer Demonstration vor dem Bundeshaus eingeleitet
1978	Umsetzung der Zürcher Krankenhausplanung mit 8 Spitalregionen; Halbprivatvereinbarung auf Initiative des VZK; Intensivierung des Kurswesens mit einem Bildungsausschuss	... spricht sich das Stimmvolk für die Gründung des Kantons Jura aus
1979	Neuer Tarifordner als Grundlage für die Fakturierung der Spitalleistungen; Pilotprojekt Kostenrechnung; Gründung der Personalkommission	... sendet Radio 24 vom Pizzo Groppera (I), Roger Schawinsky reicht eine Petition mit über 200 000 Unterschriften ein
1980	Neue Stelle für Fortbildung des Pflegepersonals; Wiedereinsteigerinnenkurse für diplomiertes Pflegepersonal	... kommt es zu den Opernhauskrawallen in Zürich; das AJZ (Autonomes Jugendzentrum) ist de facto «rechtsfreier Raum»

GESCHÄFTSLEITUNG

1950 MARTIN WIPF **1963** KARL SCHWARZ

1966 HANS PFENNINGER

1972 KARL SCHWARZ JETZT VOLLAMTLICH

1977 HERMANN PLÜSS **1992** WILLY F. RUFER

2012 ROLF GILGEN **2014** ROLAND WESPI

1981

Einführung der Kostenrechnung in den VZK-Spitälern; Einführung des Internationalen Diagnosecodes ICD; Arbeitsgruppe Chefs Technischer Dienst gegründet

... wird in einer Volksabstimmung die Gleichstellung von Mann und Frau in der Bundesverfassung verankert

1982

Ergänzung der Schule für Praktische Krankenpflege (PKP) mit einer Schule für Spitalgehilfinnen (SGS); Einführung eines Musteranstellungsvertrags

... tobt der Falklandkrieg zwischen Argentinien und dem Vereinigten Königreich

1985

Einführung der Tarifikurse für Sachbearbeiterinnen und Sachbearbeiter von Spitälern, Krankenhäusern und Kranken- und Unfallversicherern; Bildung einer PR-Kommission

... wird das neue Ehegesetz vom Volk angenommen

1987

Revision aller Taxordnungen und Neutarifizierung der Halbprivatabteilung; Erarbeitung eines Spitaltaxmodells gemäss neuem UVG

... unterzeichnen die Präsidenten Reagan und Gorbatschow ein Abkommen über die vollständige Vernichtung atomarer Mittelstreckenwaffen

1988

Gründung der Arbeitsgruppe Tariffragen im Kanton Zürich; Einführung 2. Bildungsweg PKP; Übernahme der Schule Pilgerbrunnen für Kinder- und Wochenpflege im Brahmschhof, Zürich

... tritt Elisabeth Kopp unter massivem medialem und politischem Druck als Bundesrätin und Vizepräsidentin des Bundesrates zurück (Affäre Kopp)

1991

Umsetzung der Zürcher Krankenhausplanung mit genauerer Zuordnung der medizinischen Fachgebiete; Überführung der Stellenpläne im Rahmen der Strukturellen Besoldungsrevision

... finden die Feiern zum 700-jährigen Bestehen der Eidgenossenschaft statt und beschliesst das Volk das Stimm- und Wahlrechtsalter 18 Jahre

1992

Forderung des VZK nach Abkehr von der Defizitdeckung zugunsten einer leistungsorientierten Finanzierung; neues Belegarztreglement; Projekt Entsorgung von Spitalabfällen

... wird der EWR-Beitritt mit einem hauchdünnen Vorsprung bei sehr hoher Stimmbeteiligung abgelehnt



JAHR	MEILENSTEINE DES VZK	IM SELBEN JAHR ...
1993	Neue Strategie und zeitgemässes PR-Konzept; Vorschläge für sinnvolle Sparmassnahmen; Fortbildungen für Behörden- und Spitalleitungsmitglieder	... stimmt das Volk der Einführung der Mehrwertsteuer zu und erklärt den 1. August als Feiertag
1994	Umbenennung in «Verband Zürcher Krankenhäuser» und neues Erscheinungsbild; Projektgruppe Entsorgung wird zur Ökologiekommision; Angebot von juristischen Dienstleistungen; Lancierung Informationsorgan «infusion»	... nehmen die Stimmberechtigten das neue Krankenversicherungsgesetz (KVG) an
1995	Bildung einer Qualitätskommission und Initiierung des Projektes Qualitätsmanagement; Neuer Halbprivatvertrag mit vorerst 23 Fallpauschalen zur Rettung der Mittelstandsversicherung	... tritt das Schengener Abkommen in Kraft und finden Gedenkfeiern zum Ende des Zweiten Weltkriegs vor 50 Jahren statt
1996	Einführung des neuen KVG, Taxfestsetzungen durch den Regierungsrat und Beschwerden der Krankenversicherer; Neukonstituierung der Paritätischen Vertrauenskommission (PVK, später PISK); Gründung der Koordinationskonferenz Leistungserbringer Pflege (KLP); Kauf des Schulgebäudes	... wird die Bergier-Kommission zur Abklärung der Geschehnisse um die bei Schweizer Banken hinterlegten Vermögenswerte der Nazi-Opfer eingesetzt, 2002 legt sie ihren Bericht vor
1997	Prozesserfolg mit Nachzahlung von 22 Mio. Franken durch die Krankenkassen an die Krankenhäuser; Zusammenarbeitsvertrag mit dem Einkaufspartner HOREGO AG; der VZK setzt sich zugunsten der 6 von der Schliessung betroffenen Mitglieder für eine flexible Spitalplanung ein	... setzt der Eizenstat-Bericht die Schweizer Banken im Zusammenhang mit den «nachrichtenlosen Vermögen» zunehmend unter Druck
1998	Aufforderung an alle Kantonsräte, Kürzungen im Budget 1999 abzulehnen; 2. Vergabe des Ökologiepreises; Teilprofessionalisierung des Verbandspräsidiums; Schliessung der Schule Pilgerbrunnen; Benchmarking als neue Dienstleistung	... ereignet sich der Absturz von Swissair-Flug 111 vor Peggy's Cove bei Halifax, Nova Scotia
1999	Entwicklung des Tarifmodells PLT (Prozess-Leistungs-Tarifierung) mit der GD und den Versicherern; Gründung der Konferenz Kantonale Krankenhausverbände K3; Kooperationsgespräche mit den Zürcher Privatkliniken; erfolgreiche GAV-Verhandlungen mit den Assistenzärztinnen und -ärzten; Vorbereitung Millennium	... wird die totalrevidierte Bundesverfassung mit schwacher Mehrheit angenommen
2000	Jubiläumsfeier 60 Jahre VZK im Spital Wetzikon; Start des Projektes «Personalstrategie 2005 Plus» für die Personalbeschaffung und -erhaltung; Einführung weiterer Lohn-einstufungsmodelle; Gründung der Koordinationskonferenz Leistungserbringer Ambulanzdienst (KLA); Einführung des Pflegebedarfserfassungssystems RAI/RUG	... nimmt das Volk die bilateralen Verträge mit der EU mit Zweidrittelmehrheit an

2001	Projekt «Pflegeschulen 2005 im Kanton Zürich»; Abwicklung Lohnnachzahlungen an das Pflegepersonal und Anpassung Besoldungsstruktur; Beitritt zum WHO-Netzwerk Gesundheitsfördernder Spitäler; VZK-Versicherungsservice für Mitarbeitende aller Betriebe	... ereignen sich zwei besonders verheerende Anschläge: Terrorattacken auf das World Trade Center in New York und Attentat im Zuger Kantonsrat
2002	Taxfestsetzungsantrag Pflegeheime; Projektstart «Gesundes Personal», 1. Staffel; Erweiterung Ökologiekommision mit H+ und erfolgreiche Intervention beim BUWAL betreffend Abfallentsorgung	... stimmt das Volk dem UNO-Beitritt zu
2003	Einsatz gegen das kantonale Sparprogramm San04; Totalrevision VZK-Taxordnung; innovativer Vertrag für Transport- und Rettungsdienste; Konzept und Antrag für ein Bildungszentrum Uster; neues Handbuch «Ökologie und Entsorgung»; Voll-Service-Rahmenvertrag mit der Schindler Aufzüge AG	... leidet die Schweiz unter einem Rekordsummer mit höchsten Temperaturen seit über 50 Jahren
2004	TARMED-Einführung; Mitwirkung im Projekt ReBeGe des MBA (Evaluation der Schulzentren Zürich und Winterthur); Abwicklung Rückforderung Sockelbeitragszahlungen; Genehmigung RAI/RUG-Vertrag	... richtet ein Tsunami in Südostasien, Indien und Sri Lanka verheerende Schäden an und tötet mehrere 100 000 Menschen
2005	Stellungnahme zum Gesundheitsgesetz mit Forderung der Subjektfinanzierung; Liquidationsplanung der Pflegeschule; Gründung der GEBLOG	... setzt die Hysterie um die Vogelgrippe ein, es kommt zu Tamiflu-Hamsterkäufen
2006	Neue VZK-Statuten und neues Organisationsreglement; Mitwirkung in der Globalbudgetkommission der GD; Gründung des Vereins Hospital Data Pool	... treten die Kurzstreckenpiloten der Swiss in einen Streik, Tausende Passagiere stranden in Zürich
2007	HQuality®: Externe Zertifizierung des 2004 eingeführten tarifschutzgerechten Angebots für Privat- und Halbprivatversicherte; Beitritt des USZ, Einführung Absenzmanagement im Projekt «Gesundes Personal»; Health.Bench mit der Firma Keller; Gründung des Vereins OdA G ZH	... kommt es zur Nichtwiederwahl von Bundesrat Blocher
2008	Umfassende Strategieüberprüfung und -anpassung und Einstellung Qualitätsmanager; Positionspapier Spitalfinanzierung und -planung; neuer Akutspitalervertrag 2008/9 mit klar höheren Tarifen; Mitorganisation der Drei-Länder-Konferenz des Netzwerks Gesundheitsfördernder Spitäler in Zug	... wird in den USA durch faule Hypothekarkredite eine Finanzkrise ausgelöst, welche nach Europa herüberschwappt, die Schweizer Nationalbank muss mittels eines Stabilitätsfonds die UBS retten



JAHR

MEILENSTEINE DES VZK

IM SELBEN JAHR ...

2009

Modell Investitionsfinanzierung vorgeschlagen; der VZK bietet Mitarbeit bei der Spitalplanung an, was die GD ablehnt; Reaktivierung Qualitätskommission; Beitritt der Stadtspitäler Triemli und Waid

... wütet in den USA und umliegenden Ländern die Schweinegrippe, die WHO spricht erstmals seit 40 Jahren die höchste Gefahrenstufe 6 aus

2010

Dezierte Vernehmlassungsantwort zum neuen Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetz (SPFG); Intervention bei der Spitalplanung mit Expertenworkshops; Medienkonferenz Outcomemessung Übertritte; Übergabe der überbetrieblichen Kurse an den Verein OdA G ZH; definitiver Beitritt des KSW

... tritt in den meisten Kantonen am 1. Mai das Rauchverbot in öffentlichen Räumen in Kraft

2011

Verhandlungen SwissDRG, Vertragsabschluss mit der HSK-Gruppe, Festsetzungsanträge tarifsuisse; Hearing zum SPFG im Kantonsrat; Beginn Schulungszyklus SwissDRG für Kader; Gründung und Beteiligung an der hcri AG (Nachfolge Verein Outcome); Symposium «Übertritte»

... löste ein Tsunami die Nuklearkatastrophe von Fukushima aus

2012

Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetz SPFG: Abstimmungskampagne gegen den Spitalfonds erfolgreich; Behördentag für Kommunalpolitiker erstmals zusammen mit Cura-viva und Spitex-Verband, Herausgabe des Vademecums; Intervention beim AWEL gegen Umwelteigenkontrollen

... platzt die Affäre Hildebrand: Der Nationalbankpräsident tritt zurück, seiner Frau war vorgeworfen worden, über sein Konto vorteilhafte Devisentransaktionen vorgenommen zu haben

2013

Beschwerde an das Bundesverwaltungsgericht gegen die Taxfestsetzung SwissDRG durch den Regierungsrat; Parlamentarieranlass mit Information über die Spitalfinanzierung; Gründung von «Netzwerk Zürcher Pflegezentren (VZK)» und Benchmarking HEBES, Beitritt von weiteren Listenspitälern, darunter Klinik Hirslanden und Spitäler Schaffhausen

... nimmt das Volk überraschend und deutlich (67,9 % Ja) die Minder-Initiative (auch «Abzocker»-Initiative) an

2014

Bezug des neuen Geschäftssitzes an der Nordstrasse 15 in Zürich zusammen mit der AGZ, Vollvermietung des Schulhauses in Uster; Mitgründung der ZAD (Zurich Affinity Domain) für das ePatientendossier; Start von vier Qualitätsentwicklungsprojekten mit der GD; Planung Ausgleichspool für Ausbildungsplätze

... heisst das Volk die «Masseneinwanderungsinitiative» gut, was zu einer massiven Abkühlung des Verhältnisses zwischen der Schweiz und der EU führt

2015

10. April: Jubiläumsfeier 75 Jahre VZK

ECKDATEN

MITGLIEDER: **31**

SPITÄLER: **25** (DAVON 2 MIT PFLEGEZENTREN)

PFLEGEZENTREN: **6**

MITARBEITENDE: **30 000**

STATIONÄRE FÄLLE SPITÄLER: **230 000**

PFLEGETAGE DER PFLEGEZENTREN: **340 000**

BETRIEBSERTRAG: **4,6** MILLIARDEN FRANKEN

AUSBILDUNGSLEISTUNG

ABSCHLÜSSE DER PFLEGESCHULE USTER
IN 44 JAHREN: **2163**

ABSCHLÜSSE DER SCHULE PILGERBRUNNEN
IN 8 JAHREN: **236**

FAGE-LERNENDE AN 61 226 ÜK-TAGEN
IN 7 JAHREN: **1640**

MITGLIEDER

BEITRITTSJAHR	INSTITUTION (HEUTIGER NAME)	ORT
1940	GZO AG Spital Wetzikon	Wetzikon
	Pflegezentrum GerAtrium Pfäffikon Zürich	Pfäffikon
	See-Spital	Horgen und Kilchberg
	Spital Affoltern	Affoltern am Albis
	Spital Bülach	Bülach
	Spital Männedorf AG	Männedorf
	Spital Uster	Uster
1970	Spital Limmattal	Schlieren
1973	Spital Zollikerberg	Zollikerberg
1974	Klinik Lengg AG	Zürich
1983	Zürcher Höhenkliniken	Davos-Clavadel und Wald
1991	Kinderspital Eleonorenstiftung	Zürich
1992	Forel Klinik	Ellikon
1994	Paracelsus-Spital Richterswil AG	Richterswil
2002	Schulthess Klinik	Zürich
2007	Universitätsklinik Balgrist	Zürich
	UniversitätsSpital Zürich	Zürich
2009	Kantonsspital Winterthur	Winterthur
	Pflege Eulachthal	Elgg
	Stadtspital Triemli	Zürich
	Stadtspital Waid	Zürich

2011

ADUS Klinik

Dielsdorf

Gesundheitszentrum Dielsdorf

Dielsdorf

Limmatklinik AG

Zürich

Pflegezentrum Rotacher

Dietlikon

2013

Klinik Hirslanden AG

Zürich

Klinik Susenberg

Zürich

Pflegezentrum Frohmatt

Wädenswil

RehaClinic Zürich AG

Zollikerberg

Spitäler Schaffhausen

Schaffhausen

Stiftung Amalie Widmer

Horgen

IMPRESSUM

HERAUSGEBER UND REDAKTION

Verband Zürcher Krankenhäuser

DATUM

April 2015

AUFLAGE

1000 Exemplare

KONZEPT

vector communications ag, Zürich

GRAFIK

Edith Roth Grafikdesign, Uster

FOTOGRAFIE

Hansjörg Egger, Uster

Porträts und Bilder Seite 17/21/29

DRUCK

FO Fotorotar AG, Egg

NACH **49** JAHREN AN DER «GESUNDHEITSMEILE»
IN USTER BEZOG DER VZK IM SEPTEMBER **2014**
FUNKTIONALE UND MODERNE RÄUMLICHKEITEN
AN DER NORDSTRASSE **15** IN ZÜRICH.



VERBAND ZÜRCHER KRANKENHÄUSER

Nordstrasse 15

8006 Zürich

Telefon 044 943 16 66

Fax 044 943 16 60

info@vzk.ch

www.vzk.ch