

Erwin Carigiet und Norman Franz

Öffentliche Spitäler in Netzwerken – Eine Investition in die Zukunft

Gesundheitssystem; Kommunikation; Krankenhaus, Spital; Netzwerk; Organisation; Umwelt

Dieser Beitrag gibt eine Übersicht zur Rolle der beiden Zürcher Stadtspitäler im Gesundheitsnetz 2025. Neben der Entstehung der Stadtspitäler Waid und Triemli wird die generelle Bedeutung solcher Institutionen in einem lokalen Gesundheitsnetzwerk beschrieben. Die verschiedenen Vernetzungen der beiden Institutionen werden exemplarisch aufgezeigt und im Anschluss daran Möglichkeiten skizziert, mit denen es Organisationen gelingen kann, einen Beitrag an Netzwerke zu leisten, bzw. selbst agierender Netzwerkpartner zu sein.

I. Spitäler als Netzwerkpartner (per se)

1. Entstehung und Auftrag der Zürcher Stadtspitäler

Die beiden Stadtspitäler Waid und Triemli entstanden aus der Notwendigkeit heraus, den in der Stadt über die Jahre hinweg immer grösser gewordenen Bedarf an stationären Behandlungsmöglichkeiten für die Bevölkerung zu bewältigen. Bis zur Eröffnung des Stadtspitals Waid, dem ersten Zürcher Stadtspital, im Jahre 1953 wurde keine nennenswerte Anzahl Spitalbetten durch die Stadt Zürich betrieben. Es existierten bis dato das Kantonsspital Zürich¹ (Gründung 1842), die kantonale psychiatrische Heilanstalt Burghölzli (1870) und die kantonale Frauenklinik (1875). Zudem entstanden ab 1850 weitere Spitäler unter privater Trägerschaft, so das Spital Neumünster in Zürich-Neumünster² (1858), das Rot-Kreuz-Spital in Zürich-Fluntern³ (1882), das Spital Theodosianum in Zürich Hottingen⁴ (1884), das Spital Pflegerinnenschule in Zürich-Hottingen⁵ (1901) und das Spital Sanitas in Zürich-Enge⁶ (1903). Der Eröffnung des Stadtspitals Waid voraus ging eine über vierzig Jahre lang dauernde Diskussion über den Aufbau eines städtischen Spitals. Eröffnet wurde dieses mit einer vom Stadtrat vorgegebenen Zweckbestimmung, die sagte, dass das neue Spital die bestehenden Zürcher Krankenhäuser entlasten und vor allem mit Abteilungen für die bisher

1 Heutiges Universitätsspital Zürich.

2 Heutiges Spital Zollikerberg, 1933 an den aktuellen Standort in der Nachbargemeinde Zollikerberg verlegt.

3 Seit 1997 geschlossen.

4 Seit 1970 geschlossen.

5 Seit 1998 geschlossen, bzw. mit dem damaligen Spital Neumünster in Zollikerberg zusammengelegt.

6 1975 in die Nachbargemeinde Kilchberg verlegt.

in der Stadt unzweckmässig hospitalisierten chronisch Kranken ergänzen sollte. Demzufolge waren zu Beginn auch fast 60 % der damaligen Bettenzahl von 413 Betten für chronisch kranke Patientinnen und Patienten reserviert und der kleinere Anteil für die medizinische und die chirurgische Abteilung vorgesehen (Gilgen/Gmür 2003; Regierungsrat des Kantons Zürich 2000).

Das Vorhaben, ein zweites Zürcher Stadtsptial zu gründen und zu bauen, geht zurück auf das Jahr 1946, in dem die Liegenschaftenverwaltung der Stadt Zürich das Land im Triemli-Quartier am Fusse des Uetlibergs erworben hat. Erst 1960 wurde dann in einer Gemeindeabstimmung mit einem überwältigenden Mehr der Kredit für den Bau gutgeheissen. Man war sich damals einig, auf verschiedene kleinere Spezialkliniken zu verzichten, um nicht die entsprechenden Universitätskliniken im Kantonsspital ‚zu beeinträchtigen‘. Das Hauptgewicht lag auf chirurgischen, medizinischen und rheumatologischen Fachgebieten, ergänzt um eine Kinderklinik. Ursprünglich enthielt das Raumprogramm des Triemli keine Gebärklinik. Diese wurde erst mit in die Planung aufgenommen, als sich zeigte, dass das Mütter- und Säuglingsheim Inselhof im Quartier Seefeld einer vollständigen Erneuerung bedurfte. Es entstand die Idee, die beiden Bauvorhaben miteinander zu kombinieren, da sie sich ideal ergänzten. Nach langen Verhandlungen entschloss sich die Stadt, auf dem Gelände in lockerer Verbindung mit dem Stadtsptial Triemli eine Maternité mit Säuglingsheim zu erstellen und den Betrieb dem privaten Verein Inselhof zu überlassen. Parallel zur Planung des Triemlispitals wurden auch die Krankenhäuser, die heutigen Pflegezentren, in der Stadt geplant. Man ging damals davon aus, dass diese notwendig seien, um die Stadtsptialer von chronisch Kranken und Dauerpatienten mit vorwiegend geriatrischen Erkrankungen zu entlasten. Das zweite Zürcher Stadtsptial, das Triemlispital, eröffnete schließlich 1970 mit 693 Betten. Von Beginn an diente das Spital als Zentrumsspital einerseits der Grundversorgung der Stadt und der Spitalregion Zürich und andererseits der überregionalen Versorgung unter der Konzentration von relativ aufwändigen Leistungen. Nach der deutschen Terminologie zur Spitalklassifizierung handelt es sich um ein Spital der Maximalversorgung (Gesundheits- und Wirtschaftsamt und Bauamt II der Stadt Zürich 1970). Weitergehende vernetzende Änderungen fanden in den Jahren 1996 – organisatorische Integration des Dermatologischen Ambulatoriums in das Stadtsptial – und 2002 – Abgabe der geriatrischen Tagesklinik und Leichtpflegestation an die heutigen Pflegezentren der Stadt Zürich – statt. Dieser Abriss der Entstehungsgeschichte der Zürcher Stadtsptialer zeigt auf, wie vernetzt und eingebettet in das Zürcher Gesundheitssystem diese schon während der Planungsphase waren und seit ihrer Eröffnung sind.

Das Gesundheitssystem hat sich stetig weiterentwickelt und so haben die Spitäler auch mit den Anforderungen der Umwelt Schritt gehalten: Seit 2012 gilt eine neue Finanzierungsform nach dem SwissDRG-System, der eine Bewerbung der Spitäler für Leistungsaufträge voranging und mit der eine neue Art des Wettbewerbs zwischen den Spitälern eingeführt wurde – unabhängig davon, ob sie öffentlicher oder privatwirtschaftlicher Trägerschaft sind. Damit müssen sich die Träger der Spitäler entscheiden, welche Leistungen sie anbieten und auf welche andere Leistungen sie aus ökonomischen oder anderen Gründen verzichten wollen. So hat das DRG-System schlussendlich auch in der Schweiz dazu geführt, dass sich die Leitungspersonen der Spitäler vermehrt Gedanken machen, mit wem sie kooperieren. Einerseits, um den Patientinnen und Patienten weiterhin ein möglichst vielfältiges medizinisches Leistungsangebot anzubieten. Andererseits, um sich auf die eigenen Leistungsaufträge, und damit der Bereitstellung des entsprechenden Fach-Know-Hows, konzentrieren zu können. Auch aus Finanzierungsgründen wird bereits seit länge-

rem das ursprüngliche Kerngeschäft der Spitäler, die stationäre Behandlung von Patientinnen und Patienten, mehr und mehr mit einem ambulanten Dienstleistungsangebot ergänzt.

In den letzten Jahren sinkt zudem die Verweildauer der Patientinnen und Patienten in den Spitälern deutlich. Sicherlich hat der medizinische Fortschritt hierzu beigetragen. Moderne Behandlungsmethoden ermöglichen, diese weniger invasiv und damit für die Betroffenen schonender durchzuführen. Und dennoch, eine Patientin, ein Patient genest heute nicht grundsätzlich schneller also noch vor vielen Jahren, denn die Genesung und Wiederherstellung der Alltagsfähigkeit haben auch heute noch ihre eigene Zeit. So kommt nach- oder weiterversorgenden Institutionen aus dem Blickwinkel eines Spitals eine bedeutsame und zentrale Position in der Weiterführung der begonnenen Behandlung zu. Schlussendlich sind es gerade die Leistungen dieser Einrichtungen, die gesamthaft betrachtet die Ergebnisqualität der Kette von ergriffenen Massnahmen ‚absichern‘. Über die Jahre haben sich die Bedeutung und der Einbezug von vor- und nachgelagerten Institutionen in das Wirken und die Ausrichtung der Prozesse des Spitals verändert. So wird durch verschiedene Massnahmen darauf hin gewirkt, Doppelspurigkeiten von Untersuchungen zu vermeiden und die Kommunikationen mit den Zuweisenden bereits vor dem Spitaleintritt eines Patienten oder einer Patientin bestmöglich zu gestalten. Auch wird mittlerweile eine möglichst rasche und umfassende Berichterstattung zum Spitalaufenthalt des Patienten, an den nachversorgenden Arzt oder die nachversorgende Institutionen, als unverzichtbar angesehen und entsprechend fortlaufend optimiert. Ein Spital ist heute mehr denn je als *ein* Teil aller stattfindenden Kommunikationen und Massnahmen in der Behandlung und Betreuung eines Patienten zu verstehen.

Spitäler sind heute wie früher *die* bedeutenden Ausbildungsstätten von künftigen Fachpersonen verschiedener Berufsgruppen des Gesundheitssystems. Es kommt daher zu engen Verbindungen zu Universitäten, Fachhochschulen und Fachschulen, durch die modernes Wissen in die Behandlungs- und Betreuungsansätze der Spitäler einfliesst. Auch die Durchführung von Forschungsprojekten im Spital wird durch die enge Bindung an Ausbildungsstätten ermöglicht. Deren Ergebnisse sind sehr relevant für die stetige Weiterentwicklung von Medizin, Pflege und Therapie. Die hier aufgezeigten Entwicklungen der vergangenen Jahre können nur einen Bruchteil dessen aufzeigen was wirklich stattgefunden hat. Und dennoch wird der komplexe Kontext deutlich, unter dem ein Spital in der heutigen Zeit zu verstehen ist.

2. Bedeutung öffentlicher Spitäler in einem lokalen Gesundheitsnetz

„Das Gesundheits- und Umweltdepartement setzt sich ein: [...] dass allen Einwohnerinnen und Einwohnern der Stadt Zürich – unabhängig von ihrer wirtschaftlichen und sozialen Situation – ein optimales Angebot in einem Spital, in einem Pflegezentrum oder einer anderen Gesundheitseinrichtung sowie eine optimale Spitex-Versorgung zur Verfügung stehen“ (Gesundheits- und Umweltdepartement der Stadt Zürich, 2012 a). Die Stadtspitäler Triemli und Waid sind Teil der öffentlichen Verwaltung und in einer Art ‚*Holdingstruktur*‘ des *Service public* gemeinsam mit weiteren Gesundheitsdienstleistern – Altersheime, Pflegezentren, Alterswohnungen, Beratungsstelle Wohnen im Alter, Städtische Gesundheitsdienste – eingebettet. Die Schnittstellen und ‚Übergabepunkte‘ zwischen den verschiedenen städtischen Anbietern sind bedingt durch diese

Organisationsform nahe aneinander und können direkt miteinander diskutiert und gestaltet werden. Den beiden Spitälern kommt mithin innerhalb dieses städtischen Gesundheitsnetzwerkes eine wichtige Rolle zu: Sie markieren oftmals den Eintrittspunkt für andere sich anschliessende Versorgungsformen. Doch auch im weiteren Kreise der Gesundheitsdienstleister stellen beide Stadtspitäler, bedingt durch ihre Grösse und die Vielfalt ihrer Dienstleistungsangebote, vielschichtige Netzwerkpartner dar. Mit seinem breiten Leistungsauftrag für die spezialisierte Versorgung deckt vor allem das Stadtspital Triemli fast das gesamte Spektrum der Akutmedizin ab und ist auch überregional Partner anderer Spitäler oder niedergelassener Ärztinnen und Ärzte. Öffentliche Spitäler sind, durch ihre nicht nach rein ökonomischen Kriterien, sondern ebenso sozialpolitisch ausgerichtete Stellung, zudem in der Lage, gerade bei der Entstehung von Neuem und übergeordnet Konzeptionellem – wie einem lokalen Gesundheitsnetzwerk – in einem gewissen Masse Vorarbeiten zu leisten und hierfür Ressourcen bereitzustellen. Diese Position und Freiheit erlaubt es öffentlichen Spitälern, Konzepte und Massnahmen anzudenken, bei denen im klassischen ökonomischen Verständnis ein Return-on-Investment nicht eindeutig vorhersehbar oder gegeben ist, jedoch das Ergebnis in einem übergeordnetem Verständnis der Gesamtheit zugutekommen wird. Die erbrachten Leistungen können somit als Investition in die Zukunft gesehen werden, um auch die Versorgungssicherheit der Bevölkerung langfristig gewährleisten zu können. Möchte man das Ergebnis der erbrachten Investition messbar machen, so lässt sich dies mit dem relativ neuen Bewertungsansatz des *Social Return on Investments* durchführen. Man versteht hierunter die Bewertung eines durch soziale Projekte geschaffenen gesellschaftlichen Mehrwerts (Reichelt 2009). Ungeachtet dieser ‚Möglichkeiten‘, sollte die Rolle eines öffentlichen Spitals zum Aufbau eines lokalen Gesundheitsnetzwerks eine initiiierende sein, sich dabei aber gleichzeitig in die Gesamtheit der Partner integrierende, da *Netzwerke vom Ursprungsgedanken her nicht auf formeller Autorität und Hierarchie basieren*.

Im Gesundheitsnetz 2025 bekennt sich die Stadt Zürich zu ihren beiden Spitälern als gleichberechtigte Partner mit ihren Stärken im stationären Bereich. Diese werden entsprechend in das Netzwerk eingebracht und im Dialog mit anderen, auch nicht-städtischen, ambulanten Leistungserbringern weiterentwickelt. Gerade die verkürzte Aufenthaltsdauer der Patientin, des Patienten im Spital verlangt, dass sich die Spitäler bewusst werden wie zentral eine koordinierte Gestaltung der Vor- und Nachsorgephase heutzutage ist und ein wirkungsvolles Zusammenspiel zwischen stationärem und ambulantem Dienstleistungsangebot demzufolge zu gestalten ist. Spitälern kommt hier die bedeutsame Rolle zu, Vernetzungsangebote zu machen und sich selbst auf ihre Kernaufgaben der Akut-, Hightech- und Intensivmedizin zu konzentrieren. Dies durch klare, schlanke und effiziente Prozesse, die nicht nur auf die eigenen Spitalmauern beschränkt gedacht werden.

II. Vernetzungen der Stadtspitäler Triemli und Waid

Die beiden Zürcher Stadtspitäler sind an mehreren unterschiedlichen ‚Vernetzungs‘-Massnahmen beteiligt, die zum Teil auf deren Initiative zustanden gekommen sind. In den folgenden drei Abschnitten werden einige dieser Massnahmen aufgezeigt, um so einen Eindruck von deren Vielfalt zu vermitteln.

1. Angebote und Vernetzungen im Quartier und darüber hinaus

Ausgehend von der Tatsache, dass sich die Zahl der Notfälle in den beiden Stadtspitälern in den vergangenen 10 Jahren fast verdoppelt hat, wurden gemeinsam mit den Hausarztverbänden Lösungen gesucht, die diesem Trend ‚entgegensteuern‘. So konnte im Frühjahr 2009 die *Notfallpraxis am Waidspital* nach vorgängiger gemeinsamer Projektierung von Verbänden der Hausarztvertreter und dem Spital ihren Betrieb aufnehmen. 40 Hausärzte haben sich dazu entschieden, ihren hausärztlichen Notfalldienst, den sie von Gesetzeswegen verpflichtet sind zu leisten, in der Notfallpraxis Waid zu absolvieren. Hierbei werden sie unterstützt durch ein Team von Medizinischen Praxisassistentinnen. Die Räume der Notfallpraxis liegen direkt neben den neu erstellten Räumlichkeiten der Notfallstation. Erste Anlaufstelle für die Patientinnen und Patienten ist der gemeinsame Empfang, wo durch erfahrene und speziell geschulte Pflegefachpersonen eine Triage durchgeführt: Es wird hier entschieden, durch wen der Patient untersucht und behandelt wird. Besonderes Augenmerk kam während des Aufbaus der Notfallpraxis und auch jetzt im Betrieb der Kommunikation zu. Eine proaktive und transparente Kommunikation mit den Hausärzten musste und konnte geführt werden. Dadurch wurden auch Kritiker und potentielle Verhinderer des Projekts abgeholt. Zwischenzeitlich hat sich ein regelmässiger offizieller und auch ein informeller Austausch zwischen Spitalärztinnen und -ärzten und Hausärztinnen und -ärzten etabliert – beim alle sechs Monate stattfindenden Austausch fanden sich in den letzten Jahren von den insgesamt 40 in der Notfallpraxis tätigen Hausärzte jeweils zwischen 25 bis 32 ein. Nach rund drei Jahren Betrieb in der Projektphase konnte diese Phase somit im Februar 2012 erfolgreich abgeschlossen und die Notfallpraxis als fester Bestandteil, neben der Notfallstation, im Notfallzentrum des Waidspitals etabliert werden. Über die letzten drei Jahre zeigt sich eine deutliche Zunahme der Patientenbehandlungen in der Notfallpraxis auf fast 8'000 Fälle im Jahr 2011. Durchschnittlich wurden im Jahr 2011 täglich 24 Patientinnen und Patienten durch die diensthabenden Hausärztinnen und Hausärzte behandelt.

Durch das Stadtspital Triemli und die (private) Zürcher Ärzte Gemeinschaft zmed AG (diese im Auftrag der Bezirksärztegesellschaft Zürichmed) war im Jahr 2009 der Aufbau einer direkt *im Quartier gelegenen Notfallpraxis* projektiert. Die Idee war es, eine Kooperation zwischen einer im Quartier zu schaffenden hausärztlichen Gruppenpraxis, die auch als Zentrumspraxis für die notfalldiensthabende Hausärzteschaft fungiert, und dem Stadtspital Triemli einzugehen. So sollte es möglich werden, Patientinnen und Patienten bei Bedarf direkt von der Quartier-Notfallpraxis via Spital-Notfallstation auf eine Bettenstation des Stadtspitals Triemli oder später allenfalls direkt einer spezialärztlichen Abklärung zuzuweisen. Doch auch der umgekehrte Weg war geplant – Erstkontakt im Spital und Weiter- respektive Nachversorgung durch die hausärztliche Quartierpraxis, sofern die Patientin oder der Patient über keine eigene Hausärztin oder keinen eigenen Hausarzt verfügt oder dieser abwesend ist. Zentrales Element und kritischer Erfolgsfaktor bei diesem Vorhaben bildete der organisierte elektronische Austausch von Patientendaten, so dass Doppelspurigkeiten in der Untersuchung vermieden und ein rascher Expertenaustausch sichergestellt werden können. Dieses Projekt wurde nach aufwändigen gemeinsamen Planungsarbeiten aus mehreren Gründen im Frühling 2010 abgebrochen. Diese Gründe waren sowohl personeller als auch struktureller Natur und können an dieser Stelle nicht weiter ausgeführt werden. Es zeigte sich jedoch, dass die Intention von organisierter Vernetzung, in einem System nicht höher als

andere (z. B. standespolitische oder Wettbewerbs-) Aspekte, sondern als diesen gleichrangig gewertet werden muss.

Im Hinblick auf die bevorstehende Änderung der Spitalfinanzierung wurde bereits im Sommer 2010 auf einer Etage im Stadtspital Triemli das *Ambulante Perioperative Zentrum*, kurz APZ, eröffnet. Seit diesem Termin werden bei geplanten Spitalaufenthalten fast alle präoperativen Abklärungen bei der Patientin, beim Patienten noch vor dem eigentlichen Eintritt ins Spital koordiniert ambulant durchgeführt, wodurch sich der anschliessende stationäre Aufenthalt verkürzt. Aufgrund der steigenden Patientenzahlen bezog das APZ im Frühling 2012 ein direkt neben dem Spital eigens hierfür neu erstelltes Gebäude mit grösseren Kapazitäten, das zudem logistisch optimal ans Spital angebunden ist und Wegzeiten verkürzt. Das APZ wird in zwei Organisationseinheiten – der Praxis und der Klinik – geführt, zählt derzeit 19 Mitarbeitende und wird von mehr als 400 Patientinnen und Patienten pro Monat aufgesucht. Nach der Zuweisung durch den niedergelassenen Arzt finden in der APZ-Praxis die ambulanten Voruntersuchungen für den geplanten Spitalaufenthalt ca. zwei bis drei Wochen zuvor statt. Dabei werden die bereits durch die Zuweisenden durchgeführten Untersuchungen berücksichtigt und nur, wo notwendig, ergänzt. Erst am Tag der Operation wird die Patientin, der Patient in der APZ-Klinik aufgenommen. Je nach Grösse und Schweregrad der Operation kommt er im Anschluss daran direkt auf eine Bettenstation im Spital, wo er meist mehrere Tage bis zu seinem Austritt verbleibt. Bei kleineren Eingriffen kehrt die Patientin nach der Operation in die APZ-Klinik zurück und wird dort bis am Abend betreut und anschliessend nach Hause, und damit auch in die Weiterversorgung durch den Zuweiser oder Hausarzt, entlassen. Für die Bevölkerung wurde mit diesem Angebot *ein deutlicher Mehrwert an Behandlungskomfort* in zweierlei Hinsicht geschaffen: Nur die wirklich zwingend notwendige Zeit muss stationär im Spital verbracht werden, und es steht ein breites fachliches Angebot an ambulanten Operationen in der hochstehenden Infrastruktur eines Spitals zur Verfügung.

Die *Medizinische Interdisziplinäre Tagesklinik* am Stadtspital Triemli, kurz MIT, nahm im Sommer 2012 ihren Betrieb auf. Ziel der MIT ist die Behandlung und Nachüberwachung von Patienten in allen Bereichen der Inneren Medizin sowie interdisziplinäre Abklärungen. Auch hier steht die ambulante Behandlung im Vordergrund, um nicht zwingend notwendige stationäre Aufenthalte zu vermeiden. In dieser Tagesklinik ist das ambulante Angebot der Inneren Medizin, Gastroenterologie, Kardiologie, Onkologie, Hämatologie, Pneumologie, Infektiologie, Rheumatologie, Endokrinologie und Neurologie, das bisher innerhalb des Spitals verteilt angesiedelt war, neu an einem Ort zusammengefasst. Für die Zuweisenden ergibt sich somit eine zentrale Anmeldestelle für die ambulante Behandlung internmedizinischer Erkrankungen, auch wenn diese in den Verantwortungsbereich verschiedener Spezialistinnen und Spezialisten fallen. Für den Patienten entsteht mit der MIT ein interdisziplinär abgestimmter Behandlungsansatz an einem Ort. Wartezeiten und allfällige Doppelspurigkeiten können reduziert bzw. vermieden werden. Die MIT versteht sich *ergänzend* zu den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und gibt diesen die Möglichkeit Behandlungen oder Untersuchungen in Spital-Umgebung durchführen zu lassen, die in einer ambulanten Praxis ausserhalb eines Spitals aus verschiedenen Gründen so nicht oder nur schwer möglich wären. Das definitive Leistungsangebot der MIT wurde auch deswegen bereits während der Projektphase durch die Kaderärztinnen und Kaderärzte des Spitals in enger Zusammenarbeit

mit einer Vertretung der Zürcher Hausärzteschaft und der Internisten abgestimmt, da man von Beginn an eine hohe Akzeptanz erreichen wollte.

Gemeinsam mit den Städtischen Gesundheitsdiensten der Stadt Zürich wird durch das Stadtspital Triemli seit ca. 10 Jahren die *Gynäkologische Sprechstunde im Ambulatorium Kanonengasse* angeboten. Das Ambulatorium Kanonengasse liegt in der Nähe des Hauptbahnhofs Zürich mitten im Rotlichtquartier der Stadt, im Kreis 4, und ist eine Arztpraxis für Menschen mit geringen finanziellen und sozialen Möglichkeiten, die deshalb keinen oder nur einen eingeschränkten Zugang zur medizinischen Grundversorgung haben. In diesen Räumlichkeiten findet auch die Gynäkologische Sprechstunde statt, die sich primär an medizinisch unterversorgte Frauen richtet, die oft als Sexworkerinnen tätig sind und/oder an einer Suchterkrankung leiden. Im Weiteren ist das Angebot für Touristinnen aus Schwellenländern und Migrantinnen ohne soziales Netz zugänglich. Es handelt sich um eine Walk-in-Klinik und bedarf daher keiner Voranmeldung zur Behandlung. Die Finanzierung der vor Ort tätigen gynäkologischen Oberärztin erfolgt gemeinsam durch die Stadt und das Triemlispital, die Frauen bezahlen für die Behandlung eine kleine Pauschale. Es handelt sich hier um ein niederschwelliges Angebot, mit dem medizinische Fachkompetenz in die Sozial- und Quartiersarbeit eingebracht wird. (Stadt Zürich Gesundheits- und Umweltschaden 2012 b)

2. Kooperationen mit anderen Leistungserbringern im Gesundheitssystem

Im Sinne der integrierten Versorgung soll die Zusammenarbeit zwischen den von einem grossen Anbieter betriebenen Gesundheitszentren in der Stadt Zürich und dem Stadtspital Triemli intensiver und effizienter gestaltet werden. Hierzu soll das *Überweisungsmanagement* zwischen den beiden Institutionen optimiert und systematisiert werden. Zeitgleich ist am Triemlispital ein IT-Projekt in der Umsetzung, das sich mit dem künftigen datenschutzkonformen elektronischen Austausch des Spitals mit seinen der Behandlung vor- und nachgelagerten Versorgungsinstitutionen beschäftigt. Diese beiden Projekte ergänzen sich von ihrer Zielsetzung ideal. Mit den Gesundheitszentren sollen im Rahmen eines Pilotversuchs zum Überweisungsmanagement, Erkenntnisse und Erfahrungen gesammelt werden, die dann in das IT-Projekt einfließen und somit später weiteren Institutionen zur Verfügung stehen. In den nächsten eineinhalb Jahren sollen *digital unterstützte Kommunikationsprozesse* für schnelle Sprechstundentermine, standardisierte Überweisungsrapporte und die elektronische Übermittlung von Kurz- und Austrittsberichten miteinander formuliert und umgesetzt werden. Am hier skizzierten Ansatz zeigt sich deutlich, dass es gerade durch den Einsatz von elektronischer Technik möglich wird, Vernetzungen von Leistungserbringern im Gesundheitssystem auf eine ganz konkrete Weise entstehen zu lassen. Diese bringt für beide Partner in ihrem jeweiligen Arbeitsalltag Vorteile mit sich und erleichtert diesen wesentlich.

Mit dem *interdisziplinären Tumorboard* des Triemlispitals wird ein ähnlich vernetzender Weg mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und anderen Spitälern beschritten: Tumorboards sind wöchentlich stattfindende Konferenzen von Fachärztinnen und -ärzten aus verschiedenen medizinischen Disziplinen des Triemlispitals die sich auf die Behandlung von bösartigen Tumoren spezialisiert haben. Konferenzteilnehmende sind Vertreterinnen und Vertreter der Chirurgie, der

Gynäkologie, der Radioonkologie, der medizinischen Onkologie und Hämatologie, der Pathologie, der Radiologie, verschiedener Subspezialitäten sowie auswärtige Ärztinnen und Ärzte. Ziel ist es ein optimales diagnostisches und therapeutisches Vorgehen für den individuellen Patientenfall zu definieren und ‚second opinions‘ für Patienten mit komplexen Fragestellungen zu entwickeln. Nicht dem Spital zugehörige Onkologinnen und Onkologen und zuweisende Ärztinnen und Ärzte anderer Fachdisziplinen oder aus anderen Spitälern können ebenfalls an der Konferenz teilnehmen, eigene onkologische Fälle vorstellen und weitere Aspekte, auch z. B. zur Familiensituation und zum sozialen Umfeld der Patientin oder des Patienten, einbringen. Mit einigen umliegenden Spitälern wurde zudem eine intensive Zusammenarbeit im Tumorboard vereinbart. Die Konferenzen können mittels moderner Technologie als internet-basierte Videokonferenzen in das Partner-Spital übertragen bzw. Ärzte aus dem anderen Spital können so zugeschaltet werden, ohne dass eine Reisetätigkeit erforderlich wird.

Gemeinsam mit vier anderen öffentlichen Spitälern im Kanton Zürich ist die Frauenklinik des Stadtspitals Triemli vor rund 6 Jahren eine Kooperation unter dem Namen ‚Brustknotenpunkt‘ eingegangen. Ziel und Zweck ist es, Patientinnen mit Brustkrebs optimal zu behandeln und hierfür die medizinische Kompetenz der beteiligten Spitäler in der Gynäkologie und anderen medizinischen Fachkliniken zu nutzen. Jede Frau mit Brustkrebs kann direkt mit dem von ihr gewählten Spital Kontakt aufnehmen. Es wird jeder individuelle Fall im *gynäkologischen Tumorboard* am Stadtspital Triemli, an dem auch die entsprechenden Chefärzte der Spitäler teilnehmen, die sich unter brustknotenpunkt.ch zusammengeschlossen haben, durch die verschiedenen Fachärzte miteinander besprochen und ein gemeinsamer Behandlungsplan entwickelt. Die Durchführung der notwendigen Behandlungsmaßnahmen wird im Anschluss daran wiederum durch die in der Kooperation zusammengeschlossenen Spitäler erbracht – je nachdem wo welche Kompetenz für die einzelne Maßnahme vorhanden ist. Die Patientinnen profitieren so nicht nur vom fachlichen Knowhow und der Erfahrung eines einzelnen Arztes sondern von einer Vielzahl von Ärzten unterschiedlich spezialisierter Disziplinen (brustknotenpunkt.ch 2012).

Eine wichtige Kooperation ist das Triemli-Spital 2011 mit dem gemeinnützigen Unternehmen *RehaClinic AG*, einem der größten Anbieter von Rehabilitationsleistungen in der Schweiz, eingegangen. Dabei werden die Kernkompetenzen beider Partner in der Rehabilitation bzw. der Akutmedizin genutzt und im Sinne *eines integrierten Versorgungskonzepts* erweitert. Ziel ist es, Patientinnen und Patienten so früh als möglich und koordiniert aus dem Akutspital in den Rehabilitationsprozess zu überführen. Hierfür wird bereits beim Eintritt der Patientinnen, des Patienten in das Spital die Planung des sich anschließenden Rehabilitationsaufenthaltes begonnen. So kann ein optimaler Behandlungserfolg sichergestellt werden, der sich nicht an Institutionen, sondern am Behandlungsbedarf orientiert. Es wird damit möglich, die Behandlungsdauer zu verkürzen, das Wiedererlangen der Selbständigkeit der Patientin, des Patienten positiv zu beeinflussen und sie schlussendlich rascher ins sozio-berufliche Umfeld zu reintegrieren. Konkret in den Spitalalltag umgesetzt bedeutet diese Kooperation einen frühzeitigen medizinisch-fachlichen Austausch zur Rehabilitationsfähigkeit und zum Rehabilitationspotential des jeweiligen Patienten durch gemeinsame Visiten von Rehabilitationsärzten und Spitalärzten oder auch Konsilien. Hier wird die optimale Form der Rehabilitation für die Patientin definiert und der mögliche Übertrittszeitpunkt miteinander festgelegt. Auch allfällig notwendige Rückverlegungen des Patienten von der Rehabilitationsklinik in das Triemli-Spital werden durch die Vereinbarung miteinander geregelt, damit

diese koordiniert ablaufen können. Neben diesen positiven Auswirkungen für die Patientinnen und Patienten sind zudem Verbesserungen im administrativen Bereich mit den Kostenträgern zu erwarten. Durch eine frühzeitige Planung des nachgelagerten Aufenthaltes können zügig die Kostenträger informiert und das entsprechende Gesuch für Kostengutsprache eingegeben werden. Bis zum Übertritt vom Akutspital in die Rehabilitationsklinik liegt der Entscheid vor und für alle am Prozess beteiligten Institutionen und auch für die Patientin, den Patienten besteht diesbezüglich Klarheit. Für die Zukunft ist geplant diese Kooperation des Stadtspitals Triemli und Reha-Clinic in verschiedener Art und Weise auszubauen.

3. Vernetzungen innerhalb des Gesundheits- und Umweltdepartements und mit anderen öffentlichen Stellen

Vernetzungen, an denen die beiden Stadtspitäler beteiligt sind oder von denen sie direkt profitieren, wurden auch innerhalb des Gesundheits- und Umweltdepartements sowie mit anderen öffentlichen Einrichtungen der Stadt und im Kanton Zürich eingegangen. Mit den Pflegezentren der Stadt Zürich und den Spitex Organisationen, letztere organisatorisch nicht im Gesundheits- und Umweltdepartement integriert, wurden hinsichtlich der Einführung der neuen Abrechnungssystematik nach DRG entsprechende bedeutsame Vorbereitungen getroffen. Die Spitex Zürich hat im Januar 2012 unter dem Namen ‚*Spitexpress*‘ eine neue Dienstleistung lanciert und ist hierfür mit vier Spitälern, darunter auch das Waid- und das Triemlispital eine Partnerschaft eingegangen. Während sieben Tagen in der Woche ist es den Spitälern möglich, Patientinnen und Patienten aus dem Spital in die Weiterbetreuung durch die Spitex zu entlassen: Die Anmeldung des Spitals an die zentrale Meldestelle der Spitex bis 18.00 Uhr garantiert die Übernahme der Spital externen Pflege noch am gleichen Tag. Eine nahtlose Weiterführung des Behandlungsprozesses kann damit auch in komplexen Betreuungssituationen und bei anspruchsvollen medizintechnischen Verrichtungen gewährleistet werden. In drei bestehenden Pflegezentren der Stadt Zürich – Käferberg, Riesbach, Entlisberg – wurden überdies *neue Abteilungen für Aufnahme und Übergangspflege* geschaffen. Patientinnen und Patienten, die nach einem abgeschlossenen Spitalaufenthalt über eine kürzere oder auch längere Zeit noch die Leistungen eines Pflegezentrums benötigen, werden in diesen drei Abteilungen – innerhalb von 48 Stunden – von vornherein auf maximal zehn Wochen befristet aufgenommen. Hier werden sie von einem interdisziplinären Behandlungsteam bestehend aus Ärztinnen und Ärzten mit Erfahrung in Geriatrie, Therapeutinnen und Therapeuten, Pflegefachpersonen und Sozialarbeitern betreut. Nach einer zu Beginn durchgeführten Standortbestimmung werden die Patienten während des Aufenthaltes durch eine Fallmanagerin, einen Fallmanager betreut. Das eigentliche Ziel ist es den Patienten soweit zu unterstützen, zu therapieren und zu behandeln, dass eine erneute Rückkehr ins häusliche Umfeld wieder möglich wird. Sollte sich zeigen, dass dies entgegen der Annahme nicht möglich ist und weiterhin intensive Pflegeleistungen in einem Pflegezentrum oder einer anderen Institution notwendig sind, so werden die notwendigen Schritte eingeleitet, damit rasch möglichst eine unbefristete Nachbetreuung und Wohnmöglichkeit gefunden werden kann.

Im Oktober 2012 wurde im Stadtspital Triemli eine *Dialysestation* mit vier Plätzen eröffnet, die durch die nephrologischen Fachärzte des Stadtspitals Waid betrieben wird. Die Dialyse ist für

stationäre und auch ambulante Patienten möglich, wodurch auch die regelmässige Anreise für Patienten die in der Umgebung des Triemli wohnen und bis anhin dreimal wöchentlich ins Waidspital zur Dialyse reisen mussten, deutlich reduziert und komfortabler wurde. Dieser Schritt – als *ein* Beispiel für andere Kooperationen, bestehende und geplante – ermöglicht es beiden Spitälern, ihre Wettbewerbsfähigkeit gemeinsam zu intensivieren und sich damit noch stärker auf dem Zürcher Gesundheitsmarkt zu etablieren – ein somit sehr positiver ‚Nebeneffekt‘ von Vernetzung.

III. Organisationen als Netzwerkpartner – Weitergedacht

Ein Netzwerk erfordert von allen Beteiligten, andere als die bisher und üblicherweise gewohnten Perspektiven in ihr Denken und Handeln mit einzubeziehen und die Bereitschaft, mögliche Grenzziehungen als dynamisch anzusehen – dieses bereitet aber grundsätzlich mehr Arbeit und bringt ebenfalls mehr Komplexität mit sich. Ein Netzwerk, auch ein Gesundheitsnetzwerk, findet also *primär ‚im Kopf der Beteiligten‘ statt*, muss sich in der Haltung der einzelnen Akteurinnen und Akteure widerspiegeln und mit konkreten Aktionen, wie wir sie im vorhergehenden Kapitel aufgezeigt haben, im Alltag integriert werden. Das Bild, das sich aus diesem Ansatz ergibt, könnte, bezogen auf ein Stadtspital, folgendermassen aussehen:

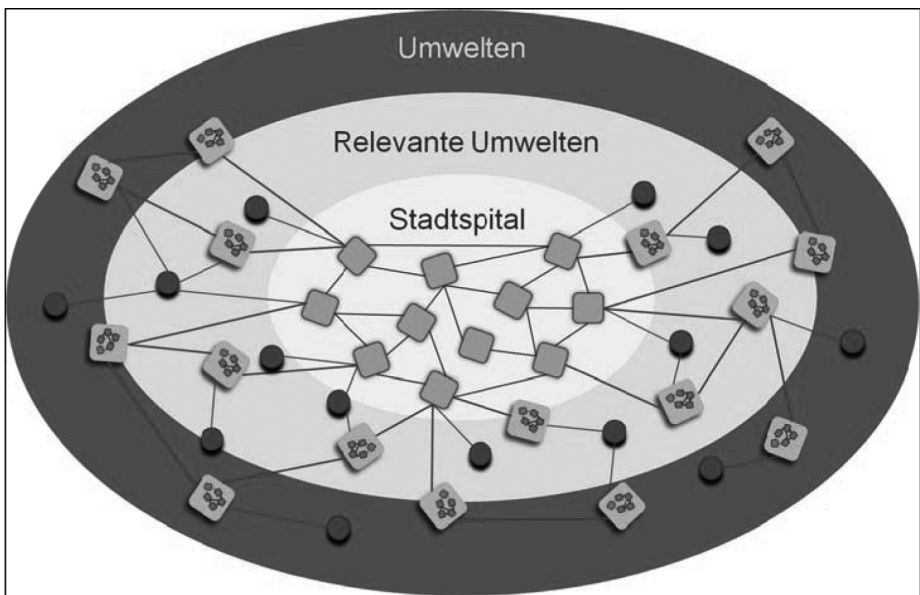


Abbildung 1: Organisation und Umwelt

Quelle: Eigene Darstellung.

Die Graphik zeigt in der Mitte das Stadtspital mit dem eigenen organisationalen Netzwerk. Von hier aus gibt es Verbindungen von Bereichen oder Einzelpersonen in die relevanten Umwelten

des Stadtsitals. Diese wiederum können Verbindungen zu Organisationen oder Einzelpersonen aufweisen, die in den übrigen Umwelten liegen – aktuell also nicht direkt mit dem Spital verbunden sind. All die Verbindungen können als stattfindende Kommunikationen gedacht werden. Ein komplexes Konstrukt, das ‚zu denken gibt‘ und darin zu agieren einen Einzelnen rasch überfordern kann. Nicht jedoch eine Organisation, der es gelingt ihr Potential zusammenzunehmen und zielorientiert einzusetzen. Nachfolgend werden exemplarisch zwei Ansätze aufgezeigt, mit denen es möglich wird Netzwerke, aktiv zu gestalten.

1. Koppelung von Umwelt und Organisation

Eine Schwierigkeit für Organisationen besteht darin, zu unterscheiden, welche Themen in ihren Umwelten für sie relevant sind und welche nicht. Also demzufolge auch, welche möglichen anderen Organisationen oder Einzelpersonen in ein Netzwerk einbezogen werden sollen, um die eigene Position und Interessensvertretung zu verstärken. Es ist daher davon auszugehen, dass bei den Organisationsmitgliedern fortzu ein gewisser Selektionsprozess stattfindet, der diese Unterscheidung vollzieht. Für eine Organisation ist es daher von Bedeutung, den stattfindenden Prozess zu kennen und diesen möglichst systematisch in die entsprechenden Entscheidungsfindungen mit einzubeziehen. Ein mögliches Phasenmodell zur Koppelung von Organisation und Umwelt zeigt sich folgendermassen:

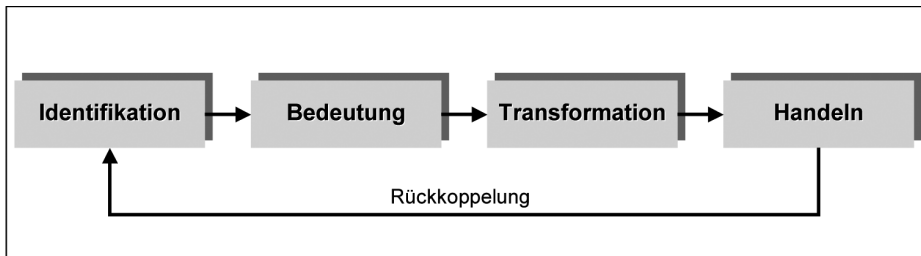


Abbildung 2: Phasenmodell

Quelle: Franz 2011, S. 138.

In der Phase der Identifikation beobachten Organisationsmitglieder die Umwelt aufmerksam hinsichtlich Wandel und seinen Folgen. Durch die Person wird hierfür ein spezifischer Fokus angewandt, und die Aufmerksamkeit wird auf die für die Organisation relevanten Kommunikationen und Handlungen in der Umwelt gelegt. So wird deutlich, was zentrale, die Organisation beeinflussende Kommunikationen sind und ob diese direkt oder indirekt auf die Organisation einwirken. Es findet zudem eine Rückkoppelung der Umweltwahrnehmungen in Bezug auf bereits stattfindendes Handeln oder Kommunikationen der Organisation statt. In der nächsten Phase werden den Umweltwahrnehmungen entsprechende Bedeutungen hinsichtlich verschiedener individueller und damit subjektiver Kriterien zugeordnet. Diese Phase ist eng mit der vorherigen Phase der Identifikation verbunden und eine Grenze ist daher nicht exakt zu ziehen. ‚Genau an dieser Stelle‘ liegt, bedingt durch die Subjektivität einer einzelnen Person, die Gefahr, dass mög-

liche relevante Ereignisse in der Umwelt als unbedeutsam eingestuft werden oder auch unbeobachtet bleiben. Die nächste ablaufende Phase der Transformation wandelt das Wissen eines Individuums durch Kommunikationen zu sozialem Wissen der Organisation – ‚hier‘ werden also nun potentielle Netzwerkpartner identifiziert sein. Diese stattfindende Transformation sollte daher in einer Organisation nicht dem Zufall überlassen bleiben, sondern organisiert sein und kann innerhalb dieser vernetzend als auch linear-hierarchisch ablaufen. Aus den Umweltwahrnehmungen werden durch die Organisationsmitglieder in der nächsten Phase, Handlungen innerhalb der Organisation sowie umweltbezogene Handlungen abgeleitet. Dabei wird auch von einer gegenseitigen Beeinflussung und Adaption von Organisation und Umwelt durch das geplante und stattfindende Handeln ausgegangen. (Franz 2011, S. 138 f.) Dieses Modell versucht die vielfältigen und sehr komplexen Prozesse, die innerhalb einer Organisation bei der Koppelung mit ihren Umwelten stattfinden, reduziert und vereinfacht in Phasen darzustellen. Die Besonderheit liegt darin, dass es mit dieser starken Vereinfachung möglich wird, sich strukturiert auf die Komplexität einzulassen und so einen Umgang damit zu finden. An mehreren Stellen im Modell wird deutlich, wie bedeutsam die Kommunikationen und wie elementar diese für das weitere Geschehen in Organisationen und potentiellen Netzwerken sind. Im folgenden Abschnitt werden daher Kommunikationen unter weiteren Aspekten betrachtet.

2. Auf die Kommunikation kommt es an...

Organisationen bilden dann mit anderen Organisationen und Einzelpersonen Netzwerke, wenn für die daran beteiligten Partner die Vorteile und der Nutzen den Aufwand überwiegen. Mit solch einem, primär ökonomisch betrachtetem, Zusammenschluss ist aber nicht schon von vornherein gegeben, dass sich auch wirklich eine erfolgreiche und lange andauernde Verbindung entwickelt, aus der echt Gemeinsames hervorgeht. Für die Arbeit in Netzwerken braucht es ein Umdenken aller Beteiligten, das sich, pointiert ausgedrückt, von einer hierarchisch und formell ‚autoritär‘ geprägten Haltung verabschiedet und sich zu einem respektvollen und die Kompetenzen des Anderen akzeptierenden Verständnisses des Miteinanders entwickelt. Der Begriff Kompetenz ist zweideutig und komplex: Er meint gleichzeitig Zuständigkeit und Fähigkeit der Beteiligten. Netzwerkpartner kommen immer aus unterschiedlichen (Organisations-)Kulturen und werden erst in der Zusammenarbeit neue und gemeinsame Kulturformen miteinander entwickeln. Die Haltung des Einzelnen, der Organisation und der Netzwerkpartner drückt sich dabei in deren Kommunikation aus. „In einem fragmentierten, komplexen und von unterschiedlichen Interessen geprägten Umfeld haben Netzwerke nur Bestand, wenn es den Beteiligten gelingt, glaubwürdig und respektvoll zu kommunizieren“ (Carigiet/Eisenring 2009, S. 99 f.). Nur mit der Kenntnis, was der jeweilige Partner für Erwartungen und Interessen mit dem Netzwerk und den daran beteiligten Organisationen verbindet, können die Inhalte und Strukturen der Zusammenarbeit zielführend gestaltet und im Alltag auch positiv geprägt werden. Der Austausch von Erwartungen der künftigen Netzwerkpartner muss entsprechend organisiert sein und darf nicht dem Zufall überlassen werden. Respektvolle Kommunikation meint auch, das Verstehen der Botschaft zum Ziel zu haben und dieses in der Umsetzung ernsthaft zu verfolgen. So ist eine aufmerksame und dem Sprachverständnis des Partners angemessene Wortwahl als gelingende Voraussetzung und als Selbst-

verständlichkeit zu achten. Zusammenhänge von Argumentationen und gegebenenfalls die Entstehung von Informationen müssen aufgezeigt werden. Entsprechende Zeit für Verständnis und allfällige Rückfragen sind in den Kommunikationsprozessen der Netzwerkpartner einzuräumen. Glaubwürdige Kommunikation wird zudem an einem bewussten Verwenden von Begrifflichkeiten erkennbar, die ein übersteigertes hierarchisch geprägtes Verständnis oder eine überdeutliche Grenzziehung zeigen oder eben nicht. Gemeint sind beispielsweise Begriffe wie Gross und Klein, Oben und Unten, Intern und Extern.

Eine völlig neue Dimension in der Gestaltung der Kommunikation ist in den vergangenen Jahren durch den technologischen Fortschritt hinzugekommen: Kommunikation und Austausch von Informationen in Netzwerken bedeutet heutzutage auch den Einsatz von elektronischen Mitteln zur Systematisierung und Standardisierung. Dabei darf aber nicht übersehen werden, dass eine solche Technologisierung der Kommunikationen immer mit dem gesprochenen Wort und dem gemeinsamen Verstehen beginnt: Betrachtet man das Gesamtsystem als eine mehrdimensionale Realität, so setzt sich diese aus unterschiedlichsten ‚Landkarten‘ der beteiligten Akteure zusammen. Die Leistungserbringer, die Stadtspitäler, die Ärztinnen und Ärzte, die Finanzierenden, die Patientinnen und Patienten, das Management und die Politik – alle Akteure orientieren sich an ihrer eigenen Landkarte in welcher sich der eigene Standpunkt, Position, Kultur und Interesse widerspiegeln. ‚Die Landkarte ist nicht die Landschaft‘. Eine Landkarte sagt nie alles über das abgebildete Gelände aus, genauso wenig wie Worte nie die beschriebenen Dinge sind (Hayakawa 1971, S. 330ff.). Für sich alleine betrachtet ist zwar jede Landkarte richtig, aber nicht jede ist geeignet, denselben Zweck zu erfüllen, dasselbe Ziel zu erreichen.

IV. Fazit

Das Gesundheitswesen verfügt über *zahlreiche Parallel-Realitäten*. Keine Wahrnehmung und Wertung kann die ‚alleinige Wahrheit‘ für sich beanspruchen (Hayakawa 1971, S. 184ff.). Die Landkarten der Akteure sind stark heterogen und das Finden einer gemeinsamen Realitätssicht steckt noch in den Anfängen. Im Gesundheitswesen – aber nicht nur dort – garantiert die eigene Kompetenz zunehmend nicht mehr allein den Erfolg, sondern verlangt zusätzlich nach *der Fähigkeit, Beziehungen nach innen und aussen zu aktivieren, Virtualität genannt* (Littmann/Jansen 2000, S. 32ff.). Entscheidende Voraussetzungen für eine gelingende Kooperation mit Externen sind eine gemeinsame Realitätssicht, mithin das Kennen der eigenen Interessenlage und deren Prioritäten; die Bereitschaft, diese offen zu legen; das Finden einer gemeinsamen Haltung in für beide Seiten wichtigen Belangen; die gemeinsame Definition klar vereinbarter Ziele; die Bereitschaft, Unterschiede – wenn nötig lange – auszuhalten und genügend Grund- oder Selbstvertrauen, um mit einer gewissen Unsicherheit zu leben bzw. damit umgehen zu können. Es geht im eigentlichen Sinn des Begriffs um Integration – so wie der Begriff auch für die Führung im Spital wesentlich ist (Michael-Alder 2003, S 92ff.). Das Oszillieren zwischen paradoxen Strukturen und Anforderungen erweitert das Wissen und die Handlungsmöglichkeiten einer Organisation, so dass sie auf komplexe Herausforderungen adäquat reagieren kann. Kommunikation kann die individuellen Landkarten zu *einem Relief* formen, kann eine *gemeinsame Realität und eine gemeinsame Sprache* schaffen.

„Networking“ verlangt nach einem anderen Führungs- und Handlungsverständnis als das übliche Arbeiten in hierarchischen Strukturen: Es sind anpassungsfähige Akteure gefragt, welche die verschiedenen Kulturen ineinander überführen – von der anordnenden, hierarchischen Organisationsform, über in sich zusammenfindenden Projekten hin zum sich ausbalancierten Netzwerk. Dabei bestehen Netzwerke solange, wie sie den Beteiligten nützen und die Gemeinsamkeiten gross genug sind. Erfolgreich sind sie, wenn partnerschaftliches Verhandeln unter „anarchischen“ Bedingungen möglich wird, dank professionellem Umgang mit allen Interessen und Kulturen. Der Wandel wird somit zu einer Frage gelingender Kommunikation.

Abstract

Erwin Carigiet and Norman Franz; Public Hospitals in Healthcare Networks – An Investment for the Future

Communication; Environment; Healthcare System; Hospital; Network; Organisation

This article provides an overview of the role of two Zurich city hospitals, Waid and Triemli, in the Gesundheitsnetz 2025 (healthcare network initiative). It addresses the development of the two hospitals and the general significance of such institutions in a local healthcare network. Examples of the various networks of both institutions are provided with an outline of the possible ways in which organisations can contribute to networks or become network partners.

Literaturverzeichnis

- Brustknotenpunkt.ch (o. J.), Homepagedokumentation, <http://www.brustknotenpunkt.ch/Home.1.html> (Zugriff 18.9.2012).
- Carigiet, Erwin und Eisenring, Claudia (2009), Oszillierende Organisationen – kommunikative und kulturelle Herausforderungen für das Gesundheitswesen, in: Zeitschrift für öffentliche und gemeinwirtschaftliche Unternehmen, 32. Jahrgang, Heft 1, Köln, S. 90-101.
- Franz, Norman (2011), Die Erkundung organisationaler Umwelten, Heidelberg.
- Gesundheits- und Wirtschaftsamt und Bauamt II der Stadt Zürich (Hrsg.) (1970), Schrift zur Einweihung des Stadtspitals Triemli Zürich, Zürich.
- Gesundheits- und Umweltdepartement der Stadt Zürich (2012 a), Gesundheitspolitik, <http://www.stadt-zuerich.ch/content/gud/de/index/gesundheit/gesundheitspolitik.html> (Zugriff 27.8.2012).
- Gesundheits- und Umweltdepartement der Stadt Zürich (2012 b), Gynäkologische Sprechstunde, <http://www.stadt-zuerich.ch/gyn> (Zugriff 21.9.2012).
- Gilgen, Rolf und Gmür, Pascale (2003), Spiegelbilder der Lebens: 50 Jahre Stadtspital Waid Zürich, Zürich.
- Hayakawa S. I., (1971), Semantik, Sprache in Denken und Handeln, 4. Aufl., Darmstadt.
- Littmann, Peter und Jansen, Stephan A. (2000), Oszillodox, Virtualisierung – die permanente Neuerfindung der Organisation, Stuttgart.
- Michael-Alder, Elisabeth (2003), Führung von Gesundheitsorganisationen, in: Die Umarmung des Hippokrates – Systemintegration im Gesundheitswesen, Peter Berchtold, Elisabeth Michael-Alder (Hrsg.), Basel, S. 83-96.
- Regierungsrat des Kantons Zürich (Hrsg.) (2000), Zürcher Spitalgeschichte, Band 3, Zürich.
- Reichelt, Daniel (2009), SROI – Social return on investment: Modellversuch zur Berechnung des gesellschaftlichen Mehrwertes, Hamburg.