



## Auszug aus dem substanziellen Protokoll 187. Ratssitzung vom 9. März 2022

5038. 2021/375

**Weisung vom 22.09.2021:**

**Stadtspital Zürich, Neues Vergütungssystem für die Kaderärzteschaft, Erlass einer Verordnung über die Vergütung und die besonderen Anstellungsbedingungen der Kaderärztinnen und Kaderärzte (Kaderärztinnen- und Kaderärzteverordnung, KAV)**

Antrag des Stadtrats

Die Verordnung über die Vergütung und die besonderen Anstellungsbedingungen der Kaderärztinnen und Kaderärzte des Stadtspitals Zürich wird gemäss Beilage (datiert vom 22. September 2021) erlassen.

Referent zur Vorstellung der Weisung / Kommissionsmehrheit Schlussabstimmung:

**Nicolas Cavalli (GLP):** *Warum behandeln wir heute die Weisung zur Kaderärztinnen- und Kaderärzteverordnung (KAV)? Die simple Antwort lautet: Wir brauchen sie. Der Kantonsrat verabschiedete im letzten Sommer das neue Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetz (SPFG). Durch eine Motion wurde eine Vorgabe ins Gesetz aufgenommen, dass leistungserbringende Spitäler mengenabhängige Honorare und Boni nicht mehr oder nur noch sehr beschränkt ausbezahlen dürfen. Das Stadtspital ist also gezwungen, diese Vorgabe zu erfüllen, um auf die Zürcher Spitalliste 2023 zu kommen. Mengenabhängige Honorarsysteme verschwinden innerhalb und ausserhalb der Schweiz nach und nach aus der Spitallandschaft. Der Grund liegt in den unnötigen Behandlungen aufgrund von Fehlanreizen durch solche mengenbasierten Honorarsysteme. Es ist also ein Systemwechsel, der im Gang ist. Dieses System der Vergütung der Kaderärzteschaft im Stadtspital wuchs über die letzten Jahre organisch und wurde sehr komplex. Der Grossteil der Anstellungsverhältnisse ist im Personalrecht geregelt. Aber je nach Kaderärzteschaftsfunktion gibt es Ausnahmen – diese werden neu in dieser Verordnung geregelt. Betroffenen sind vor allem die Löhne. Ich will ein paar wichtige Punkte zu den Leitplanken und Grundsätzen der Ausarbeitung der Verordnung erklären. Erstens muss die Überführung kostenneutral sein. Zweitens gibt es eine definierte Obergrenze der Löhne der Kaderärzteschaftsfunktion. Drittens muss das System transparent und nachvollziehbar sein. Viertens gibt es keine Besitzstandswahrung durch die Überführung ins neue System. Fünftens soll mit der Verordnung die Qualität der Behandlung der Patientinnen und Patienten in die Gesamtbetrachtung einbezogen werden. Es gab einen Vernehmlassungsprozess mit den Vertreterinnen, der teilweise wahrgenommen wurde und teilweise nicht. Folgende Kaderärzteschaftsfunktionen sind von dieser Verordnung betroffen: Oberärzteschaft (OA), Leitende Ärzteschaft (LA) und Chefärzteschaft (CA). Zur letzteren gehört auch die medizinische Direktorin / der medizinische Direktor und die Leiterin / der Leiter für das*



*Institut für Labormedizin. Von der KAV neu tangiert sind einerseits die Anstellungsbedingungen wie Zeit, Kündigungsbedingungen, Freitage und so weiter. Der grössere Brocken sind die Löhne inklusive der Auswirkung auf die Pensionskasse. Bei den Arbeitsbedingungen der LA und der CA gibt es neu eine Kündigungsfrist von sechs Monaten, Vertrauensarbeitszeit und den Wegfall von garantierten Ruhetagen für die LA. Es kommt also zu einer gewissen Liberalisierung der Arbeitsbedingungen. Es ist ein Geben und Nehmen, das zieht sich durch die ganze Verordnung. Bei den Löhnen wird der Grundlohn bei LA und der CA angehoben, weil die mengenbasierten Honorare bisher abhängig von der Funktion einen beträchtlichen Teil der Gesamtvergütung ausmachten. Dazu müssen die beiden Funktionsstufen aus dem Personalrecht hinausgenommen und neu definiert werden. Bei der OA bleibt der Grundlohn im städtischen Lohnsystem. Neu werden die Löhne wie stapelbare Blöcke aufgebaut. Bei der OA gibt es zwei Blöcke; bei der LA und der CA gibt es drei Blöcke. Alle Funktionen erhalten einen Grundlohn. Das ist der erste Block. Bei der LA und der CA ist dieser von der Funktionsumschreibung abhängig. Dazu gehören die Fach-, Selbst-, Sozial- und Führungskompetenzen innerhalb der jeweiligen Funktionsstufe. Der Grundlohn bei der OA ist im Personalrecht nach Funktionsstufe 13 und 14 geregelt. Als zweiten Block gibt es die Fachkomponente – sie gab in der Kommission am meisten zu reden –, die in drei Gruppen mit einer entsprechenden Bandbreite unterteilt ist. Die jeweiligen Personen werden aufgrund ihrer Funktion und Fachrichtung von null bis zu einem definierten Maximalbetrag pro Funktion und Kategorie eingestuft. Die verschiedenen Fachrichtungen, beispielsweise die Gastroenterologie, Herzchirurgie, Radiologie, innere Medizin und Kindermedizin, sind in drei Gruppen unterteilt. Stellen Sie sich also eine Matrix mit neun Feldern vor. Nehmen wir als Beispiel eine Chefärztin der Kategorie 3, eine Urologin. Bei ihr gibt es eine Bandbreite von null bis 300 000 Franken. Aufgrund des Marktes, von internen Vergleichen, der individuellen Qualifikation, dem Leistungsausweis oder auch dem zu erwartenden Nutzen wird die Person innerhalb dieser Bandbreite eingestuft. Bei einer Leitenden Ärztin der Kategorie 2, einer Neurologin, gibt es eine Bandbreite von null bis 150 000 Franken. Bei einem Oberarzt der Infektiologie der Kategorie 1 reicht die Bandbreite von null bis 30 000 Franken. Bei der OA wird alle zwei Jahre überprüft, ob die Einteilung der Fachkomponente noch stimmt, bei der LA und CA alle vier Jahre. Wie kam es zu diesen Kategorien? Die Verwaltung richtet sich nach den Lohnvergleichen der perinnova compensation GmbH (perinnova) für Verwaltungen und Spitäler. Die Kategorien richten sich nach dem Medianlohn der entsprechenden Fachrichtungen. Der Stadtrat zieht an einem Ort die Grenze und man kann sich fragen, warum der Stadtrat genau dort die Grenzen zog. Das Problem ist, dass je nachdem der Medianlohn eigentlich genau in die andere Kategorie gehört. Diesen Widerspruch konnte die Verwaltung nicht vollständig auflösen. Es hiess aber, dass die Kategorien aufgrund von wirtschaftlichen und strategischen Überlegungen gewählt wurden und damit marktübliche Löhne bezahlt werden können. Der dritte Block betrifft nur die LA und CA. Die variable Komponente beträgt je nach Funktionsstufe 10–20 Prozent einer Berechnungsbasis. Für die Berechnungsphase wird der Grundlohn und die Fachkomponente zusammengerechnet. Die variable Komponente teilt sich in drei – oder bei Annahme eines Änderungsantrags in vier – Messgrößen auf: die Wirtschaftlichkeit des Gesamtsitals nach «Earnings before interest, taxes, depreciation, amortization, and restructuring or rent costs (EBITDAR)», die Wirtschaftlichkeit auf Klinikebene, die individuelle Leistung und die Qualität. Diese Messgrößen*



werden wiederum in unterschiedlicher Prozentzahl je nach Funktion definiert. In der Summe gibt es immer 100 Prozent, mit Ausnahme der Übererreichung: Wenn alle Kriterien erreicht werden, können 125 Prozent der variablen Komponente als dritter Vergütungsblock ausbezahlt werden. Ziel der variablen Komponente ist ein ergebnisorientierter Anreiz für eine hohe Behandlungsqualität. Der Anreiz ist nicht mehr auf das Individuum selbst bezogen, sondern ist in seiner Gesamtbetrachtung vom Spital bis zur individuellen Leistung ausgewogener. Die Weisung sieht vor, dass es eine Maximalvergütung pro Funktion gibt, mit einer absoluten Maximalvergütung analog dem Kanton von einer Million Franken in der Verordnung. Der Stadtrat beabsichtigt aber folgende Maximalvergütungen in den Ausführungsbestimmungen: 800 000 Franken für die CA, 500 000 Franken für die LA und 240 000 Franken für die OA. Die erste Zahl müsste angepasst werden, wenn der folgende Änderungsantrag angenommen wird. Mit der Verordnung kommt es zu einer Verbesserung der beruflichen Vorsorge: Neu werden bis zu 400 000 Franken der Löhne bei der Pensionskasse Stadt Zürich (PKZH) versichert. Das gilt unter dem Gesichtspunkt der Kostenneutralität, die durch die höheren Arbeitgeberbeiträge gewährleistet bleiben muss. Es kann also sein, dass jemand am Ende weniger Geld erhält, was aber durch die verbesserte PKZH-Deckung ausgeglichen wird. Das ist Teil des Kompromisses, denn die gesamte Verordnung ist ein Geben und Nehmen. Die Verordnung ist die Grundlage, damit das Stadtspital auf die Spitalliste 2023 kommt und weiterhin sein Angebot aufrechterhalten und marktübliche Löhne vergüten kann. Die Mehrheit der Kommission beantragt Ihnen die Zustimmung zur bereinigten Weisung. Gleich wie die Weisung selbst war es für alle zustimmenden Fraktionen ein Geben und Nehmen.

Kommissionsminderheit Schlussabstimmung:

**Dr. David Garcia Nuñez (AL):** Bevor ich zur Begründung der Ablehnung der Weisung komme, erlauben Sie mir einen gesundheitspolitischen Exkurs. Die Voten und Diskussionen im Zusammenhang mit dieser Weisung stehen stellvertretend für die gesundheitspolitische Lähmung, die unser Land, unsere Stadt und unsere Bevölkerung plagt. Das Gesundheitssystem steht seit Jahrzehnten in einer permanenten Strukturkrise, die aufgrund der gegenseitigen Blockaden der beteiligten Akteurinnen nicht gelöst werden kann. Der Bund ist sich im wichtigen Gesundheitsgeschäft nicht einig mit den Kantonen; die Kantone finden untereinander keinen Konsens; Spitäler konkurrieren sich und alles, was in ihre Nähe kommt; das Pflegepersonal, die Ärzteschaft, chirurgisch und nicht-chirurgisch tätige Ärztinnen geben sich seit Jahrzehnten Saures; und ferner wird jeder sozial relevante Fortschritt von einer Lawine von Krankenkassen- und Pharmalobbyistinnen in Bundesbern platt gemacht. Wie wenn das alles nicht genug wäre, kommt am Ende eine Horde von Gesundheitspolitikern und Nicht-Gesundheitspolitikerinnen, die wie heute Abend zur richtigen Zeit am richtigen Ort das Falsche machen: Mangels Muts erfüllen sie ihren ordnungspolitischen Auftrag nicht. Das alles ist sehr tragisch – insbesondere für jemanden, der seit über zwanzig Jahren Gesundheitspolitik betreibt – und auch frustrierend. Denn diese Blockade ist ein sozialer und gesundheitspolitischer Skandal, der einerseits Versorgungslücken und Wartezeiten produziert, andererseits teure Systemungerechtigkeiten, die letztlich in Form von Steuern und Kopfprämien an die Krankenkassen von uns allen finanziert werden müssen. Gerade letzteres ist aus linker



*Sicht ein grosses Problem, denn die Schweiz finanziert ihr Gesundheitssystem in regressiver Art und Weise: Die unteren Schichten werden im Vergleich zur reichen Elite überproportional zur Kasse gebeten. Man würde meinen, dass gerade linke Parteien solche Konstrukte in jeder erdenklichen Art bekämpfen würden – auch in Zürich, wo man in einem Parlament und in einer Regierung sitzt und ein riesiges Spital mit nationaler Ausstrahlung und Taktgeberfunktion besitzt. Das Stadtspital ist in Sachen Ökologie national federführend, weil das Parlament das so wollte. Heute verpassen wir es allerdings, nachhaltige und vor allem gerechte Lohnleitplanken für die Zukunft zu stellen. An dieser Stelle ist es für die AL wichtig zu betonen, dass wir hinter allen Kaderärztinnen im Stadtspital stehen und dass wir keinen Zweifel daran haben, dass sie ihre Arbeit gut machen und dass diese Arbeit gut entlohnt werden muss. Als Mitglied dieser Gilde und als klinisch tätiger Arzt im Spital weiss ich aber auch, dass viele meiner Kolleginnen sich als Staatsangestellte erleben und um ihre finanzethische Vorbildfunktion wissen. Die aktuellen und leider auch künftigen Lohnungerechtigkeiten wirken jedoch nicht nur gegen ausen, sondern haben auch Implikationen nach Innen. Der Stadtrat setzte sich ursprünglich zum Ziel, ein transparentes und gerechtes System zu schaffen. Mit seinem Vorschlag scheiterte er leider kläglich. Das System ist nicht nur nicht gerecht, die historisch gewachsenen Ungerechtigkeiten zwischen den verschiedenen medizinischen Fächern werden gar perpetuiert. Mit dem vorgeschlagenen System werden die Intensivmedizinerinnen, die uns während der Pandemie das Leben gerettet und die wir beklatscht haben, nach wie vor die Hälfte ihrer Kolleginnen in den chirurgischen Fächern verdienen. Wenn Sie sich bei der Spitaldirektion erkunden, woher diese Unterschiede rühren, kommt nach der Beseitigung mehrerer Nebelpetarden über unterschiedliche Qualifikationen und Behandlungsrisiken das Losungswort als Antwort, mit dem sich jede Ungerechtigkeit in einem kapitalistischen Leben begründen lässt: der Gesundheitsmarkt. Als mythologisches Tier hat der Gesundheitsmarkt leider keine Zeit, um in die Kommission oder den Rat zu kommen. Wir wissen aber, dass der Gesundheitsmarkt sehr wandelbar ist. Manchmal gilt er für die ganze Schweiz, manchmal geht er nur von Schaffhausen bis Basel. Manchmal funktioniert er perfekt, was man den Linken unter die Nase reibt, manchmal, wie im Falle der Psychiatrie oder des Pflegepersonals, versagt er. Er ist ein guter Freund des Stadtrats und kommt ihm immer wieder in anderer Form zu Hilfe. Rational erklärbar ist das alles nicht. Wenn das vorgestellte Benchmarking der perinova beispielsweise mit Daten vom Bundesamt für Gesundheit konfrontiert und hinterfragt wird, dann lässt der Gesundheitsmarkt ausrichten, dass er solche Fakten nicht mag. Er hält sich lieber an seine eigenen Behauptungen. Dementsprechend muss die Frage, weshalb die Rettung des Lebens einer COVID-Patientin halb so viel Wert ist, wie die Rettung einer Person, die eine Herzklappe erhält, unbeantwortet bleiben. Daher ist es mehr als tragisch, dass man ohne rationale Argumente einem historisch gewachsenen Irrsinn zustimmt, der die nächsten Jahre in Form einer Verordnung überleben wird. Es ist eine Verordnung, die innerhalb eines Spitals eine Lohnschere von eins zu vierzehn zementiert und einen Jahresverdienst von 750 000 Franken demokratisch gutheisst. Das hat nichts Linkes, aber sehr viel Mutloses an sich. Mutlosigkeit herrscht seitens Stadtrats, der für das Stadtspital nur eine politische Vision hat: Triemli und Waid sollen möglichst bald ausgelagert werden, damit man sich auf das Umweltdossier konzentrieren kann. Mutlosigkeit herrscht aber auch seitens der grössten Fraktion im Rat. Denn die entschei-*



dende Weichenstellung verpassen wir heute, liebe SP, wegen euch. Was nützt dem helvetischen Gesundheitswesen die grösste linke Mehrheit in der grössten Stadt der Schweiz und die sechs Sitze in der Exekutive, wenn man vor Pseudoargumenten kapituliert? Was nützen uns unsere Gefechte bei der Budgetdebatte um zusätzliche 2 oder 5 Millionen Franken für die Pflege, wenn wir heute den grössten Geldtransfers von unten nach oben innerhalb und ausserhalb des Spitals zustimmen? Im Film «Il Gattopardo» von Visconti gibt es eine Szene, in der ein Aristokrat angesichts der zunehmenden sozialen Unzufriedenheit beim Volk, das die Machtverhältnisse umstürzen will, den berühmten Satz ausspricht, dass die Aristokratie alles ändern müsse, damit alles so bleibt, wie es ist. Heute werden wir Zeuge einer «gattopardianischen» Bewegung. Nach allen technischen Diskussionen und Auseinandersetzungen über Kleinigkeiten wird mit der Verordnung alles am Stadtspital geändert haben, damit das ungerechte Machtverhältnis gleichbleibt. Die Mehrheit will weiterhin der Logik folgen, die jenen Kaderärztinnen, die über die meisten historischen Privilegien verfügen, am meisten Geld gibt. Die AL stellte sich von Anfang an gegen eine derartige staatlich subventionierte Wohlfühllohnnoase und schlug das Modell von Lausanne vor. Im Welschland, das gemäss dem Stadtrat in einem anderen Universum liegt und wo der helvetische Gesundheitsmarkt keinen Eingang hat, verdienen die Kaderärztinnen 550 000 Franken. Dafür verfügen sie über Arbeitsverhältnisse, von denen unsere Kaderärztinnen im Stadtspital nur träumen können. So erhalten sie beispielsweise Unterstützung bei der Fortbildung und können über Sabbaticals verfügen. Mit diesem System katapultiert sich das Kantonsspital Lausanne versorgungsmässig jedes Jahr an die Weltspitze, weit vor den Universitäts-spitälern in der Deutschschweiz und vor dem Stadtspital. Eine andere Welt ist möglich und die Mitglieder der Spezialkommission Gesundheits- und Umweltdepartement (SK GUD) konnten sich im Rahmen der Kommissionsreise selbst ein Bild machen. Nichtsdestotrotz zeigte sich die AL kompromissbereit und kam den anderen Parteien in all ihren Forderungen entgegen. Leider galt das Gegenrecht nicht. Mit Ausnahme der Grünen ging niemand auf unsere Kompromisslösung ein. Daher bleibt uns nichts anderes übrig, als die Weisung abzulehnen und der linken und nicht so linken Bevölkerung zu erklären, wie es zu diesem parlamentarischen Versagen kam.

Weitere Wortmeldungen:

**Elisabeth Schoch (FDP):** Nachdem Dr. David Garcia Nuñez (AL) die Meinung der Kommissionsminderheit erklärt hat, will ich sehr deutlich festhalten, dass die Ablehnungsgründe der FDP ganz andere sind. Der kleinste gemeinsame Nenner ist, dass auch unser Nein kein Misstrauensvotum gegen die Ärzteschaft ist. Bereits von Anfang an standen wir kritisch der Weisung gegenüber. Ich selbst musste sie mehrmals lesen, bevor ich verstand, was genau getan werden soll. Damit neue kaderärztliche Mitarbeitende verstehen, was für ein Entlohnungspaket sie erhalten, brauchen sie ein umfassendes Studium nicht nur von diesem Reglement, sondern auch von anderen Reglementen der Stadtverwaltung. Auch sind wir nicht überzeugt, dass die Entscheidungswege und die Ausnahmen in diesem sehr komplexen System klar sind. Es gibt naturgemäss Unklarheiten; die Kommission produzierte in einer umfassenden Fragen-Antwort-Serie insgesamt über 630 Seiten. Man muss sich vor Augen halten, was das bedeutet. Wenn sich Ärzte damit auseinandersetzen müssen, müssten sie ähnlich Fragen stellen. Das



*ist nicht mitarbeiterfreundlich. Man muss nun aber verstehen, warum das Reglement im Rahmen einer Verwaltungsabteilung ins städtische Personalreglement eingebettet ist. Auch wenn das Spital unternehmerisch geführt werden soll, wird es als Abteilung der Verwaltung geführt. Wir sehen einmal mehr, wie die Rechtsorganisation ein Pferdefuss für die Spitäler ist. Dem nicht genug, wird das Reglement von links bis zur GLP politisch ideologisiert. Um den Wählern Schmankerl zu geben, wird der Lohn kosmetisch auf maximal 750 000 Franken begrenzt, obwohl es keinen einzigen Lohn in der Stadt Zürich hat, der so hoch ist. Sicherheitshalber aber wird gesagt, dass es nicht mehr geben darf. Zusätzlich will man einen Faktor zwischen den höchsten und tiefsten Löhnen definieren. An diesem Faktor wurde dermassen lange herumgearbeitet, bis etwas gefunden wurde, das der Weisung nicht schadet. Auch das ist rein kosmetisch, aber für die Zukunft ein Pferdefuss. Die Einführung eines neuen Vergütungssystems mit Kostenneutralität ist eine Sisyphusarbeit. An Parametern ein wenig herumschrauben ist daher nicht sinnvoll, sondern sehr gefährlich. Wir hätten dieser Weisung zugestimmt, auch wenn wir nicht sehr glücklich darüber waren. Aber mit diesen «Verschlimmbesserungen» können wir uns nicht anfreunden. Wir sind klar der Meinung, dass einmal mehr aufgezeigt wurde, dass die Ausgliederung nötiger ist, denn je – und hoffen, dass die Ausgliederungsweisung noch vor den Sommerferien kommt.*

**Natascha Wey (SP):** *Die SP-Fraktion wird der Weisung zustimmen. Dass das Lohnsystem überarbeitet und neu ausgerichtet wird, ist richtig. Einerseits, weil die heutige intransparente Verteilung der Honorare und Poolgelder ohne eine anständige Rechtsgrundlage einem öffentlichen Spital schlecht ansteht. Man muss deutlich sagen: Die Intransparenz ausserhalb des Personalrechts hätte so nicht geschehen dürfen. Andererseits ist es richtig, weil seitens Kanton mit der Revision des SPFG nur noch Spitäler Leistungsaufträge erhalten können, bei denen sich die Menge der Behandlungen und der Umsatz nicht wesentlich auf den Lohn auswirken. Es soll sich also finanziell nicht lohnen, möglichst viele Behandlungen durchzuführen. Diese teilweise Abkehr von mengenbasierten Anreizen hin zu einer kooperativeren Medizin, die das Wohl von Patientinnen ins Zentrum stellt und Medizin als Teamarbeit sieht, ist sinnvoll. Es ist selbstredend, dass das Stadtspital auf die Weiterführung der kantonalen Leistungsaufträge angewiesen ist und dass den Veränderungen im kantonalen Gesetz nachgekommen werden muss. Es besteht also ein gewisser Handlungsdruck bis zum 1. Januar 2023. Die Weisung wurde lange und ausführlich in der Kommission beraten, weil das neue Vergütungssystem komplex ist und wir den Anspruch hatten, die Details zu verstehen. Auch dauerte die Beratung so lange, weil das Thema der hohen Arztsaläre emotional und zu recht politisch umstritten ist. Die SP-Fraktion ist nicht zufrieden mit den heutigen Lohnhöhen der Kaderärztinnen. Wir fordern darum eine Deckelung bei 750 000 Franken. Das ist natürlich ein Stück weit symbolisch, aber diese Lohngrenze reicht aus. Das System der Götter in Weiss, meistens Männer, die unantastbar in anderen Sphären leben und arbeiten, wollen wir so nicht verteidigen. Nur, das war in der Fraktion die grosse Debatte, wo setzt man die Stellschrauben richtig? Was bedeutet ein Angriff auf die Löhne im Kontext des Stadtsitals? Was sind die Konsequenzen, wenn die Löhne radikal gekürzt werden oder wenn vom Stadtrat ein neues, anderes Vergütungssystem gefordert wird, das nicht einigermaßen kongruent ist mit den Vergütungssystemen in anderen öffentlichen Spitälern und das grosse Lohnunterschiede schafft? Bei der Vorstellung der*



Weisung stand die Möglichkeit einer motivierten Rückweisung der AL im Raum, weil sie klar formulierte, dass sie andere Löhne will und mit der Marktsituation unzufrieden ist. Das anerkennen wir. Die FDP lehnt die Weisung aus Gründen ab, die in der Kommissionsdebatte nicht klar wurden und die ich auch vorher nicht verstehen konnte. Die SP entschied sich gegen eine motivierte Rückweisung und auch gegen eine Ablehnung der Weisung, auch wenn wir mit vielen Grundvoraussetzungen des Gesundheitswesens nicht einverstanden sind. Wieso als stützen wir das Vergütungssystem? Für uns ist klar, dass wir das Stadtspital nicht schwächen wollen. Für mich persönlich ist klar, dass das Stadtspital eine Dienstabteilung in städtischer Hand bleiben und dafür so gut wie möglich aufgestellt sein soll. Das Gesundheitswesen funktioniert heute nach einer Marktlogik. Das ist nicht unsere Idee, das ist nicht unsere Logik, das ist nicht, was wir als SP wollen. Die Einführung einer Fallpauschale und die Gewinnerorientierung im Gesundheitswesen sind eine Geschichte des liberalen Versagens. Mit der Einführung der Fallpauschale sanken die Kosten nicht – sie stiegen an. Die Kantone zogen sich aus der Kostensteuerung, der Markt solle es richten. Das Resultat ist ein System, in dem die Spitäler, die nur oder mehrheitlich Grundversicherte betreuen, nicht mehr kostendeckend arbeiten können. Das bestätigen nicht nur linke Gesundheitsökonominnen. Das Resultat ist auch, dass Privatspitäler, die wenig Verantwortung für Grundversicherte übernehmen, exorbitante Gewinne schreiben und dem Gesundheitswesen so Geld entziehen. Der bürgerliche Kantonsrat verpasste es leider, dem einen Riegel zu schieben. Ebenso vergrösserte die Einführung der Fallpauschale die Differenz zwischen den einzelnen Fachgebieten. Gut entschädigt werden komplexe Operationen, der Einsatz von teuren technischen Gerätschaften wie in der Radiologie und Gebiete der Spitzenmedizin wie die Kardiologie. Schlecht entschädigt werden die alltäglichen Behandlungen in der Grundversorgung. Beispiele sind Blinddarmoperationen, Geburten oder Gebiete, die viel Beratung oder wenig Technik benötigen wie die Geriatrie oder die Psychiatrie. Diese Differenzen in den Fachgebieten bilden sich auch bei den Löhnen ab. Es ist also eine unschöne Realität, dass das Stadtspital sich in einem Marktumfeld bewegt und gleichzeitig einen Grundversorgungsauftrag erfüllen muss. Es ist die Ironie der Geschichte und die mit dem Finanzierungssystem verknüpfte Konsequenz, dass die sogenannten Leuchttürme des Stadtspitals, wie die Herzmedizin, die Gebiete sind, die in der Angebotsstrategie wichtig sind und wichtig bleiben werden. Denn die Wirtschaftlichkeit ist gemäss dem SPFG und dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) oberstes Gebot. Für uns ist klar, dass wir das Stadtspital nicht im luftleeren Raum positionieren können und es auch bei den Löhnen in eine Konkurrenzsituation eingebunden ist. Wir wollen keine substantielle Schlechterstellung der Löhne gegenüber der direkten öffentlichen Konkurrenz, wie beispielsweise dem Universitätsspital Zürich (USZ).

**Julia Hofstetter (Grüne):** Die Grünen stimmen der Weisung zu. Neben dem Lohndeckel ist für uns die Abschaffung der mengenabhängigen Vergütung ein wichtiger Schritt. Es sind klar falsche Anreize, dass jemand mehr verdient, weil er mehr operiert. Medizinisch unnötige Eingriffe belasten das bereits belastete Krankenkassensystem. Es ist gut, dass dieser fatale Anreiz wegfällt. Die Grünen verlangten bereits im Kantonsrat einen Lohndeckel von 750 000 Franken. Wir sagen auch im Gemeinderat, dass ein Lohndeckel von 750 000 Franken genug ist. Im Kantonsrat waren wir zusammen mit der AL in der Minderheit, jetzt folgt eine Mehrheit dem Vorschlag. In der Kommissionsdebatte



*fiel das Wort «Neid». Bei diesem Thema kommt von der rechten Seite regelmässig der Vorwurf, dass wir eine Neiddebatte führten, weil die meisten von uns einen solchen Lohn niemals auch nur annähernd erhalten werden. Uns wird unterstellt, dass ein bewährtes System aus Neid gefährdet wird. Das System ist aber nicht bewährt. Die Gesundheitskosten explodieren, die vorherrschenden Hierarchien bergen grosse Ungerechtigkeiten. Es geht nicht um Neid. Geld für das Gesundheitswesen fällt nicht vom Himmel und es ist wichtig, Lohnexzesse zu verhindern. 750 000 Franken Lohn pro Jahr ist eine grosse Menge und es soll eine Ausnahme bleiben, dass jemand so viel verdient. Es ist jedoch ein Zeichen, dass man sich gut überlegen muss, wer wie viel verdient. Ärztinnen und Ärzte sind gefordert. Sie leisten wichtige Arbeit und haben eine lange Ausbildungszeit. Ihre Arbeit ist aber nur im Team möglich. Blickt man auf die Medizingeschichte zurück – zum Beispiel wie viele Frauen nach der Geburt starben, weil sich die Ärzte nicht die Hände gewaschen hatten –, dann wissen wir heute, dass Hygiene Leben rettet und eine der wichtigsten Erkenntnisse der Medizingeschichte ist. Heute sind es die Reinigungskräfte, die dafür sorgen, dass alles steril und hygienisch ist. Es ist offensichtlich, dass ihre Arbeit wenig honoriert wird. Ohne die Reinigungskräfte, ohne die Pflegefachkräfte, ohne Physiotherapie, ohne Ergotherapie und ohne all die anderen Angestellten im Krankenhaus funktioniert auch die Arbeit der allerbesten Ärztin und des allerbesten Arztes nicht. Das Spitalsystem ist enorm hierarchisch und in etlichem ungerecht. Daran ändert auch der Lohndeckel nichts. Der Lohndeckel soll aber Exzesse vermeiden. Wir wünschen uns vom Stadtrat und von der Spitalleitung, dass sie dranbleiben, dass Teamleistungen hervorgehoben werden und dass kein Starkult einzelner Personen betrieben wird. Es braucht eine Kultur des Miteinander. Die Medizin von heute ist ein Zusammenspiel von vielen Berufen und nur dann erfolgreich, wenn das Zusammenspiel funktioniert und die Medizin interdisziplinär ist.*

**Walter Anken (SVP):** *Die SVP stimmte der unveränderten Weisung in der Fraktion zu. Die Änderungsanträge, die heute Abend durchkommen, haben keinen Einfluss auf die kostenneutrale Umsetzung. Das sicherte mir der Stadtrat schriftlich zu. Die Beratungen in der Kommission waren für meinen Kollegen und mich öfters sehr ermüdend. Das lag nicht an der Verwaltung oder am Stadtrat. Diese machten eine sehr gute Arbeit und gaben sich grosse Mühe, uns die Weisung zu erklären. Die Weisung ist nicht kompliziert, sie hat klare Grundkomponenten. Darum stimmt die SVP der Weisung zu. Der Stadtrat machte ganz klare Vorgaben für das neue Vergütungssystem. Es muss kostenneutral sein, was für die SVP wichtig ist. Der Stadtrat führte eine definierte Lohnobergrenze pro Funktion ein, wobei er sich an den kantonalen Spitälern orientierte. Das ist relevant. Es gibt keinen Besitzstand und das Ganze muss nachvollziehbar und transparent sein. Das Stadtspital ist gezwungen, das bisherige Honorarsystem ab dem 1. Januar 2023 zu ersetzen, da sonst die Leistungsaufträge in Gefahr sind. Ich weiss nicht, warum die FDP diese Weisung ablehnt und damit die Leistungsaufträge in Gefahr bringt. Das Vergütungssystem darf in Zukunft nicht mehr wesentlich von der Menge der Behandlungen abhängen. Das bedeutet, dass wir weniger unnötige Operationen in den Spitälern haben werden. Was sind die Fehlanreize im heutigen System? Die Honorare können nicht in der Pensionskasse versichert werden und es gibt heute keine Anreize zur kostengünstigen Leistungserbringung. Eine Gesamtsicht fehlt: Wir haben einen ausschliesslichen Mengenanreiz und damit einen Kampf um die Patienten in den Spitälern, was unsinnig*



*ist. Ausserdem fehlt eine interdisziplinäre Behandlung. Das heutige Vergütungssystem der Kaderärzte mit Honoraren hat Fehlanreize und ist überholt: Es muss geändert werden. Alle Mitarbeiter weichen vom mengenbasierten System ab. Das künftige Vergütungssystem wird nicht mehr mengenorientiert sein. Damit fallen die Honorare weg. Es gibt eine sogenannte Einführung einer Fachkomponente. Und es ist klar, welches Problem Dr. David Garcia Nuñez (AL) mit der Fachkomponente hat: Sie bildet das Marktverhältnis einer Leistung ab. Die Fachkomponente bildet aber nicht nur die Marktverhältnisse ab, es geht auch um die Qualifikations- und Ausbildungserfordernisse einer Leistung. Weiter wird eine variable Komponente für Chefärzte und für die Leitenden Ärzte eingeführt. Damit wird die Wirtschaftlichkeit eines Spitals und die individuelle Leistung abgebildet. Für uns ist es auch relevant, dass das Spital so wirtschaftlich wie möglich ist. Es gibt eine Lohnobergrenze pro Funktion und das neue Vergütungssystem ist kostenneutral. Es ist ein sonderbares Verhalten der SP und der GLP. Kürzlich reichte Marion Schmid (SP) die Motion GR Nr. 2021/404 ein, die hier angenommen wurde. Sie soll dem Spital und dem Stadtrat mehr Handlungsspielraum geben. Und was macht man nun mit diesen Änderungsanträgen? Genau das Gegenteil. Dem Stadtrat und der Verwaltung werden unnötige Knüppel zwischen die Beine geworfen um den Handlungsspielraum zu verhindern. Das kann niemand verstehen. Schon damals sagte ich, dass es nur darum geht, eine mögliche Ausgliederung des Stadtspitals zu verhindern.*

**Nicolas Cavalli (GLP):** *Man kann es offen und ehrlich sagen: Die KAV war kein A-Thema einer Partei. Niemand ist Feuer und Flamme dafür und trotzdem war es unsere Aufgabe, uns dessen seriös anzunehmen und darüber zu diskutieren. Für uns Grünliberale war klar, dass wir die KAV brauchen. Es ist eine Tatsache, dass der Kanton die gesetzliche Vorgabe macht und das Stadtspital Zürich auf die Spitalliste 2023 muss. Unsere erste Priorität ist der reibungslose Betrieb des Stadtspitals. Es wäre sehr fahrlässig, die KAV heute abzulehnen. Es liegt uns fern, bei einem solchen Thema Zwängereien oder Empörungen zu äussern. Ich finde es schade, dass sich die Fraktionen der AL und der FDP vom politischen Kompromissdiskurs verabschiedet haben. Wir Grünliberalen waren stets bemüht, einen Kompromiss zu finden, und ich glaube, das ist uns gelungen. Es ist kein Geheimnis, dass jede zustimmende Fraktion Eingeständnisse machen musste. Die SVP macht heute den grössten Spagat: Ihnen wäre es am liebsten, der unveränderten Weisung zuzustimmen und trotzdem machten sie, wie alle anderen zustimmenden Fraktionen, den Realitätscheck und fanden so zum Kompromiss. Es ist ein Geben und Nehmen und ein guter Kompromiss. Damit ist das gesamte Thema der Umwandlung des Stadtspitals in eine öffentlich-rechtliche Anstalt natürlich nicht vom Tisch und es ist richtig, dass wir diese Diskussion weiterführen. Mit dieser Verordnung ist es dem Stadtspital möglich, den Betrieb reibungslos im nächsten Jahr weiterzuführen und den Versorgungsauftrag wahrzunehmen. Das ist das Wichtigste.*

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

**STR Andreas Hauri:** *Sie stimmen über eine wichtige Vorlage mit dem neuen Vergütungssystem ab. Es ist eine wichtige Vorlage für die betroffenen Kaderärztinnen und Ka-*



derärzte und auch für das Stadtspital, damit wir die hohe medizinische Qualität beibehalten können. Nicht zuletzt ist es eine wichtige Vorlage, um die Attraktivität des Stadtspitals als Arbeitgeberin aufrechtzuerhalten. Das neue Vergütungssystem schafft die mengenbasierten Anreize ab. Die bis jetzt geltenden Honorare werden eliminiert. Damit wird sichergestellt, dass keine finanziellen Anreize für unwirksame, unnötige oder unzweckmässige Leistungserbringungen bestehen. Das ist eine der wichtigsten Komponenten. Das ist der Wille von mir, des Gesamtstadtrats und des Stadtspitals. Nicht zuletzt sieht man die kantonalen und schweizweiten Trends, die alle in diese Richtung gehen. Auch haben wir klare Vorgaben des revidierten kantonalen SPFG. Das sieht zwingend vor, dass per 1. Januar 2023 ein neues, Beim anderen Spitälern wie dem USZ oder dem Kantonsspital Winterthur (KSW) werden die Systeme ebenfalls abgeändert und per 1. Januar 2023 eingeführt. Das Ziel ist, dass wir die Höhe der Gesamtvergütung der Kaderärztinnen und Kaderärzte im Grundsatz beibehalten können. Es gilt aber keine Besitzstandswahrung. Das neue System soll transparent sein; es ist transparent. Es soll verständlich sein; ich bin der Meinung, dass es verständlich ist. Es soll rechtsgleich sein und trotzdem Spielraum für individuelle Anpassungen lassen. Die Umsetzung des neuen Vergütungssystems für die Kaderärzteschaft als Gesamtes soll inklusive der beruflichen Vorsorge kostenneutral ausgestaltet werden. Ich versichere Ihnen, dass ich mich sehr genau dafür einsetzen und das im Detail überprüfen werde. Die Anreize des neuen Vergütungssystems sind auf eine hohe medizinische Qualität, auf eine hohe Patientenzufriedenheit und auch auf eine nachhaltige Gesundheitskosten- und Spitalentwicklung ausgelegt. Mit dem neuen System werden wir bei der kaderärztlichen Vergütung Transparenz schaffen, wir werden eine bessere Gleichbehandlung erreichen und die Lohnsicherheit erhöhen. Kaderärzte in hochspezialisierten Gebieten sind rar. Es ist unser erklärtes Ziel, dass das Stadtspital weiterhin eine umfassende, qualitativ hochstehende Versorgung für die gesamte Bevölkerung innerhalb und ausserhalb der Stadt sicherstellt. Dafür muss auch die Entlohnung der Kaderärzteschaft modernisiert werden. Das erreichen wir mit dem neuen Vergütungssystem, das sich in weiten Teilen ausserhalb des städtischen Personalrechts bewegt. Das Vergütungssystem besteht aus einem fixen Lohn, aus einer Fachkomponente und einer variablen Komponente. Der Grundlohn bildet die Anforderungen und Kompetenzen ab und wird gegenüber dem jetzigen Grundlohn angehoben. Nicht so bei der Oberärzteschaft, die im städtischen Lohnsystem bleibt. Die Fachkomponente bildet das reale Verhältnis pro Fachgebiet und auch die strategische Bedeutung des Fachgebiets für das Stadtspital ab. Dazu kommt die variable Komponente, ein ebenfalls wichtiger Aspekt. Auch dort geht es nicht um mengenorientierte Anreize, sondern um qualitative Aspekte. Es geht um eine nachhaltige, wirtschaftliche Entwicklung für das Stadtspital. Spezielle Leistungen werden aufgrund von klaren Zielsetzungen honoriert. Das gilt für Chefärzte und für Leitende Ärztinnen und Ärzte. Ein Thema ist die Obergrenze. Die kantonale Regelung, die im neuen SPFG formuliert wurde, sieht eine Obergrenze von 1 Million Franken vor. Der Stadtrat beantragt Ihnen, dass das ebenfalls für das Stadtspital festgelegt wird. In diesem Zusammenhang ist wichtig zu wissen, dass in den Ausführungsbestimmungen, die in der Kompetenz des Stadtrats liegen und entsprechend vorliegen, der Stadtrat folgende Obergrenzen der maximalen Vergütung festlegte: 800 000 Franken für die Chefärzteschaft, 500 000 Franken für Leitende Ärzte und 240 000 Franken für Oberärzte. Das Stadtspital ist darauf angewiesen, dass wir Fachkräfte unter den aktuellen Bedingungen rekrutieren können.



*Wäre das nicht mehr der Fall, bestünde die Gefahr und das grosse Risiko, dass das Stadtspital die Spitzenpositionen verliert und bei bestimmten ärztlichen Leistungen wichtige Ärztinnen und Ärzte nicht mehr behalten kann. Ich bin überzeugt, dass wir ein modernes und nachhaltiges Vergütungssystem entwickelt haben, mit dem das Stadtspital auch für die Zukunft gut gerüstet ist. Wir haben insgesamt fünf Änderungsanträge. Beim einen geht es um die Maximalvergütung von 750 000 Franken. Wir beantragen Ihnen 1 Million Franken. Bei diesem Antrag kann ich sagen, dass ich im Moment damit leben kann. Es ist eine gewisse Einschränkung, weil wir bei einer Weiterentwicklung allenfalls wieder vor den Gemeinderat müssten. Beim Antrag 3 geht es um die Fachgebietenkategorien und die Bandbreiten. Auch bei diesem Antrag können wir damit leben, weil es der aktuellen Regelung entspricht, wie wir sie im neuen Vergütungssystem auch haben wollen. Mit dem Antrag 4 soll der Qualitätsaspekt stärker in den Vordergrund treten. Die Qualität ist ein wichtiges Anliegen des Stadtspitals, das werden wir sowieso berücksichtigen und ich kann mit dem Antrag leben. Probleme gibt es bei den Anträgen 2 und 5 der Alternativen Liste. Wenn Sie diesen zwei Anträgen zustimmen, stellen Sie unser Vergütungssystem grundsätzlich in Frage. Mit ihnen werden wir grosse Probleme haben, in allen hochspezialisierten Fachgebieten rekrutieren zu können. Wir werden auch kein gerechteres System haben, wenn diese zwei Anträge umgesetzt werden. Es sind Anträge, die einzigartig und eine klare Benachteiligung für das weitere Funktionieren des Stadtspitals wären. Ich bin natürlich enttäuscht, dass die FDP die Weisung insgesamt ablehnt. Das zeugt nicht von einer Unterstützung des Stadtspitals und Sie bringen es in eine grosse Bedrängnis. Wir müssen per 1. Januar 2023 ein neues Vergütungssystem haben. Bei einer Ablehnung wird das nicht der Fall sein. Wir müssten zusätzliche Ressourcen einsetzen, um kurzfristig ein neues System herbeizuführen.*

#### Antrag 1:

Kommissionsmehrheit/-minderheit:

**Natascha Wey (SP):** *In der ursprünglichen Weisung schlug der Stadtrat vor, die maximale Lohnobergrenze analog SPFG in die Verordnung aufzunehmen. In den Ausführungsbestimmungen, die der Stadtrat in eigener Kompetenz erlässt, wollte er diese Grenze auf 800 000 Franken festsetzen. Der mit dem neuen System eingeführte maximal mögliche Lohn für eine Kaderärztin beträgt 750 000 Franken. Das wäre eine Kaderärztin in der Kaderlohnstufe 3 mit der höchsten Fachkomponente und einer Übererreichung der individuellen Ziele von 125 Prozent. Diese Person müsste gleichzeitig Spitalleitungsmitglied sein. Wir sind der Ansicht, dass das ausreicht. Die 750 000 Franken sind exakt der Betrag, den die Grünen und die AL auf kantonaler Ebene forderten, was aber im Kantonsrat keine Mehrheit fand. Der Antrag ist zudem eine Kompetenzübertragung. Sollte STR Andreas Hauri in den nächsten Jahren das Bedürfnis haben die Löhne zu erhöhen, so sollte er sich unseres Erachtens im Gemeinderat dafür rechtfertigen, nicht nur im eigenen Gremium. Der geforderte Spielraum von 50 000 Franken widerspricht ein wenig der geäusserten Absicht, die Löhne nicht erhöhen zu wollen. Letztlich ist dieser Deckel ein Zeichen an den viel zitierten Markt. Wenn bei dieser Lohnhöhe 50 000 Franken den Ausschlag geben, ob es zu einer Neuanstellung kommt oder nicht,*



dann wäre diese Absage unseres Erachtens zu verkraften.

**Rolf Müller (SVP):** Der Stadtrat wollte die maximale Vergütung bei 1 Million Franken festlegen. Die linken Parteien haben das auf 750 000 Franken reduziert. Die SVP-Fraktion lehnt diesen Änderungsantrag ab, weil der Stadtrat bezüglich der Lohnentwicklung in den nächsten zehn bis fünfzehn Jahren einen gewissen finanziellen Spielraum braucht. Wir wissen alle nicht, wie sich die Löhne im medizinischen Bereich in den nächsten Jahren entwickeln. Die Verordnung sollte so lange gültig sein.

Weitere Wortmeldungen:

**Nicolas Cavalli (GLP):** Wir unterstützen den Antrag als Kompromisslösung. Die Maximalvergütung von 750 000 Franken entspricht dem mit dem Vorschlag heute Möglichen. Als Einordnung ist wichtig zu wissen, dass in den Jahren 2019–2020 neun beziehungsweise elf angestellte Ärztinnen und Ärzte mehr als 500 000 Franken verdienten. Über 650 000 Franken verdiente ein Arzt, beziehungsweise zwei. Es geht also um einige wenige Angestellte. Es gibt in der Medizin in gewissen Bereichen die Tendenz mit Lohnentwicklungen, die nach unten gehen. Wir sind überzeugt, dass das Stadtspital weiterhin auch mit diesem Deckel von 750 000 Franken marktgerechte Löhne bezahlen kann.

**Dr. David Garcia Nuñez (AL):** Das ist der Hauptänderungsantrag der Weisung und gleichzeitig ist es der sanfteste Antrag. Auf dem Papier sieht es so aus, als ob das linke Parlament ein Zeichen setzt: Eine Reduktion von 1 Million auf 750 000 Franken sieht nach viel aus. In Tat und Wahrheit unterbieten wir den Stadtrat jedoch um lediglich 50 000 Franken. Mehrfach sagte STR Andreas Hauri in der Kommission und heute, dass der Stadtrat 800 000 Franken nicht überschreiten will. Wenn man so wenig Vertrauen in den eigenen Stadtrat hat, dann ist diese Änderung in schriftlicher Manier in Ordnung. Für die AL geht der Schritt zu wenig weit. Wir sind für eine Senkung auf 500 000 Franken. An dieser Stelle will ich wiederholen: wie in Lausanne. Aber leider reicht der parlamentarische Mut nicht so weit. Es wird immer der Gesundheitsmarkt erwähnt – man könnte meinen, das Welschland sei nicht im gleichen Gesundheitsmarkt wie Zürich. Gerade eine Ärztinnenschaft, die so kosmopolitisch ist, dass sie mehrere Sprachen sprechen kann, für diese ist ein Sprung über den Röstigraben durchaus möglich. Der Markt funktioniert und ich kann Ihnen Namen von Leuten geben, die jetzt in Genf und in Lausanne arbeiten, aber in Zürich studierten. Mancher Provinzialismus ist zwar nicht teuer, aber man muss sich ihn leisten können. Trotzdem hat die AL lieber den Spatzen in der Hand als die Taube auf dem Dach. Wir stimmen dem links-folkloristischen Antrag zu, auch wenn unsere Kantonsratsfraktion andere Meinung war.

Änderungsantrag 1  
Art. 5 «Maximale Vergütung» Abs. 2

Die Mehrheit der SK GUD beantragt folgende Änderung von Art. 5 Abs. 2:

<sup>2</sup> Die Gesamtvergütung darf Fr. 1 000 000.–750 000.– pro Jahr nicht übersteigen.



13 / 26

Die Minderheit der SK GUD beantragt Ablehnung des Änderungsantrags.

Mehrheit: Natascha Wey (SP), Referentin; Präsident Dr. David Garcia Nuñez (AL), Vizepräsidentin Marion Schmid (SP), Nicolas Cavalli (GLP), Julia Hofstetter (Grüne), Sofia Karakostas (SP), Joe A. Manser (SP), Martina Novak (GLP), Marcel Savarioud (SP)  
Minderheit: Rolf Müller (SVP), Referent; Walter Anken (SVP), Dr. Frank Rühli (FDP), Elisabeth Schoch (FDP)

Der Rat stimmt dem Antrag der Mehrheit mit 79 gegen 32 Stimmen (bei 0 Enthaltungen) zu.

#### Antrag 2:

Kommissionsminderheit/-mehrheit:

**Dr. David Garcia Nuñez (AL):** Neben der Einengung der Löhne zwischen den Fächern, stand für die AL von Anfang an die Reduktion der Lohnspanne zwischen den verschiedenen hierarchischen Stufen im Vordergrund. Wir erachten es weder für eine Klinik noch ein Spital noch für die Gesellschaft als adäquat, dass in einem Staatsbetrieb die Chefinnen das Vierfache pro Monat des eigenen Kaders verdienen und eine Lohnschere zwischen der Chefärztin und der medizinischen Praxisassistentin von eins zu vierzehn existiert. Die Maximalschere zwischen den obersten Sphären und der untersten Stufe im Spital erspare ich Ihnen. Sie ist nicht nur schwindelerregend, sondern von einer grotesken Ungerechtigkeit geprägt. Das ist insbesondere der Fall, wenn sie sich vor Augen führen, dass manche Ärztinnen während der Pandemie ins Homeoffice gesteckt wurden, während das Reinigungspersonal während der ersten und der zweiten Welle an vorderster Front ihre systemrelevante Tätigkeit unter grössten Gefahren erledigen musste. Auch hier gilt, dass ein Gesundheitsmarkt, der solche Widersprüche generiert, äusserst dysfunktional ist und Leitplanken braucht. Man würde meinen, dass gerade ein linkes Parlament intervenieren müsste. Selbstverständlich wäre es im Sinne der AL, wenn die unterste Lohnstufe innerhalb des Spitals mehr verdienen würde. Leider steht das heute nicht zur Debatte. Hingegen können wir an den aktuellen Verhältnisse in den oberen Segmenten etwas verändern. So stiegen wir in einem ähnlichen Prozess wie die GLP hinsichtlich der Fachkomponente ein und sind anhand unserer Fragen an die Spitalleitung zu einen «Drei zu zwei zu eins»-Mechanismus gekommen. Die AL schlägt vor, dass die Chefin nicht mehr als drei Mal so viel wie der Durchschnitt ihrer Oberärztinnen verdient und dass die Leitende Ärztin gemäss ihrer hierarchischen Sandwich-Position dazwischen platziert wird. Das heisst, sie würde maximal zwei Mal so viel wie der Durchschnitt der Oberärztinnen in ihrer Klinik verdienen. Das «Drei zu zwei zu eins»-Modell wird auch in meiner alten Klinik am USZ, das meines Wissens noch nicht unterging, praktiziert. Dort teilte der Chefarzt den berühmten Honorar-Pot auf diese Weise auf. Konkret heisst das beispielsweise, dass wenn die Oberärztinnenschaft im Durchschnitt 170 000 Franken verdient, die Leitenden Ärztinnen maximal 340 000 Franken und der Chef oder die Chefin 510 000 Franken verdienen würden. Was würden die Leute ohne den AL-Antrag verdienen? Im Fall der Leitenden Ärztin wären das 370 000 anstatt 340 000 Franken und im Fall der Chefärztin wären das 567 000 Franken anstatt



der vom Stadtrat vorgeschlagenen 640 000 Franken. Damit kommen wir zur Gretchenfrage: Verlässt eine Leitende Ärztin eine machtvolle Position, an der sie die Möglichkeit hat, in der grössten Stadt der Schweiz unter den besten Material-, Personal- und Weiterbildungskonditionen für einen jährlichen Lohn von 340 000 Franken zu arbeiten – wegen 2307 Franken pro Monat? Sind Sie wirklich der Meinung, dass sich da der Gesundheitsmarkt durchsetzt und uns der Ärztin berauben würde? Glauben Sie tatsächlich, dass Ärztinnen aus diesem Holz geschnitzt sind? Wer hat den Mut, die aktuelle Schere von «Vier zu zwei zu eins» zu «Drei zu zwei zu eins» zu schliessen? Die Vorteile des Systemwechsels liegen auf der Hand. Die Berechnungen des Stadtspitals zeigen, dass nur die Leitenden Ärzte und Chefärztinnen von 8 respektive maximal 9 Kliniken – der insgesamt 24 – eine Lohnreduktion erfahren würden. Das sind relativ wenige Personen und gerade diejenigen, die vom bisherigen unfairen System am meisten profitierten. Zweitens sind monatliche 2300 Franken kein Kündigungsgrund für jemanden, der 340 000 Franken verdient. Das Geld kann aber für schlecht entlohnte Arbeitsbereiche eingesetzt werden. Drittens werden schlaue Chefärztinnen dafür sorgen, dass sie gutverdienende Oberärztinnen haben und sie werden in die Ausbildung investieren, damit diese mehr Geld verdienen. Mich erstaunt, dass jene Fraktionen, die den GLP-Antrag ablehnen werden, unseren Antrag nicht gut finden. Bei den anderen Fraktionen, die jetzt schwanken, verstehe ich die Logik nicht. Wer sonst, wenn nicht wir, sollte diese sozialen Ungerechtigkeiten beseitigen?

**Dr. Frank Rühli (FDP):** Die beantragte Änderung der Alternativen Liste im Zusammenhang mit der maximalen Vergütung wurde von STR Andreas Hauri an der letzten Sitzung explizit abgelehnt. Die breite Mehrheit folgt den sachlichen Argumenten der Verwaltung und des Stadtrats. Es geht darum, dass die maximale Vergütung zwischen den Kategorien der Kaderärzteschaft durch ein fixes Verhältnis der Medianlöhne pro Klinik begrenzt wird. Das ist keine marktgerechte Vergütung. In dieser Art wäre es in der gesamten Branche einzigartig und damit ein Unique Selling Point (USP), nur leider ein negativer USP, was wir für das Stadtspital nicht wollen. Von der Verwaltung wurde am Beispiel der Kardiologie aufgezeigt, dass die Leitenden Ärzte nur noch 90 Prozent und die Chefärzte sogar nur noch 80 Prozent des eigentlichen Marktlohns erhalten würden. Es ist kein Zufall, dass die klassisch operativen Kliniken davon betroffen wären, aber auch Kliniken, in denen beispielsweise Kardiologie oder Neurologie betrieben wird. Es sind in der Regel Gebiete, wo es starke Spezialisierungen gibt und ein Oberarzt nicht alles abdecken kann und es einen Hintergrunddienst von Leitenden und Chefärzten braucht. Darum gibt es dort Unterschiede in den Verdienstmöglichkeiten. Gerade in diesen Kliniken wäre es insbesondere schlimm, wenn sie LA oder CA verlieren. Insgesamt geht es darum – und da wehre ich mich gegen den Vorwurf, den STR Andreas Hauri gegenüber meiner Partei äusserte – dass wir uns für ein starkes und gutes Stadtspital einsetzen. Es ist eine Positionierung auch für die hochspezialisierte Medizin, dass wir ein Zentrumspital sein können, dass wir keine Qualitätsprobleme haben, dass wir einen Erhalt der Leistungsaufträge haben. Ich frage mich, ob die AL und die Grünen das nicht wollen, ob sie tatsächlich eine Insellösung, eine sinnlose Knebelung und eine Einschränkung des Handlungsspielraums wollen.



Weitere Wortmeldungen:

**Nicolas Cavalli (GLP):** Auf den ersten Blick sieht der Änderungsantrag 2 wie der Änderungsantrag 3 aus, bei dem es um die Bandbreiten geht. Bei beiden geht es um das Verhältnis. Es gibt aber einen entscheidenden Unterschied: Der Änderungsantrag 2 operiert mit einer Lohnobergrenze für die LA und CA und mit einem Medianlohn der OA. Was würde geschehen, wenn dieser Änderungsantrag angenommen wird? Es gibt zwei Szenarien. Entweder müssten wir die entsprechenden Obergrenzen bei den LA oder CA so herunterdrücken, dass man keine marktüblichen Löhne mehr bezahlen kann oder man müsste die Löhne der OA so nach oben anpassen, bis das Verhältnis wieder stimmt. Man darf nicht dem Irrglauben verfallen, dass es nur einen oder zwei Oberärzte gibt. Die Anzahl der Oberärzteschaft spielt eine Rolle. Es käme zu einer Kostenentwicklung, das ist offenbar für die AL kein Problem. Mir ist auch schleierhaft, wie das überprüft werden sollte. Das Stadtspital müsste wohl eine Statistikerin anstellen, die stets überprüft, ob durch eine neue Anstellung die Verhältnisse noch stimmen. Das Anliegen ist undurchdacht und nicht praktikabel.

**Natascha Wey (SP):** Auch wir lehnen den Antrag ab, aber aus anderen Gründen. Der Antrag könnte in zwei Varianten umgesetzt werden. Wenn die Quote bei den Chefärztinnen angesetzt wird, müssten die Löhne der Oberärztinnen mehr ansteigen, als heute vorgesehen ist. Das hätte zur Konsequenz, dass die Gesamtlohnsumme ansteigt und das System nicht mehr kostenneutral umgesetzt werden kann. Dagegen wehren wir uns. Wenn die Quote unten angesetzt wird, beim Median der Oberärzteschaft, dann führt das bei einigen Löhnen von Chefärztinnen zu eklatanten Kürzungen. Das ist genau beabsichtigt, das ist uns klar. Damit werden aber die Gebiete geschwächt, die für das Stadtspital strategisch wichtig sind. In der Kommission wurde uns aufgezeigt, dass Kürzungen von mehreren zehntausend Franken nötig wären. Natürlich würde das mit dem zweiten, damit verbundenen Antrag, abgeschwächt werden. Wir glauben nicht, dass die Ärztinnen und Ärzte direkt abwandern würden, wenn sie nur noch 90 Prozent des heutigen Lohns verdienen. Für das grössere Problem halten wir die Neuanstellungen. Das gibt dann doch sehr grosse Lohndifferenzen. Mit solch eklatanten Besitzständen führt das wiederum zu Unstimmigkeiten und es ist unseres Erachtens schwierig begründbar. Letztlich ist für uns auch nicht nachvollziehbar, wieso das Stadtspital mit einer solchen Quote substanziell schlechter gestellt werden sollte als beispielsweise das ausgelagerte USZ. Wir sind der Ansicht, dass der Antrag den grossen Unterschieden bei den Löhnen der Fachgebiete nichts entgegengesetzt, sondern die Unterschiede bestätigt, weil der Vergleich des Medians pro Klinik relevant ist. Wir lehnen diesen Antrag ab, werden dem GLP-Antrag aber zustimmen.

Änderungsantrag 2

Art. 5 «Maximale Vergütung», neuer Abs. 3 und 4

Die Mehrheit der SK GUD beantragt Ablehnung des nachfolgenden Änderungsantrags.

Die Minderheit der SK GUD beantragt folgenden neuen Art. 5 Abs. 3 und 4:



<sup>3</sup> Die Lohnobergrenze für die Leitenden Ärztinnen/Leitenden Ärzte in einer Klinik beträgt maximal den doppelten Wert des Lohnmedians der Oberärzteschaft in derselben Klinik.

<sup>4</sup> Die Lohnobergrenze für die Chefärztinnen/Chefärzte in einer Klinik beträgt maximal den dreifachen Wert des Lohnmedians der Oberärzteschaft in derselben Klinik.

Mehrheit: Dr. Frank Rühli (FDP), Referent; Vizepräsidentin Marion Schmid (SP), Walter Anken (SVP), Nicolas Cavalli (GLP), Sofia Karakostas (SP), Joe A. Manser (SP), Rolf Müller (SVP), Martina Novak (GLP), Marcel Savarioud (SP), Elisabeth Schoch (FDP), Natascha Wey (SP)

Minderheit: Präsident Dr. David Garcia Nuñez (AL), Referent; Julia Hofstetter (Grüne)

Der Rat stimmt dem Antrag der Mehrheit mit 91 gegen 24 Stimmen (bei 0 Enthaltungen) zu.

### Antrag 3:

Kommissionsmehrheit/-minderheit:

**Nicolas Cavalli (GLP):** Der Änderungsantrag 3 möchte, dass die Maximalobergrenze der höchsten Kategorie der Fachkomponente der jeweiligen Kaderärztesfunktion das Zweifache der Maximalobergrenze der tiefsten Kategorie der entsprechenden Kaderärztesfunktion betragen darf. In der Matrix mit neun Feldern haben wir auf der X-Achse die Kaderärztesfunktionen, die OA, LA und CA; auf der Y-Achse die verschiedenen Kategorien der Fachrichtungen. In einem Feld gibt es die entsprechende Bandbreite von null bis zum Maximalbetrag. Die Anzahl der Kategorien, die Einteilung der Fachrichtungen in die jeweilige Bandbreite und die Bandbreite selbst werden laut der vorliegenden Weisung vom Stadtrat bestimmt. Mit dem Änderungsantrag bleibt das so. Mit dem Antrag setzen wir einen Rahmen um das, was der Stadtrat in der Matrix und in den Ausführungsbestimmungen vorsieht, und setzen diesen Rahmen in die Verordnung. Für die Mehrheit der Kommission ist es nachvollziehbar, dass es eine gewisse Spreizung in der Vergütung der Fachrichtungen gibt. Aber ohne Änderungsantrag kann der Stadtrat diese Kategorien jeweils beliebig nach oben oder auch nach unten stufen. Wir setzen also einen Rahmen um die drei Kategorien. Wichtig ist zu betonen, dass wir keine absoluten Zahlen in die Verordnung schreiben. Bei einer allfälligen Änderung aus strategischen, wirtschaftlichen oder sonstigen Überlegungen muss der Stadtrat alle Kategorien zusammendenken. So ist er geschützt gegen allfällige Partikularinteressen von einzelnen Fachrichtungen. Es ist eine Art Schutzmechanismus, dass der Stadtrat nicht zum Beispiel eine vierte Kategorie machen, sie mit der entsprechenden Bandbreite ausgestalten und unverhältnismässig gegenüber den anderen setzen kann. So käme es zu ungewollten Spreizungen einer Kategorie. Das Stadtspital ist ein bekanntes Spital mit einem breiten Versorgungsauftrag. Mit dem Änderungsantrag werden alle anderen Fachrichtungen geschützt, sodass es nicht zu einer Abwertung kommt und damit der Versorgungsauftrag weiterhin gewährleistet bleibt. Mit dem Änderungsantrag sind keine Ausreisser mehr möglich. Der Stadtrat kann aber nach wie vor die Anzahl der Kategorien, die Einteilung der Fachrichtungen und die Festlegungen der Bandbreite vornehmen. Es geht nicht um absolute Zahlen, sondern um eine gesamthafte Betrachtung.



**Rolf Müller (SVP):** *Mi diesem Antrag wird die Maximalobergrenze der höchsten Kategorie, der Fachkomponente, festgelegt. Sie darf maximal dem Zweifachen der tiefsten Kategorie entsprechen. Die SVP-Fraktion lehnt diesen Änderungsantrag ab. Die vom Stadtrat und der Verwaltung ausgearbeitete Lohnberechnung bezüglich Fachkomponente entspricht genau dem Faktor zwei. Somit ist der Änderungsantrag 3 überflüssig.*

Weitere Wortmeldung:

**Dr. David Garcia Nuñez (AL):** *Ursprünglich war die Alternative Liste begeistert von diesem Antrag. Er entspricht zwar nicht unserer Vorstellung, da es unseres Erachtens die Fachkomponente nicht braucht. Das Retten von Leben soll in allen Fällen ganz genau gleich entlohnt werden. Niemand kann erklären, warum die COVID-Patientin weniger wert ist als die mit der Herzklappe. Allerdings hat die Idee der GLP das Potenzial, die Lohnschere zwischen den Fächern und sekundär zwischen den Stufen zu schliessen. Gross war aber die Enttäuschung als wir sahen, wie das Stadtspital die Sache umsetzen will: So dass die meistverdienenden Ärztinnen von der Schere nichts merken werden. Dafür erhalten die weniger gut Verdienenden irgendwann die Chance, mehr zu verdienen. Die Umsetzung wird zwar im Jahr 2023 kostenneutral sein, aber in wenigen Jahren werden wir bei diesen Löhnen eine Kostenexplosion haben in einer Art und Weise, wie das bereits jetzt stattfand. Die Alternative Liste stellte in der Kommission die Frage, wie sich das mit den Summen entwickelte. Dies geschah unter dem Deckmantel des Globalbudgets, unter den niemand schauen kann. Innerhalb der vier Jahre von 2017 bis 2021 mit einer Pandemie dazwischen hat sich die Lohnsumme von 59 Millionen Franken auf 66 Millionen Franken gesteigert. Das ist insbesondere im Bereich der Chefärztinnen und der Chefärzte stossend: ein Plus von 17 Prozent. Eine solche Lohnsteigerung kennt in diesem Land in dieser Zeit sonst niemand. Trotzdem sind wir gesprächsbereit. Wir stimmten jedem Kompromiss zu, das ist auch hier der Fall.*

Änderungsantrag 3

Art. 15 «Fachgebietskategorien und Bandbreiten», neuer Abs. 3

Die Mehrheit der SK GUD beantragt folgenden neuen Art. 15 Abs. 3:

<sup>3</sup> Die Maximalobergrenze der höchsten Kategorie der Fachkomponente der jeweiligen Funktionsstufe (Kaderärztengruppe) darf nur das 2-fache der Maximalobergrenze der tiefsten Kategorie der entsprechenden Funktionsstufe (Kaderärztengruppe) betragen.

Die Minderheit der SK GUD beantragt Ablehnung des Änderungsantrags.

Mehrheit:	Nicolas Cavalli (GLP), Referent; Präsident Dr. David Garcia Nuñez (AL), Vizepräsidentin Marion Schmid (SP), Julia Hofstetter (Grüne), Sofia Karakostas (SP), Joe A. Manser (SP), Martina Novak (GLP), Marcel Savarioud (SP), Natascha Wey (SP)
Minderheit:	Rolf Müller (SVP), Referent; Walter Anken (SVP), Dr. Frank Rühli (FDP), Elisabeth Schoch (FDP)

Der Rat stimmt dem Antrag der Mehrheit mit 79 gegen 33 Stimmen (bei 0 Enthaltungen) zu.



Antrag 4:

Kommissionsmehrheit/-minderheit:

**Sofia Karakostas (SP):** Dieser Änderungsantrag betrifft die Definition der variablen Komponente. Sie ist ausschliesslich für die Chef- und die Leitende Ärzteschaft vorgesehen. Der Grundlohn und die Fachkomponente werden um eine funktions- und stufengerechte variable Komponente ergänzt. Durch die variable Komponente werden die mengenorientierten Fehlanreize der Honorare durch erwünschte ergebnisorientierte Anreize zur Erreichung einer hohen Behandlungsqualität ersetzt. Im ursprünglich vorgesehenen Vorschlag der Verordnung wird die variable Komponente durch folgende drei Anteile bestimmt: erstens die Wirtschaftlichkeit des Stadtspitals, zweitens die Wirtschaftlichkeit der Klinik, des Instituts des medizinischen Zentrums oder der Abteilung und drittens die individuelle Leistung der Kaderärztin oder des Kaderarztes. Die Mehrheit der SK GUD beantragt das Anfügen einer zusätzlichen und neuen Messgrösse: die medizinische Qualität. Konkret wird beantragt, im ersten Absatz des Artikels 17 eine neue lit. c einzufügen. Das wichtigste Argument ist, dass nicht nur die Wirtschaftlichkeit als Faktor zählen soll. Auch die medizinische Qualität soll bei der Berechnung der variablen Komponente eine Rolle spielen. Gerade wenn man sagt, dass die Eigenleistung der Ärztinnen derart wichtig ist, dass eine variable Komponente nötig ist, müssen noch andere Messgrössen berücksichtigt werden. Das entspricht dem Ziel der Weisung, dass die schlechten Anreize aus dem System genommen werden und die guten Anreize wie die Qualität stärker ins Gewicht fallen. In der Beratung in der Kommission wurde klar, dass der Änderungsantrag ein wichtiges Anliegen abdeckt, das auch vom Stadtspital Zürich geteilt wird. Die Lösung entspricht ausserdem dem Grundsatz der Lösung des USZ, wo die Qualität ebenfalls eine wichtige Messgrösse für die Höhe der variablen Komponente darstellt.

**Rolf Müller (SVP):** Bei diesem neuen Artikel geht es um die medizinische Qualität. Der Änderungsantrag wurde von der FDP-Fraktion eingereicht. Die SVP-Fraktion diskutierte diesen und lehnt ihn ab. Gemäss dem Stadtrat und der Verwaltung ergibt es keinen Sinn, die medizinische Qualität in einer neuen KAV festzuschreiben. Das Stadtspital misst die Qualität der Leistungen über andere adäquate Parameter. Beispielsweise misst es die Qualität seiner Leistungen über die Dauer eines Spitalaufenthaltes und wie oft ein Patient für die gleiche Krankheit oder den gleichen Unfall einen Mehrfacheintritt bis zu einer vollständigen Genesung hat.

Weitere Wortmeldungen:

**Nicolas Cavalli (GLP):** Jedes Spital, jede medizinische Praxis verfügt heute über eine Art Qualitätssystem um die Qualität der Behandlungen zu überprüfen. Mit der Verordnung sollen Anreize für eine hohe Behandlungsqualität und Patientenzufriedenheit geschaffen werden. Allgemein ist es leider so, dass Patientinnen und Patienten immer noch zu oft ermuntert werden, sich operieren zu lassen. Niemand möchte sich aufgrund einer unnötigen Indikation behandeln oder operieren lassen. Es gibt die WZW-Kriterien, die den Grundsätzen der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit unterliegen. Leider ist es so, dass das Grundprinzip immer wieder stark geritzt und gebogen



wird. Für uns Grünliberale ist es darum verständlich, dass die Qualität in irgendeiner Form in der Verordnung Einzug hält. Auf kantonaler Ebene ist sie die wichtigste Prämisse und Messgrösse der variablen Komponente, darum unterstützen wir den Antrag.

**Dr. David Garcia Nuñez (AL):** Die Alternative Liste unterstützt diesen Antrag. Es ist wichtig, dass medizinische Leistung nicht nur über Quantität und Wirtschaftlichkeit gemessen wird, sondern auch über Qualitätskriterien. Allerdings waren die ersten Vorschläge seitens der Spitalleitung im Rahmen der Kommissionsberatung eher peinlich. Die Messung der medizinischen Qualität an der Latenzzeit, bis ein Austrittsbericht verschickt wird, ist lächerlich. Vor allem bei einer Chefärztin oder einer Leitenden Ärztin, die in der Regel über ein eigenes Sekretariat verfügt, darf man erwarten, dass sie ihre Briefe rechtzeitig verschickt. Dafür erhält sie einen Grundlohn. Qualität muss anders gemessen werden: mit Clinical Related Outcome Measures (CROMS) und Patient Related Outcome Measures (PROMS), wie das andere Häuser bereits betreiben. In den Datenbanken der Spitäler liegen unzählige Daten, die nicht ausgewertet werden, sich aber für die Qualitätsmessung eignen würden. Man könnte sich vorstellen, dass pro Fach ein solcher Standard eingesetzt wird, damit wir wissen, dass die Patientinnen und Patienten tatsächlich mit ihrer Behandlung zufrieden sind.

Änderungsantrag 4

Art. 17 «Definition», neuer Abs. 1 lit. c

Die Mehrheit der SK GUD beantragt folgenden neuen Art. 17 Abs. 1 lit. c (die bisherige lit. c wird zu lit. d):

c. Medizinische Qualität:

Die Minderheit der SK GUD beantragt Ablehnung des Änderungsantrags.

Mehrheit:	Sofia Karakostas (SP), Referentin; Präsident Dr. David Garcia Nuñez (AL), Vizepräsidentin Marion Schmid (SP), Nicolas Cavalli (GLP), Julia Hofstetter (Grüne), Joe A. Manser (SP), Martina Novak (GLP), Dr. Frank Rühli (FDP), Marcel Savarioud (SP), Elisabeth Schoch (FDP), Natascha Wey (SP)
Minderheit:	Rolf Müller (SVP), Referent; Walter Anken (SVP)

Der Rat stimmt dem Antrag der Mehrheit mit 99 gegen 14 Stimmen (bei 0 Enthaltungen) zu.

Antrag 5:

Kommissionsminderheit/-mehrheit:

**Dr. David Garcia Nuñez (AL):** Mit diesem Antrag versuchte die Alternative Liste der Kritik des Stadtrats zu begegnen, dass mit unserem «Drei zu zwei»-Lohnmodell die meistverdienenden Leitenden Ärztinnen und Chefärztinnen zahlreich das Spital verlassen würden. Das ist eigentlich ein Paradox, weil der Stadtrat mit einem Deckel von



750 000 Franken leben kann und selbst sagt, dass er 500 000 Franken für Leitende Ärzte nicht überschreiten will. Bei den Oberärztinnen sind es 240 000 Franken. Mehr oder weniger sagt der Stadtrat, dass er mit uns einverstanden ist. Um ihn aber zu beglücken, haben wir im Sinne einer Besitzstandswahrung allfällige Kürzungen auf maximal 90 Prozent des aktuellen Lohnniveaus reduziert. Für den vorhin besprochenen Fall würde das bedeuten, dass die Chefärztin gemäss unserem Modell anstatt die vom Stadtrat vorgeschlagenen 640 000 Franken nur 510 000 Franken erhalten würde. Ich hoffe, dass Sie an dieser Stelle feststellen, in welcher absurden Diskussion wir gefangen sind: Ich sprach von «nur» einer halben Million Franken. Dank unserem Besitzstandswahrungsparagrafen würde die Person aber trotzdem auf ihre 576 000 Franken eingestuft werden. 66 000 Franken sind dafür, dass sie im Stadtspital bleibt. Natascha Wey (SP) sprach vorher von 50 000 Franken, weshalb eine Person nicht annehmen würde. Mit 66 000 Franken könnten wir die Person dann aber behalten. Die AL dachte, dass wir den Kritikpunkt des Stadtrats damit beseitigten. Das ist leider nicht der Fall. In seiner letzten Antwort sagt der Stadtrat, dass ihm unser Vorschlag zu teuer wäre. So verstand ich als Kommissionpräsident, dass wir den rationalen Dialog verlassen. Wenn der Stadtrat einen Deckel von 640 000 Franken definiert, kann man uns nicht vorwerfen, dass unsere Forderung von 576 000 Franken zu teuer wäre. Der AL ist es gelungen, einen «Schrödingers Antrag» zu stellen: Gleichzeitig wird zu viel und zu wenig Geld ausgegeben. Nach dem heutigen parlamentarischen Versagen bleibt der AL nur noch zu hoffen, dass sich 2000 Stimmberechtigte finden werden, damit diese Verordnung von der Bevölkerung öffentlich diskutiert und darüber abgestimmt wird. Aufgrund unseres gesundheitspolitisch blockierten Klimas muss der Druck offensichtlich von aussen kommen. Die Pflegeinitiative bereitete diesen Weg vor und die Initiative gegen die Tabakwerbung folgte diesem Pfad. Vielleicht mag jemand da draussen Rationalität, Verhältnismässigkeit und Gerechtigkeit in diese Frage bringen. Wir alle wären darauf angewiesen.

**Dr. Frank Rühli (FDP):** Die breite Mehrheit von FDP, SP, SVP und GLP ist gegen die Besitzstandswahrung der AL. Es ist ein Eingriff in ein sehr fragiles System. Wenn die Ausreisser der Kaderärzte auf 90 Prozent der bisherigen Gesamtvergütung abgesenkt werden, dann kann die Kostenneutralität nicht eingehalten werden. Das heisst, dass die Löhne der untervergüteten Ärzte per 1. Januar 2023 nicht angehoben werden können. Eine breite politische Mehrheit von links und rechts lehnt das ab und schätzt die Bemühungen der Verwaltung, dass die komplexe Verordnung kostenneutral durchgeführt werden kann. Das wäre nicht möglich, wenn diesem Antrag zugestimmt wird. Wie beim zweiten Antrag wird hier grundsätzlich das Vergütungssystem in Frage gestellt und es geht um die gleichen langfristigen Folgen. Das kann nicht in unserem Sinne sein.

Weitere Wortmeldung:

**Nicolas Cavalli (GLP):** Unsere Ablehnung liegt erstens am Grundprinzip, dass es keine Besitzstandswahrung geben soll. Zweitens kann die Kostenneutralität nicht mehr gewährleistet werden oder man müsste alternativ die Löhne der anderen so herabstufen, dass die Kostenneutralität wieder bestehen kann. Das führt zu einer intransparenten Überführung, während die Transparenz eines der Grundprinzipien ist. Viertens würden Personen, die nach der Überführung angestellt werden, im Lohn diskriminiert: Obwohl



21 / 26

*sie über die genau gleichen Qualifikationen und Voraussetzungen verfügen, würden sie tiefer eingestuft werden und erhielten nicht die 90 Prozent, sondern weniger. Der Antrag der AL sieht bewusst eine Lohndiskriminierung vor. Das können wir nicht unterstützen.*

Änderungsantrag 5  
Art. 24 «Überleitung» Abs. 3

Die Mehrheit der SK GUD beantragt Ablehnung des nachfolgenden Änderungsantrags.

Die Minderheit der SK GUD beantragt folgende Änderung von Art. 24 Abs. 3:

<sup>3</sup> Er trifft Massnahmen bei denjenigen Angestellten, deren bisherige Vergütung deutlich von der ermittelten Vergütung gemäss dieser Verordnung abweicht, insbesondere kann er die Vergütung dieser Angestellten schrittweise erhöhen oder höchstens auf 90 Prozent der bisherigen Gesamtvergütung senken.

Mehrheit: Dr. Frank Rühli (FDP), Referent; Vizepräsidentin Marion Schmid (SP), Walter Anken (SVP), Nicolas Cavalli (GLP), Sofia Karakostas (SP), Joe A. Manser (SP), Rolf Müller (SVP), Martina Novak (GLP), Marcel Savarioud (SP), Elisabeth Schoch (FDP), Natascha Wey (SP)

Minderheit: Präsident Dr. David Garcia Nuñez (AL), Referent; Julia Hofstetter (Grüne)

Der Rat stimmt dem Antrag der Mehrheit mit 90 gegen 24 Stimmen (bei 0 Enthaltungen) zu.

Die Detailberatung ist abgeschlossen.

Die Vorlage wird stillschweigend an die Redaktionskommission (RedK) überwiesen.

Damit ist beschlossen:

Die Verordnung über die Vergütung und die besonderen Anstellungsbedingungen der Kaderärztinnen und Kaderärzte des Stadtsitals Zürich (Kaderärztinnen- und Kaderärz-teverordnung, KAV) ist durch die RedK zu überprüfen (Art. 70 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 213 GeschO GR). Die Schlussabstimmung findet nach der Redaktionslesung statt.



**Verordnung über die Vergütung und die besonderen Anstellungsbedingungen der Kaderärztinnen und Kaderärzte des Stadtspitals Zürich (Kaderärztinnen- und Kaderärzteverordnung, KAV)**

vom...

*Der Gemeinderat,*

gestützt auf Art. 54 Abs. 2 lit. a, Art. 119 und 120 nGO<sup>1</sup> sowie § 53 Gemeindegesetz vom 20. April 2015<sup>2</sup> und nach Einsichtnahme in die Weisung des Stadtrats vom 22. September 2021<sup>3</sup>,

*beschliesst:*

**I. Allgemeine Bestimmungen**

Geltungsbereich	<p>Art. 1<sup>1</sup> Diese Verordnung regelt die Vergütung und die besonderen Anstellungsbedingungen der Kaderärztinnen und Kaderärzte des Stadtspitals Zürich.</p> <p><sup>2</sup> Als Kaderärztinnen und Kaderärzte gelten folgende Ärztinnen und Ärzte:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>Chefärztinnen und Chefärzte, einschliesslich Chefärztinnen und Chefärzte in der Funktion als Spitalleitungsmitglieder;</li><li>Leitende Ärztinnen und Leitende Ärzte;</li><li>Oberärztinnen und Oberärzte mit Facharzttitel im eingesetzten Fachgebiet.</li></ol> <p><sup>3</sup> Für die medizinische Direktorin oder den medizinischen Direktor sowie die Leiterin oder den Leiter des Instituts für Labormedizin gelten die Bestimmungen zu den Chefärztinnen und Chefärzten analog.</p>
Verhältnis zum Personalrecht	<p>Art. 2<sup>1</sup> Soweit diese Verordnung keine abweichende Regelung vorsieht, kommen die Verordnung über das Arbeitsverhältnis des städtischen Personals (Personalrecht)<sup>4</sup> sowie deren Ausführungsbestimmungen<sup>5</sup> zur Anwendung.</p> <p><sup>2</sup> Für die Chefärztinnen und Chefärzte sowie die Leitenden Ärztinnen und Leitenden Ärzte nicht zur Anwendung kommen Art. 16–21, 29, 40 und 47–59 des Personalrechts sowie die dazugehörigen Ausführungsbestimmungen.</p> <p><sup>3</sup> Für die Oberärztinnen und Oberärzte nicht zur Anwendung kommen Art. 53 und 55 des Personalrechts sowie die dazugehörigen Ausführungsbestimmungen.</p>
Anstellungsinstanz	<p>Art. 3<sup>1</sup> Die Vorsteherin oder der Vorsteher des Gesundheits- und Umweltdepartements ist Anstellungsinstanz für die Chefärztinnen und Chefärzte in der Funktion als Spitalleitungsmitglieder.</p> <p><sup>2</sup> Die Spitaldirektorin oder der Spitaldirektor ist Anstellungsinstanz für die übrigen Kaderärztinnen und Kaderärzte.</p>
Vergütungsbestandteile	<p><b>II. Vergütung</b></p> <p><b>A. Allgemeines</b></p> <p>Art. 4 Die Vergütung der Kaderärztinnen und Kaderärzte besteht aus:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>dem Grundlohn;</li><li>der Fachkomponente;</li><li>der variablen Komponente bei den Chefärztinnen und Chefärzten sowie bei den Leitenden Ärztinnen und Leitenden Ärzten.</li></ol>

<sup>1</sup> AS 101.100

<sup>2</sup> LS 131.1

<sup>3</sup> STRB Nr. 966 vom 22. September 2021.

<sup>4</sup> vom 6. Februar 2002, AS 177.100.

<sup>5</sup> vom 27. März 2002, AS 177.101.



Maximale Vergütung	<p>Art. 5 <sup>1</sup> Der Stadtrat legt die höchstens zulässige Gesamtvergütung der Kaderärztinnen und Kaderärzte fest.</p> <p><sup>2</sup> Die Gesamtvergütung darf Fr. 750 000.– pro Jahr nicht übersteigen.</p>
Massgebender Lohn	<p>Art. 6 <sup>1</sup> Basis für lohnrelevante Ansprüche nach Personalrecht ist die Summe aus Grundlohn und Fachkomponente, soweit diese Verordnung keine abweichende Regelung vorsieht.</p> <p><sup>2</sup> Basis für die Berechnung der folgenden Ansprüche nach Personalrecht ist der Grundlohn:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>Lohnanspruch bei Krankheit oder Unfall ab einer vollen oder teilweisen Arbeitsunfähigkeit von mehr als 365 Tagen;</li><li>Treueprämie, Abfindung sowie bei Oberärztinnen und Oberärzten Lohnfortzahlung nach Entlassung.</li></ol> <p><sup>3</sup> Bei der Pensionskasse Stadt Zürich ist die Summe aus Grundlohn und Fachkomponente bis zu einem Betrag von maximal Fr. 400 000.– pro Jahr versichert.</p>
Recht auf Stellungnahme	<p>Art. 7 Die Kaderärztin oder der Kaderarzt erhält vor Erlass einer Verfügung bei Funktionswechsel oder Anpassung der Fachkomponente die Möglichkeit, zur Höhe des Grundlohns und der Fachkomponente Stellung zu nehmen.</p>
Chiefärzteschaft und Leitende Ärzteschaft	
a. Definition	<p>Art. 8 Der Grundlohn der Chiefärztinnen und Chiefärzte sowie der Leitenden Ärztinnen und Leitenden Ärzte bildet die Anforderungen und Kompetenzen der Funktion ab.</p>
b. Zuordnungsinstrument	<p>Art. 9 <sup>1</sup> Der Stadtrat legt ein Zuordnungsinstrument fest.</p> <p><sup>2</sup> Das Zuordnungsinstrument umfasst die Funktionsumschreibungen und die dazugehörigen Funktionsstufen.</p>
c. Funktionsumschreibungen	<p>Art. 10 <sup>1</sup> Die Funktionsumschreibungen zeigen modellhaft das Anforderungs- und Kompetenzniveau der einzelnen Funktionsstufen auf.</p> <p><sup>2</sup> Sie basieren auf analytischen Funktionsbewertungen, mit denen die Anforderungen an die Fach-, Selbst-, Sozial- und Führungskompetenz erfasst werden.</p>
d. Zuordnung	<p>Art. 11 Die Anstellungsinstanz ordnet jede Stelle entsprechend ihren Anforderungen einer Funktionsstufe zu.</p>
e. Grundlohnhöhe	<p>Art. 12 <sup>1</sup> Der Stadtrat legt die Höhe des Grundlohns für jede Funktionsstufe fest.</p> <p><sup>2</sup> Er kann die Jahresgrundlöhne jährlich der Teuerungsentwicklung anpassen; massgebend ist der Zürcher Index der Konsumentenpreise.</p> <p><sup>3</sup> Eine negative Teuerungsentwicklung hat keinen Einfluss auf die Grundlöhne.</p>
Oberärztinnen und Oberärzte	<p>Art. 13 Die Festsetzung und Entwicklung des Grundlohns der Oberärztinnen und Oberärzte richtet sich nach dem Personalrecht<sup>6</sup> und den dazugehörigen Ausführungsbestimmungen<sup>7</sup>.</p>

<sup>6</sup> vom 6. Februar 2002, AS 177.100.

<sup>7</sup> vom 27. März 2002, AS 177.101.



	<b>C. Fachkomponente</b>
Definition	Art. 14 Die Fachkomponente bildet je Fachgebiet die unterschiedlichen Marktverhältnisse in vergleichbaren Spitälern oder Institutionen und die strategische Bedeutung der Fachgebiete für das Stadtspital Zürich ab.
Fachgebietskategorien und Bandbreiten	Art. 15 <sup>1</sup> Der Stadtrat teilt die Fachgebiete anhand der Positionierung im Markt und der strategischen Bedeutung für das Stadtspital Zürich in Fachgebietskategorien ein. <sup>2</sup> Er legt für jede Fachgebietskategorie und Kaderarztfunktion Bandbreiten mit Maximalbeträgen fest. <sup>3</sup> Die Maximalobergrenze der höchsten Kategorie der Fachkomponente der jeweiligen Funktionsstufe (Kaderärztesgruppe) darf nur das 2-fache der Maximalobergrenze der tiefsten Kategorie der entsprechenden Funktionsstufe (Kaderärztesgruppe) betragen.
Individuelle Festlegung	Art. 16 Die Anstellungsinstanz bestimmt für jede Kaderärztin und jeden Kaderarzt anhand der vom Stadtrat zu bestimmenden Kriterien die individuelle Höhe der Fachkomponente innerhalb der geltenden Bandbreite und überprüft diese regelmässig.
	<b>D. Variable Komponente der Chefärzteschaft und der Leitenden Ärzteschaft</b>
Definition	Art. 17 <sup>1</sup> Die variable Komponente wird durch folgende Anteile bestimmt: a. Wirtschaftlichkeit des Stadtspitals Zürich; b. Wirtschaftlichkeit der Klinik, des Instituts, des medizinischen Zentrums oder der Abteilung; c. Medizinische Qualität; d. individuelle Leistung der Kaderärztin oder des Kaderarztes. <sup>2</sup> Der Stadtrat legt für die in Abs. 1 genannten Anteile relevante Messgrössen fest und regelt die weiteren Einzelheiten der variablen Komponente.
Berechnungsbasis	Art. 18 <sup>1</sup> Berechnungsbasis für die variable Komponente bildet die Summe des Grundlohns und der Fachkomponente. <sup>2</sup> Bei vollständiger Zielerreichung beträgt die Höhe der variablen Komponente: a. 20 Prozent der Berechnungsbasis bei Chefärztinnen und Chefärzten in der Funktion als Spitalleitungsmitglieder; b. 15 Prozent bei Chefärztinnen und Chefärzten; c. 10 Prozent bei Leitenden Ärztinnen und Leitenden Ärzten.
Über- und Unterreichung	Art. 19 <sup>1</sup> Erreicht die Kaderärztin oder der Kaderarzt die definierten Ziele nicht vollumfänglich, kann die Auszahlung reduziert werden oder ganz entfallen. <sup>2</sup> Übertrifft die Kaderärztin oder der Kaderarzt die definierten Ziele, kann die Auszahlung um maximal 25 Prozent des bei vollständiger Zielerreichung vorgesehenen Betrags erhöht werden.
	<b>III. Besondere Anstellungsbedingungen</b>
	<b>A. Chefärzteschaft und Leitende Ärzteschaft</b>
Arbeitszeit	Art. 20 <sup>1</sup> Die Arbeitszeit der Chefärztinnen und Chefärzte sowie der Leitenden Ärztinnen und Leitenden Ärzte richtet sich in zumutbarem Rahmen nach den betrieblichen Bedürfnissen.



	<p><sup>2</sup> Die Chefärztinnen und Chefärzte sowie die Leitenden Ärztinnen und Leitenden Ärzte erhalten keine zusätzlichen Entschädigungen für Mehrarbeit, Nacht-, Feiertags- und Wochenendarbeit sowie für Bereitschaftsdienste.</p> <p><sup>3</sup> Der Stadtrat regelt die Einzelheiten.</p>
Beendigung des Arbeitsverhältnisses	<p>Art. 21 <sup>1</sup> Die Kündigungsfrist beträgt nach Ablauf der Probezeit sechs Monate.</p> <p><sup>2</sup> Tatbestand und Rechtsfolgen der Kündigung richten sich nach den Bestimmungen des Obligationenrechts<sup>8</sup>.</p>
Arbeitszeit	<p><b>B. Oberärztinnen und Oberärzte</b></p> <p>Art. 22 Der Stadtrat regelt die Arbeitszeit und damit zusammenhängende Entschädigungen der Oberärztinnen und Oberärzte.</p>
Vollzug	<p><b>IV. Übergangs- und Schlussbestimmungen</b></p> <p>Art. 23 Der Stadtrat erlässt Ausführungsbestimmungen zum Vollzug dieser Verordnung.</p>
Überleitung	<p>Art. 24 <sup>1</sup> Für alle beim Inkrafttreten dieser Verordnung bereits bestehenden Arbeitsverhältnisse gelten ab diesem Zeitpunkt diese Verordnung und ihre Ausführungsbestimmungen.</p> <p><sup>2</sup> Der Stadtrat regelt die Überleitung und stellt eine rechtsgleiche Vergütung der Kaderärztinnen und Kaderärzte sicher.</p> <p><sup>3</sup> Er trifft Massnahmen bei denjenigen Angestellten, deren bisherige Vergütung deutlich von der ermittelten Vergütung gemäss dieser Verordnung abweicht, insbesondere kann er die Vergütung dieser Angestellten schrittweise erhöhen oder senken.</p>
Kostenneutralität	<p>Art. 25 Der Stadtrat führt das neue Vergütungssystem für Kaderärztinnen und Kaderärzte gemäss dieser Verordnung unter Berücksichtigung der beruflichen Vorsorge kostenneutral ein.</p>
Änderung bisherigen Rechts	<p>Art. 26 Die Verordnung über das Arbeitsverhältnis des städtischen Personals vom 6. Februar 2002<sup>9</sup> wird wie folgt geändert:</p> <p>Art. 1 Allgemeines</p> <p>Abs. 1–3 unverändert</p> <p><sup>4</sup> Für die Kaderärztinnen und Kaderärzte des Stadtspitals Zürich gelten diese Verordnung und ihre Ausführungsbestimmungen, soweit nicht besondere Bestimmungen bestehen.</p> <p>Der bisherige Abs. 4 wird zu Abs. 5.</p>
Inkrafttreten	<p>Art. 27 Der Stadtrat setzt diese Verordnung in Kraft.</p>

## Mitteilung an den Stadtrat

---

<sup>8</sup> SR 220

<sup>9</sup> AS 177.100



26 / 26

Im Namen des Gemeinderats

Präsidium

Sekretariat