



Stadt Zürich
Stadthospital Waid

JAHRES- UND QUALITÄTSBERICHT 2014



Ihr Spital der Wahl.

INHALT

Das Stadtspital Waid ist zuständig für die erweiterte medizinische Grundversorgung in Zürich Nord. Das Einzugsgebiet des Spitals umfasst rund 180000 Einwohnerinnen und Einwohner.
Das Waidspital hat 260 Betten und beschäftigt rund 1000 Mitarbeitende.

4	VORWORT	■ Stadträtin Claudia Nielsen
6	DIREKTION	■ Lukas S. Furler, Spitaldirektor
8	MEDIZINISCHE KLINIK	■ PD Dr. Manuel Fischler, Chefarzt Medizinische Klinik ■ Endosonographie: Präzise Innensicht des Magen-Darm-Traktes
10	CHIRURGISCHE KLINIK	■ PD Dr. Stefan Wildi, Chefarzt Chirurgische Klinik ■ Elektive Orthopädie: Wenn ein neues Gelenk nötig wird
12	UNIVERSITÄRE KLINIK FÜR AKUTGERIATRIE	■ Dr. Daniel Grob, Chefarzt Universitäre Klinik für Akutgeriatrie ■ Stationäre Demenzabklärung: Was hinter der Verwirrung steckt
14	RADIOLOGIE UND NUKLEARMEDIZIN	■ Dr. Tarzis Jung, Chefarzt Institut für Radiologie und Nuklearmedizin ■ SPECT-CT: Mehr als eins plus eins
16	ANÄSTHESIOLOGIE	■ Dr. Peter Lauber, Chefarzt Institut für Anästhesiologie ■ Im Gespräch die Angst vor der Narkose nehmen
18	NEPHROLOGIE	■ Prof. Dr. Patrice Ambühl, Chefarzt Institut für Nephrologie und Medizinischer Direktor ■ Erhöhtes Frakturrisiko bei Menschen mit Nierenversagen
20	SPITALAPOTHEKE	■ Margreth Dieterich, Leiterin Spitalapotheke ■ Orphan Drugs: Segensreich und teuer
22	BEREICH PFLEGE	■ Alexandra Heilbronner, Direktorin Bereich Pflege ■ Mobility Monitor: Für einen guten, tiefen Schlaf
24	BEREICH SERVICES	■ Hans-Peter Gerber, Leiter Bereich Services und Stv. Spitaldirektor ■ Der Park des Waidspitals
26	BEREICH FINANZEN	■ Hans-Günther Hartmann, Leiter Bereich Finanzen ■ Einkauf: Patientensicherheit hat oberste Priorität
28	UNIVERSITÄRER GERIATRIE-VERBUND ZÜRICH	■ Podiumsgespräch: Gemeinsam stark unterwegs
32	JAHR DER BERUFSBILDUNG	■ Ausbildung liegt uns am Herzen
34	QUALITÄT	■ Qualitätsmessungen ■ Qualität im Spitalalltag ■ Umweltmanagement
38	FÜHRUNGSSTRUKTUR UND STATISTISCHE FAKTEN	■ Externe und interne Vernetzung ■ Entwicklung Personalbestand ■ Stationäre Patientinnen und Patienten
40	RECHNUNG	■ Rechnung 2014
42	LEITENDES PERSONAL	■ Die Kadermitarbeitenden im Stadtspital Waid



In der Küche werden die Menüs angerichtet.

VORWORT



Stadträtin
Dr. oec. Claudia Nielsen
Vorsteherin des Gesundheits- und
Umweltdepartements

Nöd gsprängt – besonders im Alter

Wenn man älter wird, geht manches langsamer. Und das ist auch gut so. Man hat Zeit, sich um die wirklich wichtigen Dinge zu kümmern und um genauer hinzuschauen. Und manchmal muss man sich auch in jungen Jahren etwas mehr Zeit lassen, um ein besonders ehrgeiziges Ziel erreichen zu können – auch wenn das mitunter die Geduld strapaziert. Wenn ich auf das vergangene Jahr blicke, sehe ich solch ein ehrgeiziges Ziel, dessen Erreichung wir im Februar 2015 offiziell mit einem spannenden Podium und illustren Gästen feiern durften: den Universitären Geriatrie-Verbund Zürich. Ja, es hat Zeit gebraucht, den Verbund zu gründen. Aber wie sagt man so schön? Gut Ding will Weile haben. Und ein gutes Ding wurde es schlussendlich wirklich.

Im vergangenen Jahr wurden die letzten Vorbereitungen getroffen für den Start des Universitären Geriatrie-Verbunds Zürich. Die Beteiligten hatten in der fast 20-jährigen Entstehungsphase genug Zeit, um genau hinzuschauen und sich zu einigen, was wirklich wichtig ist in der Geriatrie. Das Ergebnis steht nun auf vier starken Pfeilern: Die Universität und das Universitätsspital sowie das Stadtspital Waid und die Pflegezentren der Stadt Zürich bündeln ihre Kräfte im Bereich der Geriatrie unter der Leitung von Frau Professorin Heike Bischoff-Ferrari. Damit schlägt der Verbund eine Brücke zwischen der langjährigen praktischen Erfahrung der Stadt und den universitären Möglichkeiten in Forschung und Lehre. Die Stadt bringt ihr praktisches Know-How ein und die Klinik für Akutgeriatrie am Stadtspital Waid erhält universitären Sta-

tus. Die Universität und das Universitätsspital erhalten im Gegenzug Zugang zu Strukturen in einer Grössenordnung, wie sie für den Standort Zürich angebracht ist.

Es ist eine Geschichte mit Happy-End, in der alle gewinnen. In erster Linie die alten Menschen in Zürich. Und nicht zuletzt der dringend benötigte Fachkräfte-Nachwuchs bei Ärztinnen, Ärzten und Pflegefachkräften. Es ist ein starker Verbund mit dem gemeinsamen Ziel, die universitäre Forschung, Lehre und Gesundheitsversorgung in Spital und Pflegezentrum enger zu verknüpfen und die künftige geriatrische Versorgung der Bevölkerung zu garantieren und zu optimieren. Zudem wird der Verbund Massnahmen zur Erhaltung der Gesundheit im Alter erforschen und umsetzen. Direkt da, wo Innovation gebraucht wird und wo praktische Geriatrie praktiziert wird. Bei uns im Stadtspital Waid und im nahegelegenen Pflegezentrum Käferberg. Und so bleibt mir eigentlich nur noch, allen Beteiligten alles Gute zu wünschen auf dem gemeinsamen Weg in die Zukunft der universitären Geriatrie in der Stadt Zürich.

Claudia Nielsen

Das Stadtspital Waid ist eine Dienstabteilung des Gesundheits- und Umweltdepartements (GUD) der Stadt Zürich. Vorsteherin dieses Departements ist Stadträtin Claudia Nielsen. Neben dem Stadtspital Waid gehören zum GUD unter anderem auch das Stadtspital Triemli, 10 Pflegezentren, 25 Alterszentren sowie Alterswohnungen und verschiedene ambulante und stationäre Angebote. Des Weiteren ist das Departement für den Umweltschutz in der Stadt Zürich zuständig.



Training in der ambulanten
Herzrehabilitation.

DIREKTION



Lukas S. Furler
Spitaldirektor

Mehr Patientinnen und Patienten und den budgetierten Aufwandüberschuss halbiert

Für das Geschäftsjahr 2014 war ein Aufwandüberschuss von 18,4 Mio. Franken budgetiert, mit dem erreichten Defizit von 10,3 Mio. konnte das Budget massiv unterschritten werden. Dies wurde möglich durch die Steigerung der Fallzahlen im ambulanten und stationären Bereich bei fast gleichbleibendem Aufwand. Bei den stationären Erträgen verzeichnen wir einen Rückgang wegen eines leichten Rückgangs beim Fallgewicht. Der Grund für die Unterdeckung im dritten Jahr der Finanzierung mit DRG ist immer noch die ungenügende Abgeltung bei den hochbetagten, mehrfachkranken Patientinnen und Patienten. Wir engagieren uns auf verschiedenen Ebenen dafür, dass das System bei dieser Gruppe von Patientinnen und Patienten angepasst wird. Mit der in Aussicht gestellten Fallbewertungsversion (Grouper) 4.0 wird uns erstmals zugesagt, die Fallschwere bei der geriatrischen Population besser zu berücksichtigen. Dies wird ab 2015 zur Anwendung kommen. Die Konvergenzphase für das System DRG bei den betagten, akutkranken Menschen wird damit noch nicht abgeschlossen sein, es sind dringend weitere Anpassungen des Systems notwendig.

Im Berichtsjahr konnte die Zahl der stationären Patientinnen und Patienten wiederum gesteigert werden und erreichte mit 9434 Fällen

den Höchststand in der Geschichte des Spitals. Die steigenden Patientenzahlen sind nur möglich dank dem Rückgang der Aufenthaltsdauer. Diese hat sich in allen Kliniken weiter verkürzt und beträgt in der Medizinischen Klinik noch 7,9 Tage und in der Chirurgischen Klinik noch 6,8 Tage. Am eindrucklichsten ist der Rückgang in der Akutgeriatrie, wo die Aufenthaltsdauer noch 20,6 Tage beträgt und sich somit in den letzten 15 Jahren halbiert hat (1999: 42,4 Tage).

Die beschriebene Entwicklung fordert von allen Mitarbeitenden einen grossen Einsatz und die Bereitschaft sich stark zu engagieren. Dabei stellt uns insbesondere die grosse Anzahl von Eintritten über die Notfallstation vor grosse planerische Herausforderungen, da dadurch die stationären Bettenkapazitäten mit starken Schwankungen beansprucht werden und in der Folge das Personal sehr unterschiedlich gefordert ist. Die überwiegend positiven Rückmeldungen unserer Patientinnen und Patienten sowie von den Zuweisenden bestätigen uns auch im Berichtsjahr weiterhin als patienten- und zuweiserfreundliches Spital in Zürichs Norden.

Die in einer städtischen Kooperation aufgebaute Dialysestation, welche durch uns im Stadtspital Triemli betrieben wird, entwickelt sich entsprechend dem Businessplan und hilft mit, den steigenden Bedarf an Spital-

dialysen gut abzudecken. Um die zukünftige Ausrichtung und Zusammenarbeit der Stadtspitäler strategisch neu zu positionieren, hat der Stadtrat eine Spitalerstrategie in Auftrag gegeben. Die beiden Spitalleitungen haben in intensiven, das ganze Jahr dauernden Arbeiten zusammen mit dem Gesundheits- und Umweltdepartement der Stadt Zürich die Grundlagen für eine Strategie aus Sicht der Stadt als Eigentümerin erarbeitet. Wir gehen davon aus, dass im Jahr 2015 erste politische Entscheidungen folgen werden.

Ein weiterer Meilenstein ist der im vorliegenden Jahresbericht mehrfach erwähnte Geriatrie-Verbund Zürich, der das Waidspital fachlich noch stärker mit der Universität, dem Universitätsspital und den Pflegezentren der Stadt Zürich vernetzt. Die Verhandlungen dazu waren intensiv und fanden in einer guten und partnerschaftlichen Atmosphäre statt. Unsere Klinik für Akutgeriatrie bekommt nun einen universitären Status. Wir fühlen uns dadurch geehrt, aber auch verpflichtet, weiterhin einen wichtigen Beitrag zur Altersmedizin zu leisten, neu auch mit einem stärkeren Fokus auf Lehre und Forschung.

Lukas S. Furler

Das Stadtspital Waid betreibt

drei Kliniken:

- Medizinische Klinik
- Chirurgische Klinik
- Klinik für Akutgeriatrie

drei Institute:

- Institut für Radiologie und Nuklearmedizin
- Institut für Anästhesiologie
- Institut für Nephrologie

sowie:

- eine Spitalapotheke
- und ein Zentrallabor



Lernender Fachmann
Betriebsunterhalt
in der Metallwerkstatt.

MEDIZINISCHE KLINIK

Die Medizinische Klinik führt folgende Spezialabteilungen: Gastroenterologie und Hepatologie, Intensivpflegestation, Kardiologie, Notfallzentrum, Onkologie und Hämatologie, Pneumologie, Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie sowie Ernährungsberatung.



PD Dr. Manuel Fischler
Chefarzt Medizinische Klinik

Die Medizinische Klinik wächst und entwickelt sich weiter – dies sowohl quantitativ wie qualitativ. So konnte die Onkologie neue patientenfreundliche Räume beziehen, die ambulante pulmonale Rehabilitation wurde akkreditiert und das Berichtswesen neugestaltet. Das Motto der Medizinischen Klinik – gemeinsam vorwärtsgehen – wird durch interprofessionelle Sitzungen, gemeinsame Veranstaltungen, die flache Hierarchie sowie eine «geliebte» Patientenbetreuung, bei der die Patientinnen und Patienten auch tatsächlich im Mittelpunkt stehen, täglich von Neuem umgesetzt. Die Vernetzung innerhalb des Teams, des Spitals und mit der Umgebung entwickelt sich aktiv. Zusammen mit dem Triemlispiital fand im Januar das Zürcher Update Innere Medizin an der Klinik statt und im Herbst beteiligten sich die Klinikmitarbeitenden massgeblich am Tag der offenen Tür des Waidspitals. Die Aktivitäten umfassen zu den klinischen Dienstleistungen auch Lehre und Forschung: so bei mannigfaltigen Ausbildungen von Ärztinnen/Ärzten und Pflegenden, im klinischen Studentenunterricht sowie bei Weiterbildungen für Kaderpersonen.

Die wiederum angestiegenen Patientenzahlen, immer komplexere Diagnostik- und Behandlungsverfahren und die vielen Projekte haben die Mitarbeitenden sehr gefordert. Ihnen gelten mein Respekt und grosser Dank.

Eine hochpräzise Innensicht des Magen-Darm-Traktes

Dr. Daniel Peternac ist neuer Leitender Arzt der Abteilung Gastroenterologie/Hepatologie. Eine seiner Spezialitäten ist die Endosonographie. Dieser «Ultraschall von innen» ermöglicht hochpräzise Darstellungen des Magen-Darm-Traktes.

Herr Müller leidet seit längerem unter Schmerzen und Druckgefühlen im Oberbauch. Er hat Gewicht verloren und sein Stuhl ist dunkel gefärbt. Voruntersuchungen zeigten Gewebeveränderungen im Magen. Eine Endosonographie, also ein Ultraschall von innen, soll nun die Diagnose verfeinern. Bei einer konventionellen Magenspiegelung, erläutert Gastroenterologe Dr. Daniel Peternac, wäre lediglich die innere Magenwand sichtbar. «Dank der zusätzlichen Ultraschallsonde sehe ich durch die einzelnen Schichten der Magenwand hindurch und kann so erkennen, wo in der Wand eine Geschwulst genau liegt, ob sie Ableger gebildet hat, und ich kann auch gezielt Gewebeproben entnehmen.»

Ein weiterer Vorteil des Ultraschalls von innen: Er macht Veränderungen auch in Körperstrukturen sichtbar, welche mit anderen Verfahren nicht zugänglich sind. Das Stadtspital Waid bietet die Endosonographie hauptsächlich zur Untersuchung von Speiseröhre, Magen, Gallenwegen, Bauchspeicheldrüse, Enddarm und Analkanal an. Der Ultraschall von innen setzt viel manuelles Geschick und genaue anatomische Kenntnisse voraus. «Zudem braucht man ein geschultes Auge, um die Vorteile dieser Bildgebung optimal zu nutzen», ergänzt Peternac. Auch menschlich ist seine Arbeit anspruchsvoll. Gastroenterologen sind oft mit der Erstdiagnose einer bösartigen Erkrankung

konfrontiert, denn Dickdarmkrebs ist bei Frauen in der Schweiz die zweithäufigste, bei Männern die dritthäufigste Krebsart.

Es war die Kombination von menschlichen und naturwissenschaftlichen Aspekten, welche Dr. Peternac für den Arztberuf motivierte. Seine gastroenterologische Ausbildung erwarb er am Universitätsspital Zürich und am Kantonsspital Münsterlingen. Für das Waidspital entschied er sich, weil die gastroenterologische Klinik über einen ausgezeichneten Ruf verfügt. Seine Arbeit macht ihm sichtlich Freude: «Wir sind ein gutes Team und bieten ein breites diagnostisches und interventionelles Spektrum an.»

Achtet der Magen-Darmspezialist speziell auf seine Ernährung? Nein. Aber er versuche, ausgewogen zu essen. Zuhause gebe es viel Gemüse – auch, weil eine vielseitige Ernährung wichtig ist für die drei 4-, 6- und 9-jährigen Kinder. Das Trio halte ihn auf Trab, sagt der junge Familienvater. «Sie helfen mir aber auch wunderbar, mich zu entspannen.»

Paula Lanfranconi



Dr. Daniel Peternac mit seinem Team bei einer Endosonographie.

CHIRURGISCHE KLINIK

Zu den Schwerpunkten der Chirurgischen Klinik im Stadtspital Waid gehören: Viszeralchirurgie, Bariatrische Chirurgie, Proktologie, Endokrine Chirurgie, Traumatologie/Orthopädie, Gelenk- und Sporttraumatologie, Handchirurgie, Gerontotraumatologie, Gefässchirurgie, Thoraxchirurgie und Urologie.



PD Dr. Stefan Wildi
Chefarzt Chirurgische Klinik

Das vergangene Jahr war geprägt vom Wechsel an der Spitze der Traumatologie. PD Dr. Christoph Meier, seit 2009 in unserer Klinik, folgte einem Ruf ans Kantonsspital Winterthur, als neuer Chefarzt der dortigen Unfallchirurgie. Im Waidspital hat er entscheidend zu einer modernen und innovativen Unfallchirurgie und zu einem erfreulichen Wachstum in diesem Segment beigetragen. Auch an dieser Stelle danke ich ihm im Namen der gesamten chirurgischen Klinik herzlich für seinen grossen Einsatz! Als Nachfolger konnten wir Dr. Michael Dietrich gewinnen, der neben einer profunden traumatischen Ausbildung zusätzlich den Spezialarzttitel Orthopädie besitzt (siehe auch Artikel nebenan). Damit soll die Orthopädie in der Chirurgischen Klinik gestärkt und als eigenständige Abteilung etabliert werden.

Es gelang uns im Jahre 2014 mit deutlich über 4000 stationären Patientinnen und Patienten wiederum, zu einem starken Waidspital beizutragen. Mit einem höheren Case Mix Index (CMI) und einer deutlichen Erhöhung der Pflegeetage zeigte sich zudem, dass zunehmend komplexe und schwer erkrankte Patientinnen und Patienten in unserer Klinik behandelt werden. Dies führte zu einer hohen Arbeitsbelastung aller beteiligten Professionen, die mit hohem Einsatz und ausgezeichneter Motivation aber gut bewältigt werden konnte. Hierfür sei allen herzlich gedankt!

Elektive Orthopädie: Wenn ein neues Gelenk nötig wird

Seit Mai 2014 ist Dr. Michael Dietrich Chefarzt der Unfallchirurgie/Orthopädie. Dank seinem zusätzlichen Facharzttitel als Orthopäde bietet das Waidspital neu auch Hüft- und Kniegelenksersatz-Operationen an.

«Muss ich das operieren lassen?», wird Dr. Michael Dietrich oft von älteren Patientinnen und Patienten gefragt. Ihr Hausarzt oder ihre Hausärztin hat sie ans Waidspital überwiesen, weil ihnen, zum Beispiel beim Spazieren, Hüfte oder Knie zunehmend Beschwerden verursachen. Oft ist nicht klar, woher der Schmerz genau kommt. «Umso wichtiger», sagt Dr. Dietrich, «ist es für uns, die Beschwerden sorgfältig abzuklären und sicherzustellen, dass konservative Behandlungen wie Physiotherapie oder Gelenkinfiltration bereits ausgereizt sind.» Eine Operation macht nur Sinn, wenn danach die Lebensqualität voraussichtlich deutlich besser sein wird als vorher. Der Arzt kann hier nur beraten. «Letztlich muss der Entscheid für eine Prothese vom Patienten oder der Patientin kommen.»

Hüftoperationen erreichen mit 95 Prozent die höchste Patientenzufriedenheit. Weil dank minimal invasiver Operationstechnik keine Muskeln durchtrennt werden, können die Patientinnen und Patienten ihr neues Hüftgelenk bereits am Tag nach dem Eingriff wieder belasten. Auch beim komplexeren Kniegelenk arbeitet der 44-jährige Chefarzt mit modernsten Operationstechniken: Ein dreidimensionales Computermodell des Patientenknies ermöglicht es, verschiedene Operationsschritte im Voraus festzulegen. Damit verläuft der Eingriff schneller und das Infektionsrisiko ist geringer.

Das orthopädische Wissen des neuen Chefarztes kommt auch der

Unfallchirurgie des Waidspitals zugute. Wenn aktive 65- bis 70-Jährige, deren Gelenke bereits gewisse Abnützungerscheinungen zeigen, einen hüftnahen Oberschenkelbruch erleiden, macht es wenig Sinn, nur ihren Hüftkopf zu ersetzen. Mit 70 sind die meisten Leute heute noch mobil und unternehmungslustig. Dietrich: «Wir ersetzen dann auch gleich die Gelenkpfanne.»

Auch die Klinik für Akutgeriatrie profitiert von Michael Dietrichs orthopädischer Erfahrung. Immer mehr hochbetagte Menschen tragen bereits Prothesen. Brechen sie den Oberschenkel, muss die alte Prothese manchmal gleich durch eine neue, längere ersetzt werden. «Diese sogenannte Revisionsprothetik ist etwas, was Unfallchirurgen noch kaum machen», erklärt Dietrich.

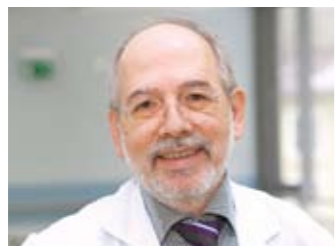
In seine orthopädische Sprechstunde kommt auch ein jüngeres Publikum. Rund die Hälfte der Patientinnen und Patienten ist zwischen 25 und 50 Jahre alt. Oft haben sie ein sportbedingtes Knieproblem. Und nicht selten eine hohe Anspruchshaltung. «Man kann tatsächlich immer mehr», sagt Dr. Dietrich. «Aber es geht eben nicht alles.»

Paula Lanfranconi



Dr. Michael Dietrich bei einer Hüftgelenksoperation.

UNIVERSITÄRE KLINIK FÜR AKUTGERIATRIE



Dr. Daniel Grob
Chefarzt Universitäre Klinik für
Akutgeriatrie

Die Klinik für Akutgeriatrie behandelte im vergangenen Jahr 7 Prozent mehr Patientinnen und Patienten als im Vorjahr. Die mittlere Aufenthaltsdauer in der Klinik sank erstmals unter 20 Tage.

Die Mehrzahl unserer Patientinnen und Patienten ist – neben ihrer Grunderkrankung – in irgendeiner Form kognitiv beeinträchtigt und damit für viele Fragen nur eingeschränkt bis gar nicht urteilsfähig. Dies bedeutet eine erhebliche Herausforderung. Der Umgang mit diesen Menschen ist höchst anspruchsvoll und erfordert spezifisches Wissen wie auch eine besonders fürsorgliche Einstellung im ganzen Geriatrie-Team: bei Pflegefachleuten, Ärztinnen und Ärzten, Therapeutinnen und Therapeuten. Insbesondere anspruchsvoll (nicht nur medizinisch, sondern auch psychologisch-kommunikativ und juristisch) sind individuelle Entscheidungsprozesse und damit der Einbezug der Angehörigen und Bezugspersonen beziehungsweise in Einzelfällen derjenige der Erwachsenenschutzbehörden.

Für unsere akutgeriatriische Klinik sind kognitiv beeinträchtigte respektive verwirrte Patientinnen und Patienten besonders schutzbedürftige Menschen, denen wir eine möglichst gute Medizin zukommen lassen möchten. Der Artikel nebenan schildert exemplarisch die komplexe und aufwändige stationäre Demenzabklärung, welche permanent an Bedeutung gewinnt.

Herausfinden, was hinter der Verwirrtheit steckt

Stürzen betagte Personen, liegt oft auch ein kognitives Problem vor. Im Rahmen der stationären Demenzabklärung gehen medizinische und kognitive Untersuchungen Hand in Hand, so dass sich für alle Beteiligten gute Lösungen ergeben.

Herr Keller*, 85, ist gestürzt und kommt per Ambulanz ins Stadtspital Waid. Er wirkt stark verwirrt. Diagnostiziert wird eine Beckenringfraktur. Angehörige berichten von zunehmender Alltagsüberforderung. Die Kognitionsstörung beeinflusst auch den Heilungsverlauf und die Austrittsplanung.

Herr Keller ist kein Einzelfall. Zahlreiche Patientinnen und Patienten haben neben medizinischen auch kognitive Probleme, viele leben in einem überfordernden Umfeld. «Man merkt plötzlich, dass hinter einem akuten medizinischen Problem auch eine Demenzerkrankung stecken könnte», sagt der Leitende Arzt Sacha Beck. Eine umfassende Diagnostik bringt Klärung. Aus medizinischer Sicht geht es vor allem auch darum, eine Demenz von einem Delirium abzugrenzen – einem akuten Verwirrungszustand, welcher zum Beispiel auf einer Infektion beruhen kann.

Am Anfang der kognitiven Abklärung steht das Gespräch mit Betroffenen und Angehörigen. Danach folgen eine sorgfältige medizinische Untersuchung und neuropsychologische Tests. Die Befunde werden interdisziplinär beurteilt. Brigitte Rüegger, Leitende Neuropsychologin: «Zentral ist, den Betroffenen und Angehörigen zu erklären, warum etwas im Alltag nicht mehr geht. Oft sind sie dann erleichtert und finden einen anderen Umgang mit der Krankheit.» Wenn Patientinnen oder Patienten zum Beispiel klagen,

sie sähen schlecht, ergeben neuropsychologische Tests oft, dass die visuelle Verarbeitung im Hirn gestört ist. Rüegger: «Es braucht also keine weitere augenärztliche Abklärung, sondern Aufklärung über das Störungsbild und eine Anpassung der Umwelt, zum Beispiel eine gut ausgeleuchtete Wohnung oder eine sprechende Uhr.»

Für die stationären Demenzabklärungen kann das Stadtspital Waid auf eine lange Erfahrung mit Demenz und eine gut etablierte Interdisziplinarität zurückgreifen. Sacha Beck: «Die Verknüpfung von geriatrischer Medizin und Neuropsychologie ist entscheidend für den Behandlungserfolg.» Und dank der engen Vernetzung mit internen ambulanten Angeboten haben die Betroffenen auch nach der Spitalentlassung verlässliche Ansprechpartnerinnen und -partner.

Bald kann auch Herr Keller das Spital verlassen. Zuvor findet zusammen mit den Angehörigen das Diagnosegespräch statt. Leicht wird es nicht, denn die betreuende Tochter steht am Rande der Erschöpfung. «Im Diagnosegespräch», sagen Geriater und Psychologin, «geht es auch darum, herauszufinden, ob eine Rückkehr nach Hause noch möglich ist.»

Paula Lanfranconi

*Name geändert

Das Angebot der Universitären Klinik für Akutgeriatrie umfasst die stationäre internistisch-geriatrische Abklärung und Behandlung mehrfach kranker, alter Menschen. Auf Zuweisung durch Hausärztinnen und Hausärzte werden Patientinnen und Patienten auch ambulant abgeklärt:

- Die Memory-Klinik ist Anlaufstelle bei Hirnleistungsstörungen im Alter.
- Die Sturzambulanz befasst sich mit Sturz- und Mobilitätsproblemen.
- Die geriatrische Sprechstunde wendet sich an polymorbide, gebrechliche Patientinnen und Patienten.



Kognitionstest:
Wie kommt der
Korken aus dem
zuerst leeren
Röhrchen?

RADIOLOGIE UND NUKLEARMEDIZIN



Dr. Tarzis Jung
Chefarzt Institut für Radiologie und Nuklearmedizin

Von Rekord zu Rekord. Erneut wurden auf der Radiologie mehr Untersuchungen durchgeführt als jemals zuvor. Die bundesrätliche Tarifsenkung vom Oktober 2014 konnte dadurch finanziell aufgefangen werden. Die Notfallpraxis am Stadtspital Waid hat sich bewährt und die Notfallversorgung in Zürich Nord verbessert. Als Folge hat die Arbeitsbelastung in der Radiologie nachts und an Wochenenden markant zugenommen.

Technologisch haben wir im letzten Jahr mit der Umstellung auf die direkt digitale Radiologie begonnen. Diese Umstellung wird 2015 mit der Beschaffung zweier direkt digitaler Röntgengeräte abgeschlossen. Die Digitalisierung senkt die Strahlenbelastung und vereinfacht die Arbeitsprozesse. Ende 2014 wurde ein digitales Spracherkennungssystem beschafft. Die digitale Spracherkennung führt im laufenden Jahr zu einer rascheren Übermittlung der Röntgenbefunde an den zuweisenden Arzt oder die zuweisende Ärztin. Das Sekretariat, welches durch die Zunahme des Arbeitsvolumens in den letzten Jahren an die Grenzen des Machbaren gestossen ist, wird entlastet.

Ein grosser Dank geht an alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Radiologie für die erfolgreiche Bewältigung des stetig ansteigenden Arbeitsvolumens ohne spürbare Nachteile für die Patientinnen und Patienten. Merci!

Mehr als eins plus eins

Der neue diagnostische Scanner SPECT-CT kombiniert die Szintigraphie mit der Computertomographie. Dies bedeutet präzise Diagnosen und weniger belastende Untersuchungen für die Patientinnen und Patienten.

Früher, sagt Dr. Frank-Günther Füchsel, sei die Nuklearmedizin, genauer die Szintigraphie (von lateinisch *scintilla*, Funke) oft als «unclear medicine» verunglimpft worden. Dies hängt mit der Technologie zusammen. Vereinfacht gesagt schleust man bei der Szintigraphie geringe Mengen eines Radiopharmakons in das zu untersuchende Organ ein. Aufgrund der Verteilung dieses «Tracers» zeigt eine Gammakamera veränderte Stoffwechselfunktionen an, zum Beispiel eine Minderdurchblutung. Füchsel: «Dabei erkennt man zwar Einzelläsionen, sieht aber nicht genau, in welcher anatomischen Struktur sich die Schädigungen befinden.» Für die exakte Lokalisation brauchte es zusätzlich ein Computertomogramm (CT).

Vor ein paar Jahren kam die Idee auf, Szintigraphie und CT in einem einzigen Gerät zu kombinieren, dem SPECT-CT (Single Photon Emission Computed Tomography). Dadurch müssen die Patientinnen und Patienten nicht mehr umgelagert werden, die Untersuchung geht schneller, ist mit weniger Strahlenbelastung verbunden und auch kostengünstiger als mehrere Einzeluntersuchungen.

Bei gestürzten und verwirrten Patientinnen und Patienten zum Beispiel führen Dr. Füchsel und sein Team in einem einzigen Untersuchungsgang ein szintigraphisches Frakturscreening und ein CT durch. «So können wir ohne belastende Zusatzuntersuchungen sagen, wo der Bruch ist und ob er operiert oder nur ruhiggestellt werden muss.»

Das SPECT-CT erleichtert auch die Operationsplanung: Würde, zum Beispiel, die Lungenfunktion eines Patienten ausreichen, um nach Entfernung seines Lungentumors ohne Beatmungsgerät zu leben?

Zum Einsatz kommt das neue Diagnostikgerät zudem bei der Abklärung neurologischer Erkrankungen wie Demenz oder Parkinson. Füchsel: «Dank der spezifischen Tracermoleküle lassen sich oft jahrelange Fehlbehandlungen vermeiden.» Eine vielversprechende Zukunft hat auch die Verbindung von Diagnostik und Therapie: Schon heute kann man zum Beispiel nach der Operation eines Schilddrüsenkarzinoms auftretende Metastasen mit Tracermolekülen nicht bloss diagnostizieren, sondern auch behandeln.

Letztlich, sagt der erfahrene Facharzt für Radiologie und Nuklearmedizin, geht es um präzisere Diagnosen und gezieltere Behandlungen. Aber vor allem auch um die Menschen mit ihren Ängsten und Erwartungen. Füchsel: «Hier am Waidspital kann ich die hochtechnologische Medizin rasch und unkompliziert zu den Patientinnen und Patienten bringen.»

Paula Lanfrancioni

Das Institut für Radiologie und Nuklearmedizin führt die drei Abteilungen Diagnostische Radiologie, Interventionelle Radiologie sowie Nuklearmedizin und Schilddrüsenprechstunde.

Das Angebot umfasst digitale Röntgenuntersuchungen, Computertomographie, Magnetresonanztomographie, Ultraschall, Interventionelle Radiologie (Gefäss- und Tumorinterventionen, Punktionen und Drainagen), Nuklearmedizin (SPECT-CT, Szintigraphie, Schilddrüsenprechstunde und Multimodale Bildgebung/Fusionsbildgebung) und Knochendichtemessungen.



Dr. Frank-Günther Füchsel (rechts) vor dem SPECT-CT.

ANÄSTHESIOLOGIE



Dr. Peter Lauber
Chefarzt Institut für Anästhesiologie

Am 1. Januar 2014 haben wir unser Dienstsysteem für die Oberärztinnen und -ärzte von einem Pikett- auf einen Schichtdienst umgestellt. Seither sind alle Berufsgruppen im Operationsbereich rund um die Uhr uneingeschränkt und ohne Zeitverzögerung für alle anfallenden Aufgaben bereit. So stehen zusätzliche Operationskapazitäten zur Verfügung und Notfälle können in der Regel sehr rasch operiert werden. 2014 konnten wir erneut eine ähnlich hohe Anzahl Narkoseleistungen wie im Rekordjahr 2013 ausweisen.

Nachdem im Vorjahr ein elektronisches Operationsplanungsprogramm in Betrieb genommen worden war, konnten wir jetzt erstmals valide Kennzahlen zu unserer Operationsaktivität und der Auslastung unserer Kapazitäten erheben. Diese Daten sind wichtig für die anstehende bauliche Erneuerung der Operationsabteilung sowie für eine optimale Planung unserer Ressourcen.

Zudem ist die Überwachungsanlage in unserer Überwachungsstation erneuert worden, so dass nun eine volle Kompatibilität zwischen den Geräten im Operationssaal und der Aufwachstation gewährleistet ist. Somit können unsere Patientinnen und Patienten von der Narkose-Einleitung bis zur Entlassung aus dem Aufwachsraum lückenlos mit jedem einzelnen Herzschlag überwacht werden, ein klarer Zugewinn an Sicherheit.

«Hier passiert dir nichts»

Viele Menschen fürchten die Narkose mehr als die Operation. Dr. Peter Lauber, Chefarzt des Instituts für Anästhesiologie, nimmt sich viel Zeit für das Patientengespräch, die so genannte Prämedikationsvisite.

Eva Vollenweider war auf dem vereisten Kirchweg ausgeglitten. Nun lag sie auf der Notfallstation. Wadenbeinbruch. Sie hatte Angst – eine Vollnarkose mit 80 ist nicht nichts. Aber dann, erinnert sie sich, sei Dr. Lauber gekommen, habe ihr alles ruhig erklärt und eine Teilnarkose vorgeschlagen. «Da wusste ich: Hier passiert dir nichts.»

Der 47-jährige Chefarzt wirkt auch jetzt, als hätte er alle Zeit der Welt. Er weiss, dass sich seine Patientinnen und Patienten in einer Ausnahmesituation befinden, geplagt von unterschiedlichsten Ängsten. Viele Laien fürchten sich etwa vor dem für sie Undurchschaubaren einer Narkose. Unter solchen diffusen Ängsten können sowohl 18- wie auch 80-Jährige leiden. Oft lassen sie sich durch ausführliche Aufklärung abbauen: Wie wird die Narkose ablaufen, welche Risiken gibt es und wie hält man sie unter Kontrolle?

Frau Vollenweiders Angst hingegen ist gerichtet und organbezogen: Sie hat Nebenerkrankungen und befürchtet, eine Vollnarkose könnte ihr schaden. Nicht ganz zu Unrecht, bestätigt der Facharzt. Um das Narkoserisiko zu minimieren, befassen sich Lauber und sein Team schon vor den Patientengesprächen eingehend mit vorhandenen Nebenerkrankungen. «Gerade älteren Menschen bieten wir routinemässig eine Regionalanästhesie an, damit ihr Gehirn weniger aus dem Rhythmus kommt», erklärt der Facharzt. Dies ist allerdings nur möglich, wenn keine Kontraindikationen vorliegen wie zum Beispiel eine Blutverdünnung.

Sehr viele Patientinnen und Patienten fürchten sich davor, während der Operation zu erwachen. Lauber erläutert ihnen dann, dass ihre Hirnströme mit Elektroden überwacht werden. So werden schon kleinste Anzeichen für ein mögliches «Auftauchen» registriert. «Noch sicherer als Apparate», fügt er hinzu, «sind jedoch aufmerksame Anästhesistinnen und Anästhesisten.»

Es gibt auch Patientinnen oder Patienten, die einfach den Gedanken an einen Stich mit der Nadel nicht ertragen. Bei solchen Nadelphobien helfen Techniken, wie sie auch bei Kindern angewendet werden: Ein Pflaster mit einem Lokalanästhetikum zum Beispiel, welches zwei Stunden vor der Operation aufgeklebt wird: «Dann tut der Stich nicht weh.»

Man spürt: Der erfahrene Anästhesist Peter Lauber lässt sich gerne auf Menschen ein und freut sich, wenn er ihnen etwas von ihrer Angst nehmen kann. Frau Vollenweider jedenfalls würde sich ihm, wenn nötig, jederzeit wieder anvertrauen. «Sie schliesst mich», sagt Lauber lächelnd, «regelmässig in ihr Nachtgebet ein.»

Paula Lanfranchi

Anästhesiologische Leistungen 2014

Allgemeine Anästhesien	3224
Regionale Anästhesien	1483
Total	4707
Reanimationen/Lebensrettende Sofortmassnahmen	138



Das Gespräch gibt Sicherheit:
Patientin Eva Vollenweider mit
Dr. Peter Lauber.

NEPHROLOGIE



Prof. Dr. Patrice Ambühl
Chefarzt Institut für Nephrologie
und Medizinischer Direktor

Das Jahr 2014 steht für Innovation und weiterhin steigendes Wachstum in allen Tätigkeitsbereichen des Instituts für Nephrologie. Als Pionierprojekt im Kanton Zürich konnte am Pflegezentrum Gehrenholz eine Abteilung für assistierte Bauchfelldialyse eröffnet werden. Sie ermöglicht pflegebedürftigen Menschen mit Nierenversagen eine umfassende Betreuung und Nierenersatztherapie aus einer Hand. Damit entfallen für sie belastende und logistisch aufwändige Transporte an die Hämodialyse im Spital. Zudem ist die Bauchfelldialyse für die meist älteren Menschen in der Regel auch verträglicher, da sie Herz und Kreislauf weniger belastet. Im Herbst konnte der erste Patient in dieses Programm aufgenommen werden, das die Versorgungskette des städtischen Gesundheitsangebotes wertvoll erweitert.

Eine weitere Neuerung im diagnostischen Bereich konnte mit den Knochenbiopsien bei Patientinnen und Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz geschaffen werden (siehe Artikel nebenan). Das Waidspital ist schweizweit eines der wenigen Zentren, die diese Dienstleistung anbieten.

Mit 14 968 Hämodialysebehandlungen wurde im Vergleich zu 2013 eine Steigerung um 11 Prozent erreicht. Damit steht das Institut für Nephrologie deutlich an der Spitze im Kanton Zürich und gehört zu den führenden Dialysezentren der Schweiz.

Wie ein Messer im Rücken

Patientinnen und Patienten mit chronischem Nierenversagen haben ein stark erhöhtes Frakturrisiko. Um diese Renale Osteodystrophie anzugehen, braucht es innovatives Handeln unserer Nierenspezialisten.

An jenem Februarmorgen wollte Margrit Keller*, 56, ganz normal zur Arbeit gehen. Sie hatte schon länger eine Osteoporosediagnose, fühlte sich etwas schlapp. Doch an diesem Morgen konnte sie kaum mehr die Arme heben. Der Hausarzt entnahm ihr Blut. «Totales Nierenversagen, sofort an die Dialyse!», lautete seine Diagnose.

Zwei Monate nach Dialysebeginn ist Margrit Keller daran, Fruchtsaftflaschen in den Kühlschrank zu stellen – und spürt plötzlich einen vernichtenden Schmerz: «Wie wenn mir jemand ein Messer ins Rückgrat gerammt hätte.» Im MRI zeigte sich, dass ihre Wirbelkörper von oben bis unten eingebrochen waren.

Margrit Kellers Form der Renalen Osteodystrophie verlief besonders tragisch. Doch bei allen Dialysepatientinnen und -patienten verschlechtert sich die Knochenstruktur markant. Ihr Frakturrisiko ist bis zu 17 Mal höher als jenes der Durchschnittsbevölkerung. Um Fehlbehandlungen zu verhindern, ist eine vertiefte Analyse des Knochens nötig. «Dichtemessungen und Blutwerte allein genügen nicht. Die einzige exakte Diagnosemethode ist die Knochenbiopsie», sagt Prof. Dr. Patrice Ambühl, Chefarzt des Instituts für Nephrologie. Die Biopsie ermöglicht nicht nur eine exakte Strukturbestimmung des Knochens, sondern auch Aussagen zur Qualität von Knochenumbau und Neuaufbau. Als eines von wenigen Schweizer Spitälern führt deshalb das Institut für Nephrologie im Stadtspital Waid seit 2014 wieder Knochenbiopsien durch.

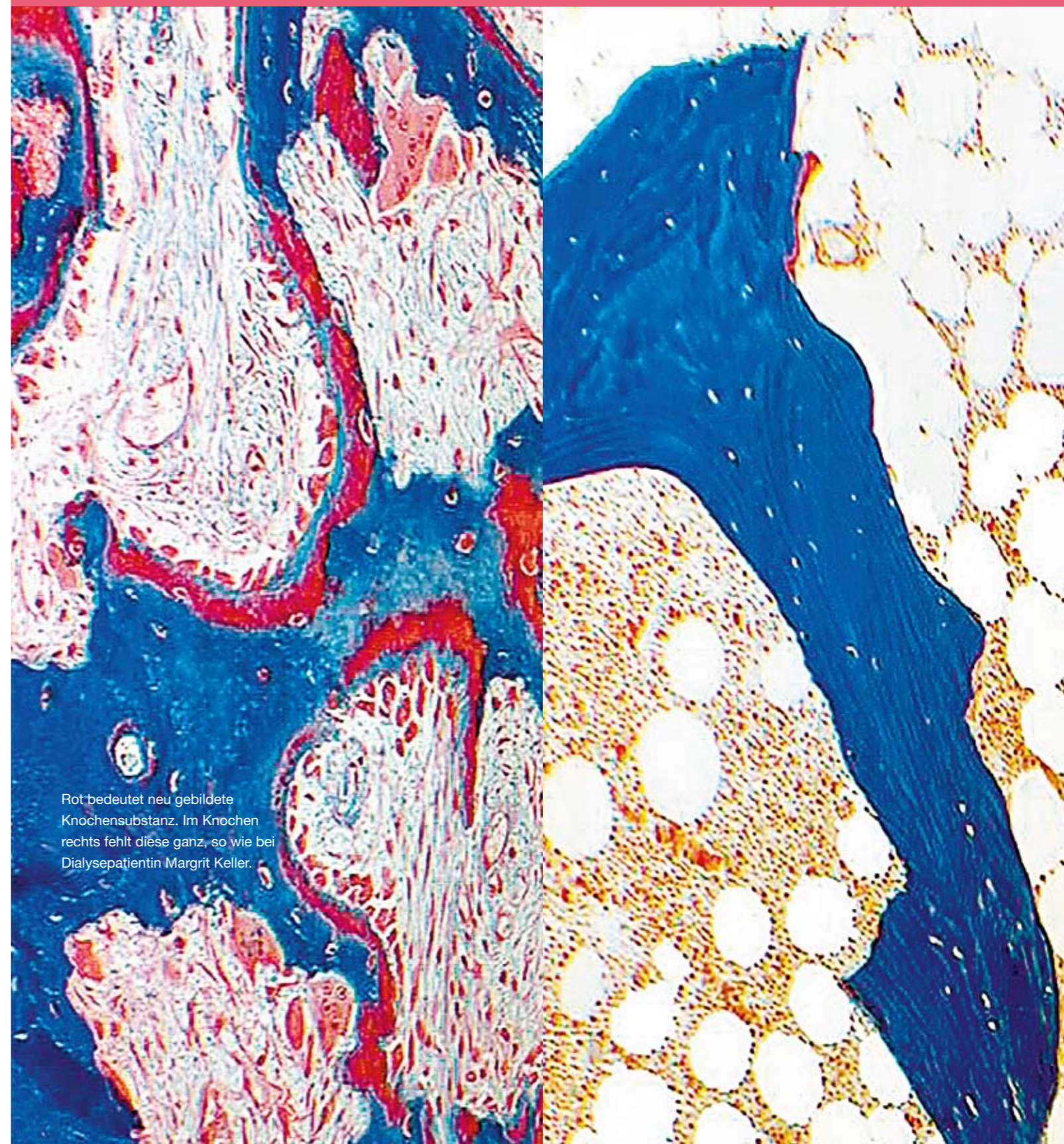
Bei Margrit Keller zeigte sich, dass die Patientin jahrelang mit einem ungeeigneten Medikament behandelt worden war. «Unser Ziel», erklärt Dr. Albin Schwarz, Oberarzt Nephrologie, «ist, ihren Knochenstoffwechsel so zu stimulieren, dass sich wieder Knochensubstanz bildet.» Nötigenfalls mit täglichen Injektionen. Dank der Knochenbiopsie ist die Chance gross, dass die Krankenkasse das teure Medikament finanziert. «Wir Nephrologen stehen in der Pflicht alles zu tun, damit sich die Gesundheit unserer Patientinnen und Patienten verbessert», betonen Patrice Ambühl und Albin Schwarz. Denn der entgleiste Knochen- und Kalziumstoffwechsel wirkt nicht nur invalidisierend – er ist mitverantwortlich für Herzinfarkte und Schlaganfälle.

Auch für die heute 58-jährige Dialysepatientin Margrit Keller ist die Behandlung überlebenswichtig. Ihre Knochenschmerzen rauben ihr die Lebensfreude. «Ich habe auch panische Angst, dass es mit diesen Brüchen weitergeht», sagt sie und blickt gedankenverloren hinaus in den Spitalpark. Paula Lanfranchi

* Name geändert

Nephrologische Leistungen 2014

- 14 968 Hämodialysebehandlungen bei 127 Patientinnen und Patienten (davon 32 neue). Im Vergleich zum Vorjahr bedeutet das eine Steigerung um 11 Prozent, die insbesondere auf die Zunahme der Dialysen am Triemli-spital von 1491 (2013) auf 2527 (+70 Prozent) zurückzuführen ist.
- Das nephrologische Ambulatorium erfuhr erneut grossen Zulauf mit insgesamt 2275 Konsultationen, davon 303 bei Nierentransplantierten, 115 bei Bauchfelldialysepatienten und 274 wegen Nierensteinleiden. Die grösste Gruppe sind aber weiterhin Patientinnen und Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz oder frisch entdeckter Nierenkrankheit. 284 Patienten wurden neu zugewiesen, bei 44 wurde eine Nierenbiopsie durchgeführt.



Rot bedeutet neu gebildete Knochensubstanz. Im Knochen rechts fehlt diese ganz, so wie bei Dialysepatientin Margrit Keller.

SPITALAPOTHEKE



Margret Dieterich
Leiterin Spitalapotheke

Mein erstes Jahr im Waidspital brachte manche Veränderung und Erneuerung. Einen wichtigen Beitrag zum Erfolg leistete dazu das neu formierte Team.

Ein zentraler Meilenstein war, dass wir die von Swissmedic erteilte Grosshandelsbewilligung für Arzneimittel und auch Betäubungsmittel erlangt haben. Verbunden damit sind die Erweiterung und Pflege eines aufwändigen Qualitätsmanagementsystems sowie die Unterhaltung des vom Bund betriebenen Meldesystems MESA, um die Bewegungen der Betäubungsmittel zu erfassen.

Die bereits bestehende gemeinsame Arzneimittelliste der Stadtspitäler Triemli und Waid sowie der Pflegezentren der Stadt Zürich wurde in Zusammenarbeit mit der Unternehmensentwicklung komplett aktualisiert.

Die in die Jahre gekommenen Kühllager wurden erneuert und erlauben eine einfachere Bewirtschaftung und Überwachung der strengen Lagerbedingungen der zumeist heiklen Kühlprodukte.

Zunehmende Bedeutung gewinnt die Mitarbeit in der H Pharm. Das Engagement in dieser strategischen Einkaufsgemeinschaft für Medikamente brachte auch dieses Jahr erneut wichtige Einsparungen.

Mein Dank gilt dem gesamten Spitalapothekenteam, das grossartigen Einsatz beim Meistern der gestellten Herausforderungen leistete.

«Orphan Drugs» – segensreich und teuer

Das Stadtspital Waid behandelt immer mehr seltene Erkrankungen. Margret Dieterich, Leiterin der Spitalapotheke, wünscht sich, dass Therapien mit so genannten Orphan Drugs auch künftig zahlbar sind.

Gerade vor ein paar Tagen war eine Lieferung mit einem Medikament zur Behandlung einer seltenen Krebsart in der Spitalapotheke eingetroffen. «Drei unscheinbare Döschen, jedes im Wert eines Mittelklassewagens, in den Händen zu halten – das ist eindrücklich», sagt Margret Dieterich.

Als Leiterin der Spitalapotheke hat sie vermehrt mit diesen so genannten Orphan Drugs (von englisch orphan, «Waise») zu tun. Das sind Arzneimittel für Krankheiten, an denen in der Schweiz höchstens fünf von 10 000 Einwohnerinnen und Einwohnern leiden. Laut Schätzungen des BAG sind in unserem Land rund 580 000 Menschen betroffen.

«Alle Medikamente, die nicht auf der Arzneimittelliste stehen», sagt die ETH-Pharmazeutin, «gehen über meinen oder den Schreibtisch einer anderen Apothekerin, da ist unsere fachliche Kompetenz gefragt.» Vor der Entschlüsselung des Genoms in den 1990er Jahren gab es kaum Medikamente für seltene Leiden. Heute ist es immer öfter möglich, deren genetische Ursachen zu finden und entsprechende Medikamente zu entwickeln. Anreize setzt auch die Gesetzgebung, etwa durch erleichterte Zulassungsbedingungen und exklusive Vermarktungsrechte.

Während solche Medikamente früher mehrheitlich aus den Labors risikobereiter Kleinstfirmen kamen, investieren heute vor allem grosse Pharmakonzerne in diese Sparte. Man spricht gar von einem Boom:

In den USA sind bereits 450 Orphan Drugs zugelassen, weitere 450 befinden sich in Entwicklung. Am meisten Nutzen bringen diese Fortschritte den Krebspatientinnen und -patienten. In der Schweiz entfallen fast zwei Fünftel der rund 150 Arzneistoffe mit Orphan-Drug-Status auf Anti-Tumor-Präparate. Für viele seltene Leiden wie etwa komplexe Stoffwechselerkrankungen gibt es indes noch immer keine spezifischen Therapien.

Margret Dieterich freut sich, dass dank der Orphan Drugs auch im Stadtspital Waid immer mehr Menschen mit seltenen bösartigen Tumoren, Leukämien und Knochenmarkerkrankungen behandelt werden können. Gleichzeitig bereitet ihr die Entwicklung aber auch Sorge, denn gewisse Therapien mit Orphan Drugs kosten mehrere Tausend Franken pro Monat. Die Pharmazeutin wünscht sich denn auch langfristige Konzepte, mit denen sich die Kosten im Griff halten lassen. «So, dass wir auch in Zukunft jene Patientinnen und Patienten behandeln können, welche diese Medikamente benötigen.»

Paula Lanfranconi

Die Spitalapotheke versorgt sowohl die Akutkliniken des Waidspitals als auch die 1700 Patienten und Bewohnerinnen der Städtischen Pflegezentren sowie diverser Städtischer Institutionen.

- 1300 Artikel hat die Apotheke an Lager.
- 1400 Artikel werden zusätzlich regelmässig bewirtschaftet.
- 125 158 Aufträge wurden 2014 bearbeitet (+ 8% im Vergleich zum Vorjahr)
- Die Top 30 der umsatzstärksten Medikamente machen wie im Vorjahr genau 30 Prozent des Gesamtumsatzes an Medikamenten aus.



Orphan Drugs sind Medikamente gegen seltene Krankheiten.

BEREICH PFLEGE



Alexandra Heilbronner
Direktorin Bereich Pflege

Der akzentuierte Personalwettbewerb fordert uns immer wieder neu heraus, so auch im Berichtsjahr. Die deutlich gesenkte Fluktuationsquote bestätigt uns darin, dass wir als attraktiver Arbeitgeber auf dem richtigen Weg sind.

Zum ersten Mal waren wir mit einem Stand am SBK-Kongress vertreten. Hier hatten wir die Möglichkeit uns als Arbeitgeber zu positionieren und unser Netzwerk zu pflegen. Aufgrund der dort entstandenen Kontakte konnten wir zwei Schlüsselstellen erfolgreich wiederbesetzen. Mit Prof. Dr. Maria Müller Staub und Susanne Frei ist es uns gelungen zwei Expertinnen auf ihrem Gebiet zu rekrutieren.

Weiter stand im 2014 das Thema LEP auf allen Stationen im Vordergrund. Da der Pflegeaufwand unter DRG nicht abgebildet wird, ist es umso wichtiger, dass dieser mit dem Leistungserfassungssystem korrekt erhoben wird. Mit der Einführung der elektronischen Erfassung musste deshalb auch das Regelwerk den neuesten Erkenntnissen angepasst werden. Dank guter Projektorganisation konnte innert kurzer Zeit die Zahlenqualität deutlich gesteigert werden.

Natürlich hat es in jedem Bereich viele schöne, manchmal auch schwere oder traurige Momente gegeben. Das Engagement, mit dem alle Mitarbeitenden tagtäglich ihrer Arbeit nachkommen, beeindruckt mich immer wieder und es ist mir ein grosses Anliegen allen von ganzem Herzen zu danken.

Für einen guten, tiefen Schlaf

Der Mobility Monitor erspart vielen Patientinnen und Patienten das nächtliche Gewecktwerden zum Umlagern. Und das kleine Gerät bewirkt noch viel mehr – wenn seine Daten mit viel Fachwissen interpretiert werden.

Wer kennt nicht diese mühseligen Tage nach einer schlaflosen Nacht. Im Spital ist guter Schlaf besonders wichtig. Vor allem bei älteren Patientinnen und Patienten kann aus Schlafmangel ein Delir entstehen, das Sturzrisiko steigt, die kognitiven Leistungen werden schlechter, Therapien sind weniger erfolgreich, und die Stimmung, oft ohnehin schon gedämpft, verdüstert sich zusätzlich.

Für die Pflege der Universitären Klinik für Akutgeriatrie ist daher die gute Schlafqualität ein wichtiges Ziel. Zum Beispiel sollen Patientinnen und Patienten möglichst wenig fürs Umlagern geweckt werden müssen. Normalerweise bewegt sich der Mensch im Schlaf bis ins hohe Alter ausreichend. In gewissen Situationen jedoch ist dieses schützende Bewegungsverhalten gestört, etwa bei Schmerzen, nach Operationen oder als Reaktion auf bestimmte Medikamente. In der Pflegeanamnese wird das individuelle Risiko erhoben und je nachdem lagern die Pflegenden die Patientin / den Patienten dann mehrmals in der Nacht um, damit kein Dekubitus (Wundliegen) entsteht.

Der Einsatz des Mobility Monitors kann diese nächtlichen Störungen erheblich reduzieren. Das dünne Messgerät unter der Matratze wird je nach erhobenem Risiko so programmiert, dass es jeweils nach zwei bis vier Stunden per Lichtruf meldet, wenn sich der Patient nicht selber genügend bewegt hat. Die Pflegefachperson muss den Schlafenden also nur dann für eine druckentlastende Lagerung wecken, wenn es wirk-

lich nötig ist. Als weiteren Nutzen gibt das Gerät dem Pflgeteam auch Alarm, wenn jemand am Bettrand aufsteht, und leistet so einen wertvollen Beitrag zur Sturzprävention.

Zudem misst der Mobility Monitor die Muskelanspannung. Damit macht er ersichtlich, wie entspannt oder angespannt jemand in der Nacht war. Ob eine Anspannung jedoch durch permanente Schmerzen verursacht wird, durch Angst oder die Verwirrung in einem Delir – das verrät das Messgerät nicht. Auch die akutgeriatrischen Patientinnen und Patienten selber können sich dazu oft nicht äussern. «Wie Sherlock Holmes müssen wir dann zusammen mit dem Arzt oder der Ärztin die Ursachen suchen, um geeignete Massnahmen zu ergreifen», erklärt Nadja Lüthi, Leiterin Pflege Akutgeriatrie.

Es bedeutet eine fachliche Herausforderung für die Behandlungsteams, die Daten des Mobility Monitors nutzbringend zu interpretieren. Dafür braucht es Schulungen und die Unterstützung durch Themen-trägerinnen auf den Stationen. Ausserdem findet einmal im Monat ein Fallkolloquium statt, an dem die Erfahrungen diskutiert werden.

Auf diesem Weg haben die Pflgeteams der Akutgeriatrie zusammen mit dem nützlichen neuen Hilfsmittel viel wichtiges Fachwissen gewonnen.

Katja Rauch

Aus- und Weiterbildung im Bereich Pflege

Bildungsgang	Praktikumswochen	
	2014*	2013
NDS HF Notfallpflege	98.6	107
NDS HF Anästhesiepflege	44	51
NDS HF Intensivpflege	62	67
	204.6	225
Operationstechnik HF	88	86
Pflege FH	111	78
Pflege HF	672	1093
FaGe	1890.4	3088
AGS	265.6	386
	3027	4731

* Der Rückgang der Zahlen ist auf die veränderte Zählweise zurückzuführen (Vorgabe GD: effektive Einsatztage im Betrieb umgerechnet in Praktikumswochen). Die Anzahl Ausbildungsplätze hat sich zu den Vorjahren nicht verändert.



Der Mobility Monitor wird die nächtlichen Bewegungen der Patientin überwachen.

BEREICH SERVICES



Hans-Peter Gerber
Leiter Bereich Services
und Stv. Spitaldirektor

Wieder haben viele Erneuerungen und Projekte unsere Mitarbeitenden gefordert, umso mehr, als diese gleichzeitig einen 7-mal-24-Stunden-Betrieb mit unzähligen Reparatur- und Serviceleistungen sicherstellen mussten.

Ein Grossteil des Spital-Rechenzentrums wurde im städtischen Rechenzentrum neu aufgebaut. Mit der Standardisierung der Druckerslandschaft wurden die Geräte ersetzt und gleichzeitig von mehr als 300 Druckern auf gut 200 reduziert. Die neue Personaleinsatzplanung startete planmässig am 1. Januar 2015; damit wurde auch die Web-Zeiterfassung ermöglicht. Nach den Umbauten und Erweiterungen in der Onkologie und der Nephrologie konnten die Räume den Betreibern zeitgerecht übergeben werden. Die Konzeptarbeiten zur Instandsetzung der Zentralen Sterilgutversorgungsabteilung sind abgeschlossen und die dazugehörigen technischen Anlagen wurden öffentlich submissioniert. Die eigentliche Instandsetzung ist im 2015 geplant. Weiter wurden bis zum März die neuen Esswagen beschafft, installiert und eingeführt. Der Teil-Ersatz des Gebäudeleitsystems (Heizung, Lüftung, Klima, Licht) ist in der Realisierung und sollte in rund anderthalb Jahren abgeschlossen sein.

Ein herzliches Dankeschön für diese ausgezeichneten Teamleistungen.

Die historische Gartenanlage

Der weitläufige Park auf der Südseite des Waidspitals sieht im Wesentlichen immer noch fast so aus, wie er Anfang der 50er-Jahre des vergangenen Jahrhunderts geplant worden ist.

Während der nördliche Eingangsbereich im Laufe der baulichen Erneuerung des Spitals ein ganz anderes Gesicht erhalten hat, ist der grosse Kernbereich der historischen Gartenanlage im Süden zum grössten Teil erhalten geblieben. Dies ist gelungen, weil die Anlage von Anfang an unter gartendenkmalpflegerischen Gesichtspunkten in die Planung der Um- und Erweiterungsbauten mit einbezogen worden ist. Nicht ganz alle Bäume konnten gerettet werden – so ist zum Beispiel eine prächtige Kaukasische Flügelnuss unten beim heutigen Helikopterlandeplatz leider verschwunden. Aber vieles, was beim Bauen tangiert werden musste, wurde wieder instandgestellt oder neu angelegt.

So ist denn bis heute die Handschrift des renommierten Gartenarchitekten Gustav Ammann noch gut zu erkennen. Ammann hat in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts die Gartenarchitektur in der Schweiz entscheidend geprägt. Von ihm stammen zahlreiche «natürlich» gestaltete Garten- und Parkanlagen im sogenannten Wohngartenstil der Moderne.

Die leicht abfallende Geländeterrasse beim Stadtspital Waid wurde von Gustav Ammann in Zusammenarbeit mit seinem Sohn Peter äusserst sorgfältig gestaltet. Man spürt, wie die einmalige Lage dieses Parks bewusst und gekonnt von der Einfachheit der Anlage unterstützt wird. Mehrere kleine Plattformen entlang den Wegen bieten als Ruhe- und Aussichtspunkte einen Panoramablick auf Stadt, See und Alpen.

Bei der Bepflanzung haben Vater und Sohn Ammann, wie das bei typischen Gärten der 40er und 50er Jahre üblich war, eine grosse Vielfalt von verschiedenen Bäumen und Sträuchern gewählt. Auch manche romantische Ecke bestimmte das Bild. Charakteristisch für die Anlage sind vor allem einige markante Baumgruppen wie etwa die Birken.

Die ursprüngliche Anlage war auch noch stark durch stehen gebliebene Obstbäume aus der landwirtschaftlichen Zeit vor dem Bau des Waidspitals geprägt. Davon ist als letzter Zeuge nur noch ein betagter, knorriger Birnbaum übrig. Die übrigen haben im Laufe der Jahre die obere Grenze ihres Lebensalters erreicht. Dafür wurden indes auch immer wieder neue Bäume gepflanzt, so etwa ein junger Mammutbaum, der sich wohl noch gewaltig entwickeln wird.

Die ganze Parkanlage wird von zwei Gärtnern unterhalten. Sie hegen und pflegen die Wiesen, Sträucher und Bäume, reinigen die Wege, räumen im Winter den Schnee – und sorgen so dafür, dass dieses Idyll den Patientinnen und Patienten, den Besucherinnen und Besuchern und auch den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Waidspitals immer seine schönste Seite zeigt.

Katja Rauch

Der Unterhalt der Gartenanlagen obliegt der Abteilung Infrastruktur im Bereich Services. Ebenfalls zum Bereich Services gehören die Abteilungen Hotellerie/Ökonomie, Informatik und Human Resources.



Das Café ist neu, der Park rundum sieht immer noch fast so aus wie in den Anfängen des Waidspitals.

BEREICH FINANZEN



Hans-Günther Hartmann
Leiter Bereich Finanzen

Nach der Pensionierung des Leiters Einkauf im Frühjahr 2014 wurden die beiden Abteilungen Einkauf und Empfang/Notfallaufnahme zur neuen Abteilung Zentrale Betriebsdienste unter Leitung von Manfred Ellenberger zusammengefasst. So können die Mitarbeitenden neben ihrer angestammten Tätigkeit nun weitere Aufgaben übernehmen. Wer beispielsweise bisher am Empfang und in der Notfallaufnahme tätig war, kann nun auch Arbeiten im Bereich Logistik und Einkauf ausführen. Diese Abwechslung im Aufgabenspektrum wird sehr geschätzt.

2014 wurde die Reorganisation im Bereich Einkauf und Logistik weiter vorangetrieben. Nach dem Entscheid der Spitalleitung, das interne Zentrallager aufzulösen und die Lagerhaltung und Belieferung extern zu vergeben, wurden die Notfallstation und eine Pflegeabteilung als Pilotstationen mit neuem Mobiliar ausgestattet, das eine Belieferung nach der Kanban-Methode ermöglicht. Diese Methode der Prozesssteuerung orientiert sich ausschliesslich am tatsächlichen Bedarf von Materialien und ermöglicht eine Reduktion der lokalen Bestände. Somit wird verhindert, dass Material gehortet und so Kapital gebunden wird. Die Verbrauchsstellen werden neu zweimal wöchentlich durch Logistikassistentinnen und -assistenten beliefert. Dies entlastet die Mitarbeitenden des Bereichs Pflege von Aufgaben ausserhalb ihrer Kernaufgaben.

Einkauf: Patientensicherheit hat oberste Priorität

Die Einkaufspreise stehen auch im Spitalbereich unter Druck. Dank seiner Mitgliedschaft bei der Einkaufsgemeinschaft GEBLOG ist das Stadtspital Waid gut gerüstet.

In der Einkaufsabteilung des Waidspitals herrscht eine familiäre Atmosphäre. Eben holt die Leiterin einer Pflegeabteilung eine Packung Magen-sonden ab. Manfred Ellenberger, Leiter Zentrale Betriebsdienste, nützt die Gelegenheit um nachzufragen, wie weit der Test mit einem neuen Infusionsständer gediehen sei. «Ich würde ihn kaufen, er ist stabil», sagt die Pflegespezialistin. Den Testbericht wird sie bald nachliefern.

Die Neuevaluation ist nötig, weil die Einkaufspreise auch im Spitalbereich unter Druck sind. Das Waidspital ist gewappnet. Seit 2005 sind wir Mitglied der gemeinnützigen Einkaufsgemeinschaft GEBLOG und profitieren zusammen mit weiteren 29 Spitalern von vergünstigten Einkaufskonditionen. Dies bedingt indes auch eine Sortimentsstraffung. «Statt den «Rolls Royce» eines Produktes einzukaufen», sagt Manfred Ellenberger, «einigen wir uns mit den anderen Mitgliedspitalern auf eine günstigere Alternative. Patientensicherheit und Qualität haben jedoch oberste Priorität.»

Der Evaluationsprozess ist schon im eigenen Haus komplex. Zuständig sind Projektgruppen und die Materialkommission. Ihnen gehören Vertreterinnen und Vertreter von Ärzteschaft, Pflege, Spitalhygiene, Infrastruktur und Einkauf an. Neben finanziellen Aspekten geht es vor allem um medizinische und Sicherheitskriterien: Ist die Versorgung gewährleistet? Wer stellt die Wartung sicher? Oder, ganz

konkret: Klappt das Handling einer neuen Sicherheitskanüle so zuverlässig, dass sich das Pflegepersonal auch in Stresssituationen keine Stichverletzungen zuzieht?

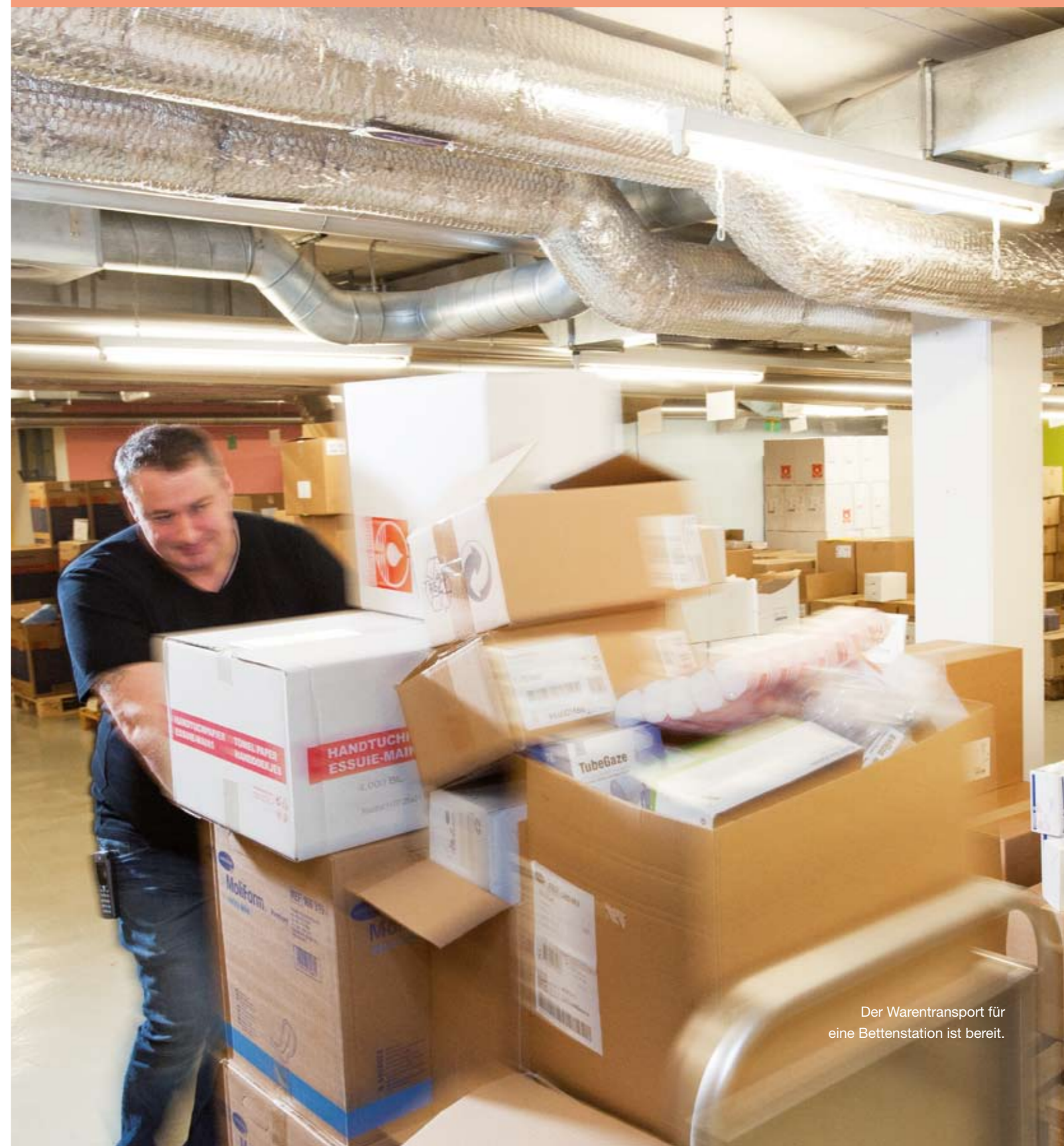
Neben Manfred Ellenberger nimmt auch Liselotte Graf, Teamleiterin Zentraleinkauf, regelmässig teil am Erfahrungsaustausch im Rahmen der GEBLOG-Sitzungen und -Anwendungszirkel. Ihr Engagement und die günstigen Einkaufskonditionen kommen auch den rund 20 externen Kunden des Waidspitals zugute – den städtischen Pflegezentren, sozialen Institutionen oder dem Bildungszentrum Careum.

Manchmal, fügt die erfahrene Einkäuferin Liselotte Graf bei, gehe es beim Verbrauchsmaterial auch darum, auf Befindlichkeiten der Patientinnen und Patienten einzugehen. Nicht alle schätzten es zum Beispiel, wenn sie ihre Zahnprothese in einen transparenten Becher legen müssten, welcher für jeden sichtbar auf dem Nachttischchen stünde. «Da darf es ruhig ein weisses Döschen sein. Auch wenn es vielleicht ein wenig teurer ist.»

Paula Lanfrancioni

Zum Bereich Finanzen im Stadtspital Waid gehören die Abteilungen

- Finanz- und Rechnungswesen
- Medizincontrolling
- Controlling
- Tarifwesen und Patientenadministration
- Medizinische Kodierung
- Zentrale Betriebsdienste



Der Warentransport für eine Bettenstation ist bereit.

Von links nach
rechts:
Daniel Grob,
Claudia Nielsen,
Heike Bischoff-
Ferrari, Gabriela
Bieri-Brüning,
Jürg Hodler,
Daniel Wyler.



UNIVERSITÄRER GERIATRIE-VERBUND ZÜRICH

Gemeinsam stark unterwegs

Der Universitäre Geriatrie-Verbund Zürich ist eine neue Kooperation zwischen dem Gesundheits- und Umweltdepartement der Stadt Zürich, der Universität Zürich und dem Universitätsspital Zürich. Auch unsere Klinik für Akutgeriatrie ist Teil dieses Verbundes und hat damit einen universitären Status erlangt.

Bereits Anfang 2014 wurden mit dem Geriatrienetz Zürich die Grundlagen für den neuen Verbund gelegt. Nun sind die Kooperationsverträge unterzeichnet und der Universitäre Geriatrie-Verbund startet seine Tätigkeit.

Was die Zukunft der universitären Geriatrie verspricht und welche Kräfte sich über Organisationsgrenzen hinaus nun besser und effizienter für das gemeinsame Ziel bündeln lassen, haben am 3. Februar 2015 Vertreterinnen und Vertreter aller beteiligten Organisationen in einem Podium unter Leitung von Ellinor von Kauffungen erläutert. Im Folgenden ein Auszug.

Ellinor von Kauffungen: Es brauchte 20 Jahre, bis in Zürich eine universitäre Geriatrie entstand. Herr Hodler, wieso dauerte es so lange?

Jürg Hodler, Ärztlicher Direktor Universitätsspital Zürich: Man muss sich vorstellen, wie ein Lehrstuhl entsteht. Die Universität bekommt viele ent-

sprechende Anfragen, sei es aus dem Universitätsspital oder aus anderen Institutionen. Ein Lehrstuhl kostet jedoch ungefähr eine Million Franken an Löhnen, Ausstattung und Verbrauchsmaterial. Das heisst, man kann nicht unbeschränkt Lehrstühle einrichten, sondern muss jedes Jahr abwägen. Vielleicht war es bisher so, dass High-Tech-Lehrstühle eher als «sexy» galten und bessere Chancen hatten. Aber jetzt war die Zeit endgültig reif für eine akademisch verankerte Geriatrie – alle hier vertretenen Institutionen sind überzeugt, dass es sie braucht.

von Kauffungen: Das heisst also, Herr Grob, dass der Stellenwert der Geriatrie bis zu diesem Zeitpunkt als nicht sehr hoch eingeschätzt worden ist ...

Daniel Grob, Chefarzt Universitäre Klinik für Akutgeriatrie am Stadtspital Waid: Das kann man schon so sa-

gen. Geriatrie als Fach innerhalb der Ärztesellschaft gibt es seit dem Jahr 2000, also eine relativ kurze Zeit. Wir waren lange – ich schaue ja schon in die 80er-Jahre zurück – die nicht sehr geliebten Kinder der Medizin. Aber die demografische Entwicklung, und was diese bedeutet, war absehbar. Mit der neuen Kooperation sind wir nun dort, wo wir hinwollten.

von Kauffungen: Ihre Klinik im Waidspital bekommt nun einen universitären Anstrich. Was erwarten Sie davon?

Grob: Universitär heisst: Lehre, Forschung, Dienstleistung. Ich sehe ein riesiges Potenzial in der Lehre. Wir brauchen dringend Nachwuchs in der Geriatrie, haben auf dem Platz Zürich jedoch viel zu wenig Weiterbildungsstätten. Der Vertrag gibt uns nun die Möglichkeit dort zu arbeiten. Mein Part wird vor allem in der Lehre und Weiterbildung sein und natürlich in der Dienstleitung: Bereits in den letzten drei Jahren sind die Zahlen der Patientinnen und Patienten, die nach Eingriffen im Universitätsspital ins Waidspital kamen, fast exponentiell gestiegen.

von Kauffungen: Frau Bieri, auch Ihre Pflegezentren bekommen jetzt einen universitären Touch ...

Gabriela Bieri-Brüning, Cheffärztin Geriatriischer Dienst und Ärztliche Direktorin Pflegezentren der Stadt Zürich: Ja, wir sind neu ein universitär assoziiertes Pflegezentrum – das gab es bisher in der Schweiz noch nicht. In diesem Zusammenhang ist mir natürlich auch die Ausbildung der Medizinstudierenden sehr wichtig. Sie sollen einerseits möglichst früh einen Einblick in die Geriatrie bekommen und dann eine gute, fundierte geriatrische Ausbildung. Eine universitäre Klinik und ein Pflegezentrum sind zwei verschiedene Welten – es ist sehr wichtig, dass unsere Ärztinnen und Ärzte nun in beiden verankert sind. Und es ist wirklich schön zu sehen: Die Ärztinnen und Ärzte, die einmal bei uns sind, denen gefällt es eigentlich immer.

von Kauffungen: Daniel Wyler, man hört auch kritische Stimmen gerade aus universitären Kreisen, die sagen: Aufgepasst, jetzt bekommen plötzlich nicht-universitäre Einrichtungen wie das Waidspital oder das Pflegezentrum Käferberg das Label «universitär», und damit wird dieses Label entwertet.

Daniel Wyler, Prorektor Medizin und Naturwissenschaften Universität Zürich: Diesen Stimmen sage ich, dass sie geistig auf dem Stand von

vor 20 Jahren stehen geblieben sind. Auch wenn ich die Entwicklung der Medizin anschau: Es gibt einerseits technische Fortschritte, aber ganz wichtig ist eben auch das immer systematischere Zusammenarbeiten von vielen verschiedenen Disziplinen. So auch das Einbinden der Alters- und Pflegezentren in die Medizin. Ich bin wahnsinnig froh, dass dieser Vertrag zustande gekommen ist. Forschung ist eben nicht beschränkt auf Atome und Moleküle, es geht um den ganzen Menschen.

von Kauffungen: Heike Bischoff-Ferrari, Sie werden die Akademische Leitung dieses neuen Bundes übernehmen. Stimmt es, dass man Ihnen dieses Zückerchen gab, damit Sie nicht in die Berliner Charité abwandern?

Heike Bischoff-Ferrari, Inhaberin Lehrstuhl Geriatrie und Altersforschung Universität Zürich, Direktorin Klinik für Geriatrie am Universitätsspital, Leiterin Zentrum Alter und Mobilität (ZAM) von Universität Zürich und Stadtspital Waid: Natürlich möchte ich dazu beitragen können, das Fach Geriatrie voranzubringen. Es ist ein besonderes Fach, in dem viel Forschung notwendig ist und einfließt. Die Charité mit ihren vielen Kli-

niken und einer grossen Forschungsabteilung hat diesbezüglich ein sehr interessantes Konzept. Aber nun hat Zürich mit dem Geriatrieverbund ein äquivalentes Konzept geschaffen. Für Zürich spricht für mich auch, dass wir die grösste Altersstudie Europas bereits in Zürich leiten und ich sie nun hier weiter betreuen kann. In Zürich haben wir jetzt die Chance auf eine ganz hochwertige klinische Forschung. Dabei geht es um sehr viele Menschen, diese Forschung ist enorm relevant für die ganze Gesellschaft.

von Kauffungen: Wie muss ich mir die akademische Leitung dieses Verbundes vorstellen? Heisst das jetzt, Frau Bieri oder Herr Grob, dass Frau Bischoff auf den Käferberg oder ins Waidspital kommen und Ihnen befehlen kann, was Sie mit Ihren Patientinnen und Patienten machen sollen?

Bieri-Brüning: Ich glaube nicht, dass sie uns das befiehlt, sondern dass wir zu einer gemeinsamen Lösung kommen. Ein Beispiel: Überall, im Universitätsspital, im Waidspital, aber auch in den Pflegezentren, werden geriatrische Assessments durchgeführt, also die umfassende Beurteilung eines alten Menschen in allen seinen Dimensionen. Wir machen das alle schon,



Dr. med. Daniel Grob
Chefarzt Universitäre
Klinik für Akut-
geriatrie, Stadtspital
Waid

«Nun haben wir eine gemeinsame Basis, um über die Institutionsgrenzen hinaus zu verfolgen, ob das, was wir machen, auch gut ist.»

aber bis jetzt nicht überall gleich. Dies zu vereinheitlichen, wird nun ganz spannend. Dann können wir sagen, wie der Zustand eines Patienten im Spital war, wie beim Eintritt bei uns in die Übergangspflege und wie beim Austritt. Diese Kontinuität würde uns sehr dabei helfen, unsere Behandlungen optimal anzupassen, davon würden alle profitieren.

Grob: Ich denke, wir werden die Ideen liefern, aber Heike Bischoff-Ferrari wird sie methodisch korrekt umsetzen können, weil sie das Forschungs-Know-How besitzt, das ich nicht habe. Es gibt immer mehr Patientinnen und Patienten, die im Universitätsspital primär behandelt werden, nachher zur weiteren Behandlung auf die Akutgeriatrie ins Waidspital kommen, dann in die Übergangspflege im Käferberg, und schliesslich gehen sie wieder nach Hause. Bis jetzt hatten wir an den Institutionsgrenzen jeweils auch die Forschungsgrenzen – so etwas ist tödlich für die Forschung. Das neue Netz bietet uns nun eine gemeinsame Basis, um über die Institutionsgrenzen hinaus zu verfolgen, ob das, was wir machen, auch gut ist. Das ist eine Riesenchance. Die Methodik dafür liefert Heike, die Arbeit im Alltag liefern Gaby und ich.

Claudia Nielsen: Da möchte ich gerne anknüpfen. Von der Stadt aus gesehen ist Forschung eigentlich keine kommunale Aufgabe. Wir ha-



Prof. Dr. med. Jürg Hodler
Ärztlicher Direktor
und Stv. Vorsitzen-
der der Spital-
direktion des
Universitätsspitals
Zürich

«Die Zeit ist endgültig reif für eine akademisch verankerte Geriatrie.»

ben aber die Klinik für Akutgeriatrie, die Alterszentren, Pflegezentren, Spitex... dort gibt es ganz viele Fragestellungen dazu, wie wir die Aufgaben jetzt und in Zukunft am besten erfüllen können. Dafür brauchen wir die Forschungserkenntnisse, und deshalb habe ich mich auch im Stadtrat immer sehr für diese Zusammenarbeit eingesetzt. Da sieht man, dass es eben nicht ein «jemand befiehlt» und «jemand nimmt entgegen» ist. Wir haben einen ideellen, aber auch einen ökonomischen Grund, uns daran zu beteiligen, weil wir auf diese Forschungen angewiesen sind.

von Kauffungen: Braucht es nun mehr Stellen, damit die neue Organisation zum Laufen kommt?

Nielsen: Im Moment braucht es wenig zusätzliche Stellen. Aber wir mussten alles sauber aufteilen und schauen, wie es kompetenzrechtlich und mit den verschiedenen Rechtsformen der beteiligten Institutionen machbar ist. Das war nicht ganz trivial, doch nun haben wir ein schönes Organigramm mit der Steuerung des Ganzen. Wir schauen dann schon, dass wir Frau Bischoff-Ferrari etwas begleiten und sie nicht im luftleeren Raum hängt.

von Kauffungen: Herr Wyler, was versprechen Sie sich als Forschungschef der Universität von diesem Verbund?



Prof. Dr. med. Heike Bischoff-Ferrari
Lehrstuhl Geriatrie
und Altersforschung,
Universität Zürich,
Direktorin Klinik für
Geriatrie am Universitäts-
spital, Leiterin Zentrum
Alter und Mobilität von
Universität Zürich und
Stadtspital Waid

«In Zürich haben wir nun die Chance auf eine ganz hochwertige klinische Forschung.»

Wyler: Wir haben erkannt, dass die Geriatrie ein kommendes Forschungsfeld ist, also muss man dieses gut aufstellen. Und wenn man Institutionen hat wie das Waidspital und die Pflegezentren, wo Geriatrie schon gemacht wird, ist es das Gescheiteste diese einzubeziehen. Die Geriatrie in Zürich besitzt einen hervorragenden Ruf, da konnten wir nur nehmen, was schon da war. Die Zusammenarbeit bringt uns nun eine grosse und gute Geriatrie, die noch weiter ausgebaut werden kann.

von Kauffungen: Herr Hodler, betrifft die universitäre Anbindung nur die Kader, oder auch die unteren Angestellten?

Hodler: Es wäre Etikettenschwindel, wenn nur das Namensschild der Chefs so aussähe. Um Papers zu erstellen – Papers sind die harte Währung in der Wissenschaft und notwendig, damit sich ein Fach wissenschaftlich profilieren kann – um solche Papers zu erstellen, braucht es zum Beispiel viele Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte, die mit den Patienten reden. Dann haben diese Patienten vielleicht eine Frage, die sie dem Arzt nicht zu stellen wagen. Also muss auch die Pflege mitziehen. Oder es gibt Weiterbildungsveranstaltungen, für die der Hörsaal auch mal am Abend in Betrieb sein muss. Eine universitäre Klinik geht viele breitflächige Verpflichtungen ein, aber das ist auch interessant.



Prof. Dr. Daniel Wyler
Prorektor Medizin
und Natur-
wissenschaften
Universität Zürich

«Die Geriatrie in Zürich hat einen hervorragenden Ruf, da konnten wir nur nehmen, was schon da war.»

von Kauffungen: Und Ihre Aufgabe als Ärztlicher Direktor ist es, dies im Universitätsspital bis nach unten zu transportieren...

Hodler: Absolut. Im USZ werde ich das so zu leben versuchen.

von Kauffungen: Reden wir noch über die konkreten Ideen. Daniel Grob, was möchten Sie nun als Erstes von der Forschung abgeklärt haben?

Grob: Die gemeinsame Sprache, sprich das gemeinsame geriatrische Assessment, wird uns in diesem Jahr beschäftigen. Dann wird die Beobachtung der Patienten über die Institutionsgrenzen hinweg ganz relevant sein. Man darf das nicht unterschätzen. Unsere Patientinnen und Patienten haben ein Durchschnittsalter von Mitte 80. Zwei Drittel davon sind in irgendeiner Art und Weise kognitiv eingeschränkt: Delirant, verwirrt, dement. Mit ihnen Forschung zu machen ist anspruchsvoll.

von Kauffungen: Frau Bischoff-Ferrari, inwiefern haben Sie auch diese älteren Alten im Blick und nicht nur die «jungen Alten» ab 60?

Bischoff-Ferrari: Genau das ist die Stärke unseres Verbundes: Wir beziehen beide Populationen ein. Mit dem europäischen Projekt der Do-Health-Studie berücksichtigen wir diejenigen, die jetzt noch gesund



Dr. med. Gabriela Bieri-Brüning
Chefärztin
Geriatrischer Dienst
und Ärztliche
Direktorin
Pflegezentren
der Stadt Zürich

«Ein universitär assoziiertes Pflegezentrum – das gab es bisher noch nicht.»

sind. Ein anderer Schwerpunkt hat zum Ziel, hochbetagte Menschen, die akut erkrankt sind, darin zu unterstützen, dass sie nachhaltig wieder nach Hause zurückkehren können. Dazu haben wir mit der Forschung am Zentrum Alter und Mobilität schon einen Beitrag geleistet, zum Beispiel mit der Zürcher Hüftbruchstudie. Das ist nach wie vor die einzige Studie, die weltweit bei hochbetagten Hüftbruch-Patienten im mittleren Alter von 85 Jahren untersucht hat, wie man diese gebrechlichen und oft auch dementen Menschen optimal behandeln kann – zusätzlich neben der Akutmedizin – damit sie längerfristig wieder nach Hause zurückkehren können.

von Kauffungen: Aber es gibt auch ganz viele 80-, 90-Jährige, die nicht mehr nach Hause zurückkehren.

Bischoff-Ferrari: Genau, man sieht das auch an der Bettenverteilung in Zürich: In der Akutgeriatrie haben wir 80 Betten, in den Pflegezentren sind es 1400. Für mich geht es auch in dieser Population um Lebensqualität und eine gute Funktionalität, und diese möchten wir wissenschaftlich unterstützen. Aber: Auch im Pflegezentrum bleibt oft noch das Ziel einer Rückkehr nach Hause. Diese Stufe zwischen Akutmedizin und Rückkehr nach Hause ist enorm wichtig, sie stellt sicher, dass die Akutmedizin für diese Patienten einen wesentlichen langfristigen Beitrag leisten kann.



Dr. oec. Claudia Nielsen
Stadträtin und
Vorsteherin
Gesundheits-
und Umwelt-
departement
Stadt Zürich.

«Ich kenne nichts Vergleichbares in der Schweiz. Hier geht es wirklich um etwas, das den Medizinstandort Zürich stärken wird.»

Nielsen: Es ist ein häufiger Ablauf, dass jemand nach dem Akutspital in die Übergangspflege eines Pflegezentrums kommt, wo man schaut, ob und unter welchen Umständen diese Person wieder nach Hause zurückkehren kann. Von allen Personen im Pflegezentrum können etwa die Hälfte wieder nach Hause. Aber fast immer nur deshalb, weil sie dann nahtlos von der Spitex betreut werden. In der Stadt Zürich steuern wir Alterszentren, Spitex, Klinik für Akutgeriatrie, Pflegezentren oder die Beratungsstelle Wohnen im Alter aus einer Hand, so können wir sehr genau erkennen, wo es Lücken oder Doppelspurigkeiten gibt. Und dieses ganze System bringen wir in den Universitären Geriatrieverbund Zürich mit ein. Ich kenne nichts Vergleichbares in der Schweiz. Hier geht es wirklich um etwas, das den Medizinstandort Zürich stärken wird.

Aufgezeichnet
von Katja Rauch

JAHR DER BERUFSBILDUNG

Das Stadtpital Waid bietet Berufsbildung für jährlich:

- 258 Praktikantinnen und Praktikanten
- 86 Lernende auf der Sekundarstufe II (Berufliche Grundbildung)
- 51 Studierende HF
- 6 Studierende NDS HF
- 11 Studierende FH
- 64 Studierende Bachelor of Medicine

Die Ausbildung liegt uns am Herzen

Mit grossem Engagement bildet das Stadtpital Waid in praktisch allen Spitalberufen junge Leute aus.

14 Prozent unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind Lernende und Studierende. Damit liegt das Waidspital auf dem zweiten Platz aller Spitäler mit Leistungsauftrag im Kanton Zürich.

Alle diese vielfältigen Ausbildungen in der Küche, in der Pflege, in der Physiotherapie, im kaufmännischen Dienst, im Labor, bei den Ärztinnen und Ärzten und in vielen weiteren Bereichen geschehen nicht einfach. Sie müssen tagtäglich mit grossem Aufwand geplant und geleistet werden – ein Engagement, das zwar kostet, aber auch ungeheuer kostbar ist, um nicht zu sagen überlebenswichtig für die Zukunft. In den kommenden Jahren wird das Gesundheitswesen Zehntausende bis Hunderttausende von neuen Fachkräften benötigen. Und schon heute ist der Fachkräftemangel in vielen Betrieben bereits Realität.

Im Waidspital konnten 2014 noch alle offenen Stellen besetzt werden. Vielleicht liegt das auch ein wenig am guten Ruf, den das Spital bei den frisch ausgebildeten jungen Berufsleuten geniesst. So erklärt zum Beispiel Nadine Räbsamen, Bachelor-Studentin in Pflegewissenschaften: «Ich habe mich bewusst dazu entschlossen, mein letztes Praktikum im Stadtpital Waid zu absolvieren, obwohl ich die Fachhochschule in St. Gallen besucht habe. Ich konnte sofort feststellen, dass die Aus- und Weiterbildung hier einen grossen und wichtigen Bereich darstellt.» Aus diesem Grund will sie hier auch ihre erste Stelle nach dem Studium antreten: «Das Waidspital bietet mir die Möglichkeit, mich auch nach der

abgeschlossenen Fachhochschule weiterzuentwickeln.»

Auch nach einer Berufslehre, zum Beispiel als Fachangestellte oder Fachangestellter Gesundheit, möchten viele Lernende weiter im Waidspital arbeiten oder hier eine Höhere Berufsbildung oder Weiterbildung machen. «Das freut mich sehr», sagt Silvia Villinger, Leiterin Aus-, Fort- und Weiterbildung im Pflegebereich, «es spricht für unsere abwechslungsreiche, gut betreute Ausbildung.» Es sei auch das Ziel des Waidspitals, so Villinger weiter, möglichst viele Lernende weiter beschäftigen oder weiterbilden zu können – «und meistens gelingt uns das auch».

Ein Spital, das sich an der Ausbildung von jungen Berufsleuten be-

teilt, kann damit auch die Weiterentwicklung des Berufsstandes mitgestalten und mitprägen. So kann es in seinem Sinne für top ausgebildeten Nachwuchs sorgen. Auf der anderen Seite bringt jede neue Generation frischen Wind in den Betrieb: «Die Spontantät, die Kreativität und der Wissensdrang der Lernenden», erklärt Silvia Villinger, «bereichern das Betriebsklima und bringen verschiedene Einflüsse in die Arbeitsabläufe mit – sei es aus der Berufsschule oder aus ihrer Freizeit.»

Katja Rauch

Eine Fotoausstellung zum Jahr der Berufsbildung

Die Schweiz blickte 2014 auf zehn Jahre Erfahrung mit dem neuen Berufsbildungsgesetz zurück. In der schweizerischen Bildungslandschaft markierte dieses Gesetz einen Umbruch, die Berufsbildung wurde in vielen Bereichen ausgebaut und gestärkt. Das Jubiläumsjahr 2014 ist daher zum «Jahr der Berufsbildung» ernannt worden.

Auch das Stadtpital Waid hat dieses Jubiläum zum Anlass genommen, um die grossartige Leistung seiner Auszubildenden sowie seiner Ausbilder/innen, Weiterbildungsleiter/innen, Lehrpersonen, Fachpersonen und Führungspersonen einmal sichtbar zu machen: Eine umfangreiche Fotoausstellung stellte

alle 19 Berufe vor, zu denen das Waidspital eine reguläre Ausbildung anbietet. Die Bilder zeigten die jungen Auszubildenden (es sind Lernende der Sekundarstufe II sowie Studierende der Tertiärstufe) in ihren typischen beruflichen Tätigkeiten.

Konzipiert und ausgearbeitet wurde die Ausstellung von Silvia Villinger, Leiterin Aus-, Fort- und Weiterbildung, zusammen mit dem ganzen Lehrerteam des Bereichs Pflege. «Es war ein grosser Aufwand für uns, neben all unserer anderen täglichen Arbeit», erklärt Silvia Villinger. «Doch die vielen engagierten Menschen, die an der Ausbildung beteiligt sind, haben diese Würdigung verdient.»



Diese Ausbildung macht sichtlich Spass.

QUALITÄT



Essentiell für gute Qualität: Die gründliche Reinigung des Operationssaals.

Qualität: Der rote Faden im Betrieb



«Mein oberstes Ziel ist ein schlankes und nützliches QM. Keine Papiertiger! Keine Schreibtischwürfe. Das Ganze gelingt zusammen mit den verschiedenen Fachmitarbeitenden oder gar nicht.»

Doris Held

Das Thema Qualität zieht sich wie ein roter Faden durch alle Tätigkeiten des Waidspitals. Wie der berühmte Fadenknäuel von Ariadne im griechischen Labyrinth soll ein modernes Qualitätsmanagement den Mitarbeitenden jederzeit Orientierung bieten, damit sie ihre Fachkompetenz zielgerichtet und zum Wohle der Patientinnen und Patienten einsetzen können. Texte: Doris Held, Projektleiterin Unternehmensentwicklung/QM

In einem modernen Qualitätsmanagement vernetzen sich eine Vielzahl von Themen wie zum Beispiel die Anliegen von internen und externen Kunden, externe und interne Vorgaben, Gesetze und Normen, Subsysteme und Qualitätsmessungen. Kernstück eines Qualitätsmanagementsystems ist ein kontinuierlicher Verbesserungsprozess. Verbesserung kann dann durchaus auch einmal heissen: Weniger ist mehr. Zum Beispiel bei der Reduktion der

internen Vorgaben, indem inhaltliche Doppelspurigkeiten ausgeräumt werden. Im Waidspital wird aus diesem Grund ab 2015 ein neues Dokumentenmanagementsystem eingeführt, das mit dem Intranet gekoppelt ist. Seine Vorteile: raschere Auffindbarkeit der Dokumente durch Volltextsuche, Filtermöglichkeiten nach verschiedenen Kriterien und Themen sowie klare Rollen und Kompetenzen durch entsprechende Berechtigungen.

Zu einem lebendigen, kontinuierlichen Verbesserungsprozess gehören auch Aufgaben wie interne und externe Audits, Kundenbefragungen, Meldesysteme sowie Cockpit- respektive Steuerungsprozesse des obersten Managements. Alle diese Elemente werden im Waidspital bereits in hoher Qualität gelebt.

Qualitätsmessungen: Der «Seismograph» eines Unternehmens

Wir legen grossen Wert darauf, die Erwartungen, Bedürfnisse, Leistungsbeurteilungen und Verläufe unserer Patientinnen und Patienten zu kennen. Durch verschiedene Erhebungen wollen wir Muster erkennen, die in der Einzelbetrachtung eines Falles nicht ersichtlich sind. Dadurch können wir auf bestimmte Vorfälle oder Entwicklungen gezielt reagieren.

Im Jahr 2014 wurden folgende (zum Teil fortlaufende) Messungen beziehungsweise Erhebungen durchgeführt:

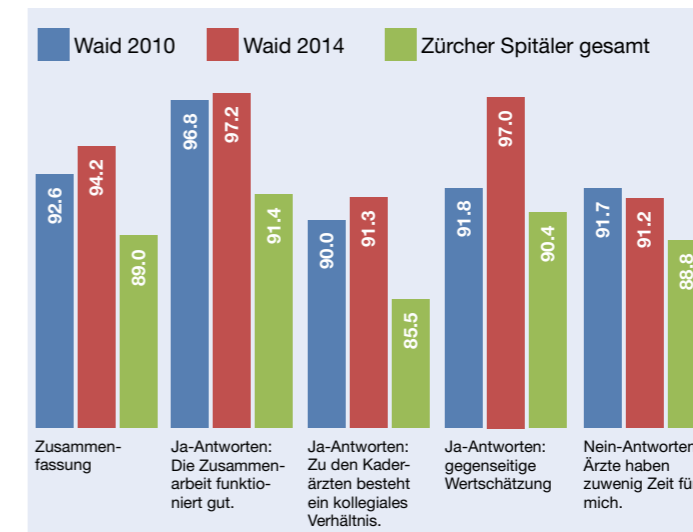
- Patientenbefragungen nach Austritt (vzk)
- Wundinfektionserfassung nach Austritt (ANQ/Swissnoso)
- Prävalenzmessungen zu Sturz und Dekubitus (ANQ)
- Nationales Implantregister für Hüft- und Knieimplantate (SIRIS)
- Chirurgiestatistik für Chef- und Belegärzte/-ärztinnen (AQC)
- Kritische Vorfälle patientenbezogen (CIRS)
- Zuweiserbefragung (vzk)

Zuweiserbefragung: Sehr zufrieden mit der Zusammenarbeit

Das Stadtspital Waid befragte 278 Zuweiserinnen und Zuweiser, die 2013 mindestens zwei stationäre Patientinnen oder Patienten zugewiesen hatten. 73 ausgefüllte Fragebogen konnten ausgewertet werden, was einem Rücklauf von 26 Prozent – dem höchsten der Zürcher Spitäler – entspricht. Erfreulich ist, dass 65 Prozent der zuweisenden Ärztinnen und Ärzte angaben, viel oder etwas häufiger ins Stadtspital Waid als in andere Spitäler einzuweisen. Gründe dafür sind etwa die qualitativ hochwertige Versorgung (97%) oder das Vertrauen der Ärzte und Ärztinnen aufgrund guter Erfahrungen (98%). 100 Prozent der Befragten gaben zudem an, dass das Waidspital über moderne Untersu-

chungsgeräte verfüge, die pflegerische Betreuung sehr gut und das Personal freundlich sei. Ein weiteres Plus ist sicher auch das nicht erho-

bene, aber sehr geschätzte elektronische Zuweiserportal health engine, das einen ortsunabhängigen Einblick in die Krankenakten erlaubt.



So schätzen die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte die Zusammenarbeit mit dem Waidspital ein.

Postoperative Wundinfektionsmessungen: Anrufe bei allen Patientinnen und Patienten zu Hause

Wie gut verläuft bei unseren Patientinnen und Patienten die Wundheilung nach einer Blinddarm- oder Gallenblasenentfernung, Dickdarmchirurgie, Rektum- oder Magenbypassoperation? Nach diesen Operationen befragen wir im Rahmen des ANQ-Messplans alle unsere Patientinnen/Patienten telefonisch: Gut drei Wochen nach Austritt werden sie nach typi-

schen Infektkriterien wie Fieber oder Wundveränderungen (Rötung, Schwellung, Ausfluss) gefragt. Bis zu achtmal wird ein Telefonanruf wiederholt, im besten Falle so lange, bis der/die Betroffene erreicht wird. Im Waidspital ist dafür ein 15-Prozent-Pensum nötig. Jeder auffällige Befund wird mit dem internen Infektiologen besprochen, um nachzuvollziehen, was

zu einem möglichen Wundinfekt geführt haben könnte. Der 2014 veröffentlichte Jahresbericht von Swissnoso zeigt, dass das Stadtspital Waid bei den erfassten Operationen im grünen Bereich liegt; bei den Blinddarm- und Gallenblasenoperationen weist das Waidspital sogar sehr gute, das heisst im Vergleich zu anderen Spitälern markant tiefere Infektraten auf.

CIRS (Critical Incidents Reporting System): Besonders gelungene Massnahmen

2014 wurden über das elektronische CIRS-Portal von den Mitarbeitenden 278 Meldungen erfasst (Vorjahr: 283). Jede Meldung wird von den Meldekreisverantwortlichen analysiert und periodisch ins entsprechende Team weitergetragen. In der internen CIRS-Arbeitsgruppe diskutieren Ärztinnen/Ärzte und Pflegenden aus den verschiedenen Fachrichtungen ausgewählte Fälle und allfällige Massnahmen daraus. Pro Jahr stellen die einzelnen Meldekreise besonders interessante oder gehäufte Fälle zusammen und dokumentieren die daraus abgeleiteten Massnahmen. Die CIRS-Leitung prämiiert jeweils eine besonders gelungene Massnahme. 2014 war dies ein Vorgehen, um auf der Intensivpflegestation die korrekte Gabe von Infusionszusätzen zu optimieren. So wird das Schmerzmittel Novalgine seit Herbst 2014 nur noch in separaten 250ml-Glukoseinfusionen über den Infusomaten verabreicht. Weitere intravenöse Flüssigkeitszufuhren laufen getrennt. Somit lassen sich insbesondere Fehldosierungen und falsche Laufgeschwindigkeiten bei hochwirksamen Medikamenten vermeiden.

Qualität im Spitalalltag: Ein QMS soll nützen und schützen

Manchmal haben wir als Institution keine Wahl und müssen umsetzen, was Gesetze, Normen oder andere Vorgaben uns vorschreiben. Dabei soll das QMS kein Gegenpol zur täglichen Arbeit sein, sondern von der Grundidee her nur eines tun: nützen und schützen.

Darin liegt die eigentliche Da-seinsberechtigung eines Qualitätsmanagementsystems! Es soll nützen, die notwendigen Arbeitshilfsmittel rasch und vollständig zur Verfügung zu haben. Wie soll nun aber ein QM schützen? Indem zum Beispiel Gesetze im Umgang

mit Medizinalgeräten, Medikamenten oder Lebensmitteln eingehalten werden und dies auch dokumentiert wird, sind Mitarbeitende, falls etwas Unerwartetes geschieht, geschützt, weil sie aufzeigen können, dass sie entsprechend der Vorgabe gehandelt

haben. Damit ein QMS aber wirklich nützen und schützen kann, stellt es auch eine Anforderung, die unbedingt erfüllt sein muss: Es muss so schlank wie möglich aufgebaut sein. Papiertiger und uralte umständliche Regelungen sind der Tod eines QMS!

Schreibtischwürfe ebenso. QM entsteht nicht am Schreibtisch, sondern vor Ort in den unzähligen Tätigkeitsfeldern im Stadtspital Waid. Davon zeugen die folgenden Berichte vor Ort.

Beispiel: Notfallaufnahme

Wenn es aus medizinischen Gründen pressiert, kümmert sich schnell und kompetent ein Notfallteam um Notfallpatientinnen und -patienten. Spezialisten und Spezialistinnen der Medizin, Chirurgie, Anästhesiologie, Nephrologie und Radiologie unterstützen das Team bei Bedarf.

Zuvor aber wird die Patientin oder der Patient vom Team der Notfallaufnahme empfangen. Diese nicht medizinisch ausgebildeten Mitarbeitenden erheben in Rekordzeit und unter erschwerten Bedingungen (Patient/Patientin unter Schmerzen oder Schock, kaum ansprechbar oder ausfällig) diejenigen Daten, die das Spital braucht, um den «Fall» zu eröffnen. Mindestens Name, Geburts-



«Die Datenqualität ist entscheidend für einen reibungslosen Ablauf.»

Beatrice Jacoviello, Mitarbeiterin Notfallaufnahme

datum, Krankenkasse und Arbeitgeber sollten zu Beginn erfasst werden können. Ist jemand nicht ansprechbar und sind auch keine Angaben vorhanden, kann zur Not ein anonymes Fall eröffnet werden, bis die Identität geklärt ist.

Beispiel: Universitäre Klinik für Akutgeriatrie

Die Behandlung betagter und hochbetagter Menschen ist anspruchsvoll und komplex. Viele der Patientinnen und Patienten leiden gleichzeitig unter mehreren Krankheiten und haben hohe pflegerische, therapeutische und kommunikative Bedürfnisse. Um dieser Vielschichtigkeit ge-



«Das «Critical Thinking» ist Basis für eine qualitativ gute Pflege.»

Jeanine Altherr, Pflegeexpertin

recht zu werden, ist der interdisziplinäre und interprofessionelle Austausch zentral. Er hilft, die Vorteile der Spezialisierungen zu nutzen und das eigene Handeln und Denken in einem erweiterten Kontext kritisch zu hinterfragen. In Fallbesprechungen und monatlichen Fallkollo-



«Eine höhere Dialysesedosis wirkt sich günstig auf das Überleben aus.»

Dr. Albin Schwarz, Oberarzt Institut Nephrologie

Beispiel: Dialysebehandlungen

Eine effiziente Blutreinigung mittels «künstlicher Niere» hängt in hohem Mass von der Dauer der einzelnen Behandlung ab. Als Qualitätsparameter einer Hämodialyse-Behandlung hat sich der sogenannte Reinigungsfaktor (Kt/V) etabliert, der die Elimination von Harnstoff aus dem Körper quantifiziert: Weltweit wird ein Kt/V-Wert von 1,3 empfohlen. Wir streben bei unseren Patientinnen und Patienten aber seit vielen Jahren einen höheren Wert von $\geq 1,6$ an, dies vor dem Hintergrund, dass eine höhere Dialysesedosis sich günstig auf das Überleben auswirkt. Eine retrospektive Analyse unserer eigenen fast 1000 Patientinnen und Patienten aus dem Zeitraum 1970 bis 2008 ergibt eine Fünfjahresüberlebensrate von 60,4 Prozent. Dieses Ergebnis hat sich trotz der

demographischen Entwicklung der Allgemeinbevölkerung mit steigendem Durchschnittsalter unserer Patientinnen/Patienten von 56,7 auf 73,9 Jahre nicht verschlechtert. Dies ist einerseits auf die Verbesserungen in der Dialysetechnik, aber auch auf den hohen Standard der medizinischen Versorgung unserer Dialysepatientinnen und -patienten zurückzuführen.

quien zum Mobility Monitor wird das «Critical Thinking», das Reflektieren der eigenen Fähigkeiten, Handlungen und Werte, gefördert.

Beispiel: Ausbildungen im Pflegebereich

Der Pflegebereich betreute 2014 rund 120 Lernende und Studierende. Im Pflegealltag stehen ihnen kompetente und erfahrene Ausbilder/innen oder Weiterbildungsleiter/innen zur Seite, welche eine Fortbildung SVEB 1 oder zusätzlich noch SVEB 2 absolviert haben. Sie sind daher sehr gut qualifiziert, Jugendliche und Erwachsene in ihrem Lernprozess zu begleiten.

Zusätzlich zu den Ausbilderinnen und Ausbildnern stehen den Lernenden und Studierenden ausgebildete Lehrpersonen zur Verfügung, die den Lern-Transfer der Auszubildenden begleiten und fördern sowie Schulungen zu verschiedenen Themen anbieten. Im Weiteren stehen die Lehrpersonen den Ausbilderinnen und Weiterbildungsleitern beratend zur Seite. Insbesondere beim Thema Lernförderung ist das Waidspital überdurchschnittlich aktiv. Der Lernprozess wird dokumentiert, besprochen und neue



«Qualität in der Ausbildung bedeutet gezielte Lernförderung und -entwicklung.»

Silvia Villinger, Leiterin Aus-, Fort- und Weiterbildung

Lernziele werden gesetzt. Zeichnet sich lernmässig, disziplinarisch oder im sozialen Verhalten Unterstützungsbedarf ab, werden die Auszubildenden mittels individuellen Massnahmen engmaschig begleitet. Zusätzliche Standortgespräche, gemeinsam getroffene Lernvereinbarungen bis hin zur Vermittlung an eine externe Fachstelle für Jugendliche können Massnahmen sein. Solange ein Wille zur Entwicklung da ist, so lange soll alles getan werden, um Auszubildende zu einem erfolgreichen Abschluss zu bringen.

Beispiel: Zentrallabor

2014 führte das Zentrallabor im Stadtspital Waid 400 463 Analysen durch. Dabei verwendeten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter 124 verschiedene Analysemethoden. Im 24-Stunden-Betrieb untersuchen die Mitarbeitenden an modernsten Analysegeräten Blut oder anderes Material und führen Tests an Blutprodukten zur Transfusion durch. Damit das enorme Pensum gut bewältigt werden kann, müssen die Mitarbeitenden einerseits über fundiertes Fachwissen verfügen und andererseits die Bereitschaft mitbringen, dieses Fachwissen immer wieder neu zu überprüfen und kritisch zu hinterfragen. Das



«Qualität im Labor braucht ein ständiges Konditionstraining des Fachwissens.»

Lilian Schmucki und Nicole Grolimund, Zentrallabor

gelingt nur in einer guten und offenen Betriebskultur, die Mut macht, auch fordernde Projekte anzupacken.

Umweltmanagement: Umweltschutz konkret

Unser Umweltmanagementsystem beschäftigt sich mit betrieblichen und behördlichen Umwelt(schutz)belangen des Waidspitals. Ziel ist die nachhaltige Umweltverträglichkeit von Produkten, Prozessen und Verhaltensweisen im Arbeitsalltag.

Umweltschonendes Verhalten muss einleuchten, damit es in die Alltagshandlungen übernommen wird. Und dies wiederum setzt ein gewisses Grundwissen und -verständnis voraus. Nicht immer jedoch ist es einfach, die komplexen Inhalte, Zahlen und Zusammenhänge der ökologisch-technischen Sprache zu verstehen. Wir setzen daher immer mehr auf die Sensibilisierung der Mitarbeitenden. 2014 wurden unter anderem Weiterbildungen zum Umgang mit Gefahrenstoffen organisiert. Dieses Jahr sind Sensibilisierungsaktionen geplant, die möglichst viele Mitarbeitende berufs- und disziplinübergreifend erreichen sollen.

2014 bestand das Stadtspital Waid das erste Rezertifizierungsaudit ISO 14001 ohne Abweichungen von den ISO-Anforderungen. Die Hinweise der Zertifizierungsfirma wurden geprüft und, wo sinnvoll oder nötig, umgesetzt. So wurde etwa ein Evakuationskonzept erstellt und Auffangwannen für Reinigungsmittel bereitgestellt. Einzelne Hinweise werden das Waidspital auch im laufenden Jahr beschäftigen, etwa die Berücksichtigung von Umweltaspekten im Beschaffungsprozess.

Im Rahmen der städtischen Vorgaben zur 2000-Watt-Gesellschaft sind wir bestrebt, das Energieverbrauchsniveau zu halten oder, über Energieoptimierungs- oder bauliche Massnahmen, zu senken. Bereits in den Vorjahren wurden im Waidspital Energieoptimierungen an Infrastruktur und Geräten vorgenommen, unter anderem eine Raumtemperatursteuerung in Verwaltungstrakten, der Ersatz von Kältemaschinen mit besserem Wirkungsgrad, Einführen des Energiespar-Modus an PC und Bildschirmen oder der Einsatz von LED-Beleuchtungen. Das Ziel, den Energieaufwand von Gas, Öl und Strom auf dem Niveau von 2012/13 zu halten, konnte erreicht werden. Der Strom- und Gasverbrauch sank sogar gegenüber dem Vorjahr.

Als wichtiger Player im Umweltschutz hat das Stadtspital Waid 2014 an einer H++-Umfrage zu Ökologie und Umweltschutz teilgenommen. Die Umfrage zeigte, dass noch eine Minderheit der Befragten ihre Mitarbeitenden über das Thema Ökologie und Nachhaltigkeit informieren. Auch eine interne Arbeitsgruppe zur Ökologie ist gemäss Umfrage bei einer Mehrheit nicht geplant. Das Stadtspital Waid setzt indes auf Information und auf stete Auseinandersetzung mit dem Thema Ökologie in seiner Facharbeitsgruppe Umwelt. Denn nachhaltiges Umweltverhalten beginnt immer am eigenen Arbeitsplatz.

Energieart	2013	2014
Strom	4 540 970 kWh	4 482 456 kWh
Gas	6 956 741 kWh	5 837 416 kWh
	(ohne Wärmebad Käferberg)	(ohne Wärmebad Käferberg)
Wasser	51 524 m ³	51 604 m ³

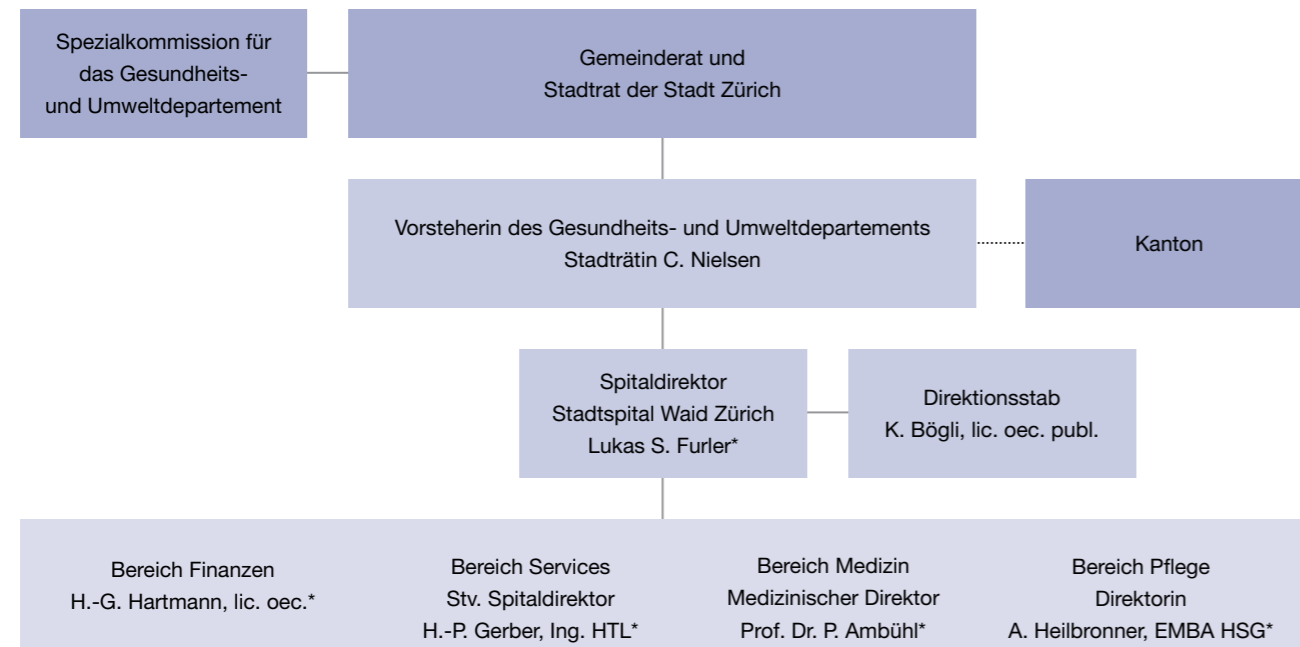
Energieverbrauch im Jahresvergleich, nicht HGT-korrigiert

FÜHRUNGSSTRUKTUR UND STATISTISCHE FAKTEN

Stationäre Patientinnen und Patienten 2014

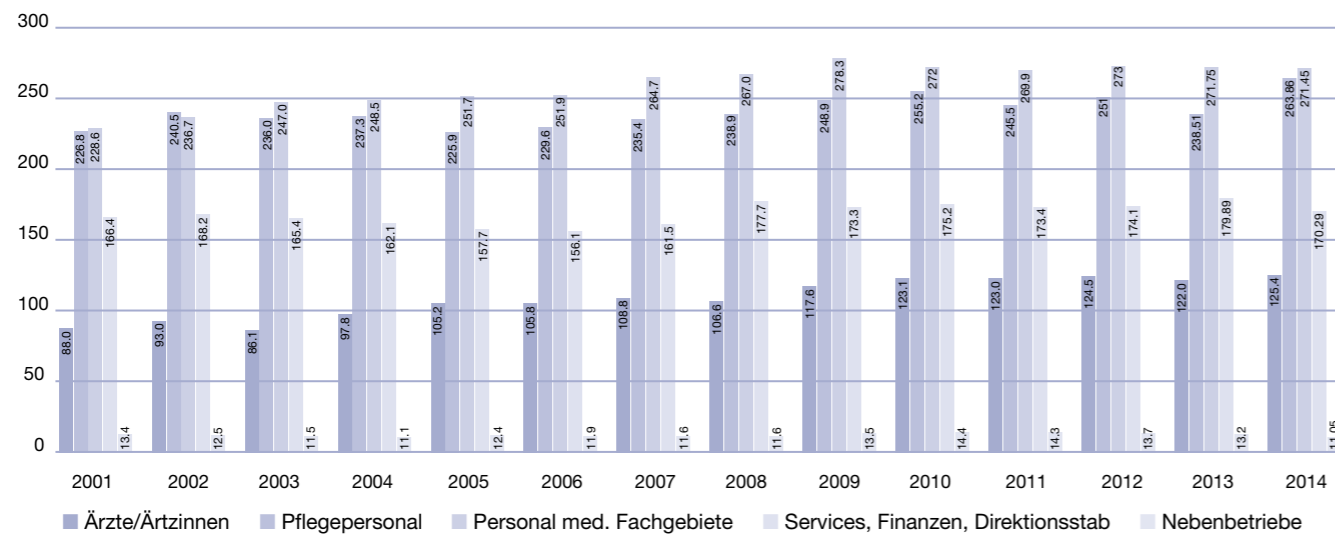
	Medizin	Chirurgie	Akutgeriatrie	Spital
Patientinnen/Patienten	4 623	4 115	856	9594
Pflegetage	35 161	26 655	21 801	83 617
Aufenthaltsdauer (pro Patient/Tag)	7.9	6.8	20.6	8.9
Bettenbestand	108	81	72	261
Bettenbelegung	89.2	90.2	83.0	87.8

Stand: 1.1.2015



* Mitglied der Spitalleitung

Entwicklung Personalbestand



Mitarbeitende bei einer Personalinformation durch den Direktor.



RECHNUNG

	2014	2013	2012
Erfolgsrechnung			
Besoldungen	84 684 216	83 510 268	81 739 877
Sozialleistungen	17 144 793	16 808 702	16 437 782
Arzthonorare	6 649 652	6 708 509	4 920 116
Personalnebenkosten	871 970	871 963	837 413
Medizinischer Aufwand	16 993 036	17 328 052	15 084 745
Lebensmittelaufwand	1 512 298	1 502 939	1 576 696
Haushaltsaufwand	2 108 870	2 194 277	2 049 475
Unterhalt und Reparaturen	3 013 252	2 712 813	2 955 577
Aufwand für Anlagennutzung	13 355 587	14 397 778	15 595 521
Aufwand für Energie und Wasser	1 390 775	1 439 785	1 218 673
Zinsaufwand auf Umlaufvermögen	2 612 854	2 648 529	4 075 840
Büro- und Verwaltungsaufwand	4 335 628	3 602 563	3 860 386
Übriger Betriebsaufwand	1 877 872	1 914 563	1 787 239
Betriebsaufwand	156 550 803	155 640 741	152 139 340
Tagestaxen	98 740 641	101 397 680	91 092 413
Erträge aus Arzthonoraren	11 465 331	12 084 292	9 821 008
Erträge aus med. Nebenleistungen	15 793 838	15 686 938	13 928 510
Erträge aus Spezialinstituten	15 983 431	15 141 617	14 134 749
Erträge aus Poli-, Tages- und Nachtambulanz	496 082	477 361	410 340
Übrige Erträge aus Leistungen an Patientinnen und Patienten	124 520	230 260	182 251
Miet- und Kapitalzinsverdienst	81 325	101 965	537 596
Erlöse aus Leistungen an Personal und Dritte	1 776 861	1 813 407	1 673 196
Kantonssubventionen	1 711 840	1 642 000	
Betriebsertrag	146 173 869	148 575 520	131 780 063
Betriebsergebnis	10 376 934	7 065 221	20 359 277
Liegenschaften*	104 284	- 307 716	- 528 821
Kiosk,Cafeteria*	227 177	131 592	255 716
Beitrag an Enterostomie-Beratung			- 21 846
Parkplätze/Garage*	- 124 289	120 554	
Betriebsfremder Aufwand	49 323	457 965	306 605
Betriebsfremder Ertrag	- 337 336	- 124 685	- 189 200
Betriebsfremdes Ergebnis*	- 80 841	277 710	- 177 546
* + = Aufwandüberschuss, - = Ertragsüberschuss			
Gesamtergebnis	10 296 093	7 342 931	20 181 731
Fondsgelder per 31. Dezember	2014	2013	2012
Patientenkasse	376 154	378 427	379 522
Personalkasse	33 888	37 305	38 495
Stiftung Freibett Tièche	995 257	1 007 741	944 444

Folgende Gebiete der Aus- und Weiterbildung gehören zurzeit zum Leistungsauftrag des Stadtspitals Waid:

Assistentin/Assistent Gesundheit und Soziales, Diätkoch/-köchin, Ergotherapie, Ernährungsberatung, Fachärztin/Facharzt FMH, Fachmann/-fachfrau Betriebsunterhalt, Fachfrau/-mann Hauswirtschaft, Fachpersonal für medizinisch-technische Radiologie, Fachfrau/Fachmann Gesundheit, Fachfrau/Fachmann Operationstechnik, Informatiker/Informatikerin, Intensiv-, Notfall- und Anästhesiepflege, Koch/Köchin, Kaufmännische Ausbildung, Logopädie, Medizinisches Labor, Pflegeassistenz, Pflegefachperson HF und FH, Physiotherapie.



Studierende Pflegefachfrau
FH am Visiten-Computer.

LEITENDES PERSONAL

SPITALLEITUNG

Spitaldirektor

Lukas S. Furler

Leiter Bereich Services:

Hans-Peter Gerber, dipl. Ing. HTL,
Stv. Spitaldirektor

Leiter Bereich Medizin:

Prof. Dr. med. Patrice Ambühl,
Medizinischer Direktor

Direktorin Bereich Pflege:

Alexandra Heilbronner, EMBA HSG

Leiter Bereich Finanzen:

Hans-Günther Hartmann, lic. oec.

BEREICH MEDIZIN

Chirurgische Klinik

Chefarzt:

PD Dr. med. Stefan Wildi

Chefarzt Traumatologie/Orthopädie

Dr. med. Michael Dietrich (seit 1.5.2014)
PD Dr. med. Christoph Meier (bis 30.4.2014)

LÄ (Leitende Ärztin/Leitende Ärzte):

Dr. med. Gregor Buschta
Dr. med. Giovanni L. Carboni
Dr. med. Patrick Grüninger
Dr. med. Catherine Hess
Dr. med. Frank-Rainer Müller
Dr. med. Matthias Zimmermann

OÄ (Oberärztinnen/Oberärzte):

Dr. med. René Fankhauser
Dr. med. Matthias Kösters (seit 1.10.2014)
Dr. med. Mark Mahanty (bis 30.9.2014)
Dr. med. Barbara Peter Hauser
Dr. med. Philipp Tuor
Dr. med. László Veréb-Amolini

OÄ i.V.:

Dr. med. Juliette Brusa
Dr. med. Andreas Riederer
Dr. med. Oliver Steinfeld

SÄ (Spitalärztin/Spitalarzt):

Dr. med. Nicole Bahaoui-Schulz (bis 30.4.2014)
Dr. med. Petra Cadetg (bis 31.5.2014)
Dr. med. Tina Köhn-Wellhäuser

Medizinische Klinik

Chefarzt:

PD Dr. med. Manuel Fischler

LÄ:

Dr. med. Hanny Adam
Dr. med. Stefan Christen
Dr. med. Christian Giambarba
Dr. med. Daniel Peternac (seit 15.12.2014)
Dr. med. Patrick Sidler

Dr. med. Volker Stenz (bis 31.12.2014)
Dr. med. Stephan Wieser

OÄ:

Dr. med. Anne Brausch
Dr. med. Corinne Chmiel
Elisabeth Corti-Hoekstra, Fachärztin (bis 31.3.2014)
Dr. med. Rahel Hautle-Angst (bis 31.8.2014)
Dr. med. Tobias Höfflinghaus
Dr. med. Susanne Pratsch
Dr. med. Sandra Reinle-Margelisch (seit 1.4.2014)
Dr. med. Sandra Winiger-Sigrist (seit 1.8.2014)
Dr. med. Katja Woitzek (seit 1.8.2014)

OÄ meV:

Dr. med. Reto Kühne

Leitung Physiotherapie:

Jacob Overeinder

Leitung Ergotherapie/Logopädie:

Yvonne Fahrni
Andrea Gut
Gabriela Kalt

Leiterin Ernährungsberatung:

Monica Rechsteiner

Klinik für Akutgeriatrie

Chefarzt:

Dr. med. Daniel Grob

LÄ:

Dr. med. Sacha Beck
Dr. med. Irene Bopp
Dr. med. Claudine Geser

OÄ:

Dr. med. Annette Ciurea (seit 1.2.2014)
Dr. med. Ulrike Darsow (bis 17.6.2014)
Marlis Nardi, med. prakt.
Dr. med. Jacques-E. Schaefer
Dr. med. Karen Schwab (seit 14.7.2014)
Barbara Weil, med. prakt.

Leiterin Psychologischer Dienst:

Brigitte Rügger-Frey, lic.phil.

Institut für Anästhesiologie:

Chefarzt:

Dr. med. Peter Lauber

LÄ:

Dr. med. Pascale Ablinger

OÄ:

Dr. med. Cédric Benz
Dr. med. Conradin Büchi
Dr. med. Simone Menth
Dr. med. Beata Merki
Dr. med. Manuela Ritoff-Krüger
Dr. med. Katarina Rüetschi
Dr. med. Olivia Wild (seit 1.9.2014)
Dr. med. Lorena Witzig-Villegas

Institut für Radiologie und Nuklearmedizin

Chefarzt:

Dr. med. Tarzis Jung

LÄ:

Dr. med. Thomas Betschart
Dr. med. Frank-G. Fuchsel
Dr. med. Nikola Nikolic
Dr. med. Roger Pfiffner

OÄ:

Dr. med. Giampiero Giovacchini
Dr. med. Emilia Kiss
Dr. med. Susanne Reichold
Dr. med. Roman Guggenberger (seit 1.8.2014)

SÄ

Dr. med. Darinka Tatalovic

Leitender Fachmann MTRA

Ulrich Anker

Institut für Nephrologie

Chefarzt:

Prof. Dr. med. Patrice Ambühl

LA:

Dr. med. Johannes Trachslar

OÄ meV:

Dr. med. Christoph Etter
Dr. med. Albin Schwarz

OÄ:

Dr. med. Andreas Schleich

Apotheke

Leiterin:

Margret Dieterich, dipl.pharm.ETH

Zentrallabor

Leiter:

Dr. phil. Peter Koch

BEREICH FINANZEN

Leiter:

Hans-Günther Hartmann, lic.oec.

Leiter Finanz- und Rechnungswesen:

Reto Ramseier

Leiterin Tarifwesen und

Patientenadministration:

Ivanka Gusic

Leiterin Controlling:

Katja Kirch Sautter, (seit 1.12.2014)
Lydia Roth (bis 31.12.2014)

Medizincontrolling

Dr. med. Svetlana Kiseleva

Leiter Einkauf:

Andreas Zimmermann (bis 31.3.2014)

Leiter Zentrale Betriebsdienste:

Manfred Ellenberger

BEREICH SERVICES

Leiter:

Hans-Peter Gerber, dipl. Ing. HTL

Leiterin Personal:

Lucia Zett

Leiter IT

Markus Hunziker, dipl. Ing. ETH, BBA

Leiter Infrastruktur

Hans-Peter Gerber, dipl. Ing. HTL

Leitung Hotellerie:

Cornelia Hugentobler
Thomas Schuster

DIREKTIONSSTAB

Leiterin:

Karin Bögli, lic.oec.publ.

Leiter Kommunikation und Marketing:

Maurice Codourey

Verantwortlicher Qualitätsmanagement:

Jan Buckenberger

Leiterinnen Projekte Unternehmensent-

wicklung

Regina Studer, eidg. dipl. pharm.

Susanne Vetter, lic.oec.publ.

BEREICH PFLEGE

Direktorin Bereich Pflege:

Alexandra Heilbronner, EMBA HSG

Leiterin Pflege Akutgeriatrie:

Nadja Lütthi

Leiterin Pflege Chirurgie:

Susanne Frei (seit 1.10.2014)
Nadia Khiri (bis 31.1.2014)

Leiterin Pflege Medizin:

Iris Scheffler

Leiterin Pflege Spezialgebiete:

Stefanie Wunderlin

Aus-, Fort und Weiterbildung:

Silvia Villinger, Leiterin

Leiterin Personalpool:

Katharina Kawara (seit 1.9.2014)
Bernadette Wyss (bis 30.6.2014)

Leiterin Pflegeentwicklung und

Qualitätsmanagement:

Prof. Dr. Maria Müller-Staub (seit 1.10.2014)

Leiterin Sozialdienst:

Elisabeth Kotrba

Leitendes Pflegepersonal

AB1 Chirurgie:

Elisabeth Mattle

AB2 Chirurgie:

Annette Augst

FG3 Chirurgie:

Priska Weingärtner

D0 Akutgeriatrie:

Nadine Klein

D1 Akutgeriatrie:

Julieta Calanao

D2 Akutgeriatrie:

Manuela Lütthi

EF2 Medizin:

Ruth Britt

EF3 Medizin:

Sandra Bergauer

EF4 Medizin:

Helga Lieschneegg

FG4 Medizin:

Karin Berlinger

H3 Pflege Gastro/Kardio/Pneumo:

Marianne Christen

Anästhesie:

Ernst Egli

Intensivpflegestation:

Hilke Johannsen

Nephrologie:

Ute Helt

Notfallstation:

Evelyne Seiler

Operationsabteilung:

Anne-Sophie Bétrisey

Tagesspital:

Sabine Daetwyler

SEELSORGE

Reformierte Pfarrer/Reformierter Pfarrer:

Stefan Morgenthaler

Brigitte Hauser

Katholischer Pfarrer/

katholische Seelsorgerin:

Karin Oertle

Oliver Stens

KONSILIAR- UND BELEGÄRZTINNEN

Allergologie/Immunologie:

Dr. med. Thomas Hauser

Angiologie:

Dr. med. Roger Simon

Dermatologie:

Prof. Dr. med. Stephan Lautenschlager

Dr. med. Siegfried Borelli

Endokrinologie:

PD Dr. med. Henryk Zulewski

Gynäkologie:

Dr. med. Stephanie von Orelli

Infektiologie:

Dr. med. Gerhard Eich

Innere Medizin:

Dr. med. Elisabeth Angst-Wagen

Neurochirurgie:

Prof. Dr. med. Urs Schmid

Neurologie:

Dr. med. Adriana Schmid

Dr. med. Stefan Wolff

Ophthalmologie:

Prof. Dr. med. Klara Landau

ORL:

Dr. med. Vladeta Radivojevic

Dr. med. Markus Schlittenbauer

Dr. med. Maria Schneller

Dr. med. Stefan Schumacher

Dr. med. Gian-Marco Widmer

Orthopädische Chirurgie:

Dr. med. Carmen Grosse

Dr. med. Stefan Kern

Dr. med. Alex Mäder

Dr. med. Gerardo Juan Maquieira

Dr. med. Alberto Schneeberger

Psychiatrie:

Dr. med. Brigitte Hess-Meyer

Dr. med. Daniel Lamparter

Dr. med. Thomas Pichert

Dr. med. David Briner

Rheumatologie:

KD Dr. med. Marcel Weber

IMPRESSUM

Redaktion: Lukas S. Furler, Katja Rauch,

Stefanie Schuster, Doris Held

Fotos: Roland Brändli, Michael Hediger

Gestaltung: bbdesign, Zürich

Druck: Rolis Druck

Stadtspital Waid Zürich
Tièchestrasse 99
CH-8037 Zürich
Tel. 044 366 22 11
Fax 044 366 20 99
spital@waid.zuerich.ch
www.waidspital.ch

Ausbildung im
Zentrallabor

