

vzk GESCHÄFTS
BERICHT 2017



INHALTSVERZEICHNIS

DAS VERBANDSJAHR

Bericht des Präsidenten 2

Bericht des Geschäftsleiters 4

ZWISCHENRUF

Das Regulierungsmonster Globalbudget 6

von Willy Oggier

SCHWERPUNKTE*

Ambulant statt stationär: Wo ist das 8

Problem?

von Thomas Brack

Morgens in der Rehabilitation, 10

nachmittags am Arbeitsplatz

von Jan Sobhani

Tarife setzen falsche Anreize 12

von Barbara Nabold

Auswirkungen auf die Pflegezentren 14

von Fridolin Schraner

FAKTEN

VZK-Kennzahlen 16

Organisation 16

Ausschüsse und Kommissionen 17

Organisationen mit Geschäftsführung 18

und Sekretariat beim VZK

VZK-Mitglieder 20

Unsere Partner im Gesundheitswesen 23

*Der Kanton Zürich hat 2017 eine Liste mit 16 Behandlungen definiert, die ab 1. Januar 2018 ambulant statt stationär durchgeführt werden müssen. Die Autorinnen und Autoren der Rubrik «Schwerpunkte» gehen folgenden Fragen nach: Welche Auswirkung hat die neue Regel? Werden damit die richtigen Anreize gesetzt? Sind verschiedene kantonale Stossrichtungen eine Lösung? Inwieweit soll der Bund eingreifen?

BERICHT DES PRÄSIDENTEN



Dr. Christian Schär
Präsident

Fast täglich wird über Gesundheitskosten, Sparprogramme, Prämienschub, Mindestfallzahlen, Reorganisationen und Visionen im Gesundheitswesen berichtet. Inzwischen hat uns dazu auch die Gehaltsdiskussion aus der Bankenwelt erreicht und Chefarztlöhne werden allenthalben zwischen «Dichtung und Wahrheit» ausgiebig diskutiert. Man wähnt sich zeitweilig in einer medialen Entrüstungsgesellschaft, die über uns Leistungserbringer hereinstürzt und der wir uns sachlich zu stellen haben. Viele Themen sind national geprägt. Andere sind auf den ersten Blick rein kantonale Fragestellungen, beinhalten jedoch immer wieder Strahlkraft in die ganze Schweiz.

ÜBERREGULIERUNG VERTEUERT DAS SYSTEM

Die Rede ist dabei zum Beispiel von den im Kanton Zürich erfolgten Staatseingriffen rund um «ambulant vor stationär», von der Spitalliste 2018 und Mindestfallzahlen, von gescheiterten Verselbstständigungen und Tarifverhandlungen oder von möglichen Mindestquoten von Grundversicherten in Listenspitälern. Zu guter Letzt durften wir auch einen kantonalen und nationalen Expertenbericht zur Kenntnis nehmen. Beide machen viele mehr oder weniger brauchbare Vorschläge zur Reduktion der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen. An der nationalen Gesundheitskonferenz vom Januar 2018 forderte Bundesrat Alain Berset die Leistungserbringer zur Kostendämpfung auf – mit einem «erwachen Sie». Und Regierungsrat Pierre-Yves Maillard aus der Waadt nutzte die Plattform, um das vielerorts verschriene Globalbudget wieder aufs Tapet zu bringen.

Zu all diesen Themen hat sich der Verband Zürcher Krankenhäuser in den vergangenen Monaten als Repräsentant seiner 31 Mitglieder dezidiert geäußert und Position bezogen. «Ambulant vor stationär» ist volkswirtschaftlich betrachtet eine sinnvolle, korrekte Stossrichtung. Trotzdem sind für die Einführung einer Indikationenliste für ambulante Behandlungen gewisse Rahmenbedingungen notwendig. Inzwischen sind verschiedene Forderungen des VZK erfüllt worden, wie die praktikable Umsetzung mit geringem administrativem Aufwand, dass Ärztinnen und Ärzte über die Form der Behandlung und die Indikationen entscheiden und dass Ausnahmen gemeinsam bestimmt wurden.

TARIFE DECKEN DIE KOSTEN NICHT

Dagegen decken die Taxpunktwerte für ambulante Leistungen die Kosten bei Weitem nicht. Bei einem Verlust von rund 20 % besteht kein Anreiz zu mehr ambulanten Behandlungen als den 15 staatlich verordneten. Eigentlich schade. Denn dieser tarifliche Systemfehler, der falsche Anreize setzt, könnte abgestellt werden. Versuche dazu sind im Gang. Der VZK wird sich mit der Gesundheitsdirektion, den Versicherern und weiteren Stakeholdern 2018 an einen Tisch setzen.

Um eine bedarfsgerechte und effiziente Spitalversorgung zu gewährleisten, erteilt die Gesundheitsdirektion Leistungsaufträge an Spitäler und Kliniken und legt gleichzeitig Mindestfallzahlen fest. Der VZK vertritt die Meinung, dass es nachvollziehbar und vernünftig ist, «Kleinstmindestfallzahlen» einzuführen. Er ist aber ebenso klar der Ansicht, dass die Grundversorgung so patientennah wie möglich zu erfolgen hat und deshalb regional zu verteilen ist.

GRUNDVERSORGUNG SOLL REGIONAL UND PATIENTENNAH ERFOLGEN

Hoch spezialisierte Medizin ist auf wenige Standorte zu konzentrieren. Dabei ist zentralen Lösungen der Vorzug zu geben, sofern nicht dezentrale Lösungen auf einem gleichwertigen Qualitäts- und Kostenniveau angeboten werden können. In die gleiche Kerbe schlägt die Interessengemeinschaft Regionalspitäler, die auf breiter Front gegen die restriktive Festlegung von Mindestfallzahlen durch die Gesundheitsdirektion Beschwerde eingereicht hat.

SYSTEMFEHLER ANPACKEN STATT NEUE REGELN SCHAFFEN

Am 21. Mai 2017 stimmte das Züricher Stimmvolk über eine Rechtsformänderung für das Kantonsspital Winterthur und die Integrierte Psychiatrie Winterthur–Zürcher Unterland ab. Trotz des intensiv geführten Abstimmungskampfes ist es nicht gelungen, dem Stimmvolk die Notwendigkeit einer Umwandlung in eine Aktiengesellschaft zu vermitteln. Der VZK hat die Bemühungen des Kantons- und Regierungsrates unterstützt, die verschiedenen Rollen des Kantons über eine Verselbstständigung nach und nach zu trennen. Das Volksverdikt ist eine vertane Chance, das unternehmerische Handeln für die genannten kantonalen Leistungserbringer im wettbewerblichen Umfeld zu stärken und für alle gleich lange Spiesse zu schaffen.

Der Zürcher Kantonsrat hat im Frühjahr 2017 eine neue, schweizweit einmalige Sonderabgabe abgelehnt. Auch der VZK hat im Vorfeld von dieser kantonalen Sparmassnahme Abstand genommen. Die Abgabe widerspricht den Zielen der neuen Spitalfinanzierung und dem KVG. Darüber hinaus benachteiligt diese «Steuer» Zusatzversicherte sowie private Leistungserbringer und steht rechtlich auf wackligen Beinen. Immer wieder machte und macht der VZK auch hier darauf aufmerksam, dass über zusatzversicherte Patientinnen und Patienten fälschlicherweise die Unterdeckung des Kostenbeitrags der Spitäler durch die Behandlung von Grundversicherten kompensiert resp. quersubventioniert wird. Würde dieser bereits oben

erwähnte tarifliche Systemfehler behoben, wären solche Korrekturen wie die vorgeschlagene Sonderabgabe auf Zusatzversicherte oder zwei dazu nachträglich eingereichte parlamentarische Initiativen nicht notwendig.

WIE SIEHT DIE OPTIMALE SPITALVERSORGUNG IM KANTON ZÜRICH AUS?

Sanierungsmassnahmen der Kantone und die Kostendämpfungseuphorie führen dazu, dass die Leistungserbringer im Gesundheitswesen mit ihrer umfassenden «Systemleistung» noch stärker unter Druck geraten. Kostensenkungsprogramme, Gesundheit2020, eHealth und EPD sowie die kantonale Spitalplanung 2022 stehen vor der Tür. Dazu und zum tarifarischen «Systemfehler» wird sich der VZK 2018 gemäss seiner Leitidee «einer bedarfs- und bedürfnisgerechten wirtschaftlichen und qualitativ hochstehenden Leistungserbringung» noch äussern. Dabei ist es dem Verband ein Anliegen, die bestehenden Problemfelder, die zahlreichen, gut gemeinten staatlichen Eingriffe und politischen Vorstösse nicht nur abzuschmettern und zu kritisieren, sondern vor allem auch aktiv zu bearbeiten und nach kreativen Lösungen zu suchen.

So wird der VZK 2018 in einem Positionspapier gezielt die übergeordnete und nicht tarifarische Systemdiskussion anschieben. Wir stellen die Frage: Wie sieht das Modell einer optimalen Spitalversorgung im Kanton Zürich unserer Meinung nach aus? Die gesundheitspolitische und finanzpolitische Steuerung durch die Behörden auf Kantons- und Bundesebene nimmt Überhand. Immer mehr, immer detailliertere, immer aufwendigere Massnahmen und Steuerungsmechanismen werden eingesetzt, um aktuelle gesundheitspolitische Probleme punktuell zu lösen. Dabei geht der Blick fürs Ganze mehr und mehr verloren. Auf der Basis der demografischen Entwicklung, von stark zunehmenden chronischen Erkrankungen und des rasanten medizinischen Fortschrittes ist der politische Ruf nach Kostendämpfung nur zu verständlich. Ob er auch realistisch und ohne Verzicht aller zu bewältigen ist, bleibe dahingestellt.

BERICHT DES GESCHÄFTSLEITERS



Daniel Kalberer
lic. rer. publ. HSG
Geschäftsleiter

Die Gesundheitsdirektion hat 2017 eine Liste mit 16 Behandlungen definiert, die ab 1. Januar 2018 ambulant statt stationär durchgeführt werden müssen. Damit will der Kanton Zürich Geld sparen. Dass dies auf Kosten der Spitäler geht, zeigen die Zahlen: Im Durchschnitt sind im Kanton Zürich nur 85 % der Kosten von ambulanten Behandlungen gedeckt.

Es ist mir ein Rätsel, warum der Gesetzgeber und die politischen Behörden davon ausgehen, dass die Leistungserbringer im Gesundheitswesen ihre Leistungen nicht kostendeckend vergütet erhalten sollen. Selbstverständlich muss die Qualität stimmen, selbstverständlich soll die Leistung effizient erbracht werden und die Kosten sollen so niedrig wie möglich ausfallen. Aber wo gibt es eine andere Dienstleistung in der Wirtschaft, die für Staat und Bevölkerung halbwegs gratis erbracht werden muss?

Es ist höchste Zeit, dass auch die Politik zur Kenntnis nimmt, dass die Spitäler Unternehmen in einem regulierten Markt sind, die ihr wirtschaftliches Überleben langfristig sicherstellen müssen. Das bedeutet, sich von der überholten Restdefizitdeckung zu verabschieden und diese nicht in veränderter Form der Quersubventionierung durch andere Geschäftssparten weiterzuführen: Es ist beispielsweise falsch, wenn Erträge aus der Zusatzversicherung die Verluste aus der Grundversicherung decken müssen.

TARIFE

Auch im Geschäftsjahr 2017 engagierte sich der VZK stark für die kostendeckende Finanzierung der Leistungen in den Spitälern und Kliniken. Mit der Verlängerung der Verträge zum **ärztlichen Taxpunktwert** mit HSK, tarifsuisse und CSS um ein

Jahr bis 31. Dezember 2017 hat der Regierungsrat des Kantons Zürich neue Verhandlungen für den Taxpunktwert 2018 notwendig gemacht. Diese sind allerdings erwartungsgemäss rasch gescheitert, liegen doch die Vorstellungen der Vertragspartner zum Taxpunktwert zu weit auseinander.

Der VZK hat Ende Dezember 2017 das neue Festsetzungsbegehren mit der Forderung von 1.03 Franken für den Taxpunktwert 2018 an die Gesundheitsdirektion eingereicht. Damit steht der VZK nicht alleine da. Auch die Ärztesgesellschaft des Kantons Zürich hat eine Anhebung des Taxpunktwertes von bisher 89 Rappen auf 1.00 Franken verlangt.

Beim Ambulatoriumsvertrag für Physio- und Ergotherapie sowie Logopädie konnten 2017 ein Abschluss erzielt werden. Mit HSK wurde für 2017 eine moderate Tarifierhöhung vertraglich vereinbart. Mit tarifsuisse konnte im zweiten Anlauf, nach Rückzug eines laufenden Festsetzungsverfahrens, ebenfalls eine vertragliche Lösung für die Taxpunktwerte gefunden werden. Einzig mit der CSS war ein Vertragsabschluss nicht möglich, deshalb läuft nun ein Festsetzungsverfahren beim Kanton Zürich.

Die Verhandlungen für die **HQuality® Spitäler** zur Arztwahlentschädigung wurden 2017 intensiv weitergeführt. Ziel ist letztlich die Ablösung der bisherigen Einzelleistungsentschädigung für die Halbprivat- und Privatpatienten. Der in die Jahre gekommene Mittelstandstarif als Grundlage soll durch ein aktuelleres und permanent weiterentwickeltes Tarifierungssystem abgelöst werden: Eine Anlehnung an das DRG-Fallpauschalensystem war naheliegend.

Mit der Helsana konnte ein neues Modell entwickelt und vereinbart werden, welches 2018 in Kraft getreten ist. Neu wird eine feste Arzt-Baserate mit dem Kostengewicht des einzelnen Behandlungsfalls multipliziert. Die so entstehende Pauschale bietet grosse Vorteile für Versicherer und Patienten: weniger

Kontrollaufwand und bessere Berechenbarkeit und Nachvollziehbarkeit der Honorarhöhe. Da sich das DRG-System laufend an die medizinische Entwicklung anpasst, bleibt das System aktuell.

VERANSTALTUNGEN

Mit Erfolg hat die gemeinsame Ökologiekommission VZK/H+ in Winterthur eine Ökologietagung über die hygienischen Knacknüsse beim Bau und Betrieb eines Spitals durchgeführt. Die Referate waren informativ und für die anwesenden Fachleute interessant. Dazu hat auch der Austragungsort beim Implantatehersteller Zimmer GmbH für ein innovatives und anregendes Umfeld gesorgt.

Ebenfalls gut besucht war die Tagung Gesundheitsversorgung vom 16. November 2017 mit dem aktuellen Thema «ambulant vor stationär». Gute Noten erhielt dabei die Ausgestaltung des Regulativs im Kanton Zürich, kritisch stimmten die Ausblicke in die Zukunft auf die ambulanten Operationszentren.

Für die Spitäler und Kliniken ist die Ausrichtung klar: Die ambulante Behandlung soll gefördert werden und stationäre Spitalaufenthalte sind wenn möglich zu vermeiden. Aber mit den unterdeckenden Tarifen und stetig sinkenden Anreizen durch die Sparmassnahmen von Bundesrat Alain Berset werden die ambulanten Behandlungen zur Herausforderung. Insbesondere alle Eingriffe, die nicht am «Fließband» durchgeführt werden können, sondern auf komplexe Vorerkrankungen oder besondere Bedürfnisse (wie eine notwendige Vollnarkose) Rücksicht nehmen müssen, werden wirtschaftlich nicht kostentragend erbracht werden können. Es droht ein Rosinenpicken um die «guten» Risiken.

QUALITÄT

Der VZK, der Kanton Zürich und weitere Partner haben 2017 eine Qualitätsstrategie verabschiedet. Damit setzen sie die künftige Marschroute für die Qualitätsförderung in der stationären Versorgung fest. Die Projekte der Qualitätsstrategie sollen die Leistungserbringer darin unterstützen, vermehrt eigene Qualitätsprozesse umzusetzen. Die Strategie definiert Qualität aus verschiedenen Perspektiven und fusst auf vier Grundsätzen: Qualität als Führungsaufgabe, Transparenz und

Qualitätswettbewerb, patientenorientiert behandeln, Systemgrenzen überwinden. Auf der Grundlage dieser Strategie entwickelte der VZK sein bestehendes Qualitätsprogramm weiter.

Das bisherige Messprogramm wird durch die folgenden vier Qualitätsentwicklungsprojekte abgelöst: «ambulante Behandlungen im Spital», «Konzepte im Zusammenhang mit den Leistungsaufträgen», «sichere Patientenidentifikation» und «Medikationssicherheit». Durch die gemeinsame Bearbeitung dieser Themen in spitalübergreifenden Arbeitsgruppen sollen sinnvolle Grundlagen für alle geschaffen werden und dabei bestehende Ressourcen möglichst optimal genutzt werden.

Einen wichtigen Meilenstein und Abschluss des bisherigen gemeinsamen Messprogramms 2008 bis 2016 bildet die Broschüre «Qualität und Fallpauschale», die der VZK 2017 veröffentlichte. Sie bietet einen Einblick in Teilaspekte der Qualität vor und nach der Einführung von SwissDRG in den Zürcher Spitälern. Das Ergebnis zeigt deutlich, dass das Qualitätsniveau auch mit den DRGs nach wie vor hoch ist. Dies zeigen Patientenbefragungen sowie auch Zuweiserbefragungen oder weitere Erhebungen beispielsweise zur Sturzgefährdung.

Peer Reviews sind Teil der Qualitätsprojekte, welche zwischen der Gesundheitsdirektion und dem VZK vereinbart wurden. Inzwischen nehmen acht Zürcher Spitäler aktiv an Peer Reviews in der Akutsomatik teil.

Bereits angelaufen ist die Ausweitung der Peer Reviews für die psychiatrische Behandlung. Diese werden gemeinsam mit H+ aufgebaut, um Synergien nutzen zu können.

ZWISCHENRUF

DAS REGULIERUNGSMONSTER GLOBALBUDGET



Willy Oggier

Dr. oec. HSG,
Gesundheitsökonomische
Beratungen AG, Küsnacht

—

In der Rubrik Zwischenruf lässt der VZK jeweils eine Persönlichkeit ausserhalb des Verbands zu Wort kommen.

Im Rahmen eines sogenannten Expertengruppenberichts zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) wurde mit hoher Priorität eine verbindliche Zielvorgabe für das OKP-Ausgaben-Wachstum genannt. Damit sollen der politische Druck und die nötige Verbindlichkeit entstehen, damit die einzelnen Akteure in den jeweiligen Bereichen Einsparungen dort realisieren, wo sie am besten erfolgen sollten.

Ausgaben zu beschränken, ohne zu sagen, was man nicht mehr will, mag politisch populär sein. Es widerspricht aber den Leistungsversprechen in einem Versicherungssystem. Da hilft es nicht, wenn verschiedene Akteure von einer «Schuldenbremse» reden. Die soziale Krankenversicherung hat keine Schulden. Die Versicherten zahlen jedes Jahr alle Kosten über Prämien erhöhungen. Die Ausgaben an das Wirtschaftswachstum zu koppeln, ist zudem kontraproduktiv. Gerade in wirtschaftlich schwierigeren Zeiten braucht es oft höhere Ausgaben, z. B. für Rehabilitation oder Psychiatrie.

Ein Globalbudget ist auch mit dem Wechsel vom Kostenerstattungs- zum Sachleistungsprinzip verbunden. Der Versicherer tritt mit seiner Zahlung die Verantwortung für die Finanzierung der Leistungen an ein Gremium ab, das die Mittel

verteilt. Der Wechsel zum Sachleistungsprinzip impliziert ebenfalls die Abschaffung der wählbaren Franchisen. Damit ist ein eigentliches Regulierungsmonster verbunden, denn alle Kassen müssen ihre Beiträge an eine neu zu schaffende zentrale Instanz einzahlen. Diese verwaltet das Globalbudget, bezahlt Spitäler, Ärzte etc. nach bestimmten Formeln und macht die Rückabwicklungen nach Jahresabschluss, wenn die Budgetannahmen nicht stimmen.

MIT DEM GLOBALBUDGET LASSEN SICH KAUM KOSTEN SPAREN

Völlig unerwähnt geblieben ist im Bericht, dass die «Modell»-Länder Deutschland und Niederlande entweder nicht über ein Globalbudget über das gesamte System verfügen oder damit die Kostenentwicklung nicht einschränken konnten. Denn es hat sich gezeigt: In keinem der beiden Länder ist es gelungen, über an der Wirtschaftsentwicklung orientierte Globalbudgetansätze die Totalausgaben für das Gesundheitswesen am Bruttoinlandprodukt zu reduzieren.

Selbst wenn man ein solches Instrument trotz aller Bedenken dennoch einführen wollte, ist zu fragen, wie der Bund Vorgaben machen will, wenn er in der vom 1. Dezember 2017 stammenden Antwort auf die Interpellation von Nationalrat Christian Lohr zu «Strukturerhaltung, Überversorgung und übermässige Kosten der Krankenversicherung» schreibt: «Der Bundesrat kann aufgrund der ihm zur Verfügung stehenden Zahlen nicht beurteilen, ob der Ausbau im Spitalbereich unangemessen ist.»

Interessant ist die Meinung des Bundesrates, «dass namentlich das Angebot zu begrenzen ist». Er würde sich damit an etwas wagen, das selbst die für die Spitalplanung verantwortlichen Kantone oft nicht schaffen (wollen). Globalbudgets sind

zudem zur Angebotsbegrenzung untauglich, denn sie führen in der Regel zum gegenteiligen Effekt: Weil der Leistungserbringer den Preis für seine erbrachten Leistungen erst am Ende der Periode erfährt, wird er die Menge maximieren wollen, um sein angestrebtes Einkommen zu sichern.

Hier und bei den Rollenkonflikten der Kantone gehört angesetzt und nicht bei einem Globalbudget.

ALTERNATIVE: DEN FOKUS AUF DIE QUALITÄT LEGEN

Wirtschaftlichkeit kann es in einer OKP ohne Wirksamkeit nicht geben. Daher ist der Qualitätsbegriff zu schärfen. Auf dem Verordnungsweg (Artikel 77 KVV) hätte der Bundesrat dazu seit der Einführung des eidgenössischen Krankenversicherungsgesetzes (KVG) über 20 Jahre Zeit gehabt.

Der ehemalige Ärztliche Direktor des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf, Prof. Dr. Jörg F. Debatin, formulierte es so: «If you focus on quality, you will reduce costs. If you focus on costs, you will reduce quality.»

Im Bereich der Rehabilitation beispielsweise könnten durch eine Schärfung des Begriffs unnötige Leistungsausweitungen durch Pseudoanbieter aus den Bereichen Hotellerie, Resorts, Kur und Langzeitpflege verringert bzw. ganz vermieden werden. Gesundheitsökonom Heinz Locher, Mitglied der Expertengruppe Diener, äusserte sich zu einem Projekt auf dem Bürgerstock: «Wenn man schon ein so schönes, neues Resort im eigenen Kanton bekommt, ist es doch eine «patriotische Pflicht», dieses auf die Spitalliste zu nehmen. Diesen Eindruck habe ich bekommen. Das ist Wirtschaftsförderung, Regionalpolitik, wie das häufig passiert. Aber es ist einfach nicht gesetzeskonform. (...) Ein Hotel darf nicht auf eine Spitalliste. Da gibt es ganz klare Bestimmungen. Ein Hotel oder ein Kurhaus ist keine Rehaklinik.»

Unbegreiflicherweise hat es der Bundesrat bisher verpasst, jene klaren Rahmenbedingungen zu erlassen, welche die Kantone zwingen, das Angebot gemeinsam zu koordinieren, dabei die realen Patientenströme zu beachten und eine schweizweite Überversorgung zu verhindern.

AMBULANT STATT STATIONÄR: WO IST DAS PROBLEM?



Thomas Brack

Direktor Spital
Limmattal

Das Thema der Ambulantisierung der Medizin beschäftigt das Spital Limmattal seit Langem. Mit dem Start für den Gesamtleistungswettbewerb im Jahr 2012 sind wir bereits davon ausgegangen, dass es eine Verschiebung der Behandlungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich geben wird. Und zwar hauptsächlich aufgrund des medizinischen Fortschrittes und der Beobachtung der Entwicklung in anderen Ländern.

Entsprechend erfolgt auch die Planung des neuen Spitals unter Berücksichtigung dieser Verschiebung. Das Resultat: Eine gleichbleibende Bettenzahl bei steigendem Patientenaufkommen, vergrösserte Flächen für die Erbringung ambulanter Leistungen sowie eine direkt an die Kleineingriffsräume angeschlossene Tagesklinik. So werden effiziente und kurz dauernde ambulante Eingriffe ermöglicht.

UNAUSGEWOGENES FINANZIERUNGSSYSTEM

Neu ist ab Januar 2018, dass staatliche Eingriffe durch Bund und Kantone ein unausgewogenes Finanzierungssystem zwischen dem ambulanten und stationären Bereich mit zusätzlichen Regulierungen zu flicken versuchen, um Kosten zu sparen. Die Managementlehre definiert dieses Vorgehen als Mikromanagement. Das lässt sich damit vergleichen, wie wenn wir im Spital die Kosten stabilisieren wollten, indem der Verwaltungsrat per Beschluss die Schnitzel auf dem Menüplan der Küche durch Cervelats ersetzen würde.

Das bestehende Finanzierungssystem führte in den letzten Jahren dazu, dass die Ambulantisierung nur schleppend umgesetzt wurde. Anstatt auf übergeordneter Ebene sinnvolle Rahmenbedingungen zu schaffen, beschäftigen sich Bund und Kanton damit, unterschiedliche Listen für zwingend ambulant durchzuführende Eingriffe zu definieren. Diese sind mit weiteren Listen verbunden, in welchen Fällen man trotzdem stationär behandeln darf. Zusätzlich gibt es ein entsprechendes Kontrollsystem, was den administrativen Aufwand weiter erhöht. Die Ambulantisierung, eine medizinisch positive Entwicklung, mit vielen Vorteilen für die Patientinnen und Patienten sowie das Gesundheitssystem als Ganzes, werden einmal mehr zu einem politischen Spielball.

Die Leistungserbringer haben per se nicht wirklich ein Problem, ambulant zu behandeln. Sicherlich, Infrastrukturen sind anzupassen und Prozesse neu zu definieren und die Mitarbeitenden müssen sich mit neuen Abläufen auseinandersetzen. Das ergibt grosse Herausforderungen. Ein Spital das erfolgreich sein will, muss und kann solche Entwicklung aber bewältigen.

ÜBERREGULIERUNG VERTEUERT DAS SYSTEM

Schwierig und zu einem Problem werden kann es für ein Spital aber dann, wenn es sich nebst den inhaltlichen, meist sinnvollen Entwicklungen auch noch mit einer immer grösser werdenden Regulierungsdichte auseinandersetzen muss.

Bedauerlicherweise ist es Bund, Kanton, Krankenkassen und Leistungserbringern vor allem aufgrund falscher finanzieller Anreize nicht gelungen, sich auf Rahmenbedingungen zu einigen, welche die medizinische Entwicklung sinnvoll unterstützen. Da wäre zum Beispiel die im

heutigen System absurde Definition von „stationär“ und „ambulant“ den neuen Gegebenheiten anzupassen (Mitternachtsregelung[1]). Damit würden wir eine Basis für effiziente ambulante Behandlungen schaffen, welche auch den psychosozialen Umständen der Patientinnen und Patienten Rechnung trägt. Es wäre wichtig, die Energie darauf zu fokussieren, ein für das Gesundheitswesen fruchtbares, innovatives Umfeld zu schaffen. Viele gute Ideen sind vorhanden, wie die Ambulantisierung in den Spitalalltag integriert werden kann. Nur können diese aufgrund unflexibler Regulierungen nur mit grossem Aufwand und Verzögerungen umgesetzt werden.

Einmal mehr steigt nun kurzfristig der Druck bei den Leistungserbringern, ihre Arbeit noch effizienter und kostengünstiger zu erbringen, um in einem grundsätzlich unterfinanzierten System zu überleben. Mit dieser Massnahme der 16 ambulanten durchzuführenden Eingriffe wird die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen nicht gestoppt. Da gibt es deutlich wirksamere Möglichkeiten: Anpassung des KVG-Leistungskatalogs, Auflösung des Vertragszwangs mit gleichzeitiger Aufhebung der Spitalplanung und Reduzierung von kostentreibenden Vorschriften.

ZUFRIEDENE PATIENTEN SIND UNS WICHTIG

Trotz all dieser regulatorischen Mängel sollten wir uns der Ambulantisierung nicht verweigern und insbesondere die medizinische Entwicklung zulassen. Dringend müssen aber die nachhinkenden Regulierungen und das Finanzierungssystem entsprechend dem Fortschritt in der Leistungserbringung angepasst werden. Dazu braucht es die Bereitschaft der Kantone, der Krankenkassen und der Leistungserbringer sowie den Willen, sich auf die relevanten Themen zu konzentrieren.

Wir sollten zudem nicht vergessen, dass wir über eines der besten Gesundheitswesen weltweit verfügen und die Zufriedenheit entsprechend hoch ist. Darauf dürfen wir stolz sein.

[1] Wenn heute ein Patient am gleichen Tag ein- und austritt, wird eine Behandlung als «ambulant» definiert. Diese Einteilung verunmöglicht es einem Spital, gewisse ambulante Operationen am Nachmittag oder Abend durchzuführen. Denn Patienten sollten nach einem Eingriff ein paar Stunden zur Überwachung im Spital bleiben können. Sinnvoller und effizienter wäre es, eine 24-Stunden-Regel einzubauen.

«MORGENS IN DER REHABILITATION, NACHMITTAGS AM ARBEITSPLATZ»



Jan Sobhani

Geschäftsführer RehaClinic
Zürich AG / Region
Glarnerland

Die einzelnen kantonalen Gesundheitsdirektionen haben für die Akutkliniken Listen von invasiven Eingriffen erstellt, welche seit dem 1. Januar 2018 primär ambulant durchgeführt werden müssen. Für diese Operationen gibt es nur wenige Indikationen, welche zu einer stationären Rehabilitation führen können. Bei Patientinnen und Patienten, welche sich diesen Operationen unterziehen müssen, war auch in der Vergangenheit kaum je eine stationäre Rehabilitation nötig.

KÖNNEN SICH DIE REHABILITATIONSANBIETER DEM TREND «AMBULANT VOR STATIONÄR» ENTZIEHEN?

Betrifft dies nur Patientinnen und Patienten mit leichten Erkrankungen ohne Rehabilitationsbedarf? Mitnichten. «Am Morgen zur Rehabilitation, am Nachmittag zur Arbeit.» Diese Forderung steht bei Betroffenen und Kostenträgern zu Recht im Raum. Eine ambulante wohnorts- beziehungsweise arbeitsplatznahe Rehabilitation kann den Behandlungserfolg positiv beeinflussen und die Rückkehr in das angestammte berufliche und soziale Umfeld beschleunigen.

Fortschritte bei der medizinischen Behandlung und Medikation werden unbestrittenermassen dazu führen, dass vermehrt ambulante rehabilitative Massnahmen eingesetzt werden. Es wird sich zeigen, ob diese Verschiebung von stationär zu ambulant gelingt. Es kann auch sein, dass die bereits heute zu beobachtende, zunehmende Komplexität

und Polymorbidität der anteilmässig immer grösseren Zahl an hochbetagten Patientinnen und Patienten den Effekt neutralisiert.

IST DIE REHABILITATIONSBRANCHE AUF DIESE ENTWICKLUNGEN VORBEREITET?

Traditionell liegen Rehabilitationskliniken eher in ländlichen und voralpinen Regionen, fernab von Ballungszentren, also nicht in der Nähe des Wohn- oder Arbeitsortes der Patientinnen und Patienten. Dies aber wäre eine wesentliche Voraussetzung für die Förderung von «ambulant vor stationär».

Die Rehabilitation rückt zeitlich zunehmend näher an die Akutbehandlung. Die Frage des Leistungserbringungsstandortes wird deshalb immer häufiger gestellt. Die räumliche Distanz zu den Zentrumsspitalern bedeutet je länger je mehr einen erheblichen Nachteil, da die häufig abgelegenen Rehabilitationskliniken vermehrt diagnostische und medizinische Vorhalteleistungen^[1] bereitstellen müssen.

Wohnorts- und zentrumsnahe Rehabilitationskliniken profitieren von integrierten Versorgungsmodellen, von kurzen Interventionszeiten und dem Verzicht auf risikoreiche Verlegungstransporte. Die Vorhalteleistungen entfallen respektive werden von Akutspitalern qualitativ hochstehend und kostenoptimiert übernommen.

Fazit: Die Rehabilitationsbranche wird, unabhängig von der Regel «ambulant vor stationär», nicht um einen Strukturwandel herumkommen.

THERAPIEERFOLG DURCH INTENSIVES ZUSAMMENWIRKEN

Die für eine wohnorts- respektive arbeitsplatznahe, ambulante Rehabilitation notwendige Infrastruktur ist erst in Ansätzen vorhanden. Therapiezentren, die nur eine Disziplin wie beispielsweise eine klassische Physiotherapie anbieten, können den ambulanten Rehabilitationsbedarf nicht abdecken. Ausschlaggebend für den Therapieerfolg ist das intensive Zusammenwirken verschiedener Disziplinen und Berufe.

Gemeint sind hiermit nicht nur die einzelnen Therapiebereiche wie Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie und Neuropsychologie, sondern darüber hinaus auch die Kooperation mit den behandelnden Ärzten, mit beruflichen Integrationspezialisten oder dem Sozialdienst. Alle Spezialisten sind im Idealfall unter einem Dach vereint.

Mit der Etablierung zusätzlicher, ambulanter Rehabilitationskapazitäten sind jedoch noch nicht alle Voraussetzungen erfüllt, um den ambulanten Sektor zu fördern. Es mangelt an kostendeckenden Tarifen zur Abgeltung der therapeutischen Leistungen. Die Therapeuten arbeiten heute für Stundenansätze, welche jeder Handwerker als Dumpingpreise bezeichnen würde.

ENTSCHEIDEND FÜR DIE ENTWICKLUNG: STANDORT UND FINANZIERUNG

Kommen wir zurück auf die einleitend formulierte Vision «morgens in der Rehabilitation, nachmittags am Arbeitsplatz». Um diese Vision realisieren zu können, braucht es grundlegende Veränderungen sowohl im (infra)strukturellen als auch im finanziellen Bereich: Zum einen brauchen wir eine Verlagerung der Rehabilitationskliniken in Richtung Ballungszentren, also in die Nähe der Wohn- und Arbeitsorte. Zum anderen sind neue gesamtschweizerische Tarifstrukturen und Finanzierungsmodelle dringend notwendig, um eine Kostendeckung zu erreichen, welche eine Verschiebung in den ambulanten Bereich fördert.

Die Rehabilitationskliniken sind bereit, diesen neuen Weg einzuschlagen. Aufgabe der Kostenträger und Planungsbehörden ist es nun, den Weg zu ebnen.

[1] Da die Behandlungen medizinisch zunehmend komplexer werden, müssen Rehabilitationskliniken bei Behandlungen immer häufiger auf diagnostisches und medizinisches Spezialwissen zurückgreifen können. Spitalnahe Institutionen können diesen Bedarf an zusätzlichem Wissen und Infrastruktur in Kooperation mit einem Akutspital abdecken. Abgelegene Rehabilitationskliniken müssen dieses Wissen dennoch bereitstellen. Die Folge sind Vorhalteleistungen, welche wegen den insgesamt dann doch kleinen Fallzahlen teuer und oft auch nicht in der geforderten Qualität verfügbar sind.

TARIFE SETZEN FALSCH ANREIZE



Barbara Nabold

lic. oec. publ.
Tarife und Betriebswirtschaft,
Verband Zürcher
Krankenhäuser

Der Kanton Zürich hat 2017 eine Liste mit 16 Behandlungen definiert, die ab 1. Januar 2018 ambulant statt stationär durchgeführt werden müssen. Zu den Behandlungen gehören beispielsweise der Graue Star, Kniearthroskopien oder einfache Mandeloperationen. In gewissen Fällen kann dennoch ein stationärer Aufenthalt nötig sein. Liegen besonders schwere Erkrankungen oder soziale Umstände vor, sind Ausnahmen möglich. Diese müssen jedoch vom Spital dokumentiert und begründet werden. Mit dem Grundsatz «ambulant vor stationär» will der Kanton Zürich Geld sparen. Die Rede ist von jährlich 10 Millionen Schweizer Franken. Denn bei stationären Aufenthalten finanziert er 55 % der Behandlung, während für ambulante Behandlungen alleine die Krankenversicherer aufkommen.

FÜR GLEICHE REGELN IN DER GANZEN SCHWEIZ

Der Kanton Luzern hat als erster Kanton eine Liste mit ambulant durchzuführenden Behandlungen per 1. Juli 2017 eingeführt. Auf Anfang 2018 folgen neben dem Kanton Zürich auch die Kantone Wallis, Zug und Aargau. Später im Jahr schliesst sich auch der Kanton Schaffhausen der Zürcher Lösung an. Das Bundesamt für Gesundheit plant eine nationale Lösung auf das Jahr 2019.

Der VZK begrüsst schweizweit einheitliche Regeln, welche die Indikationen, Ausnahmen und das Verfahren regeln. Dabei plädiert er für die Zürcher Lösung, bei welcher Ausnahmefälle nach der Behandlung stichprobenweise geprüft werden.

Müssten bei den Ausnahmen vorgängig Kostengutsprachen eingeholt werden, würde sich der administrative Aufwand massiv erhöhen.

TARIFE KORRIGIEREN STATT WEITER ZU REGULIEREN

Volkswirtschaftlich betrachtet ist die Idee einer solchen Regelung sinnvoll. Wenn der medizinische Fortschritt eine kürzere Behandlungsdauer erlaubt, die Patientenbedürfnisse ebenfalls in diese Richtung zielen und davon ausgegangen werden kann, dass ambulante Eingriffe im Vergleich zu stationären in der Regel deutlich günstiger sind, ist die Verlagerung sinnvoll.

Bedauerlich ist hingegen, dass der Kanton überhaupt regulatorisch eingreift. Das Problem sind die heutigen finanziellen Anreize. So stellen wir anhand unserer Daten fest, dass sowohl die stationären als auch die ambulanten Spitaltarife mit 96 % respektive 85 % nicht kostendeckend sind. Einzig bei den stationären zusatzversicherten Patientinnen und Patienten kann ein Deckungsbeitrag erzielt werden.

Für Ökonomen ist es deshalb nicht verwunderlich, dass bei dieser Ausgangslage stationäre gegenüber ambulanten Behandlungen bevorzugt werden. Hätten wir im ambulanten Bereich endlich kostendeckende Tarife, wäre eine solche Liste mit dem damit verbundenen administrativen Aufwand gar nicht nötig. Mit korrigierten finanziellen Anreizen würde alleine nach medizinischer Indikation entschieden, ob der Eingriff ambulant oder stationär durchgeführt werden soll.

Statt die finanziellen Anreize in diese Richtung zu korrigieren, hat der Bundesrat im Herbst 2017 zusätzlich einen Eingriff in die ambulante Tarifstruktur TARMED beschlossen und will damit jährlich 470 Millionen Franken einsparen. Mit diesem erneuten Eingriff des Bundesrates sinkt die Kostendeckung im ambulanten Bereich um weitere Prozentpunkte. Wie

die Daten der VZK-Spitäler zeigen, kann heute kein einziges Spital mit dem TARMED-Taxpunktwert von CHF 0.89 kostendeckend arbeiten. Auch erhalten die Akutspitäler im Gegensatz zu den psychiatrischen Kliniken im Kanton Zürich keine Subventionen für ihre Ambulatorien.

SPITÄLER BRAUCHEN GEWINN, UM ZU INVESTIEREN

In der Vergangenheit wurden die Anlagenutzungskosten durch den Kanton mitfinanziert. Mit dem Wechsel zur neuen Spitalfinanzierung per 1. Januar 2012 entfiel diese Mitfinanzierung für die Akutspitäler vollständig. Es ist deshalb an der Zeit, dass die Anlagenutzungskosten mit dem Taxpunktwert abgegolten werden, damit auch in Zukunft die nötigen Investitionen getätigt werden können. Aus diesem Grund hat der VZK beim Regierungsrat die Festsetzung des TARMED-Taxpunktwertes in der Höhe von CHF 1.03 beantragt.

Neben der Erhöhung des TARMED-Taxpunktwertes könnten folgende Ansätze etwas zur Verbesserung der Situation beitragen.

- Ambulante und stationäre Behandlungen sollten für die Leistungserbringer die vollen Kosten decken oder zumindest bezüglich Kostendeckungsgrad identisch sein.
- Für ambulante Behandlungen muss die Tarifstruktur (heute Einzelleistungstarif TARMED) wie von H+ gefordert angepasst werden.
- Einzelne ambulante Leistungen könnten mit Pauschalen abgegolten werden. Die Gesundheitsdirektion und der VZK haben für 2018 ein entsprechendes Pilotprojekt geplant.
- An der Schnittstelle zwischen ambulant und stationär könnte eine neue Behandlungsart definiert werden. Darunter würden geplante Spitalaufenthalte fallen, bei denen ein Pflegestationsbett oder der Operationsaal einschliesslich Anästhesie für maximal 24 Stunden benötigt werden. Je nach Ausgestaltung des Kostenteilers und des zu

erreichenden Kostendeckungsgrads können die finanziellen Anreize korrekt gesetzt werden. Kantonale oder nationale Listen mit dem entsprechenden administrativen Aufwand würden überflüssig.

- Die bestehenden Fehlanreize im Zusammenhang mit Zusatzversicherungshonoraren könnten mit der Einführung von Zusatzversicherungsprodukten im ambulanten Bereich beseitigt werden.

FORDERUNGEN DES VZK

Der VZK setzt sich dafür ein, dass die Tarife auch in der Grundversicherung die Kosten decken. Damit würden etliche Fehlanreize behoben. Weiter plant der VZK für 2018 ein Pilotprojekt mit der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich, bei dem ambulante Fallpauschalen entwickelt werden.

AUSWIRKUNGEN DER NEUEN REGEL «AMBULANT VOR STATIONÄR» AUF DIE PFLEGEZENTREN



Fridolin Schraner

Direktor Pflegezentrum

Rotacher, Dietlikon

Viele äussern den Wunsch, nach einem Spitalaufenthalt möglichst schnell wieder zu Hause oder in ihrer gewohnten Umgebung, beispielsweise im Pflegezentrum, leben zu können. So gesehen entspricht der Entscheid des Regierungsrates des Kantons Zürich, gewisse Behandlungen statt stationär nur noch ambulant durchzuführen, nicht nur einem ökonomischen Ziel, sondern einem konkreten Bedürfnis der Patienten und ist grundsätzlich zu begrüßen.

Als flankierende Massnahme, und um keine Versorgungslücken entstehen zu lassen, hat die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich Ausnahmekriterien definiert: Beispielsweise, wenn der Patient besonders schwer erkrankt ist, schwere Begleiterkrankungen hat, postoperativ eine intensive Behandlung oder Betreuung nötig ist oder soziale Faktoren vorliegen, die eine ambulante Behandlung verunmöglichen.

Wenn wir uns vor Augen führen, dass in der Schweiz rund 2,2 Millionen Menschen¹ an chronischen Krankheiten leiden, muss davon ausgegangen werden, dass etwa ein Viertel der Eingriffe und Untersuchungen überprüft werden müssen, ob die neue Regel auf sie anzuwenden ist. Neben der medizinischen Diagnostik kommen dem Nachsorgebedarf und der Sozialanamnese eine zentrale Bedeutung zu. Welche Ressourcen braucht es, damit der Patient nach dem Eingriff wieder in sein gewohntes Umfeld zurückkehren kann?

GUTE PLANUNG VERBESSERT DIE GENESUNG UND SCHONT RESSOURCEN

Sind die Ressourcen des zu behandelnden Patienten vor dem geplanten Eingriff ungenügend abgeklärt und wird die Nachsorge nicht individuell geplant, kompensieren nachbetreuende Organisationen wie Pflegezentren, Spitex und Hausärzte oder Angehörige die entstehende Versorgungslücke. Dies führt für den Patienten, Angehörige und Fachpersonal zu viel Stress und vermeidbaren Kosten in Form von zusätzlichem Zeitaufwand.

Zudem besteht in diesen Fällen auch immer das erhöhte Risiko, dass sich der Gesundheitszustand des Patienten erneut verschlechtert. Rehospitalisationen oder Notfalleintritte in ein Pflegezentrum sind die eigentlich vermeidbaren Folgen. Dadurch wird nicht nur die Lebensqualität des Patienten drastisch eingeschränkt, sondern auch die angestrebte Kostenreduktion zunichtegemacht oder zumindest massiv geschmälert.

Aus diesen Überlegungen gewinnt der viel zitierte, systemübergreifende, interprofessionelle und interdisziplinäre Patientenpfad massiv an Bedeutung. Das strukturierte Zusammenspiel der gesamten Behandlungskette und der darin involvierten Berufsgruppen gewährleistet, dass sich die Eingriffs- und Nachsorgeplanung konsequent an der Patientensicht und damit an dessen Bedürfnissen und Möglichkeiten orientiert.

Zusammen mit dem Patienten ist das vorgelagerte Versorgungssystem wie Pflegezentren, Spitex, Hausarzt oder Angehörige für die Definition der vorhandenen Ressourcen zwingend in die Planung einzubeziehen. Zusammen mit dem

Behandlungsteam entwickeln alle Beteiligten in einem nächsten Schritt den zu erwartenden Nachsorgebedarf und entwerfen die daraus resultierenden individuellen Massnahmen.

Für postoperative Situationen, welche eine intensive Behandlung und Betreuung erfordern, sind die Pflegezentren mit ihren spezialisierten Akut- und Übergangspflegeabteilungen bestens ausgerüstet. Diese interprofessionell konzipierten Abteilungen gewährleisten die für den Patienten spezifisch nötige Pflege und Therapie. Ziel ist es, dass der Patient seinen Ressourcen entsprechend so schnell wie möglich wieder ein möglichst selbstständiges Leben in den eigenen vier Wänden führen kann.

DIE POSTAKUTE PFLEGE BRAUCHT NEUE FINANZIERUNGSMODELLE

Neben dem proaktiven Informationsaustausch innerhalb des Patientenpfades müssen für die Finanzierung der Nachsorge in Pflegezentren zwingend neue Lösungsansätze entwickelt werden. Denn aktuell bedeutet eine Verlegung aus dem Akut- in den stationären Langzeitbereich für den Patienten, dass er die Kosten für Hotellerie und Betreuung selber bezahlen muss und seine Wohngemeinde für einen wesentlichen Kostenbeitrag an den entstehenden KVG-Leistungen aufkommen muss. Solange die Verlegung eines Patienten in ein Pflegezentrum massgebend von ökonomischen Realitäten gesteuert wird, kann das Potenzial eines integrativen Patientenpfades nicht zum Nutzen aller Beteiligten ausgeschöpft werden.

Die Initiative des Regierungsrates des Kantons Zürich, gewisse Interventionen nur noch ambulant durchzuführen, kann zum Nutzen aller Beteiligten, insbesondere natürlich des Patienten, aufgebaut werden. Voraussetzung dafür ist, dass die Systemgrenzen in einem systematischen Ansatz überwunden werden. Neue Finanzierungsmodelle für postakute Pflege, Therapie und Betreuung in Pflegezentren sind zu entwickeln. Zudem ist ein möglichst zeitnaher Informationsaustausch zwischen allen Akteuren sicherzustellen. Ansonsten besteht die akute Gefahr, dass

Versorgungslücken entstehen, unnötige Rehospitalisationen generiert werden. Damit würde die Lebensqualität der zu behandelnden Menschen massiv eingeschränkt und die angestrebte Kosteneinsparung könnte nicht erreicht werden.

[1] Nationaler Gesundheitsbericht 2015 / Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuenburg

FAKTEN FÜR DAS GESCHÄFTSJAHR 2017



ORGANISATION

VORSTAND

PRÄSIDENT

- **Schär Christian**, Dr. phil. Direktor, Careum Bildungszentrum, Zürich

- **Zemp André**, HWV, Spitaldirektor, Stadtspital Triemli, Zürich (ab 01.10.17)

- **Zünd Gregor B.**, Prof. Dr. med., Vorsitzender der Spitaldirektion, UniversitätsSpital Zürich

MITGLIEDER

- **Brack Thomas**, Chemiker HTL, Spitaldirektor, Spital Limmattal, Schlieren (ab 26.10.17)

BERATEND

- **Kalberer Daniel**, lic. rer. publ. HSG, Geschäftsleiter, VZK, Zürich

- **Carigiet Erwin**, Dr. iur., Spitaldirektor, Stadtspital Triemli, Zürich (bis 30.09.2017)

DIREKTORINNEN- UND DIREKTORENKONFERENZ VORSITZ

- **Furler Lukas S.**, Dr. iur., Spitaldirektor, Stadtspital Waid, Zürich (ab 26.10.17)

- **Schär Christian**, Dr. phil., VZK-Präsident

- **Kehl Thomas**, Dr. med., Direktor, Zürcher RehaZentren Davos und Wald

BERATEND

- **Mühlemann Andreas**, Spitaldirektor, Spital Uster

- **Kalberer Daniel**, lic. rer. publ. HSG, Geschäftsleiter

GESCHÄFTSSTELLE VZK

- **Kalberer Daniel**, lic. rer. publ. HSG, Geschäftsleiter
- **Nabold Barbara**, lic. oec. publ., Tarife und Betriebswirtschaft Spitäler
- **Rietmann Gabriela**, Assistentin des Geschäftsleiters (ab 01.04.2017)
- **Rüeger Monika**, BSc ZFH, Kommunikationsverantwortliche
- **Schütt Jürgen**, lic. oec. publ., Tarife und Betriebswirtschaft Spitäler, Rettungs- und Krankentransportdienst
- **Steinbach Adolf**, MAS Organisationsentwicklung,

Qualitätsmanagement

- **Zimmermann Christine**, dipl. Personalfachfrau IAP, Assistenz, Personalwesen (bis 31.05.2017)

FREIE MITARBEITER

- **Korolnik Bernhard**, lic. iur., RA Verbandsjurist, Zürich
- **Schärer Patrick**, Treuhänder mit eidg. Fachausweis, Veriduna Treuhand AG, Dübendorf

REVISIONSSTELLE

- **KPMG AG**, ZÜRICH

AUSSCHÜSSE UND KOMMISSIONEN

TARIFE UND PREISE

TARIFE SOZIALVERSICHERUNGEN

- **Mühlemann Andreas**, Spitaldirektor, Spital Uster (Vorsitz)
- **Brack Thomas**, Chemiker HTL, Spitaldirektor, Spital Limmattal, Schlieren
- **Kalberer Daniel**, lic. rer. publ. HSG, Geschäftsleiter, VZK, Zürich
- **Nabold Barbara**, lic. oec. publ., Tarife und Betriebswirtschaft Spitäler, VZK, Zürich
- **Schütt Jürgen**, lic. oec. publ., Tarife und Betriebswirtschaft Spitäler, Rettungs- und Krankentransportdienste, VZK, Zürich

HQUALITY®, ZUSATZVERSICHERUNGEN

STEUERUNGSAUSSCHUSS

- **Mühlemann Andreas**, Spitaldirektor, Spital Uster (Vorsitz)
- **Pfammatter Matthias A.**, lic. oec. HSG, See-Spital, Horgen und Kilchberg
- **Brack Thomas**, Chemiker HTL, Spitaldirektor, Spital Limmattal, Schlieren (neu ab 2017)

GESCHÄFTSSTELLE

- **Kalberer Daniel**, lic. rer. publ., HSG, Geschäftsleiter, VZK, Zürich
- **Schütt Jürgen**, lic. oec. publ., Tarife und Betriebswirtschaft Spitäler, VZK, Zürich

ZERTIFIZIERUNGSSTELLE

- **Saldutto Biagio**, lic. phil. I, Geschäftsführer, QUALIS evaluation GmbH, Zürich

QUALITÄTSKOMMISSION

PRÄSIDENT

- **Baumgartner Ralph**, MBA, dipl. Ing. FH, Geschäftsführer Services, RehaClinic AG, Bad Zurzach

MITGLIEDER

- **Bollinger Alfred**, Dr. med., Leiter Medizincodierung, UniversitätsSpital Zürich
- **Schwinger Simone**, Klinikleiterin, Limmatklinik AG, Zürich
- **Judith Seitz**, Pflegedirektorin, Universitätsklinik Balgrist, Zürich (ab 01.08.2017)

— **Vettori Orsola Lina**, Dr. iur., Spitaldirektorin, Spital Zollikerberg

— **Zerkiebel Nic**, KD Dr. med., Chefarzt Innere Medizin, Spital Bülach AG

BERATEND

— **Kalberer Daniel**, lic. rer. publ. HSG, Geschäftsleiter, VZK, Zürich

— **Steinbach Adolf**, Qualitätsmanager, VZK, Zürich

ÖKOLOGIEKOMMISSION VZK/H+

PRÄSIDENT

— **Spielmann Matthias P.**, MHA CEO, GZO AG Spital Wetzikon

MITGLIEDER

— **Bucher Reto**, Leiter Beschaffung und Logistik, Kantonsspital Aarau AG, Aarau

— **Enderle Franziska**, dipl. Umwelt-Natw. ETH, Arbeitssicherheit Schweiz, Zürich (bis

23.11.2017)

— **Hartmann Yves Elmar**, Leiter Umwelt und Qualität IH, Universitätsspital Basel

— **Hefti Katharina**, Beraterin für Spitalhygiene, GZO AG Spital Wetzikon

— **Hodel Beat**, Dr. sc. nat., Ökologieberater, Basler & Hofmann, Esslingen

— **Hurni Teuscher Andreas**, Sicherheit, Gesundheit und Umwelt, ETH, Zürich

— **Kalberer Daniel**, lic. rer. publ. HSG, Geschäftsleiter, VZK, Zürich

— **Kilchenmann Margrit**, Leiterin Stabsstelle Ökologie, Inselspital, Bern (bis 01.03.2017)

— **Schütz Erika**, Projektleiterin Arbeitssicherheit, H+ Die Spitäler der Schweiz, Bern (ab 01.01.2017)

— **Weder Andrea**, Abfallwirtschaft und Betriebe AWEL, Zürich

ORGANISATIONEN MIT GESCHÄFTSFÜHRUNG UND SEKRETARIAT BEIM VZK

KONFERENZ KANTONALE KRANKENHAUSVERBÄNDE K3 BÜNDNER SPITAL- UND HEIMVERBAND (BSH)

— **Derungs Daniel**, Geschäftsführer (ab 01.05.2017)

— **Hübner Franco**, Geschäftsführer (bis 30.04.2017)

— **Kleis Claudia**, Präsidentin

DIE SPITÄLER.BE

— **Schöni Christoph**, Geschäftsleiter

— **Birchler Urs**, Dr. oec. publ., Präsident

SOLOTHURNER SPITÄLER AG (SOH)

— **Häusermann Martin**, CEO, K3-Vorsitz

SPITÄLER ZENTRALSCHWEIZ (SPIZE)

— **Frank Ernst**, Geschäftsführer

— **von Planta Fortunat**, Präsident

VERBAND ZÜRCHER KRANKENHÄUSER (VZK)

— **Kalberer Daniel**, lic. rer. publ. HSG, Geschäftsleiter, K3-Sekretariat

— **Schär Christian**, Dr. phil., Präsident

VEREINIGUNG AARGAUISCHER KRANKENHÄUSER (VAKA)

- **Huwiler Beat**, med. Ing. HTL, Geschäftsführer
(bis 30.06.2017)
- **Schneeberger Hans Urs**, Dr. med. vet.,
Geschäftsführer (ab 01.07.2017)
- **Dössegger Hans**, Präsident (bis 30.06.2017)
- **Saner Edith**, Präsidentin (ab 01.07.2017)

VEREINIGUNG NORDWESTSCHWEIZER SPITÄLER (VNS)

- **Zeltner Hans**, Geschäftsführer
- **Ulmann Hans-Peter**, Präsident

KOORDINATIONSKONFERENZ LEISTUNGSERBRINGER AMBULANZDIENST KLA

- **Schütt Jürgen**, lic. oec. publ., VZK, Zürich
(Vorsitz und Sekretariat)
- **Eschenmoser Stefan**, See-Spital, Horgen
- **Gazzani Igor**, Spital Männedorf AG
- **Gervasoni Wladimir**, Spital Lachen AG
- **Haussener Martin**, Schutz und Rettung Zürich
- **Henzen Barbara**, Spital Uster
- **Huggler Markus**, Kantonsspital Winterthur
- **Kirtz Barbara**, Spital Affoltern (ab 2017)
- **Krauer Patrick**, Spital Einsiedeln

- **Kuhn Martin**, Regio 144, Rüti
- **Mezghini Jean**, Spital Bülach AG
- **Schumann Michael**, Schutz und Rettung, Zürich
- **Sturzenegger Markus**, Spital Limmattal,
Schlieren

NETZWERK ZÜRCHER PFLEGEZENTREN (VZK)

- **Schranner Fridolin**, Pflegezentrum Rotacher
Dietlikon (Vorsitz)
- **Baumann Johannes**, Pflege Eulachtal, Elgg
- **Caruso Enrico**, Pflegezentrum GerAtrium
Pfäffikon ZH
- **Hüppi Marcel**, Management Support,
Nürensdorf
- **Hunter Astrid**, Pflegezentrum Spital Limmattal,
Schlieren
- **Kalberer Daniel**, lic. rer. publ. HSG, VZK,
Zürich
- **Meier Edwin**, Spital Affoltern (neu ab 2017)
- **Monego Renate**, Pflegezentren Stadt Zürich
- **Prassl Manfred**, Stiftung Amalie Widmer,
Horgen
- **Rentsch Cristian**, Alterszentrum Frohmatt,
Wädenswil
- **Sprenger Markus**, Gesundheitszentrum
Dielsdorf

VZK-MITGLIEDER

VZK-MITGLIEDER

SPITAL AFFOLTERN

8910 Affoltern am Albis
Direktor: Michael Buik
Rechtsträger: Zweckverband
KONTAKT@SPITALAFFOLTERN.CH
WWW.SPITALAFFOLTERN.CH
Telefon 044 714 21 11 / Fax 044 714 25 32

SPITAL BÜLACH AG

8180 Bülach
CEO, Vorsitzender der Geschäftsleitung:
Rolf Gilgen, lic. iur.
Rechtsträger: Aktiengesellschaft
SPITALDIREKTION@SPITALBUELACH.CH
WWW.SPITALBUELACH.CH
Telefon 044 863 22 11 / Fax 044 863 22 04

ZÜRCHER REHAZENTRUM WALD

8636 Faltigberg-Wald
Direktor: Thomas Kehl, Dr. med. (bis 31.09.2017)
CEO: Markus Gautschi, MBA (ab 01.10.2017)
Rechtsträger: Stiftung
INFO@ZHREHA.CH
WWW.ZHREHA.CH
Telefon 055 256 61 11
Fax 055 246 47 20

ADUS-KLINIK

8157 Dielsdorf
Ärztlicher Direktor/Geschäftsführer:
Jakob Oetiker, Dr. med.
Rechtsträger: Aktiengesellschaft
INFO@ADUS-KLINIK.CH
WWW.ADUS-KLINIK.CH
Telefon 044 854 64 90 / Fax 044 854 64 89

GESUNDHEITZENTRUM DIELSDORF

8157 Dielsdorf
Direktor: Markus Sprenger
Rechtsträger: Zweckverband
INFO@GZDIELSDORF.CH
WWW.GZDIELSDORF.CH
Telefon 044 854 62 01 / Fax 044 854 62 92

PFLEGEZENTRUM ROTACHER

8305 Dietlikon
Direktor: Fridolin Schraner
Rechtsträger: Interkommunale Anstalt
INFO@PZ-ROTACHER.CH
WWW.PZ-ROTACHER.CH
Telefon 044 835 71 71 / Fax 044 835 71 77

PFLEGE EULACHTAL

8353 Elgg
Direktor: Johannes Baumann
Rechtsträger: Privatrechtliche Stiftung
INFO@EULACHTAL.CH
WWW.EULACHTAL.CH
Telefon 052 368 51 11 / Fax 052 368 51 12

FOREL KLINIK (NEU AB 26.10.2017)

8548 Ellikon an der Thur
CEO: Nanda Samimi
Rechtsträger: Aktiengesellschaft
INFO@FOREL-KLINIK.CH
WWW.FOREL-KLINIK.CH
Telefon 052 369 11 11 / Fax 052 369 11 12

SEE-SPITAL

8810 Horgen und 8802 Kilchberg
Direktor: Matthias A. Pfammatter, lic. oec. HSG
Rechtsträger: Stiftung
INFO@SEE-SPITAL.CH
WWW.SEE-SPITAL.CH
Telefon 044 728 11 11 / Fax 044 728 11 15

STIFTUNG AMALIE WIDMER

8810 Horgen
Geschäftsleiter: Manfred Prassl
Rechtsträger: Stiftung
INFO@SAWH.CH
WWW.SAWH.CH
Telefon 043 336 44 44 / Fax 043 336 44 45

SPITAL MÄNNEDORF AG

8708 Männedorf
Direktor: Stefan Metzker, Dr. med.
Rechtsträger: Aktiengesellschaft
INFO@SPITALMAENNEDORF.CH
WWW.SPITALMAENNEDORF.CH
Telefon 044 922 22 11 / Fax 044 922 22 66

PFLEGEZENTRUM GERATRIUM PFÄFFIKON ZH

8330 Pfäffikon
Direktor: Enrico Caruso
Rechtsträger: Interkommunale Anstalt
INFO@GERATRIUM.CH
WWW.GERATRIUM.CH
Telefon 044 953 43 43 / Fax 044 953 43 31

PARACELTUS-SPITAL RICHTERSWIL AG

8805 Richterswil
Spitaldirektor: Jens Weber
Rechtsträger: Aktiengesellschaft
INFO@PARACELTUS-SPITAL.CH
WWW.PARACELTUS-SPITAL.CH
Telefon 044 787 21 21 / Fax 044 787 23 51

SPITAL LIMMATTAL

8952 Schlieren
Spitaldirektor: Thomas Brack, Chemiker HTL
Rechtsträger: Zweckverband
DIREKTION@SPITAL-LIMMATTAL.CH
WWW.SPITAL-LIMMATTAL.CH
Telefon 044 733 11 11 / Fax 044 733 20 53

SPITAL USTER

8610 Uster
Spitaldirektor: Andreas Mühlemann
Rechtsträger: Zweckverband
INFO@SPITALUSTER.CH
WWW.SPITALUSTER.CH
Telefon 044 911 11 11 / Fax 044 911 11 00

ALTERSZENTRUM WÄDENSWIL

8820 Wädenswil
Geschäftsführer: Cristian Rentsch
Rechtsträger: Öffentliche Institution der Stadt
FROHMATT@WAEDENSWIL.CH
WWW.FROHMATT.WAEDENSWIL.CH
Telefon 044 789 21 11 / Fax 044 789 21 12

GZO AG SPITAL WETZIKON

8620 Wetzikon
Vorsitzender der Geschäftsleitung:
Matthias P. Spielmann, MHA
Rechtsträger: Aktiengesellschaft
DIREKTION@GZO.CH
WWW.GZO.CH
Telefon 044 934 11 11 / Fax 044 930 05 87

ALTERSZENTRUM WÄDENSWIL

8820 Wädenswil
Geschäftsführer: Cristian Rentsch
Rechtsträger: Öffentliche Institution der Stadt
FROHMATT@WAEDENSWIL.CH
WWW.FROHMATT.WAEDENSWIL.CH
Telefon 044 789 21 11 / Fax 044 789 21 12

KANTONSSPITAL WINTERTHUR

8401 Winterthur
Spitaldirektor: Rolf Zehnder, lic. oec. publ.
Rechtsträger: Öffentlich-rechtliche Anstalt
KSW@KSW.CH
WWW.KSW.CH
Telefon 052 266 21 21 / Fax 052 266 20 43

REHA CLINIC ZÜRICH AG

8006 Zürich
Geschäftsführer: Jan Sobhani
Rechtsträger: Aktiengesellschaft
J.SOBHANI@REHA CLINIC.CH
WWW.REHA CLINIC.CH
Telefon 044 397 38 11 / Fax 044 397 38 12

SPITAL ZOLLIKERBERG

8125 Zollikerberg
Spitaldirektorin: Orsola Lina Vettori, Dr. iur.
Rechtsträger: Stiftung
INFO@SPITALZOLLIKERBERG.CH
WWW.SPITALZOLLIKERBERG.CH
Telefon 044 397 21 11 / Fax 044 397 21 12

KINDERSPITAL ZÜRICH – ELEONORENSTIFTUNG

8032 Zürich
Spitaldirektor: Markus Malagoli, Dr. oec. HSG
Rechtsträger: Stiftung
INFO@KISPI.UZH.CH
WWW.KISPI.UZH.CH
Telefon 044 266 71 11 / Fax 044 266 71 71

KLINIK HIRSLANDEN AG

8032 Zürich
Direktor: Conrad E. Müller, Dr. med. (bis 31.07.2017)
Direktor: Dietmar Mauer, PD Dr. med. (ab 01.08.2017)
Rechtsträger: Aktiengesellschaft
KLINIK-HIRSLANDEN@HIRSLANDEN.CH
WWW.HIRSLANDEN.CH
Telefon 044 387 21 11 / Fax 044 387 24 08

KLINIK SUSENBERG

8044 Zürich
Chefärztin, Vorsitzende der Geschäftsleitung:
Christel Nigg, Dr. med.
Rechtsträger: Gemeinnützige Stiftung
INFO@KLINIKSUSENBERG.CH
WWW.KLINIKSUSENBERG.CH
Telefon 044 268 38 38 / Fax 044 268 38 39

LIMMATKLINIK AG

8005 Zürich
Klinikleiterin: Simone Schwinger
Rechtsträger: Aktiengesellschaft
INFO@LIMMATKLINIK.CH
WWW.LIMMATKLINIK.CH
Telefon 044 448 30 30 / Fax 044 448 30 31

SCHULTHESS KLINIK

8008 Zürich
CEO: Andrea Rytz
Rechtsträger: Stiftung
DIREKTIONSSEKRETARIAT@KWS.CH
WWW.SCHULTHESSKLINIK.CH
Telefon 044 385 75 21 / Fax 044 385 75 31

KLINIK LENGG AG

8008 Zürich
CEO: Thomas Straubhaar, lic. rer. pol. (bis
31.07.2017)
CEO und Vorsitzender der Geschäftsleitung:
Andreas Greulich, MSc (ab 01.10.2017)
Rechtsträger: Aktiengesellschaft
INFO@KLINIKLENGG.CH
WWW.KLINIKLENGG.CH
Telefon 044 387 67 67 / Fax 044 387 62 49

STADTSPITAL TRIEMLI

8063 Zürich
Spitaldirektor: Erwin Carigiet, Dr. iur. (bis 31.09.2017)
Spitaldirektor: André Zemp, HWV (ab 01.10.2017)
Rechtsträger: Stadt Zürich
INFO@TRIEMLI.ZUERICH.CH
WWW.TRIEMLI.CH
Telefon 044 466 11 11 / Fax 044 466 26 00

STADTSPITAL WAID

8037 Zürich
Spitaldirektor: Lukas S. Furler
Rechtsträger: Stadt Zürich
INFO@WAID.ZUERICH.CH
WWW.WAIDSPITAL.CH
Telefon 044 366 22 11 / Fax 044 366 20 99

UNIVERSITÄTSKLINIK BALGRIST

8008 Zürich
Spitaldirektor: Serge Altmann, Dr. sc. nat. ETH
Rechtsträger: Verein
INFO@BALGRIST.CH
WWW.BALGRIST.CH
Telefon 044 386 11 11 / Fax 044 386 11 09

UNIVERSITÄTSSPITAL ZÜRICH

8091 Zürich
Vorsitzender der Spitaldirektion:
Gregor B. Zünd, Prof. Dr. med.
Rechtsträger: Öffentlich-rechtliche Anstalt
INFO@USZ.CH
WWW.USZ.CH
Telefon 044 255 11 11 / Fax 044 255 44 90

UNSERE PARTNER IM GESUNDHEITSWESEN

UNSERE PARTNER IM GESUNDHEITSWESEN

AERZTEGESELLSCHAFT DES KANTONS ZÜRICH AGZ

Zürich
Generalsekretär: Michael Kohlbacher, Dr. iur.

AXSANA AG

Zürich
Geschäftsleiter: Samuel Eglin, Dr. sc. nat. ETH

BILDUNGSDIREKTION DES KANTONS ZÜRICH

Zürich
Bildungsdirektorin: Silvia Steiner, Dr. iur.,
Regierungsrätin

CURAFUTURA

CSS, Helsana, KPT, Sanitas
Bern
Direktor: Pius Zängerle, lic. oec. HSG

CURAVIVA KANTON ZÜRICH

Winterthur
Geschäftsleiter: Claudio Zogg

GEBLOG

Zürich
Geschäftsführer: Christian Heeb

GESUNDHEITSDIREKTION DES KANTONS ZÜRICH

Zürich
Gesundheitsdirektor: Thomas Heiniger, Dr. iur.,
Regierungsrat

GESUNDHEITS- UND UMWELTDEPARTEMENT DER STADT ZÜRICH

Zürich
Vorsteherin: Claudia Nielsen, Dr. oec., Stadträtin

H+ DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ

Bern
Direktor: Bernhard Wegmüller, Dr. phil. nat.

HELSENA VERSICHERUNGEN AG

Zürich-Stettbach
Versicherungsberater Private: Oliver Zwahlen

HERMED MEDIZINTECHNIK SCHWEIZ AG

Jona
Geschäftsleiter: Christoph Jertrum

HOREGO AG

Zürich
Geschäftsführer: Urs Gscheidle

HSK EINKAUFSGEMEINSCHAFT

Helsana, Sanitas, KPT
Zürich

INTERESSENGEMEINSCHAFT ÖKOLOGISCHE BESCHAFFUNG IGÖB C/O STIFTUNG PUSCH ZÜRICH

Zürich
Geschäftsstelle: Felix Meier

KELLER UNTERNEHMENSBERATUNG

Baden-Dättwil
Geschäftsleiter: Werner Keller

ODASANTÉ

Zürich
Geschäftsführerin: Heidi Berger

QUALIS EVALUATION GMBH

Zürich
Geschäftsführer: Biagio Saldutto, lic. phil. I

REMONDIS SCHWEIZ AG

Schaffhausen
Geschäftsleiter: Pierre-André Vasseur

SANTÉSUISSE

Solothurn
Direktorin: Verena Nold Rebetz, mag. oec. HSG

SCHINDLER AUFZÜGE AG

Schlieren
Key Account Manger Existing Installations: Urs Purtschert

SPITALBENCHMARK

Ennetbürgen

Präsident: Ernst Frank

SPITEX VERBAND KANTON ZÜRICH

Zürich

Geschäftsleitung: Annemarie Fischer, Markus

Schwager

SWISSCOM HEALTH AG

Zürich

CEO: Thomas Bachofner

TARIFSUISSE AG

Zürich

Leiter Leistungseinkauf: Thomas Frauchiger

TRÄGERVEREIN XAD (CROSS AFFINITY DOMAIN)

Zürich

Präsident: Daniel Kalberer, lic. rer. publ. HSG

ZENTRALSTELLE FÜR MEDIZINALTARIFE UVG (ZMT)

Luzern

Direktor: Andreas Christen

ZÜRCHER PRIVATKLINIKEN ZUP

Zürich

Präsident: Stephan Eckhart

IMPRESSUM

HERAUSGEBER UND REDAKTION

Verband Zürcher Krankenhäuser

DATUM

Mai 2018

FOTOGRAFIE

Quelle: shutterstock

GRAFIK & WEBDESIGN

DACHCOM.DIGITAL AG, Rheineck

vzk GESCHÄFTS BERICHT 2017

Zum Verband Zürcher Krankenhäuser (VZK) gehören Listenspitäler, Rehabilitationskliniken, Spezialkliniken und Pflegezentren im Kanton Zürich sowie die Spitäler Schaffhausen. Die 31 Mitglieder des VZK beschäftigen rund 34'000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (www.vzk.ch).