



Stadt
Schlieren

JAHRHEFT 2018

KOMMISSION
ORTSGESCHICHTE

„S'Limmi“

Unser Spital Limmattal
1970 und 2018



IMPRESSUM

HERAUSGEBER	Stadt Schlieren, Kommission Ortsgeschichte
AUTOR	Peter Voser
LEKTORAT	Peter Hubmann, Marianne Bühler
SATZ/GESTALTUNG	Charly Mettier
PRODUKTION	Steinemann Print AG, Schlieren
AUFLAGE	600 Exemplare

Vorwort

Liebe Leserin, lieber Leser

Einmal mehr - so hoffe ich - halten Sie ein Jahrheft der Kommission Ortsgeschichte Schlieren in der Hand. Diese Ausgabe liegt mir nicht nur als Stadtpräsident, sondern auch als Präsident des Spitals Limmattal sehr am Herzen. Ich hoffe deshalb, dass auch Ihnen das Entdecken dieser Schrift so viel Spass macht, wie es mir Spass gemacht hat.

Diese Ausgabe wurde von einem profunden Kenner des Spitals Limmattal verfasst. Peter Voser war, was er in seiner Einleitung in aller Bescheidenheit verheimlicht, von 1998 bis 2004 Spitalpräsident. Er hat sich nicht nur in verdankenswerter Weise durch diverse Akten gewühlt, um das vorliegende Jahrheft verfassen zu können, sondern er hat auch tief in seinen Hirnwindungen geforscht, um das in den Akten gefundene mit seinem „Limmi-Wissen“ zu verknüpfen.

48 Jahre liegen nun zwischen der Ersteröffnung des Spitals und der Eröffnung des Neubaus. Anlass genug, einen Zwischenhalt zu machen und die spannende Geschichte des Spitals Limmattal anhand eines Vergleichs von Gestern und Heute zu erkunden. Ich hoffe, wir können diese Erkundung in 50 Jahren fortführen, denn das Spital war und ist für Schlieren und seine BewohnerInnen eine bedeutsame Gesundheitseinrichtung. Auch die kulturelle und wirtschaftliche Wichtigkeit des Spitals für Schlieren bleibt unbestritten.

Nun denn: Viel Spass bei der Lektüre!

Markus Bärtschiger



Markus Bärtschiger, Stadtpräsident
Schlieren und Spitalpräsident



Inhaltsverzeichnis

Vorwort	1
Inhaltsverzeichnis	3
Einleitung	4
Gründe für den Bau des Spitals Limmattal	5
Akutspital und Pflegezentrum	6
Gesetzliche Rahmenbedingungen für die Spitäler im Kanton Zürich	8
Trägerschaft des Akutspitals	10
Statuten	12
Organisation und Führung	14
Wirtschaftliche Bedeutung des Spitals für das Limmattal	17
Finanzierung der Bauten und des Betriebs	18
Spitalbauten	22
Personal allgemein	26
Ärztinnen und Ärzte	28
Pflegepersonen	30
Verwaltung – Logistik, Hotellerie, Finanzen, Administration	34
Spitalverwalter – Spitaldirektor	38
Aus-, Weiter- und Fortbildung der Ärzte	40
Aus- und Weiterbildung der Pflegepersonen	42
Patienten und Leistungen	46
Chirurgische Klinik	50
Urologische Klinik	54
Orthopädische Klinik	56
Frauenklinik	58
Anästhesie und Intensivmedizin	60
Medizinische Klinik	62
Radiologie	64
Institut für klinische Notfälle	66
Spitalapotheke	68
Therapien	70
Rettungsdienst	72
Institut für Labordiagnostik	74
Blick in die Zukunft – Eine Annäherung	75
Amtsträger	76
Quellenverzeichnis	77
Bisher erschienene Jahrbücher	78

Bild links: Spital und Pflegezentrum, ca. 1987

Einleitung

Das Limmattal Spital „S'Limmi“ von 1970 bis 2018

Am 1. Mai 1970 hat das Spital Limmattal, von der Bevölkerung schon bald liebevoll „S'Limmi“ genannt, den Betrieb aufgenommen. 1958 schlossen sich zehn Limmattaler-Gemeinden zum Bau und Betrieb des Spitals zusammen. Der Wille der Gemeinden war es, der Bevölkerung der Region qualitativ hochwertige Gesundheitsdienste in der Nähe zur Verfügung zu stellen. In den vielen Jahren seit der Eröffnung sind grosse Bevölkerungsteile direkt oder indirekt mit den Ärztinnen und Ärzten, den Pflegenden und den Mitarbeitenden der Verwaltung in Berührung gekommen. Vielleicht waren es längere stationäre Aufenthalte oder nur kurze ambulante Abklärungen oder Besuche bei hospitalisierten Angehörigen und Bekannten. Die Bevölkerung schätzt das Spital und hat im Jahre 2013 an den Abstimmungen in den Trägergemeinden den Kredit für das neue Akutspital mit 91 Prozent JA-Stimmenden angenommen.

Die Patientinnen und Patienten stehen im Mittelpunkt eines Spitals. Sein primäres Ziel ist es, kranke Menschen wieder gesund zu machen. Alle Einrichtungen sind darauf ausgerichtet – das Spital soll die beste medizinische Hilfe, die besten Pflegenden und die zweckmässigsten Räume und Einrichtungen haben. Die Spezialisierung in den medizinischen Fachgebieten hat in den vergangenen 48 Jahren stark zugenommen. Die medizinischen und technischen Fortschritte waren in dieser Zeit bedeutend, sie haben den Patientinnen und Patienten viele Erleichterungen gebracht und die Lebensqualität deutlich verbessert.

In unserem Gesundheitssystem geht der Patient oder die Patientin in der Regel zum Hausarzt und wird von diesem, wenn er oder sie ihn nicht selbst behandeln kann oder ihm die Geräte zum Analysieren einer Krankheit fehlen, an die Fachärzte in einem Spital überwiesen. Zusätzlich kom-

men Patienten über den Notfall und den Rettungsdienst ins Spital. Erst seit wenigen Jahren muss sich ein Spital bei steigendem Konkurrenzdruck aktiv um Patienten bemühen.

Dieses Jahrheft wird aus Anlass der Eröffnung des neuen Akutspitals erstellt. Es werden die Verhältnisse im Akutspital Limmattal in den Jahren 1970 und 2018 einander gegenübergestellt. Dabei zeigen sich die markanten Veränderungen. Bei einzelnen Themen werden zum besseren Verständnis auch Entscheide aus der Zeit vor 1970 oder in der Zeit von 1970 bis 2018 berücksichtigt (kursive Texte).

Wer sich vertieft mit der Geschichte des Spitals Limmattal auseinandersetzen will, kann diese im Neujahrsblatt von Dietikon 2001 der Autoren Paul Stiefel, erster Verwaltungsdirektor, und Professor Dr. Hansjörg Kistler, erster Chefarzt der Inneren Medizin, nachlesen.

Das Grundgerüst für den Inhalt dieses Heftes bildeten die Geschäftsberichte des Spitals. Bei der Erstellung habe ich die grosse Unterstützung vom Kader im Spital Limmattal und ehemals im Spital Limmattal tätigen Ärzten erhalten. Ihnen allen möchte ich herzlich für die Hilfe danken. Hervorheben und speziell verdanken möchte ich die Unterstützung durch Dr. Basil Caduff, Chefarzt Medizin, Susanne Vanini, Pflegedirektorin, Thomas Brack, Spitaldirektor, und Reinhard Vogel, Kommunikationsverantwortlicher und Medienstelle des Spitals.

Damit dieses Heft gefällig wirkt, war die Arbeit von Charly Mettier beim Layout entscheidend. Für die sprachliche Korrektheit haben Peter Hubmann und Marianne Bühler gesorgt. Auch Ihnen beiden danke ich herzlich für Ihre Mithilfe.

Peter Voser



Peter Voser, Kommission Ortsgeschichte

Gründe für den Bau des Spitals Limmattal

Die Patientinnen und Patienten des Limmattals waren früher gezwungen, Spitäler in Zürich und zum Teil auch die benachbarten Bezirksspitäler Affoltern am Albis und Dielsdorf aufzusuchen. Die stark überlasteten Spitäler in Zürich waren jedoch immer weniger in der Lage, Patientinnen und Patienten aus anderen Gemeinden aufzunehmen. Grund dafür war das starke Wachstum der Bevölkerung in Zürich und in den Gemeinden im Limmattal.

Die Bevölkerung des Limmattals hat sich von 1950 bis 1963 mehr als verdoppelt, wie die Aufstellung unten zeigt.

Das Bedürfnis für die Schaffung eines Kreisspitals für die Limmattalgemeinden wurde in den 1950er-Jahren aufgrund der Bevölkerungsentwicklung als ausgewiesen betrachtet. Ein Spital im Limmattal sollte zudem das Kantonsspital und die Stadtspitäler

in Zürich entlasten. Schon 1957 antwortete der Regierungsrat auf eine im Kantonsrat eingegangene Kleine Anfrage von Kantonsrat Ernst Kessler, Schlieren, dass sich die Errichtung eines eigenen Spitals für diese Region rechtfertigen würde, dass die Initiative aber von den interessierten Gemeinden auszugehen habe.

Am 30. September 1958 wurden mit Ausnahme der Gemeinde Uitikon durch die übrigen Gemeinden des heutigen Bezirks Dietikon unter der Bezeichnung „Spitalverband Limmattal“ der Zweckverband gegründet (siehe dazu Seite 10).

Bezüglich der Gründung des Zweckverbandes wird auf die vertieften Ausführungen „Das Spital Limmattal und seine Geschichte“ von Paul Stiefel und Prof. Dr. Hansjörg Kistler im Neujahrs-Blatt von Dietikon 2001 verwiesen.



Luftaufnahme 1963 des Gebietes zwischen Schlieren und Urdorf. Unten der Limmatlauf, oben links das Bahnhofgebiet Urdorf. Im rot eingerahmten Feld wurde das Spital erstellt.

Gemeinde	Einwohner Im Jahr 1950	Einwohner Im Jahr 1960	Einwohner Am 01.01.1964
Aesch	323	318	340
Birmensdorf	1'480	1'893	2'401
Dietikon	7'132	14'920	19'175
Geroldswil	441	844	1'903
Oberengstringen	1'242	4'088	5'091
Oetwil	258	530	541
Schlieren	6'074	10'043	10'725
Uitikon	1'012	1'625	2'112
Unterengstringen	933	1'123	1'200
Urdorf	1'929	3'809	4'404
Weiningen	976	1'633	1'685
Total Limmattal	21'800	40'826	49'577
Stadt Zürich	390'020	440'170	439'983

Quelle: Beschluss Kantonsrat vom 4.5.1964

Akutspital und Pflegezentrum



Tagesklinik



Einzelzimmer



Ergotherapieraum
(alle Bilder aus Einweihungs-
broschüre Krankenhaus)

1970

Das Pflegezentrum bestand 1970 noch nicht. Ein Pflegezentrum hat die Aufgabe, pflegebedürftige chronisch Kranke bzw. Langzeitpatientinnen und -patienten aufzunehmen, zu pflegen, medizinisch zu versorgen und ihnen ein „wohnliches“ Umfeld mit Beschäftigungsmöglichkeiten zu bieten. Dies im Gegensatz zum Akutspital mit dem Ziele, Heilung oder zumindest Linderung des Leidens kranker Menschen zu erreichen, die nach der Behandlung wieder nach Hause zurückkehren können. Chronisch kranke Patientinnen und Patienten sind in der Regel ältere Menschen oder Menschen mit speziellen Krankheitsbildern wie Hirnverletzungen, Demenz mit Unruhezuständen oder Krebs ohne Heilungschance.

Schon bald nach der Eröffnung des Akutspitals im Jahre 1970 wurden in der medizinischen Abteilung viele Betten von chronisch kranken Patientinnen und Patienten belegt. Der Mangel an speziellen Plätzen für chronisch Kranke wurde zu einem der Hauptprobleme. Eine Umfrage bei den Trägergemeinden zeigte schon 1971 das Bedürfnis nach der Erstellung eines Chronisch-Krankenhauses, das dem Akutspital angegliedert werden sollte. 1974 wurde in der medizinischen Abteilung des Akutspitals eine Therapeutisch-Geriatrie Station mit 15 Betten eingerichtet, die später auf total 29 Betten vergrössert wurde. Im Hinblick auf das für den Betrieb eines Chronisch-Krankenhauses erforderliche Pflegepersonal wurde 1975 die Schule für Praktische Krankenpflege gegründet.

Die Zürcher Krankenhausplanung sah als Ergänzung zum Akutspital erst 1978 ein Krankenhaus mit 150 Betten vor. 1983 nahmen alle Gemeinden die Vorlage für den Bau und Betrieb ei-

nes Krankenhauses an. Am 1. Juni 1987 nahm das Krankenhaus mit 143 Betten seinen Betrieb auf, womit die von Langzeitpatientinnen und -patienten belegten Betten in der medizinischen Abteilung wieder für Akutpatientinnen und -patienten zur Verfügung standen und die schweren Pflegefälle aus den regionalen Altersheimen ins Krankenhaus verlegt werden konnten. Zum Krankenhaus gehört eine Tagesklinik mit heute zehn Plätzen für Patientinnen und Patienten zur Pflege, Aktivierung, Überwachung, für therapeutische Massnahmen wie auch Räume für gesellige Kontakte und Ergotherapie.

Aufgrund der demografischen Entwicklung wurden in den kommunalen Altersheimen immer mehr Plätze für Pflegefälle geschaffen. Das Angebot im Krankenhaus wurde im Laufe der Zeit auf spezielle Fälle von Langzeitpflege wie Demenz und Palliative Care angepasst. 2012 erhielt das Pflegezentrum des Spitals Limmattal als erste Langzeitinstitution in der Schweiz das Qualitätslabel „Qualität in Palliative Care“.

Im Jahre 2000 wurde der Name Krankenhaus durch Pflegezentrum ersetzt.

Das Pflegezentrum wird vom Zweckverband betrieben. An das Pflegezentrum müssen die 2003 aufgenommenen Gemeinden aus dem Furttal keine Beiträge leisten. Die Statuten 2002 ermöglichten es diesen Gemeinden, nur dem Akutspital beizutreten.

2018

Das am 1. Juni 1987, damals noch unter der Bezeichnung Krankenhaus, eröffnete Pflegezentrum mit 143 Betten, das dem Spital Limmattal angegliedert ist, umfasst stationäre und ambulante Angebote für ältere Menschen und Langzeitpatienten verschiedenen Alters.

An die Kosten des Pflegeheimes muss Dänikon, die letzte verbliebene Gemeinde aus dem Furtal, keine Beiträge leisten.

Durch die Nähe zum Akutspital ist eine ärztliche Betreuung rund um die Uhr gewährleistet. Die gesamte Spitalinfrastruktur mit den entsprechenden Spezialisten steht jederzeit für Abklärungen und Behandlungen zur Verfügung. Mitarbeitende mit gerontologischer, palliativer und geriatrischer Zusatzausbildung garantieren eine hohe Qualität in der Pflege und in der ärztlichen Betreuung.

Zum Leistungsangebot gehören:

- Langzeitbetreuung mit Palliative Care: Ausgerichtet auf Personen, welche längere Zeit auf pflegerische Hilfe angewiesen sind und auf Verbesserung der Lebensqualität hoffen

durch das Vorbeugen und Lindern von Schmerzen und anderen Krankheitsbeschwerden.

- Hospiz: Patientinnen und Patienten in ihrem letzten Lebensabschnitt, welche durch eine unheilbare, fortschreitende Krankheit pflegebedürftig geworden sind.

- Geschützte Demenzstation: Spezielle Station für weglaufgefährdete und verhaltensauffällige Menschen mit Demenz.

- Tageszentrum und Aktivierungstherapie: Pflege und Betreuung erwachsener Menschen für einzelne Tage mit Ergotherapie, Logopädie, Musiktherapie, Mal- und Gestaltungstherapie sowie Physiotherapie.

- Übergangspflege: Schliesst die Lücke zwischen Spitalaufenthalt und der Betreuung zu Hause. Sie unterstützt die Bewohner dabei, nach einer Krankheit oder Operation die Selbständigkeit wieder zu erlangen.

- Ferienbetten: Bis zu drei Wochen können Personen, welche auf Pflege angewiesen sind, im Pflegezentrum bleiben. Sie geniessen in dieser Zeit das gesamte pflegerische und therapeutische Angebot.

Das Pflegezentrum ist nach rund 30 Jahren Betrieb sanierungsbedürftig. Die Prüfung durch externe Experten hat gezeigt, dass es noch bis 2022

genutzt werden kann. Danach werde das Gebäude wegen der fehlenden baulichen Erdbbensicherung und in technischen Belangen den Anforderungen nicht mehr genügen.

Die Planung eines neuen Pflegezentrums, das kein herkömmliches Pflegezentrum mehr sein wird, sondern nach Rücksprachen mit den Trägergemeinden ein Kompetenzzentrum für komplexe Pflegesituationen, ist im Gang. Das neue Pflegezentrum soll an die Stelle des bisherigen Akutspitals zu stehen kommen. Vorgesehen sind 153 Betten, die sich auf vier Bettenstationen und zwei Demenzabteilungen verteilen. Die Kosten werden auf 65 Millionen Franken geschätzt. Der Entscheid über den Generalunternehmer, der das neue Pflegezentrum erstellen darf, ist bereits gefällt: Es wird dies, wie beim neuen Akutspital, die Losinger Marazzi AG sein. Über den für den Bau notwendigen Kredit wird Ende November 2018 in den Trägergemeinden abgestimmt.

Das Pflegezentrum, das ein wesentlicher Teil der Leistungen des Zweckverbandes erbringt, wird nicht weiter Gegenstand dieses Heftes sein. Das Jahrheft beschränkt sich auf das Akutspital.



Visualisierung neues Spital
(rechte Seite und vorne)
und Projekt neues Pflegezentrum
(linke Seite hinten)

Gesetzliche Rahmenbedingungen für die Spitäler im Kanton Zürich

1970

Aufgabe und Pflicht zur Führung eines Spitals oder Krankenhauses

§ 39 des Gesundheitsgesetzes vom 4. November 1962: *„Der Staat errichtet und betreibt zentrale Kantonsspitäler, Heil- und Pflegeanstalten für psychisch Kranke und Spezialkrankenhäuser, deren Einzugsgebiet sich über den ganzen Kanton erstreckt. Die Errichtung und der Betrieb anderer Spitäler und Krankenhäuser sind Sache der Gemeinden. Als Krankenhaus gelten auch Pflegeabteilungen in Altersheimen. Der Regierungsrat kann für die Umsetzung der bedarfsgerechten Planung der Spital- und Pflegeheimversorgung nach Massgabe der Bestimmungen über die Krankenversicherung einzelne Gemeinden zur Zusammenarbeit in einem Zweckverband verpflichten.“*

Einfluss des Kantons

Finanzierung eines Spitals

Es galt das Kostenabgeltungsprinzip. Die Leistungen des Spitals wurden den Patientinnen und Patienten nach Tarif in Rechnung gestellt. Versicherte erhielten eine vollständige oder teilweise Rückvergütung von ihrer Krankenversicherung. Die Gemeinden hatten für das Defizit ihres Spitals aufzukommen. Bei Zweckverbänden war dafür ein in den Statuten vereinbarter Verteilschlüssel massgebend (Beispiel dazu auf Seite 19).

Der Kanton Zürich leistete Kostenbeiträge an die Investitionen und an den Betrieb für kommunale und regionale Krankenhäuser. Der Beitragssatz richtete sich nach der Finanzkraft der Gemeinden. Die Kostenanteile für Spitäler betrugen zwischen 37 und 81 Prozent für Investitionen sowie zwischen 29 und 73 Prozent für den Betrieb.

Die Spitäler waren zu einer wirtschaftlichen Betriebsführung verpflichtet.

Spitalplanung

Die erste Krankenhausplanung im Kanton Zürich erfolgte 1947. Für das Spital Limmattal war erst die Krankenhausplanung 1965 massgebend. Damals wurde aufgrund des prognostizierten hohen Einwohnerzuwachses im Kanton von einem Bedarf von 51 Akutbetten auf 10'000 Einwohner ausgegangen. Diese Spitalplanung war vor allem darauf ausgerichtet, die nötigen Spitalbetten zu sichern und die knappe Gesundheitsversorgung zu verbessern.

Der Kanton Zürich klassifizierte die Spitäler nach deren Aufgaben:

- Universitätsspital
- Zentralspital
- Schwerpunktspital
- Regionalspital
- Ergänzungsspital

Das Spital Limmattal wurde als Schwerpunktspital klassifiziert.

Spitalregionen

Gestützt auf § 39 des Gesundheitsgesetzes vom 4. November 1962 hatte die kantonale Gesundheitsdirektion die Einzugsbereiche der Grundversorgungsspitäler (Spitalregionen) nach Gemeinden festzulegen. Die Gesundheitsdirektion bestimmte die Einzugsbereiche nach der Lage der Gemeinden und der Herkunft der Patienten des betreffenden Spitals (§ 27 der Verordnung über die Staatsbeiträge an die Krankenpflege vom 26. Februar 1968). Diese Regelung war bis 31. Dezember 2011 massgebend. Die Zuordnung zu einer Spitalregion konnte sich ganz oder auch nur teilweise ändern. 2008 hat die Gesundheitsdirektion auf Begehren der Stadt Zürich die Neuzuteilung von 17 Gemeinden zu den Spitalregionen Zürich, Sanitas und Zollikerberg verfügt, da viele Einwohnerinnen und

Einwohner dieser Gemeinden nicht das Spital ihrer Spitalregion aufsuchten, sondern sich in Spitälern der Nachbarregionen behandeln liessen. So wurden Birmensdorf zu 4/10, Aesch zu 3/10 und Regensdorf zu 3/10 der Spitalregion Zürich zugeordnet. Diese Gemeinden mussten sich an den Defiziten der Spitäler der Stadt Zürich beteiligen.

Spitalwahl

Im Grundsatz bestand eine freie Wahl des Spitals zumindest für die Personen, welche die Tarife selbst bezahlen wollten und konnten. Krankenkassen konnten jedoch ihre Leistungen an die Benutzung des Spitals am Wohnsitz oder seiner Umgebung knüpfen. Die Krankenhäuser waren verpflichtet, Personen aufzunehmen, die dringend eine Krankenhausbehandlung benötigten (§ 41 des Gesundheitsgesetzes vom 4. November 1962). In den Statuten des Spitalverbands Limmattal vom 30. September 1958 ist unter Art. 31 die Benutzung des Spitals geregelt:

„Das Kreisspital Limmattal ist für Kranke jeder Art bestimmt. Es soll diesen gegen mässiges Entgelt Aufnahme, ärztliche Behandlung und Pflege gewähren. Dem Spital können Spezialabteilungen angegliedert werden. In erster Linie sollen die Einwohner der Verbandsgemeinden aufgenommen werden.“

Aus- und Weiterbildungsverpflichtung

Mit der Betriebsbewilligung für ein Spital war auch die Pflicht zur Aus- und Weiterbildung für Medizin- und Pflegeberufe verbunden.

2018

Die Regulierungen haben zwischen 1970 und 2018 stark zugenommen.

Aufgabe und Pflicht zur Führung eines Spitals oder Krankenhauses

§ 3 des kantonalen Spitalplanungs- und Finanzierungsgesetzes vom 2. Mai 2011 lautet: *„Der Kanton stellt die notwendige Spitalversorgung sicher. Private, Gemeinden und der Kanton können Spitäler und Geburtshäuser errichten und betreiben.“*

Die Gemeinden sind von der Pflicht befreit, Spitäler zu führen. Der Kanton Zürich hat die Versorgungsverantwortung, aber nicht den Auftrag, Spitäler zu führen.

Einfluss des Bundes

Krankenkassenobligatorium

Mit dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 wurde mit Wirkung ab 1. Januar 1996 die obligatorische Krankenversicherungspflicht für alle Einwohnerinnen und Einwohner eingeführt.

Spitalplanung

In Art. 39 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 wurden die Kantone erstmals zu einer bedarfsgerechten Spitalplanung und zum Erlass einer darauf abgestützten Spitalliste verpflichtet. Sie führte zur Schliessung (unter anderem des Spitals Dielsdorf mit der Zuteilung der Gemeinden aus dem Furttal zur Spitalregion Limmattal) oder Fusionierung von Regionalspitälern.

Finanzierung

Die Finanzierung eines Spitals erfolgt seit 1. Januar 2012 durch Fallpauschalen, die leistungsbezogen sind und auf schweizweit einheitlichen Strukturen beruhen (Art. 49 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994). Der Kanton Zürich übernimmt 55 Prozent und die Krankenkassen 45 Prozent der Fallpauschalen.

SwissDRG (Swiss Diagnosis Related Groups) ist das Tarifsysteem für stationäre Spitalleistungen gemäss Kran-

kenversicherungsgesetz (KVG) und regelt die Vergütung der stationären Spitalleistungen nach Fallpauschalen schweizweit nach einheitlichen Kriterien. Die ambulanten Leistungen eines Spitals werden nach dem Tarifsysteem TARMED auf den Einzelfall bezogen abgerechnet.

Spitalwahl

Seit dem 1. Januar 2012 ist die freie Spitalwahl in Kraft. Alle Patienten können unter den auf einer kantonalen Spitalliste aufgeführten Spitälern frei wählen (Art. 41 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994).

Einfluss des Kantons Zürich

Spitalplanung

Die Gesundheitsdirektion plant die stationäre Spitalversorgung nach den Vorgaben des KVG (§ 4 Abs. 1 des kantonalen Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetzes vom 2. Mai 2011). Es werden die Anforderungen und die Auswahlkriterien an die Spitäler definiert. Mit der Spitalplanung werden jene Spitäler und Kliniken evaluiert, die für eine bedarfsgerechte, gute und effiziente medizinische Versorgung der Zürcher Bevölkerung notwendig sind.

Spitalisten und Leistungsaufträge

Auf der Spitalliste 2012 sind erstmals die Spitäler aufgeführt, die medizinische Dienstleistungen anbieten dürfen, welche vom Kanton und von den Krankenversicherern vergütet werden. Diese Spitalisten sollen periodisch angepasst werden. Auszug aus der Spitalliste siehe Seite 53.

Mindestfallzahlen

Der Kanton Zürich gibt seit 1. Januar 2012 den Spitälern Mindestfallzahlen für die Behandlung von komplexen chirurgischen Eingriffen vor. Durch Mindestfallzahlen sollen die Qualität der Leistungen steigen und die Kosten sinken. Nur wer die Mindestfallzahl erreicht, wird für diese Leistungen auf die Spitalliste genommen. Dazu besteht eine Liste der Operateuren und Operateure, welche die Mindestfallzahlen erreichen.

Ambulante Eingriffe

Seit dem 1. Januar 2018 dürfen 14 chirurgische Eingriffe in den Zürcher Spitälern in der Regel nur noch ambulant durchgeführt werden (siehe Seite 53).

Fallkostenpreisbestimmung

Die für den Preis einer stationären Behandlung massgebende Fallkostenpauschale in Franken kann je nach Spital und Krankenversicherer variieren, da Spitäler und Krankenversicherer die Tarife verhandeln. Einigen sich die Tarifpartner nicht, setzt im Kanton Zürich der Regierungsrat die Tarife fest. Seit 2005 führt die Gesundheitsdirektion einen Fallkostenvergleich unter den Zürcher Spitälern durch.

Mit den Fallkostenpauschalen müssen der Betrieb und die Investitionen des Spitals finanziert werden.

Aus- und Weiterbildungsverpflichtung

Seit dem 1. Januar 2013 sind alle Spitäler auf der Spitalliste zu Aus- und Weiterbildungen auch von nicht-universitären Gesundheitsberufen verpflichtet (Beschluss des Regierungsrates vom 3. Oktober 2012 als Anhang zur Spitalliste).

Spitäler, welche ihren Pflichten nicht vollumfänglich nachkommen, müssen Kompensationen leisten.

Patienten

Die Spitäler haben nach dem kantonalen Patientinnen- und Patientengesetz vom 5. April 2004 gegenüber den Patientinnen und Patienten Verpflichtungen zu Orientierungen und Gesprächen beim Eintritt und zur Gewährung von Besuchen, Aufklärung und Information, Anlegung von Dokumentation, Einwilligung zur Behandlung.

Aber auch die Patientinnen und Patienten haben Pflichten. Sie müssen zu einer erfolgreichen Behandlung beitragen und sind insbesondere verpflichtet, Auskünfte zu erteilen, Weisungen einzuhalten, Rücksicht zu nehmen und die Hausordnung einzuhalten.

Trägerschaft des Akutspitals

Der Betrieb eines Spitals war 1970 eine öffentliche Aufgabe der Gemeinden. Spitäler wurden entweder von einer Gemeinde selbst geführt (Beispiel Stadt Zürich mit den Stadtspitälern Triemli und Waid) oder von einer eigenen Körperschaft des öffentlichen Rechts (wie Zweckverband oder Anstalt) beziehungsweise des privaten Rechts (Stiftung oder Aktiengesellschaft). Die Beteiligungsrechte von eigenen Rechtspersonlichkeiten befinden sich in der Regel bei den Gemeinden. Die Gemeinden und ihre Behörden sind an den Willensbildungen durch ihre Vertreter in den Spitalorganen oder weitergehend mit Genehmigung von Geschäften gemäss Statuten durch Gemeindeorgane beteiligt.

1970

Für das Spital Limmattal wählten die beteiligten Gemeinden die Rechtsform eines Zweckverbandes. Bei der Betriebsaufnahme 1970 waren die Gemeinden Aesch, Birmensdorf, Dietikon, Geroldswil, Oberengstringen, Oetwil an der Limmat, Schlieren, Unterengstringen, Urdorf und Weiningen die Mitglieder des Zweckverbandes und damit die Trägergemeinden des Spitals Limmattal.

Am 7. Januar 1958 fand auf Einladung des Gemeinderates Schlieren die erste Versammlung mit den Gemeindevertretern von Aesch, Birmensdorf, Die-

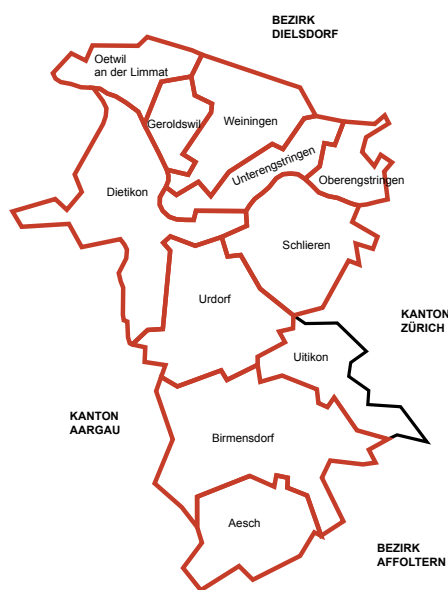
tikon, Geroldswil, Oberengstringen, Oetwil an der Limmat, Schlieren, Uitikon, Unterengstringen, Urdorf und Weiningen über die Gründung und Konstituierung einer Körperschaft für ein Spital im Limmattal statt.

Uitikon schied aus, da an einer konsultativen Gemeindeversammlung vom 14. August 1958 grossmehrheitlich beschlossen wurde, sich nicht an einem Spital Limmattal zu beteiligen.

So haben die Gemeinden Aesch, Birmensdorf, Dietikon, Geroldswil, Oberengstringen, Oetwil an der Limmat, Schlieren, Unterengstringen, Urdorf und Weiningen am 30. September 1958 den Zweckverband gegründet.

Nachdem alle Gemeinden die Vereinbarung genehmigt hatten, hiess der Regierungsrat am 30. Juli 1959 die Gründung des Zweckverbandes gut, der damit auch Rechtspersönlichkeit erlangte.

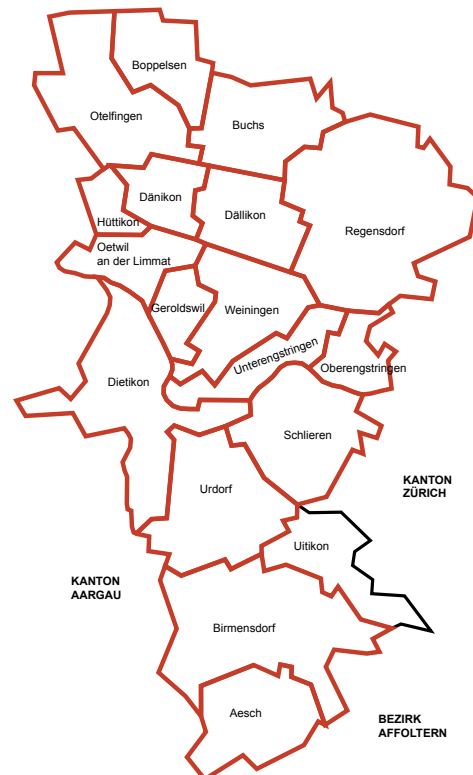
1997 hat der Regierungsrat des Kantons Zürich die Schliessung des Bezirksspitals Dielsdorf erwirkt. Die sieben Gemeinden aus dem Furttal, Regensdorf, Buchs, Dällikon, Dänikon, Hüttikon, Otelfingen und Boppelsen, wurden von der Gesundheitsdirektion der Spitalregion Limmattal zugewiesen.



Karte mit den Trägergemeinden aus dem Bezirk Dietikon (rot umrandet) 1970



Spital mit den Wappen aller Gemeinden bei der Spitaleröffnung 1970



Karte mit den Trägergemeinden aus dem Bezirk Dietikon (rot umrandet) 2001

In der Zeit vom 1. November 1999 bis 31. Dezember 2002 wurde für die medizinische Grundversorgung dieser Gemeinden mit dem Zweckverband Spital Dielsdorf ein Kollektivanschlussvertrag als Übergangslösung abgeschlossen.

Auf den 1. Januar 2001 traten die sieben Furtthal-Gemeinden dem Spitalverband als Vollmitglieder bei.



Wappenstele nach dem Beitritt der Gemeinden aus dem Furtthal 2003

2018

Es besteht für die Führung des Spitals Limmattal immer noch der Zweckverband. 2018 sind die folgenden Gemeinden Träger des Spitals Limmattal: Aesch, Birmensdorf, Dänikon, Dietikon, Geroldswil, Oberengstringen, Oetwil an der Limmat, Schlieren, Unterengstringen, Urdorf und Weiningen.

Bis 31. Dezember 2011 war die Spitalgrundversorgung eine öffentliche Aufgabe der politischen Gemeinden, und jede Gemeinde musste zwingend einem Spital zugeordnet sein und Kostenbeiträge leisten.

Auf den 1. Januar 2012 wurde die Sicherung der Spitalversorgung Aufgabe des Kantons Zürich. Die Mitgliedschaft in einem Spitalverband ist für die Gemeinden nicht mehr zwingend.

Gemeinden können als Folge davon aus der Zwangsmitgliedschaft eines Spitals austreten. Denkbar sind Spitäler ohne Beteiligung einer Gemeinde. Da nunmehr eine freie Wahl des Spitals besteht, hat dies auch für die Patienten keine Nachteile. Die zuletzt durch die Schliessung des Spitals Dielsdorf zum Spital Limmattal gekommenen Furttaler Gemeinden wurden aufgrund der damals geltenden gesetzlichen Bestimmungen zu diesem Beitritt gezwungen und beschäftigten sich daher sehr schnell mit der Frage eines Austritts. Bis auf Dänikon sind alle Gemeinden des Furttals aus dem Zweckverband Spital Limmattal ausgetreten.

Im Limmattal hat der Gemeinderat Urdorf der Gemeindeversammlung vom 19. September 2012 den Austritt aus dem Zweckverband beantragt. Die Gemeindeversammlung hat diesen Austritt aber deutlich abgelehnt.

Am 25. November 2018 werden die Stimmberechtigten von Birmensdorf über einen Austritt abstimmen.



Karte mit den Trägergemeinden aus dem Bezirk Dietikon (rot umrandet) 2018

Statuten

Die Statuten eines Zweckverbandes sind sozusagen die „Verfassung“ dieser öffentlich-rechtlichen Körperschaft, vergleichbar mit der Gemeindeordnung einer Gemeinde. Darin werden der Zweck, die Organe, die Kompetenzen der einzelnen Organe, die Finanzierung der Investitionen und des Betriebes, der Haushalt und das Rechnungswesen, die Aufsicht und der Rechtsschutz sowie schlussendlich die Auflösung und Liquidation geregelt.

1970

Es galten die am 30. September 1958 unter den Gemeinden vereinbarten Statuten mit Ergänzungen von 1963.

Die ersten Statuten hatten den Titel „Vereinbarung über die Bildung eines Gemeindeverbandes für den gemeinsamen Bau und Betrieb eines Spitals im Limmattal“ und wurden am 30. September 1958 vereinbart.

Zweck war der Bau und Betrieb eines Kreisspitals in Schlieren. Organe waren die Spitalkommission mit 15 Mitgliedern (Art. 4 und 7), der Betriebsausschuss mit fünf Mitgliedern (Art. 4 und 13), der Spitalverwalter (Art. 4), die Rechnungsprüfungskommission mit sieben Mitgliedern (Art. 18-20), die Vorsteherschaften (Gemeinderat bzw. Stadtrat) der Verbandsgemeinden (Art. 4 und 21) und die Gemeindeversammlungen oder Gemeindeparlamente bzw. die Urnenabstimmungen (Art. 4 und 22).

Die Mitglieder der Spitalkommission wurden von den Gemeinderäten der Verbandsgemeinden gewählt, wobei mindestens ein Vertreter jeder Gemeinde dem Gemeinderat bzw. Stadtrat anzugehören hatte (Art. 8). Der Betriebsausschuss war das geschäftsführende Organ des Verbandes (Art. 15). Der Spitalverwalter wurde von der Spitalkommission gewählt. Er war Aktuar des Betriebsausschusses. Dem Spitalverwalter oblag die ökonomische und administrative Leitung des Spitals (Art. 17).

In diesen Statuten wurde auch speziell der Bau und Betrieb des Spitalneubaus geregelt (Art. 23-29). In erster Linie sollten Einwohner der Verbandsgemeinden aufgenommen

werden (Art. 31). Das Kreisspital stand unter der ärztlichen Leitung eines fest angestellten Chefarztes. Ihm konnten Assistenzärzte beigegeben werden. Es bestand keine freie Arztwahl (Art. 34). Die Bau- und Betriebskosten wurden unter die beteiligten Gemeinden aufgeteilt, und zwar zur Hälfte nach der Einwohnerzahl und zur Hälfte nach der Steuerkraft.

1963 wurde die Vereinbarung mit einer Ausdehnung der Aufgabe zur Lösung gemeinsamer Fragen auf dem Gebiet des Gesundheitswesens (Art. 3), mit einer geänderten Sitzverteilung der Spitalkommission (Art. 7), der Möglichkeit eine Baukommission zu bestellen (Art. 12), mit der Regelung der Vertretung der Rechnungsprüfungskommission (Art. 18) und Regeln für die Berechnung der Gemeindegliederanteile beim Bau (Art. 25) ergänzt.

Statutenänderungen:

2002: Die 1958 abgeschlossene und 1963 geänderte Vereinbarung war in wesentlichen Punkten überholt. Bezweckt wurde die Schaffung von schlanken und flexiblen Organisationsstrukturen. Die Entwicklung im Gesundheitswesen verlangte Strukturen, die das zeitgerechte, patienten-dienliche und kostengünstige Handeln fördern. Auch war die Sprache und die rechtlichen Bezeichnungen nicht mehr zeitgemäss.

Schwerpunkte der neuen Statuten 2002:

- Der Zweckartikel wurde präzisiert, umfasst neben dem Akutspital auch das Pflegezentrum und verweist auf den Bildungsauftrag (Art. 4).
- In den Zweckverband konnten nach Anhörung der Verbandsgemeinden

durch Beschluss der Delegiertenversammlung weitere Gemeinden aufgenommen werden. Die Aufnahme konnte beschränkt werden auf das Akutspital oder auf das Pflegezentrum (Art. 5). Anstelle eines Beitritts wurden auch Anschlussverträge ermöglicht (Art. 6). Damit wurde insbesondere die Voraussetzungen für einen Beitritt der Furttalgemeinden geschaffen.

- Die Spitalkommission hiess neu Delegiertenversammlung und wurde als lenkendes Organ des Verbandes definiert. Sie umfasste im Hinblick auf den Beitritt von sieben Furttalgemeinden neu 25 Mitglieder (Art. 7, 12-18).
- Neu ist die periodische Orientierung der Bevölkerung stipuliert (Art. 9).
- Die Finanzkompetenzen der Organe auf allen Stufen wurden der seit 1959 eingetretenen Kostenentwicklung angepasst (Art. 11, 18, 22 und 25).
- Es besteht keine ständige Baukommission mehr. Für grössere Bauvorhaben wird eine Baukommission durch die Delegiertenversammlung eingesetzt (Art. 17).
- Der Betriebsausschuss heisst neu Verwaltungsrat und wird wie bisher als geschäftsführendes Organ des Verbandes bezeichnet. Er hat weiter fünf Mitglieder (Art. 19-22).
- Neu wird die Spitalleitung als Organ bestimmt. Ihr obliegt die operative Führung. Sie handelt im Rahmen der Vorgaben des Verwaltungsrates und hat eigene Finanzkompetenzen (Art. 25). Die Spitalleitung besteht aus dem Verwaltungsdirektor/der Verwaltungsdirektorin, dem Ärztlichen Direktor/der Ärztlichen Direktorin und dem Pflegedirektor/der Pflegedirektorin. Der Verwaltungsdirektor/die Verwaltungsdirektorin führt den Vorsitz (Art. 23-25).

Vereinbarung

ÜBER DIE BILDUNG EINES GEMEINDEVERBANDES FÜR DEN GEMEINSAMEN BAU UND BETRIEB EINES SPITALS IM LIMMATTAL

A. Zusammenschluß und Aufgabe

I. Zusammenschluß

Art. 1

Verbandsbildung

Die politischen Gemeinden Aesch, Birmensdorf, Dietikon, Geroldswil, Oberengstringen, Oetwil, Schlieren, Unterengstringen, Urdorf und Weiningen bilden zusammen unter dem Namen «Spitalverband Limmattal» auf unbestimmte Dauer einen Gemeindeverband (nachfolgend Verband genannt) im Sinne von § 7 Absatz 1 des Gemeindegesetzes vom 6. Juni 1926.

Art. 2

Rechtspersönlichkeit und Sitz

Der Verband besitzt Rechtspersönlichkeit. Der Sitz des Verbandes befindet sich am Sitz der Gemeindeverwaltung Schlieren.

II. Aufgabe

Art. 3

Die Aufgabe des Verbandes besteht im gemeinsamen Bau und Betrieb eines Kreisspitals in Schlieren. Falls die künftige bevölkerungs- und besiedelungspolitische Entwicklung des Limmattales dies erfordert, erstellt der Verband im Gebiete rechts der Limmat ein weiteres Spital.

Ausschnitt aus der Vereinbarung der Trägergemeinden vom 30. September 1958.
In Art. 3 war schon die Absicht für ein Spital auf der rechten Limmattseite enthalten.

• Ursprünglich war vorgesehen, die Mitglieder der Rechnungsprüfungskommission aus der Mitte der Delegierten zu wählen. Nach den zustimmenden Abstimmungen durch die Verbandsgemeinden wurde dagegen Beschwerde erhoben. Das lenkende Organ sollte nicht zusätzlich auch noch die Kontrolle wahrnehmen. Der Bezirksrat hat die Beschwerde gutgeheissen und die angenommenen Statuten in dem Sinne angepasst, dass er die drei Worte „aus ihrer Mitte“ aus den Statuten gestrichen hat.

Der Regierungsrat des Kantons Zürich hat die Statuten am 20. März 2002 genehmigt.

2010: Mit der am 1. Januar 2006 in Kraft getretenen neuen Kantonsverfassung mussten sich auch die Zweckverbände demokratisch neu organisieren. Unter anderem waren

das Initiativ- und Referendumsrecht einzuführen. Diskutiert wurde im Verwaltungsrat auch über die Umwandlung der Rechtsform des Zweckverbandes in eine Aktiengesellschaft oder eine interkommunale Anstalt. Da die Verbandsgemeinden zu dieser Frage unterschiedliche Ansichten hatten, wurde von einer Änderung der Rechtsform vorläufig abgesehen. Daneben wurden noch weitere Anpassungen bei den Statuten vorgenommen, nämlich: Nennung der Trägergemeinden aus dem Furttal, Regelung der Kompetenzen der Baukommission, personelle Aufstockung des Verwaltungsrates von fünf auf neun Mitglieder, Wahlorgan für die Spitalleitung und Flexibilisierung ihrer Zusammensetzung mit der Möglichkeit, neben Vertretern der Verbandsgemeinden auch externe Fachpersonen zu wählen, Anpassung der Finanzkompetenzen.

2018

Die in Kraft getretenen Statuten 2012 sind heute noch unverändert gültig.

Auf den 1. Januar 2012 wurden die Spitäler gestützt auf das Krankenversicherungsgesetz in den sogenannten regulierten Wettbewerb entlassen. Auch wurde die Grundversorgungs- und Finanzierungspflicht der Gemeinden für die Spitäler aufgehoben. Die Spitäler müssen neu mit den Fallpauschalen ihren Betrieb und die Investitionen finanzieren. Diese neuen Rahmenbedingungen führten zu einer Totalrevision der Statuten.

Im Wesentlichen erfolgten folgende Änderungen:

- Schaffung eines eigenen Finanzhaushaltes mit eigener Bilanz
- Weglassen der Baukommission als Organ
- Weglassen der Spitalleitung als Organ und neu Bezeichnung des Spitaldirektors als Organ
- Anstellung des Spitaldirektors durch den Verwaltungsrat
- Präzisierungen beim Stimmrecht der Stimmberechtigten und bei der Delegiertenversammlung
- Erweiterung der Ausgabenbewilligungsbefugnisse
- Regelung der Finanz- und weiteren Kompetenzen des Spitaldirektors
- Modalitäten der Haftung

Nach der Annahme der Totalrevision der Statuten durch sämtliche Verbandsgemeinden in der Zeit vom 19. September bis 13. Dezember 2012 hat sie der Regierungsrat am 25. September 2013 genehmigt. Die geänderten Statuten treten per 1. Januar 2012 rückwirkend in Kraft (Art. 61 der Statuten).

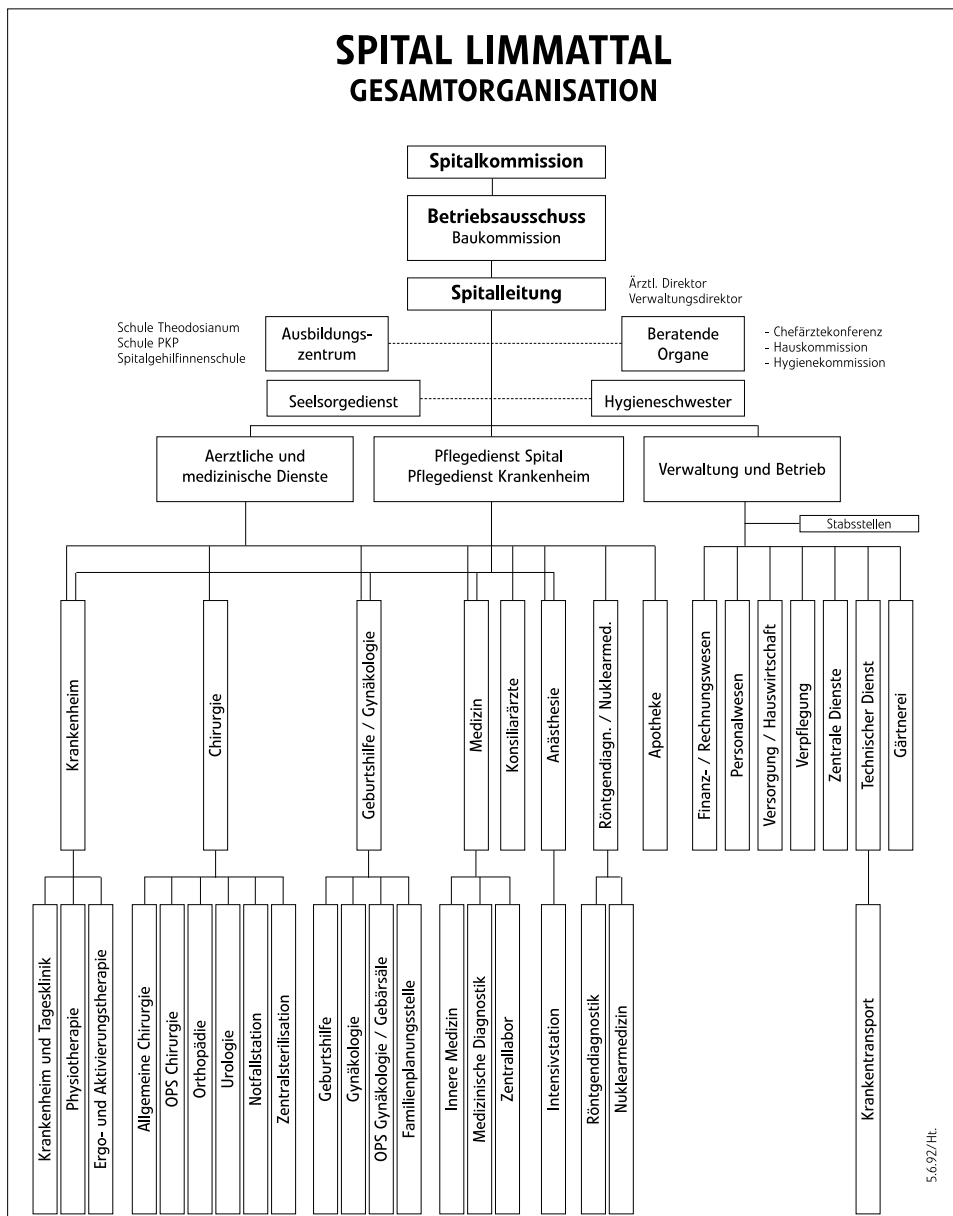
Ende September 2018 haben die Delegierten einer erneuten Totalrevision der Statuten zugestimmt. Im Frühjahr 2019 werden die Stimmberechtigten über die Annahme abstimmen. Grund für diese Totalrevision sind die Anpassung an die Rahmenbedingungen des neuen Gemeindegesetzes, die Präzisierung des Zwecks und eine neue Regelung über die Gewinn- und Verlustverteilung im Pflegezentrum.

Organisation und Führung

Damit ein Spitalbetrieb im Alltag funktioniert, braucht es Organisationsregeln und dafür zuständige und verantwortliche Führungspersonen. Spitäler sind komplexe Organisationen. Es kommen Ärzte, Pflegende und Manager mit unterschiedlichen Ausbildungen und Werthaltungen zusammen. Sie alle haben die Pflicht, als Kadermitarbeiter, ein Spital als „Unternehmen“ zu führen. Damit dies gelingt, werden auf verschiedenen Ebenen Spielregeln definiert. Wie in jeder grossen Organisation gibt es Gremien, die für die strategische und die operative Führung des Spitals zuständig sind. Das Spital ist als Zweckverband eine öffentlich-rechtliche Körperschaft mit demokratischen Abläufen und einer staatlichen Aufsicht.

In der Ausgestaltung der Organisation eines Zweckverbandes ist dieser im Rahmen des übergeordneten Gemeinde-rechtes grundsätzlich frei. Für Fragen, die in den Zweckverbandvereinbarungen bzw. Statuten nicht geregelt sind, wird subsidiär das Gemeinderecht des Kantons Zürich angewendet.

Die Organisation des Spitals wurde laufend den veränderten Herausforderungen angepasst.



Gesamtorganigramm 1992
(entspricht in den Grundzügen
– ohne Krankenhaus – immer
noch der Organisation von
1970)

1970

Die Statuten vom 30. September 1958 hatten in Art. 4 die folgenden Organe festgelegt:

a) **Die Spitalkommission** mit 15 Mitgliedern, welche von den Trägergemeinden abgeordnet wurden. Präsidium und Vizepräsidium waren Vertretern der Stadt Schlieren zu übertragen. Die Amtsdauer beträgt vier Jahre.

b) **Der Betriebsausschuss** als geschäftsführendes Organ mit fünf Mitgliedern. Präsident war von Amtes wegen der Vorsitzende der Spitalkommission, und vier Mitglieder wurden aus den übrigen Mitgliedern der Spitalkommission gewählt. Der Spitalverwalter und der leitende Chefarzt nahmen an den Sitzungen teil und hatten beratende Stimme. Der Betriebsausschuss war das geschäftsführende Organ des Spitalverbandes.

c) **Dem Spitalverwalter** oblag die ökonomische und administrative Leitung des Spitals. Er hatte dazu Einzelunterschrift.

d) **Die Rechnungsprüfungskommission** mit sieben Mitgliedern

e) **Die Stadt- bzw. Gemeinderäte der Verbandsgemeinden**

f) **Die Gemeindeversammlungen oder das Gemeindeparlament** beziehungsweise die **Urnenabstimmungen in den Verbandsgemeinden**

Die Aufgaben und Kompetenzen dieser Organe sind in den Statuten umschrieben.

Nicht zu den Organen gehörte der fest angestellte leitende Chefarzt. Ihm oblag die ärztliche Leitung des Spitals (Art. 34 der Statuten). Schon bei der Aufnahme des Spitalbetriebes hatte

das Spital mehrere Chefarzte. Einer dieser Chefarzte wurde als leitender Chefarzt ernannt.

In der internen Organisation bildeten der Spitalverwalter und der leitende Chefarzt die Spitalleitung. Die beiden mussten sich bei den operativen Geschäften finden, wobei die Schlussverantwortung bei ökonomischen und administrativen Fragen beim Spitalverwalter und bei ärztlichen Fragen beim leitenden Chefarzt lag. Der Spitalleitung wurden als beratende Organe die Hauskommission und die Hospitalismusbekämpfungskommission beigegeben. Ab 1976 wechselte der leitende Chefarzt im Turnus von zwei Jahren.

Die Spitalkommission hatte für den Bau des Spitals eine Baukommission gebildet.

2010 hatte der Verwaltungsrat des Spitals die Absicht, die operative Führung des Spitals einer aussenstehenden und nicht die Spitalorganisation eingegliederten Person zu übertragen. Dagegen gab es massive Proteste, und es wurden beim Bezirksrat acht Beschwerden eingereicht. Auch der Regierungsrat hatte Einwände. Der Verwaltungsrat stoppte die Management-Auslagerung.

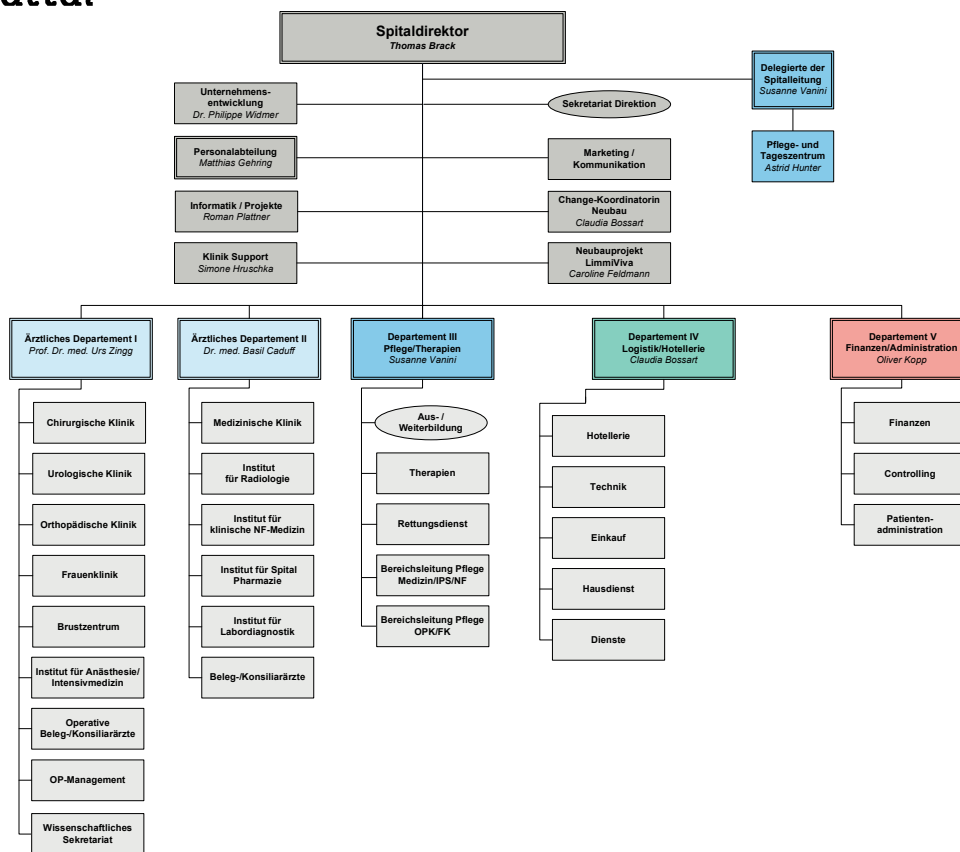
2018

Die Organe des Verbandes:

a) **Die Stimmberechtigten des Verbandsgebietes.** Sie können Initiativen einreichen, das fakultative Referendum ergreifen, über Initiativ- und Referendumsbegehren abstimmen, Beschlüsse über neue einmalige Ausgaben für einen bestimmten Zweck von mehr als 5 Millionen Franken und jährlich wiederkehrende Ausgaben von mehr als 1.5 Millionen Franken fassen. Ein den Gemeinden unterbreiteter Antrag gilt als angenommen, wenn er die Zustimmung der Mehrheit der Verbandsgemeinden, darunter zwei der drei bevölkerungsmässig grössten, erhalten hat.

b) Die nach den jeweiligen Gemeindeordnungen **zuständigen Organe der Verbandsgemeinden.** Diesen stehen zu: Wahl der Delegierten, Entscheidung bezüglich Übernahme neuer Aufgaben im Rahmen des Verbandszweckes, Änderung der Statuten, Kündigung der Mitgliedschaft im Verband und Auflösung des Verbandes.

c) **Die Delegiertenversammlung.** Sie ist das lenkende Organ des Verbandes. Jede Gemeinde delegiert mindestens einen Vertreter in die Delegiertenversammlung. Ab einer Bevölkerungszahl von 7'000 steht jeder Gemeinde pro je weitere 7'000 Personen ein weiterer Delegierter zu. Zu den Aufgaben der Delegiertenversammlung gehört unter anderem die Wahl der Präsidentin oder des Präsidenten bzw. der Vizepräsidentin oder des Vizepräsidenten sowie der weiteren Mitglieder des Verwaltungsrates. Die Verhandlungen der Delegiertenversammlung sind öffentlich. Der Spitaldirektor/die Spitaldirektorin nimmt als ständiges beratendes Mitglied an der Delegiertenversammlung teil.



Organigramm der internen Leitungsorganisation (Departementsystem) ab dem 15.10.2018

d) **Der Verwaltungsrat.** Er ist für die strategische Leitung und für den ordnungsgemässen Betrieb verantwortlich. Mitglieder des siebenköpfigen Verwaltungsrates sind von Amtes wegen die Präsidentin oder der Präsident bzw. die Vizepräsidentin oder der Vizepräsident und fünf weitere nicht aus der Delegiertenversammlung gewählte Mitglieder. Die Aufgaben und Kompetenzen sind in Art. 33 und 34 der Statuten geregelt. Der Spitaldirektor/die Spitaldirektorin nimmt an den Sitzungen mit beratender Stimme teil. Der Verwaltungsrat kann auch Kommissionen einsetzen. Er hat eine Baukommission bestellt.

Der Verwaltungsrat ist zuständig für den Erlass von Grundsätzen und Weisungen zur Betriebsführung wie auch zum Erlass von Reglementen zur Organisation von Spitalbetrieb und Pflegezentrum.

e) **Die Rechnungsprüfungskommission.** Sie besteht aus fünf Mitgliedern. Die Aufgabe wird in Art. 43 der Statuten bestimmt.

Nicht zu den Organen zählt die **Spitaldirektorin bzw. der Spitaldirektor**. Der Status wird in Art. 37 der Statuten wie folgt umschrieben: Der Spitaldirektor/die Spitaldirektorin ist verantwortlich für eine zielgerichtete und wirtschaftliche Unternehmensführung im Rahmen der Vorgaben der übergeordneten Verbandsorgane. In Art. 38 der Statuten ist bestimmt, dass er/sie die Spitalleitung führt und den Betrieb gegenüber den Verbandsorganen und gegen aussen vertritt.

Wirtschaftliche Bedeutung des Spitals für das Limmattal

Für die Bevölkerung der Gemeinden im Limmattal wurde es mit dem Wachstum in der Region Zürich immer schwieriger, eine ärztliche Betreuung in den Stadtspitälern von Zürich zu erhalten (siehe Gründe für das Spital Limmattal auf Seiten 5).

Mit dem Spital Limmattal sind für die Patientinnen und Patienten wie auch die Gemeinden der Region Limmattal viele Vorteile verbunden:

- **Nähe zum Krankenhaus**

Ein Spital in der Nähe zu haben, bringt ein Gefühl von Sicherheit. Die Notfallstation ist immer besetzt. Bei Unfällen oder Erkrankungen sind die Anfahrtswege minimal. Rettungsfahrzeuge des Spitals mit ausgebildeten Rettungssanitätern können in wenigen Minuten am Einsatzort sein – Sekunden können über Leben oder Tod entscheiden. Rund 70 Prozent der Patienten des Spitals kommen aus den Verbandsgemeinden (siehe Grafiken auf den Seiten 10/11). Dies ist ein Plus für die Attraktivität der Region.

- **Angebot von Arbeitsplätzen**

Das Spital bietet ein attraktives und vielfältiges Angebot für rund 1'400 Mitarbeitende (Ärztliches Personal, Pflegepersonal, Medizinisches Fachpersonal, Verwaltungspersonal, Technisches Personal, Hotelleriepersonal, Rettungspersonal), wovon fast die Hälfte in einem Teilzeitpensum arbeitet. Das Spital ist damit der grösste Arbeitgeber in der Region. Ein Nutzen für die Region entsteht durch die Wohnsitznahme von Mitarbeitern in den Gemeinden. Eine Zusammenstellung der Beschäftigten im Spital findet sich auf Seite 27 hinten.

- **Angebot von Ausbildungsplätzen**

Das Spital bietet in allen Bereichen Ausbildungsplätze an. Zum medizinischen Leistungsauftrag gehört die Ausbildung von Ärztinnen/Ärzten und Fachfrauen/Fachmännern Ge-

sundheit. Im Weiteren werden Ausbildungen angeboten: Kauffrau/Kaufmann, Köchin/Koch, Diätköchin/Diätkoch, Medizinische Praxisassistentin/Praxisassistent, Rettungssanitäterin/Rettungssanitäter, Pflegefachfrau/Pflegefachmann OP, Fachfrau/Fachmann Operationstechnik, biomedizinischer Analytiker, Fachfrau/Fachmann für medizinisch-technische Radiologie. Auch Praktikumsplätze für Pflege, Hebammen, Physiotherapie, Ergotherapeutin/Ergotherapeut, Ernährungsberaterin/Ernährungsberater, Bachelor of Science ZFH in Facility Management gehören zum Angebot.

- **Löhne an das Personal**

2017 sind Löhne an das Personal im Betrag von total rund Fr. 122'361'000 ausbezahlt worden. Etwa 33 Prozent der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wohnen in den Trägergemeinden. Die Trägergemeinden profitieren durch Einkommenssteuern der bei ihnen wohnhaften Mitarbeiter. Ein Teil dieser Lohnauszahlungen führt auch zu Konsumausgaben in der Region wie Wohnmietzinsen, Nahrungsmit-

tel, Bekleidung, Gesundheitspflege, Unterhaltung, Erholung, Bildung und Kultur.

- **Arzthonorare**

Ärztinnen und Ärzte des Spitals, die eine Praxis führen, oder Konsiliar- und Belegärztinnen und -ärzte, haben die Honorareinnahmen am Standort der Praxis zu versteuern.

- **Einkäufe und Bauinvestitionen**

Nach den Lohnzahlungen sind die Einkäufe und Bauinvestitionen des Spitals die grössten Ausgabepositionen. Das Spital Limmattal ist bestrebt, möglichst viele Aufträge an Unternehmer, Handwerker oder Lieferanten in den Trägergemeinden zu erteilen.



Die Nähe zum Spital bringt der Bevölkerung viele Vorteile.

Finanzierung der Bauten und des Betriebs

Von 1950 bis 1974 befand sich die Schweiz in einem starken Bevölkerungswachstum und in einem Wirtschaftsboom. In dieser euphorischen Zeit wurden viele neue Spitalbauten erstellt. Schon im Geschäftsbericht 1972 wurde der Kostenanstieg im Spitalsektor durch den Präsidenten des Spitals thematisiert. Hinweise über stark gestiegene Spitalkosten (auch von Kostenexplosionen ist die Rede) finden sich in den Geschäftsberichten immer wieder. Auf der anderen Seite waren beim Kanton Zürich und bei den Gemeinden die finanziellen Mittel knapper geworden, und die immer höheren Beträge aus den Defiziten bereiteten den Verbandsgemeinden grosse Sorge. Sparen war eine Daueraufgabe.

1970

Die Baukosten und die Kosten des Betriebes hatten die Gemeinden zu finanzieren. Der Kanton leistete daran Beiträge. Bei der Gesuchstellung der Staatsbeiträge für das Spital war noch die Verordnung betreffend Staatsbeiträge an Krankenanstalten vom 3. Dezember 1934 in Kraft. Später waren das Gesetz über das Gesundheitswesen vom 4. November 1962 und die Verordnung über die Staatsbeiträge an die Krankenpflege vom 26. Februar 1968 die Grundlagen für die Staatsbeiträge an den Bau und den Betrieb des Spitals.

Bau des Spitals

Nach dem Gesetz über das Gesundheitswesen vom 4. November 1962 unterstützte der Kanton Zürich den Bau von öffentlichen und privaten Krankenhäusern gemeinnützigen Charakters, die den Bedürfnissen seiner Bevölkerung dienten. Der Rahmen betrug damals 10-50 Prozent der anerkannten Bausumme. Da sämtliche Landspitäler mit einem Baubeitrag von 50 Prozent unterstützt wurden, gewährten die Stimmberechtigten auf Antrag von Regierungsrat und Kantonsrat am 5. Juli 1964 auch dem Spitalverband Limmattal einen Baubeitrag von 50 Prozent.

In den Statuten des Spitalverbandes vom 30. September 1958 war der Kostenverteiler für den Spitalneubau wie folgt geregelt:

Art. 25: An die Brutto-Baukosten tragen die beteiligten Verbandsgemeinden mindestens einen Viertel bei. Dieser Beitrag ist unter den beteiligten Gemeinden aufzuteilen. Der Verteiler richtet sich zur Hälfte nach der Einwohnerzahl und zur Hälfte nach der Steuerkraft der einzelnen Verbandsgemeinden.

Art. 26: Für den nicht durch Staatsbeiträge und die Verpflichtungen der Verbandsgemeinden gedeckten Teil der Bauschuld beschafft der Verband die Mittel auf dem Darlehenswege. Amortisationen und Zinsendienst gehen zulasten der Betriebsrechnung.

Der Haushalt von Zweckverbänden war nach den gleichen Grundsätzen aufgebaut wie derjenige der Gemeinden. Hingegen waren sowohl die Betriebsrechnung wie auch die Investitionsrechnung Ende Jahr durch

Betriebs- und Investitionsbeiträge der Verbandsgemeinden vollständig auszugleichen. Der Zweckverband durfte weder ein Eigenkapital noch einen Bilanzfehlbetrag aufweisen. Die Investitionsbeiträge wurden bei den Gemeinden in ihren Rechnungen abgeschrieben.

Betrieb des Spitals

Der Spitalbetrieb wurde finanziert durch:

a) Die Zahlungen der Patientinnen und Patienten gestützt auf die Taxordnung für die allgemeinen Abteilungen und die Privatabteilungen

Die im April 1970 erlassene Taxordnung setzte die Tarife gemäss untenstehenden Tabelle fest (Auszug davon siehe unten).

Allgemeine Abteilung*			
Patient mit Wohnort	Im Kanton Zürich	In anderen Kantonen	Im Ausland
1. bis 10. Tag	36.00	54.00	72.00
11. bis 20. Tag	30.00	42.00	54.00
21. bis 30. Tag	24.00	30.00	42.00
ab 31. Tag	18.00	24.00	30.00
Gesunde, im Spital geborene Säuglinge	4.80	7.20	9.60
Private Abteilung			
1. bis 10. Tag	60.00	78.00	96.00
11. bis 20. Tag	48.00	66.00	84.00
ab 21. Tag	42.00	60.00	72.00
Gesunde, im Spital geborene Säuglinge	9.60	12.00	14.40

* Die Tagestaxe in der allgemeinen Abteilung umfasste Unterkunft, Verpflegung, Krankenpflege, ärztliche Behandlung, diagnostische und therapeutische Leistungen sowie Arzneimittel. Patienten mit Wohnort ausserhalb des Kantons Zürich konnten ausserordentlich aufwendige Leistungen zusätzlich verrechnet werden.

b) Die Beiträge des Kantons Zürich

Dazu § 27 der Verordnung über die Staatsbeiträge an die Krankenpflege vom 26. Februar 1968:

„Die Kostenanteile für kommunale und regionale Spitäler werden nach dem Finanzkraftindex der zum Einzugsbereich gehörenden Gemeinden abgestuft. Die Gesundheitsdirektion bestimmt die Einzugsbereiche nach der Lage der Gemeinden und der Herkunft der Patienten in dem betreffenden Spital.“

Ist oder wird eine Gemeinde finanzkräftiger, reduzieren sich die Beiträge.

c) Die Übernahme durch die Verbandsgemeinden

Der vom Staat nicht übernommene Ausgabenüberschuss der Betriebsrechnung war von den Verbandsgemeinden alljährlich anteilmässig zu decken. Der Verteiler richtete sich zur Hälfte nach der Einwohnerzahl und zur Hälfte nach der Steuerkraft (Art. 30 der Statuten vom 30. September 1958).

Für Patientinnen und Patienten in finanziellen Notlagen standen zwei Fonds zur Verfügung.

a) der Hausfonds des Spitals zur Linderung von Notlagen, welche durch den Aufenthalt im Spital entstanden sind.

b) der Rotaryfonds zur Hilfeleistung an Patienten des Spitals Limmattal (Stiftung). Die Stiftung bezweckt die rasche Hilfeleistung an in wirtschaftliche Not geratene Patienten des Spitals.

Durch die obligatorische Krankenversicherung und das dichte soziale Netz der Gemeinden sind derartige Notlagen selten geworden.



Fertigstellung des Spitals 1970 – Ein Spital auf der „grünen Wiese“

Berechnung des Verteilschlüssels für die Verteilung des Defizites auf die Trägergemeinden

Schlüssel für Aufteilung des Betriebsdefizites					
Gemeinde	Mohnbevölkerung per 31.12.1972		Steuerkraft 1970		Kostenverteiler
	absolut	in Prozenten	Fr.	in Prozenten	50% nach Bevölkerung 50% nach Steuerkraft
Aesch	510	0,82	145'432	0,52	0,67 %
Birmensdorf	3542	5,71	1'462'013	5,22	5,46 %
Dietikon	22'551	36,35	8'591'918	30,65	33,50 %
Geroldswil	3'121	5,03	1'246'940	4,45	4,74 %
Oberengstringen	6'162	9,93	3'066'775	10,94	10,44 %
Oetwil a.L.	766	1,23	356'223	1,27	1,25 %
Schlieren	11'812	19,04	6'956'379	24,82	21,93 %
Unterengstringen	2'139	3,45	1'673'573	5,97	4,71 %
Urdorf	8'760	14,12	3'208'979	11,45	12,79 %
Weinigen	2'683	4,32	1'321'603	4,71	4,51 %
	62'046	100,00	28'030'835	100,00	100,00 %

Betriebsverluste des Akutspitals

1970*	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2011
5'307'030	15'400'623	12'243'430	13'200'417	11'108'467	12'702'421	16'175'678	19'614'029	22'463'775

*nur für 8 Monate (Eröffnung am 1.5.1970)

Aufteilung Betriebsverlust des Akutspitals in % auf den Kanton Zürich und die Verbandsgemeinden

Bezahler	1970*	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2011
Kanton Zürich	75	76.5	70.2	59.2	59.2	56	56.2	52	52
Verbands-gemeinden	25	23.5	29.8	40.8	40.8	44	43.8	48	48

*nur für 8 Monate (Eröffnung am 1.5.1970)



Neubau von Westen 2018



Neues Spital von Südwesten zum Haupteingang an der offiziellen Übergabe am 14. September 2018



Spital Limmattal Eingang Notfall auf der Ostseite

2018

Zu einem grossen Umbruch bei der Finanzierung von Investitionen (auch Bau des neuen Spitals) und des Betriebes eines Spitals kam es mit der Umstellung auf die Fallpauschalen ab 1. Januar 2012. Der Kanton zahlt diese Fallpauschalen für die stationären Behandlungen zu 55 Prozent. Die Krankenversicherungen (mit Beteiligung der Patientinnen und Patienten) haben 45 Prozent beizutragen.

Ein Spital hat nicht nur Einnahmen aus den stationären Behandlungen. Zu den Einnahmen gehören auch die in Rechnung gestellten ambulanten Spitalbehandlungen. Diese werden unterschiedlich abgerechnet.

Mit den Fallpauschalen werden sowohl die Investitions- wie auch die Betriebskosten abgegolten. Ein Spital muss Gewinn machen können, damit es Investitionen tätigen kann. Grundsätzlich kann die Finanzierung von Investitionen auch mit Fremdmitteln erfolgen.

Mit dem Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetz vom 2. Mai 2011 und der Änderung des Gemeindegesetzes wurden die Grundlagen geschaffen, dass der Zweckverband einen eigenen Finanzhaushalt führen kann. Mit der Totalrevision der Statuten 2012 war dies auch für das Spital Limmattal möglich. Mit Wirkung ab 1. Januar 2012 führt das Spital Limmattal einen eigenen Finanzhaushalt mit Verwaltungs- und Bestandesrechnung nach

den Vorschriften über den Gemeindehaushalt ein. Betriebsgewinne werden dem Eigenkapital zugewiesen und Betriebsverluste mit dem Eigenkapital verrechnet. Der Verband kann Fremdmittel aufnehmen. Für die Verbindlichkeiten des Akutspitals haften nach dem Verband die Verbandsgemeinden. Seit der Einführung des eigenen Haushaltes hat das Spital Gewinne erzielt.

Für die Finanzierung des Spitalneubaus hat der Spitalverband Limmattal bisher zwei an der Börse kotierte Anleihen herausgegeben:

- 100 Millionen Franken von 2013-2023 mit 1.875 % Jahreszins
- 120 Millionen Franken von 2015-2025 mit 0,55 % Jahreszins

Unterschiede in den Abrechnungen der ambulanten und stationären Spitalbehandlung

	Ambulant = Spitalbehandlung ohne Übernachtung	Stationär = Spitalbehandlung mit Übernachtung
Kostenübernahme	100 % durch die Krankenversicherung (mit Beteiligung des Patienten über Selbstbehalt und Franchise)	55 % durch den Kanton Zürich und 45 % durch die Krankenversicherung (mit Beteiligung des Patienten über Selbstbehalt und Franchise)
Abrechnungssystem	TARMED Jede ärztliche Leistung wird nach Aufwand, Schwierigkeit und erforderlicher Infrastruktur mit Taxpunkten bewertet.	Swiss DRG Fallpauschalensystem

Betriebsgewinne Akutspital/Pflegezentrum seit 1. Januar 2012 (Einführung der Fallpauschalen)

2012	2013	2014*	2015	2016	2017
4'136'442	13'187'502	5'265'000	948'000	8'442'000	4'291'000

*Wechsel der Rechnungslegungsvorschriften von OR zu Swiss GAAP FER

Spitalbauten

Bauten sind äusserst wichtig für die Erfüllung der Ansprüche, die an ein Spital gestellt werden. Sie müssen mit den gesellschaftlichen, medizinischen und technischen Entwicklungen verändert werden können.

Bei der Feier zum zehnjährigen Bestehen des Spitals 1980 bemerkte der Gesundheitsdirektor, Regierungsrat Dr. Peter Wiederkehr, dass „die Anlage konzipiert wurde, als man davon ausging, dass der Kanton Zürich schon bald 2 Millionen und die Region Limmattal 100'000 Einwohner zählen werde. Unter diesem Gesichtspunkt ist das Spital (wie übrigens viele andere öffentliche Einrichtungen) eine Fehlplanung, denn die grosszügige Berechnung aus den sechziger Jahren des 20. Jahrhunderts bewahrheiteten sich nicht“. Zur Erinnerung: 1962 stellte Francesco Kneschaurek, Professor an der Hochschule St. Gallen, eine Studie zur Bevölkerungsentwicklung vor, und die Schweiz, die damals 5,5 Millionen Einwohner zählte, begann Wohnraum und Infrastrukturen für eine 10-Millionen-Schweiz zu planen und zu realisieren. In die Jahre zwischen 1950 und 1970 fiel die Phase des Wirtschaftsbooms und des Spitalbaus.

Für das Spital Limmattal war die grosszügige Planung von Vorteil, da seither alle zusätzlichen Ansprüche an ein Akutspital in der 1970 fertig gestellten Gebäudehülle platziert werden konnten.

1970

Bei der Betriebsaufnahme am 1. Mai 1970 waren alle Gebäude fertiggestellt. Der Bezug des Akutspitals mit dem Verwaltungs- und Behandlungsbau sowie dem Bettenhochhaus, der geschützten Operationsstelle (Notspital), der Apotheke und dem Blutspendezentrum sowie der Kapelle erfolgten am 19. Januar 1970. Die Personalhäuser und die Schwesternschule wurden bereits zwischen Sommer 1968 und Herbst 1969 bezogen. Der Spitalbau entstand auf der „grünen Wiese“ – es ist ein Spital, das nach den damals neusten Erkenntnissen gebaut, eingerichtet und auch organisiert wurde.

Eine normale Pflegestation im Bettenhochhaus bestand aus 6er-, 4er-, 2er- und 1er-Bett-Zimmern sowie weiteren Räumen.

Im 2. Untergeschoss des Akutspitals wurde ein Notspital (geschützte Operationsstelle oder abgekürzt GOPS) für Katastrophen mit Vorbereitungs- und Operationsräumen, Apotheke und Sterilisation sowie weiteren 144 Liegeplätzen eingerichtet.

Die Personalunterkünfte hatten 1970 für einen Spitalbetrieb noch eine sehr grosse Bedeutung. Es wurden drei Personalhäuser erstellt. Die Personalhäuser 7 und 8 auf dem Spitalgelände hatten total 81 Einzelzimmer und das Personalhaus Urdorf insgesamt 104 Einzelzimmer und 10 Einzimmerwohnungen. Im Personalhaus 7 waren vier Wohnungen für das technische Personal bestimmt. Das Personalhaus Block 8 mit 39 Zimmern war für die Ordensschwestern und gesetztes weibliches Personal bestimmt. 1970 wollten rund 80 Prozent des Personals noch intern wohnen. Es mussten darum zusätzlich zwei Mehrfamilienhäuser in Urdorf gemietet und eingerichtet werden.

Zur Vorgeschichte

- 1963 und 1964 bewilligten die zehn Verbandsgemeinden den Bruttokredit von 53 Millionen Franken für die Erstellung des Kreisspitals Limmattal. Am 5. Juli 1964 bewilligten auch die Stimmberechtigten des Kantons Zürich einen Baubeitrag von 26,5 Millionen Franken, womit die Verpflichtungen der Verbandsgemeinden sich auf den gleichen Betrag reduzierte. Mit den Bauarbeiten wurde Ende 1964 begonnen.

- 1967 und 1968: Anstelle der drei Personalhäuser (Ziff. 3 der Modellansicht zum Projekt 1963/4) haben die Stimmberechtigten der Verbandsgemeinden den Bau der Schwesternschule und zusätzlich den Bau des Blutspendezentrums und einer Spital-Apotheke gutgeheissen. Die Stimmberechtigten des Kantons Zürich haben in der Volksabstimmung vom 30. Juni 1968 einen Staatsbeitrag an die Schwesternschule und die Apotheke von 5,6 Millionen Franken bewilligt. Die Schwesternschule mit 91 Schülerinnenzimmern wurde der Schwesternschule Theodosianum des Instituts Ingenbohl und das Blutspendezentrum dem Schweizerischen Roten Kreuz vermietet.

Wesentliche bauliche Veränderungen seit 1970:

- 1974/1975: Die Verbandsgemeinden bewilligten die Errichtung eines Schultraktes mit Wohnheim für die Schule der praktischen Krankenpflege mit Kosten von rund Fr. 4,72 Millionen Franken sowie einen Kredit von 550'000 Franken für die Detailprojektierung des Chronisch-Krankenheims.
- 1983/1987: Die Verbandsgemeinden bewilligten einen Kredit von



Erstes Projekt, 1963: Modellansicht von Süden aus dem Beleuchtenden Bericht der Spitalkommission vom 24. Mai 1963
Legende: 1 Bettenhochhaus; 2 Angestelltenhäuser; 3 Schwesternhäuser; 4* Spezialabteilungen für Hals-, Nasen-, Ohren- und Augenkrankheiten und Kinderabteilung; 5* Zusätzliches Schwesternhaus; *spätere Ausbautappe (nicht realisiert)

37 Millionen Franken für die Erstellung eines Krankenhauses mit Tagesklinik sowie bauliche Anpassungen im Spital Limmattal. Das Krankenhaus umfasst: 143 Betten für Langzeitpatienten, die Tagesklinik mit 16 Plätzen, Therapie- und Gemeinschaftsräume sowie die bisher fehlende Besucher-Cafeteria. Die baulichen Anpassungen am Spital-Altbau sind: Erweiterung der Notfallstation, Umbauten zur Vergrösserung der Röntgenabteilung und der nuklearmedizinischen Diagnostik, Anfügen eines Liftanbaus mit zwei Besucherliften an der Westfassade des Bettenhochhauses, Erweiterung der geschützten Operationsstelle (GOPS) auf neu 254 Liegeplätze. Die mutmasslichen Kosten betragen für die Neuerstellung des Krankenhauses 24,26 Millionen Franken und für die Anpassungen beim Akutspital 12,74 Millionen Franken. Das Krankenhaus wurde im März 1987 bezogen.

- 1995: Die Sechserzimmer West im Spital werden in Einer- und Zweierzimmer umgebaut.

Fakten zu den beiden Spitalbauten 1970 und 2018

	Akutspital 1970	Akutspital 2018
Beschaffungsform	Architektur- und Bauleitungsauftrag mit einzelnen Werkverträgen	Gesamtleistungs- und Totalunternehmermodell
Bautypus	Breitfusstyp (Sockelbau mit Hochhaus)	Skelettbau (mit Kompaktfassade)
Höhe des Gebäudes	60 m	24.2 m
Geschossflächen	25'568.03 m ²	48'500 m ²
Gebäudevolumen	100'700 m ³	205'000 m ³
Geschosse		
- Untergeschosse	2	2
- Obergeschosse	15	5
Betten total	406	249
Davon für		
- Erwachsene	282	189
- Kinder	42	
- Säuglinge	65	
- Intensivpatienten	12	8
- Notfallstation	5	12
- Reha-Klinik		40
Betten pro Zimmer		
- 1er	29	3*
- 2er	52	103*
- 4er	19	
- 6er	20	
Zuordnung der Betten		
- Medizin	80	80
- Chirurgie	110	
- Chirurgie, Gynäkologie, Geburtshilfe, Säuglinge, Urologie, Orthopädie		77
- Gynäkologie, Geburtshilfe und Säuglinge		
- Frauenklinik	140	31
- Kinderstation		
- Intensivstation	42	8
- Notfallstation	12	12
- Tagesklinik	5	12
- Aufwachraum		9
- Reha-Klinik		40
Operationssäle total	8	8
Davon		
- Chirurgie	6	8
- Notfallstation	2	
Lifte total	6	18
- Bettenlifte	3	3
- Personenlift	1	4
- Speisewagen und Mehrzweck	1	
- Kleinwaren	1	4
- Servicelifte		2
- Warenlifte		3
- Sterilgutversorgungs-Lifte		2
Kosten in Millionen		
- Akutspital	70.1	275.7
- Schwesternschule, Apotheke und Blutspendezentrum	8.1	
- Personalhäuser	3.4	

* 2er-Zimmer können in 1er-Zimmer umgewandelt werden

Neubau 2018

ERDGESCHOSS

öffentlich

- 1 Empfang
- 2 Patientenaufnahme
- 3 Auditorium
- 4 Restaurant
- 5 Selbstverpflegung 24h
- 6 Therapien
- 7 Raum der Stille

nicht öffentlich

- 8 Sitzungszimmer
- 9 Technischer Dienst
- 10 Labor
- 11 Kyberaum/Pikettzimmer
- 12 Zentraler Geräteraum
- 13 ZSWA
- 14 Verwaltung
- 15 Patientenservice

- L1 Besucher-Lift (2. UG – 2. OG)
- L2 Besucher-Lift (2. UG – 5. OG)
- BL Bettenlift
- WL Warenlift
- Treppe (EG – 2. OG)
- Treppe (EG – 1. OG)
- Treppe (2. UG – 5. OG)
- BUS Bushaltestelle
- P1 Kurzzeitparkplatz (30 Min.)
- Behindertenparkplatz
- R Rollstuhl
- WC Toiletten
- \$ Bankomat
- Fumoir



1. OBERGESCHOSS

öffentlich

- 1 Notfall
- 2 Hausärztliche Notfallpraxis
- 3 Radiologie
- 4 Chirurgisches Ambulatorium
- 5 Orthopädie
- 6 SDS
- 7 Kardiologie
- 8 Onkologie
- 9 Neurologie
- 10 Endokrinologie

nicht öffentlich

- 11 Büroräume/Sprechstunde

- L1 Besucher-Lift (2. UG – 2. OG)
- L2 Besucher-Lift (2. UG – 5. OG)
- BL Bettenlift
- WL Warenlift
- Treppe (EG – 2. OG)
- Treppe (EG – 1. OG)
- Treppe (2. UG – 5. OG)
- P2 Parkplatz für Notfallpatienten
- Behindertenparkplatz
- WC Toiletten



2. OBERGESCHOSS

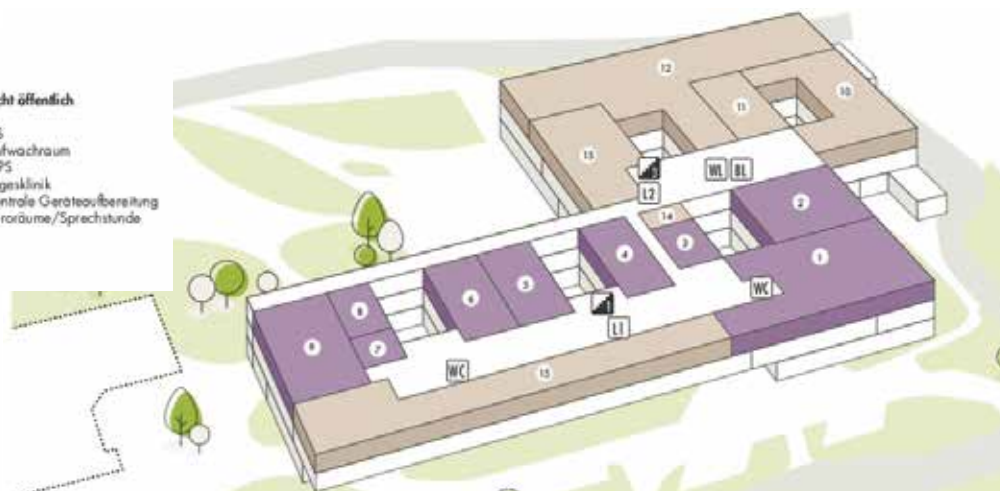
öffentlich

- 1 Frauenklinik
- 2 Geburtensabteilung
- 3 Brustzentrum
- 4 Urologie
- 5 Pneumologie
- 6 Gastroenterologie
- 7 Angiologie
- 8 Wundprechstunde
- 9 Bariatrie

nicht öffentlich

- 10 IPS
- 11 Aufwachraum
- 12 OPS
- 13 Tagesklinik
- 14 Zentrale Geräteaufbereitung
- 15 Büroräume/Sprechstunde

- L1 Besucher-Lift (2. UG – 2. OG)
- L2 Besucher-Lift (2. UG – 5. OG)
- BL Bettenlift
- WL Warenlift
- Treppe (EG – 2. OG)
- Treppe (2. UG – 5. OG)
- WC Toiletten

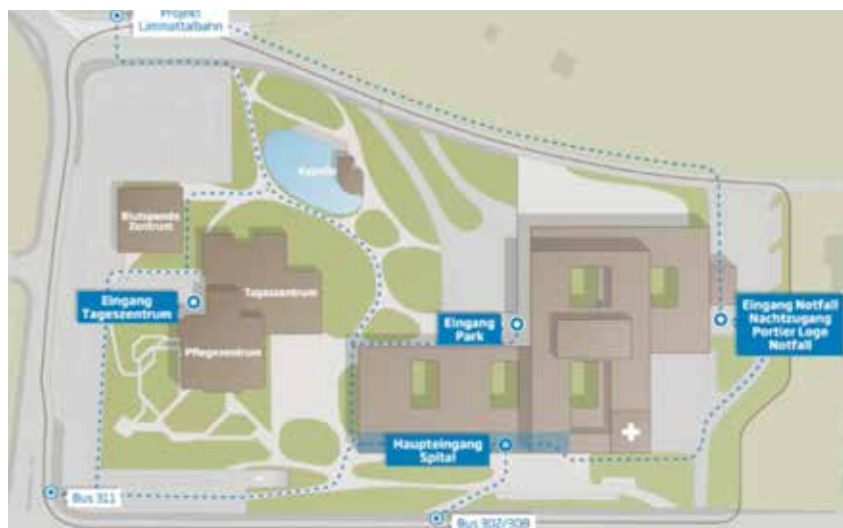


2018

Am 22. Oktober 2018 ist der Umzug vom alten zum neuen Spital abgeschlossen. Am 27. September 2018 wurde der erste Patient im neuen Spital behandelt. Mit dem Neubau ist, wie schon 1970, ein Spital nach den neusten Erkenntnissen und mit den modernsten Einrichtungen entstanden.

Gebaut wurde ein Spital mit vielen gleichartigen oder standardisierten Räumen, die auch in Zukunft flexibel zusammengelegt oder unterteilt werden können und so auch für neue Funktionen nutzbar sind.

Die Zahl der Betten hat sich aufgrund der immer kürzeren Aufenthaltsdauer der Patientinnen und Patienten vermindert. Durch die Reduktion der Stockwerke und das Bauen in die Länge und Breite werden in jedem Stockwerk mehr Betten als im Hochhaus verfügbar sein. Dadurch werden die Arbeitsabläufe vereinfacht und rationalisiert. Alle Patientenzimmer haben die gleiche Grösse. Für Privatpatienten werden sie mit nur einem Bett und für die übrigen Zusatzversi-



Übersicht nach dem Rückbau des alten Akutspitals mit den Eingängen und den Beziehungen zum öffentlichen Verkehr

cherten und die allgemein Versicherten mit zwei Betten versehen sein. Die Ausstattung für Privatpatienten unterscheidet sich ebenfalls.

In das Spital wird neu ein Rehabilitations- und Therapiezentrum für stationäre Therapien integriert.

Als Personalhaus verbleibt das Haus in Urdorf. Die abgebrochene Kapelle wird auf der Nordseite des Spitals wieder aufgebaut.

2019 Rückbau des Bettenhochhauses

Das markante Bettenhochhaus des Akutspitals Limmattal aus dem Jahre 1970, eines der baulichen Wahrzeichen des Spitals und ein Orientierungspunkt von Schlieren, wird 2019 zurückge-

baut. In diese Lücke wird das neue Pflege- und Tageszentrum geplant, welches das seit 15. Mai 1987 bestehende Pflegezentrum ersetzen soll.



Visualisierung der neuen Spitalgebäude nach dem Rückbau des Spitalbaues von 1970.

Personal allgemein

Als Personal wird die gesamte Belegschaft des Spitals Limmattal bezeichnet. Darunter fallen insbesondere die Ärzte, das Pflegepersonal, die Mitarbeiter der Medizintechnik und der Therapien wie auch die Mitarbeiter in Verwaltung, Logistik und Hotellerie. Der Zweckverband ist eine öffentlich-rechtliche Körperschaft. Damit sind auch die Arbeitsverhältnisse öffentlich-rechtlicher Natur. Das Personal wird nicht mit Arbeitsverträgen, sondern durch Verfügungen angestellt. Für die Rechte und Pflichten gelten das Personalreglement des Spitals und ergänzend das kantonale Personalgesetz und die Personalverordnung. Für Streitigkeiten zum Arbeitsverhältnis ist als erste Instanz der Bezirksrat Dietikon zuständig.

Es ist ein roter Faden durch die Geschäftsberichte seit 1970: Die Besetzung der Stellen war ein Dauerthema. 2003 wurde in allen Medien und auch mit Aushängen in den öffentlichen Verkehrsmitteln im Kanton Zürich um Mitarbeiter geworben.

1970

Der Stellenplan des Spitals musste wegen des Staatsbeitrags an den Betrieb der Gesundheitsdirektion zur Genehmigung vorgelegt werden. Damit sicherte sich der Kanton eine Mitsprache bei der Kostenentwicklung. Die Bewilligung fester Stellen, soweit sie nicht staatsbeitragsberechtigt waren, lag in der Kompetenz der Spitalkommission. Die Wahl des Spitalverwalters und der Chefärzte stand der Spitalkommission zu. Im Rahmen des von der Gesundheitsdirektion genehmigten Stellenplans erfolgte die Anstellung der Assistenzärzte, des Pflegepersonals und des ärztlichen Hilfspersonals auf Antrag des Chefarztes und jene des Verwaltungs- und Dienstpersonals auf Antrag des Spitalverwalters durch den Betriebsausschuss. Der Betriebsausschuss delegierte die Anstellung des Hilfspersonals an den Chefarzt und den Verwalter.

Nach Art. 12 Bst. I der Statuten 1958 stand der Erlass eines Besoldungsregulativs für das auf Amtsdauer gewählte Personal wie auch von allgemeinen Anstellungsbedingungen für die Angestellten, der Spitalkommission zu.

Am 30. April 1969 erklärte die Spitalkommission die vom Kanton erlassenen Besoldungsreglemente für den Spitalverband als massgebend. Ein Assistenzarzt er-

hielt zum Beispiel im Mai 1970 im 1. Dienstjahr einen Bruttolohn von 1'620 Franken im Monat.

Aus hygienischen Gründen und zur Vermeidung der Übertragung von Krankheitskeimen wurden dem Personal auch die Arbeitskleider unentgeltlich zur Verfügung gestellt. Für die Pflegepersonen, Schülerinnen und Angestellten standen Personalunterkünfte zur Verfügung. Das Einzimmer kostete 1970 zwischen 105 und 135 Franken pro Monat.

- Die Löhne waren immer die grösste Ausgabenposition des Spitals. Im Geschäftsbericht 1973 wurde dazu berichtet: „Die Besoldungen (inklusive Sozialleistungen und Arzthonorare) betrugen 65.5 % aller Aufwendungen. Demgegenüber erhielt das Spital aus den Pfl egetaxen nur bescheidene 20 % der Einnahmen. Die Löhne wie auch die Taxen werden auf der Ebene der Behörden des Kantons bestimmt. Das Spital hat darauf keinen Einfluss.“
- 1976 wurde im Geschäftsbericht auf die durch die langandauernde Hochkonjunktur entstandenen Teuerungssteigerungen hingewiesen, welche auch die Löhne übermässig steigen liessen. Auswirkungen hatten zudem die Reduktion der Arbeitsstunden von 50 auf 44 pro Woche.
- 1991 wurde der Personalausschuss eingeführt.
- Am 14. Juni 1991 schloss sich das weibliche Spitalpersonal dem landes-

weiten Frauenstreik an. Auch während des Streiks wurde das Wohl der Patientinnen und Patienten nicht vernachlässigt.

- Das Jahr 2003 war ein Jahr mit drastischen Sparmassnahmen. So wurde ein Personalabbau beschlossen und dafür ein Sozialplan erlassen. Der Verwaltungsrat beschloss zudem eine für das Jahr 2004 befristete Lohnreduktion zwischen ein bis zwei Prozent je nach Lohnhöhe. Ab 2005 konnte die Lohnreduktion aufgehoben werden. Durch das positive Rechnungsergebnis 2004 konnten im Mai 2005 dem Personal die Lohnreduktionen zurückbezahlt werden.



Mitarbeitende mit ihren Hobbys, Personalmarketing 2003: Unter dem Titel „Ich gehe gerne ins Spital“ wurde in einer ungewöhnlichen Weise um Mitarbeitende geworben.

2018

Am 24. November 1999 hat die Spitalkommission ein eigenes Personalreglement für das Spital Limmattal beschlossen. Dieses trat am 1. Januar 2000 in Kraft und wurde 2015 überarbeitet. Es ist zu einem Instrumentarium für ein modernes Personalmanagement geworden.

Das Lohnsystem (Einreihungen, Realloohnerhöhungen, Teuerungszulagen, strukturelle Besoldungsveränderungen) richtet sich im Wesentlichen nach den kantonalen Regelungen oder anderen überbetrieblichen Vereinbarungen. Betriebsindividuelle Lösungen sind aber möglich (Art. 30 und 31 des Personalreglements). Individuelle Lösungen braucht es manchmal, um konkurrenzfähig zu sein.

Für den Erlass bzw. die Änderung der Personalverordnung ist die Delegiertenversammlung zuständig (Art. 26 der Statuten 2012).

Die Genehmigungspflicht für die Schaffung von Stellen durch die Gesundheitsdirektion ist seit 1. Januar 2012 abgeschafft. Der Kanton Zürich nimmt keinen Einfluss mehr auf die Zahl der Mitarbeitenden.



Limmi-Chor, Uraufführung 1995, El Said Chorleiter

Was wird den Mitarbeitenden heute geboten:

- Zeitgemässe Arbeitsbedingungen
- Arbeitskleider
- Mitarbeiterfreundliches Mobilitätskonzept
- Abstellplätze und ein abschliessbarer Veloraum stehen zur Verfügung.
- Das Spital Limmattal vermietet in Urdorf, in unmittelbarer Nähe des Spitals, möblierte Zimmer (13m²) mit Kochmöglichkeit und Nasszelle auf der Etage.
- Kinderkrippe Limminäscht. Sie befindet sich in unmittelbarer Nähe des Spitals. Die Mitarbeitenden profitieren von einkommensabhängigen vergünstigten Krippenplätzen.

- Verpflegung. Die Angebote im Restaurant und in der Cafeteria sind für Mitarbeitende stark vergünstigt. Auch abends sind warme Mahlzeiten erhältlich.
- Gesundheitsförderung. Für einen kleinen Unkostenbeitrag steht allen Mitarbeitenden ein modern ausgestatteter Fitnessraum zur Verfügung.
- 5 bis 6 Wochen Ferien je nach Alter
- Spitalaufenthalt. Mitarbeitende erhalten kostenlos ein Upgrade in die halbprivate oder private Abteilung (falls verfügbar).
- Personalrabatt. Die spitalinterne Apotheke und ausgewählte Geschäfte sowie Institutionen gewähren den Mitarbeitenden des Spitals Personalrabatt.
- Bibliothek. Die Ausleihe einer vielseitigen Auswahl an Büchern, Zeitschriften, Hörbüchern und DVDs ist für die Mitarbeitenden gratis.
- Freizeitaktivität. Singen im seit 1994 bestehenden Limmichor.

Die Besetzung aller Stellen ist immer noch eine Herausforderung. Der Personalmarkt hat sich nie richtig entspannt.

Personalbestand Akutspital (Anzahl Stellen), jeweils per 31.12.

	1972	2000	2017
Ärzte	42	78	156
Pflege	136	411	231
Auszubildende Pflege	73		
Medizintechnik und Therapien	112.50	267	237
Verwaltung	26	54	67
Logistik	108.5	172	98
Hotellerie			51
Auszubildende	12		114
Rettungsdienst	6		27
Sonstige			31
Total	516	982	1'012

Personalkosten in Franken (inkl. Sozialleistungen) für Akutspital – 2000 und 2017 Beträge nur für Akutspital

1972*	2000	2017
12'696'346	57'356'200	122'361'000

*Das Krankenhaus bestand noch nicht

Ärztinnen und Ärzte

Neben den Notfällen diagnostizieren und behandeln die Ärztinnen und Ärzte im Spital in der Regel Krankheiten, welche in der Hausarztpraxis nicht erkannt und/oder nicht versorgt werden können. Dazu gehören namentlich auch Operationen aller Art. Neben den medizinischen Leistungen, die in den Spitalstatistiken nachgelesen werden können, kommen nicht messbare Tätigkeiten wie Untersuchungen, Beurteilungen, Gesprächsführungen mit Patienten und Angehörigen oder Beistand in schwierigen Situationen dazu. Die Ärztinnen und Ärzte im Spital sind die für die Diagnosen und die Behandlungen von Krankheiten universitär ausgebildeten Fachpersonen. Seit 1970 hat die Spezialisierung der medizinischen Fachbereiche stark zugenommen. Entsprechend ist die Zahl der Ärztinnen und Ärzte grösser geworden. Die Fachkompetenz und der Ruf der Ärztinnen und Ärzte sind die wichtigste Voraussetzung für die Wettbewerbsfähigkeit eines Spitals. Das Spital Limmattal hat in seiner Geschichte das Glück gehabt, immer äusserst qualifizierte und innovative Ärztinnen und Ärzte zu finden. 1970 war der Arztberuf noch vornehmlich ein Männerberuf. Das hat sich seither stark verändert. Die Frauen sind abgesehen von den Chefarztstellen in der Mehrheit. Dies bringt im Alltag viele Veränderungen mit sich wie Teilzeitstellen, neue Organisationsstrukturen und Anpassungen im persönlichen Umgang.

1970

Chefärzte

Die Chefärzte trugen die Verantwortung für den ihnen unterstellten Bereich. Dazu gehörte auch die Pflege. Aufgabe war die Organisation einer Klinik und die Verantwortung für alle medizinischen Belange. Der Chefarzt hatte die Arbeit der Oberärzte zu überwachen und für die Weiterbildung der Ober- und Assistenzärzte besorgt zu sein. Zur Unterstützung der Ober- und Assistenzärzte führte er auch die wöchentliche Chefarztvisite durch.

1970 hatte das Spital die folgenden fünf Chefarztstellen:

- Chirurgie (Dr. Hans Schwarz)
- Innere Medizin (Dr. Hansjörg Kistler)
- Geburtshilfe/Gynäkologie (Dr. Ulrich Baumann)
- Radiologie (Dr. Jean-Paul Stucky)
- Anästhesiologie (Dr. med. Robert Lorgé)

Einer der Chefärzte wurde zum ärztlichen Leiter gewählt.

Die Chefärzte erhielten die Besoldung gemäss den kantonalen Regelungen und darüber hinaus Einkünfte aus der Behandlung der zusatzversicherten Patientinnen und Patienten im stationären Bereich sowie der beschränkten Privatpraxistätigkeit im

Spital. Einen Teil dieser sogenannten Zusatzhonorare hatten sie dem Spital abzuliefern.

Für die Arbeitszeit waren die Bedürfnisse des Spitals massgebend. So lagen die wöchentlichen Arbeitszeiten in der Regel zwischen 70 und 90 Stunden.

Oberärzte

Die Oberärzte und Oberärztinnen waren den Chefärzten unterstellt. Sie hatten bereits leitende Funktionen und trugen die Verantwortung für ihre Arbeit. Unter ihrer Fachaufsicht arbeiteten die Assistenzärzte und Assistenzärztinnen. Im Gegensatz zu ihnen hatten sie bereits mehrere Jahre Spitalpraxis und meistens einen Facharzttitel.

Für die Oberärzte und Oberärztinnen waren die Arbeitszeiten nicht genau definiert, sondern in den Arbeitsverträgen wurde oft vereinbart: „Die Arbeitszeit richtet sich nach den Bedürfnissen des Spitals.“ Dies konnte zu wöchentlichen Arbeitszeiten von gegen 80 Stunden ohne finanziellen Ausgleich führen.

Assistenzärzte

Die Assistenzärzte und Assistenzärztinnen waren zur Weiterbildung im Spital. Sie hatten an der Universität die Prüfung mit dem eidgenössischen Arzt-

diplom erfolgreich abgeschlossen und sammelten nun Berufserfahrungen. Sie unterstanden dem Oberarzt und dem Chefarzt. Die Assistenzärzte und Assistenzärztinnen leisteten in erster Linie ärztliche Routinearbeiten (Aufnahmeuntersuchungen, Patientenaufklärung, Dokumentationen erstellen, Blutentnahmen usw.).

Die gesamte Assistenzarztzeit dauerte in der Regel sechs bis acht Jahre. Sie führte die Assistenzärzte und Assistenzärztinnen meistens in mehrere Spitäler und verschiedene Bereiche. In dieser Zeit hatten sie sich auch zu entscheiden, welchen Facharzttitel sie erwerben wollten und die Voraussetzungen dazu zu schaffen.

Wie für die Oberärzte und Oberärztinnen waren die Arbeitszeiten auch für die Assistenzärzte und Assistenzärztinnen nicht genau definiert. Sie mussten ebenfalls nach den Bedürfnissen des Spitals arbeiten, was zu wöchentlichen Arbeitszeiten von 60 bis 80 Stunden führen konnte.

Beleg- und Konsiliarärzte

Ende 1970 hatte das Spital lediglich zwei Belegärzte, nämlich einen Urologen (Arzt für Harnorgane und die männlichen Geschlechtsorgane) und einen Otologen (Ohrenarzt). 1971 kam dann noch ein Augenarzt dazu.

2018

Chefärzte und Chefärztinnen

Art. 33 der geltenden Statuten bestimmt: „Dem Verwaltungsrat stehen insbesondere zu: f) Anstellung ... der Chefärzte/der Chefärztinnen ...“.

Die Anstellung der übrigen Ärztinnen und Ärzte erfolgt durch den zuständigen Chefarzt bzw. den Spitaldirektor.

2018 hat das Spital die folgenden acht Chefarztstellen:

- Chirurgische Klinik und Leiter des Ärztlichen Departements I (Prof. Dr. med. Urs Zingg)
- Medizinische Klinik und Leiter des Ärztlichen Departements II (Dr. med. Basil Caduff)
- Frauenklinik (Dr. med. Renato Müller)
- Institut für Radiologie (PD Dr. med. Silke Potthast)
- Institut für Anästhesie und Intensivmedizin (Dr. med. Thomas Hegi)
- Orthopädische Klinik (Dr. med. Thomas Michniowski)
- Urologische Klinik (PD Dr. med. Alexander Müller)
- Institut für Klinische Notfallmedizin (Dr. med. Hans Matter)

Neben der Verantwortung für die Organisation, Führung und Medizin haben die Öffentlichkeitsarbeit und die Beiträge zur klinischen Forschung durch den Chefarzt oder die Chefärztin an Bedeutung zugenommen.

Co-Chefärzte oder Stellvertretender Chefarzt bzw. Co-Chefärztin oder Stellvertretende Chefärztin

Die Kaderärzte oder Kaderärztinnen mit diesem Titel üben im Grundsatz die Funktion eines Leitenden Arztes oder einer Leitenden Ärztin aus, amten aber als Stellvertreter oder Stellvertreterin eines Chefarztes oder einer Chefärztin bei deren Abwesenheiten.

Leitender Arzt und Leitende Ärztin

Dem Leitenden Arzt oder der Leitenden Ärztin wird ein bestimmter medizinischer Bereich in eigener fachlicher Verantwortung übertragen. Gegebenenfalls übernimmt er/sie auch die Funktion des Stellvertreters des Chefarztes. Der Leitende Arzt oder die Leitende Ärztin sind organisatorisch und fachlich dem zuständigen Chefarzt oder der zuständigen Chefärztin unterstellt.

Oberärzte:

Die Funktion der Oberärzte hat sich gegenüber 1970 kaum verändert.

1998 sind die Assistenzärzte mit ihren Anliegen nach sozialverträglichen Arbeitszeiten an die Öffentlichkeit getreten. Die Oberärzte haben sich dem Streik aus Solidarität angeschlossen. Nach erfolglosen Gesprächen wurde schliesslich ein auf administrative Arbeiten beschränkter Streik ausgerufen. Für die Ober- wie die Assistenzärzte gilt das Eidgenössische Arbeitsgesetz mit einer maximalen Arbeitszeit von 50 Stunden pro Woche. Im Spital Limmattal konnte mit den Oberärzten eine Vereinbarung getroffen werden, dass die wöchentliche Arbeitszeit 55 Stunden beträgt, wobei 5 Stunden als Überstunden vergütet werden.

Assistenzärzte

Die Funktion der Assistenzärzte hat sich gegenüber 1970 nicht verändert. Die Assistenzärzte haben mit Unter-

stützung der Oberärzte 1998 für sozialverträgliche Arbeitszeiten gekämpft. 1999 konnte für die Assistenzärztinnen und -ärzte ein Gesamtarbeitsvertrag abgeschlossen werden, der konform mit dem Arbeitsgesetz die Sollarbeitszeit im Quartalsdurchschnitt auf 50 Stunden pro Woche festlegt. Nur in dringlichen Fällen darf diese Höchstarbeitszeit (pro Kalenderjahr höchstens 140 Stunden Überzeit) überschritten werden. Diese Arbeitszeit liegt immer noch höher als die in der Schweiz allgemein übliche Arbeitszeit im öffentlichen Bereich von 40-42 Stunden pro Woche.

Beleg- und Konsiliarärzte

Ende 2017 hat das Spital Limmattal total 24 Belegärzte und -ärztinnen und total 17 Konsiliarärzte und -ärztinnen.

Die Belegärzte und -ärztinnen sind vor allem in chirurgischen Bereichen tätig. Die Konsiliarärzte und -ärztinnen wirkten vorwiegend in den Bereichen Pädiatrie, Psychiatrie und Psychotherapie, Onkologie, Dermatologie, Neurologie oder Nephrologie.

Ärzte, jeweils per 31.12. (inkl. Krankenhaus ab 1987) / Anzahl Personen

Funktion	1972*	Davon Frauen in %	2000	Davon Frauen in %	2017	Davon Frauen in %
Chefärzte	6	0	6	0	8	12.5
Co-Chefärzte, Stellvertretende Chefärzte	0	0	0	0	3	67
Leitende Ärztinnen und Ärzte	0	0	13	23	32	30
Oberärztinnen und Oberärzte	7	0	14	50	43	33
Assistenzärztinnen und Assistenzärzte	21	9.5	42	57.1	58	76
Sonstige Ärzte	0	0	3	66.6	92	64
Total	34		78		236	

* 3. Jahr seit Betriebsaufnahme

Pflegepersonen

Die Pflege ist Teil der gesundheitlichen Versorgung der Patientinnen und Patienten. Soweit die Genesung unter ärztlicher Aufsicht zu erfolgen hat, sind die Pflegepersonen im Spital rund um die Uhr die unmittelbaren Ansprechpartner für Patientinnen, Patienten und Angehörige. Sie pflegen, begleiten, betreuen und beraten Patienten und unterstützen deren Angehörige bei Bedarf. Pflegefachpersonen unterstützen oder führen diagnostische oder therapeutische Massnahmen durch. Evidenzbasierte Pflege stützt sich auf die Erkenntnisse der Natur sowie der Geistes-, Sozial- und Pflegewissenschaften ab. Pflegerisches Fachwissen, gepaart mit hoher Sozial-Kommunikationskompetenz, gehört zu den wichtigsten Eigenschaften einer Pflegeperson. Der Arzt verordnet die medizinischen Behandlungen und Therapien, die das Krankheitsbild des Patienten erfordert (Medikamente, Kostform, Blutdrucklimiten etc.), und das Pflegepersonal setzt dies um.

1970

Schon 1966 begann sich der Betriebsausschuss mit der Rekrutierung des Krankenpflegepersonals zu beschäftigen. Es bestand schon seit Jahren ein Mangel an Fachpersonal, und erschwerend war auch die Eröffnung des Spitals Triemli 1970 mit einem Bedarf an 400 Pflegepersonen. Für den Betrieb der 12 Bettenstationen im Spital Limmattal wurden 130-140 diplomierte Krankenschwestern benötigt sowie spezialisierte Schwestern für die Operations- und Geburtsabteilung und die Intensivpflege. Es stellte sich als Glücksfall heraus, dass die Schwesternschule Theodosianum des Instituts Ingenbohl Interesse an der Angliederung der Schwesternschule an das Spital Limmattal bekundete. Der Spitalverband baute die Gebäude der Schwesternschule und vermietete diese an die weiter selbständige Schwesternschule Theodosianum. Damit konnte stets genug Pflegepersonal gesichert werden.

Auf den 1. September 1967 wurde als Spitaloberschwester Kasimira Regli, Ingenbohler Ordensschwester, angestellt. Sie hatte unter anderem die Aufgabe, die Mobiliaranschaffung für das Spital vorzunehmen und das Pflegepersonal anzustellen. Sie erfand im Spital Limmattal auch den fahrbaren Kleiderwagen für Patientinnen und Patienten, mit dem diese samt ihren Kleidern und ihren weiteren Sachen

einfacher verlegt werden konnten. Dieser fahrbare Kleiderwagen ist seit 1970 im Einsatz und kommt im neuen Akutspital immer noch zur Anwendung.

Bei der Aufnahme des Spitalbetriebes bestand das Pflegepersonal zur Hauptsache aus den Ordensschwestern, den von ihnen ausgebildeten diplomierten Schwestern sowie den Lernschwestern der Schwesternschule Theodosianum. Auf die Eröffnung hin waren 22 Ordensschwestern ins Spital Limmattal gekommen. 18 von ihnen waren im Pflegbereich tätig und hatten leitende Funktionen übernommen. Zehn diplomierte Krankenschwestern vom letzten Ausbildungslehrgang in Zürich konnten für das Spital Limmattal gewonnen werden. Ende 1970 waren im Spital 45 diplomierte Schwestern und 97 Lernschwestern der Schwesternschule Theodosianum tätig.



Fahrbarer Kleiderwagen, der in den Kasten auf der Bettenstation hineinpasst



Patientenweihnachtsfest 1971 / Unterschiedliche Hauben des Pflegepersonals

Die Pflegepersonen wurden mit „Schwester“ angeredet, was deutlich aufzeigt, dass es sich um einen Frauenberuf handelt. Sie trugen als Symbol der Berufszugehörigkeit eine Schwesterntracht mit Häubchen. Jede Pflegerinnenschule hatte ihr eigenes Häubchen. Jede Schwester hatte eine Werktags- und eine Sonntagstracht. Es war immer noch spürbar, dass die Krankenpflege Wurzeln in der kirchlichen Barmherzigkeit hatte. Im Spital Limmattal waren die katholischen Ordensschwestern des Instituts Ingenbohl präsent. Der erhaltene Lohn reichte noch kaum für den Lebensunterhalt.

Die gesetzlich vorgeschriebene wöchentliche Arbeitszeit des Pflegepersonals betrug 1970 noch 50 Stunden. In der Regel bedeutete dies aber einen 12-Stunden-Tag mit Zimmerstunden dazwischen. Da die Pflegepersonen oft in den Schwesternhäusern wohnten, waren sie jederzeit verfügbar. Das System mit den Zimmerstunden machte dies möglich.

Die Anstellung des Pflegepersonals erfolgte auf Antrag des Chefarztes durch den Betriebsausschuss. Das Pflegepersonal war den Chefarzten der jeweiligen Kliniken unterstellt. Die Chefarzte nahmen Einfluss auf die Arbeit des Pflegepersonals. Die Krankenpflege wurde als medizinischer Hilfsberuf verstanden.

Zu den Arbeiten des Pflegepersonals gehörte neben der Pflege auch das Verteilen der Mahlzeiten und das Auswechseln der Wäsche. Die Administrationsarbeiten waren noch gering. Nur wenige Patientendaten wurden dokumentiert.

Da die Mehrzahl des Pflegepersonals aus der Schwesternschule Theodosianum stammte, waren die Kenntnisse und Methoden, die Arbeitseinstellung und die Berufsauffassung einheitlich, was die Arbeit wesentlich erleichterte.



Schwesternschule 1971

Wesentliche Veränderungen:

- Ab 1971 konnten kürzere Arbeitszeiten bei der Anstellung vereinbart werden. Erst 1996 wurde die Arbeitszeit auf 42 Stunden reduziert.
- 1994 wurde die Bezugspflege im Spital eingeführt. Jeder Patientin und jedem Patienten wurde eine Pflegeperson zugeordnet, die diese individuell vom Eintritt bis zum Austritt betreut und pflegt.
- Erst 1995 wurde die Pflegedienstleiterin als stimmberechtigtes Mitglied in die Spitalleitung sowie als beratendes Mitglied in den Betriebsausschuss und die Bau- und Spitalkommission aufgenommen. Begründet wurde dies mit den Hinweisen, dass der Pflegedienst neben dem medizinischen Bereich der bedeutende Erbringer patientenbezogener Dienstleistungen ist und den grössten personellen Sektor im Spital darstellt. Damit bekamen die Pflegepersonen, die immer besser ausgebildet und professioneller tätig waren, den ihnen zustehenden Stellenwert.
- 2001: Das Zürcher Pflegepersonal, zu dem auch die Pflegepersonen des Spitals Limmattal gehörten, war mit der durch den Regierungsrat be-

schlossenen Lohneinreihung bei der strukturellen Besoldungsrevision 1991 nicht einverstanden. Auch das Pflegepersonal des Spitals Limmattal hat an kurzen Protestkundgebungen teilgenommen. Das Verwaltungsgericht des Kantons Zürich hat die Lohneinreihung des Pflegepersonals und der Physio- und Ergotherapeutinnen als diskriminierend und als Verstoss gegen den Grundsatz „gleicher Lohn für gleichwertige Arbeit“ bezeichnet. Entsprechend erfolgten Nachzahlungen der Löhne ab 1996 und eine Neueinreihung ab 1. Juli 2001.

2018

Von der Krankenschwester zur Pflegefachfrau. Es sind keine Ordensschwestern mehr im Spital Limmatal tätig. Auch die Schwesternschule Theodosianum besteht nicht mehr. Arbeitskleidungen des Pflegepersonals sind nicht mehr die Schwesterntracht mit Häubchen, sondern funktionelle Berufskleider mit Hosen. Die Anrede erfolgt mit dem Nachnamen der Pflegeperson.

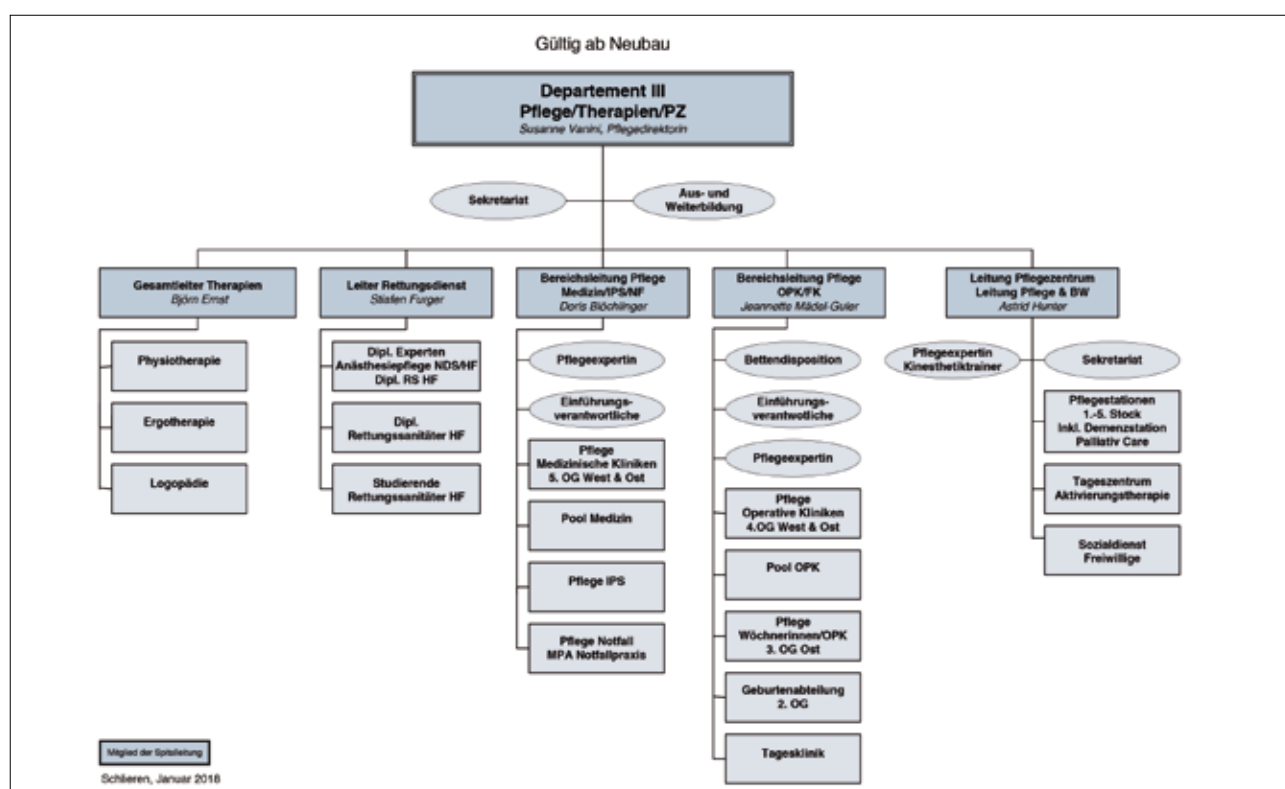
Das System der Ausbildung der Personen im Pflegebereich auf Stufe höhere Fachausbildung (HF) oder Fachhochschule (FH) erfolgt angeglichen an das duale Berufsbildungssystem in der Schweiz (siehe Seiten 44/45). Die praktische Ausbildung erfolgt im Spital oder in Spitexbetrieben und Langzeitpflegeinstitutionen. Die schulische Ausbildung erfolgt im Kanton Zürich für die Stufe höhere Fachausbildung

in den zwei Berufsbildungszentren im Kanton Zürich, dem Careum Bildungszentrum in Zürich und dem Zentrum für Ausbildung im Gesundheitswesen Kanton Zürich in Winterthur. Mit der Einführung der neuen Pflegediplome wurde ab 2002 auch die Berufsbezeichnung angepasst. Nun galt es, sich von der Krankenschwester zu verabschieden. Die Berufsbezeichnung Dipl. Pflegefachfrau und Dipl. Pflegefachmann wurde eingeführt.

Die Pflegepersonen sind mit rund 400 Mitarbeitenden die grösste Personalgruppe im Spital (siehe Zusammenstellung Personal Seite 27). Seit 1970 hat sich eine eigene Berufsidentität herausgebildet. Die Pflege ist heute nicht mehr dem Chefarzt unterstellt. Die Pflegedirektorin führt das Departement III (siehe Leitungsorganisation Seite 16 und nachstehendes Organigramm des Departements III) und ist gleichgestelltes Mitglied mit den Leitern der ärztlichen Departemente I und II.

Die Pflegepersonen haben die 42-Stunden-Woche. Für sie gilt auch der 8,4-Stunden-Tag, der zu einem Dreischichtbetrieb führt. Für Nacht- und Wochenendarbeit werden Zuschläge bezahlt.

Einige Grundzüge und Werthaltungen der Pflegearbeit sind im Pflegealltag immer noch relevant. Empathie, Menschlichkeit und Fürsorge gehören weiter zum Berufsverständnis der Pflege. Die in den letzten Jahrzehnten gesunkene Aufenthaltsdauer im Spital hat die Arbeit der Pflege massgeblich beeinflusst. Die Arbeit wurde verdichtet und intensiviert. Die Digitalisierung hat 2004 ebenfalls Einzug gehalten, die Papierdokumentation wurde durch eine elektronische berufsübergreifende Dokumentation ersetzt. Ebenfalls sind verschiedene administrative Aufgaben dazugekommen. Die gesamte Pflege verlangte nach einer strafferen Organisation. Pflegefachpersonen sind oft in interdisziplinären Teams eingebunden.



Der Pflegedienst hat für seine Tätigkeit ein Leitbild mit Punkten zum Führungs- und Berufsverständnis erarbeitet, das die Professionalität der Pflegearbeit aufzeigt. Darin werden auch die Werte, Ziele und Anforderungen formuliert.

Pflegepersonen finden sich in den folgenden Bereichen:

- **Bettenstationen**

Während des Spitalaufenthalts sind die diplomierten Pflegefachpersonen der Bettenstationen für die fachliche und individuelle Pflege und Betreuung der Patienten zuständig. Das Wohlbefinden des einzelnen Patienten steht dabei im Mittelpunkt. Jedem Patienten wird eine diplomierte Pflegefachperson als Bezugsperson zur Seite gestellt. Die Pflegefachperson nimmt an den Arztvisiten teil, und dadurch kann die Behandlung optimiert und die Genesung beschleunigt werden.

Auf den Bettenstationen arbeiten neben diplomierten Pflegefachpersonen auch Fachfrauen und Fachmänner Gesundheit, Patientenservicemitarbeitende sowie Lernende und Studierende unterschiedlicher Ausbildungsstufen. Die Bezugsperson ist Ansprechpartnerin bei Fragen, koordiniert die Pflege und arbeitet eng mit dem ärztlichen Dienst sowie mit anderen Bereichen interprofessionell zusammen. Die Stationsleitung ist verantwortlich für die Dienstleistungen, die auf ihrer Station erbracht werden. Sie führt das Pfllegeteam von rund 30 Mitarbeitenden, organisiert den Stationsalltag und die verschiedenen Berufsgruppen innerhalb ihres Teams und steht für Fragen und Anliegen rund um das Leistungsangebot auf der Bettenstation zur Verfügung.

Die Dienstleistungen der Hotellerie (Gastronomie und Room Service) werden von Patientenservicemitarbeitenden und nicht mehr vom Pflegeper-



Pflege 2018

sonal erbracht. Wichtig sind ein guter Zimmerstandard und der gepflegte Service. Die Angebote unterscheiden sich je nach Versicherungsklasse des Patienten. Im neuen Spital gibt es nur noch Zweier- und Einzelzimmer, welche den Aufenthalt angenehmer machen.

- **Tagesklinik**

Patienten mit ambulanten Operationen werden in der Tagesklinik vor und nach dem Eingriff betreut und überwacht. Es stehen im Neubau 12 Einzelkojen für diese Patientengruppe zur Verfügung.

- **Frauenklinik**

Mit Beginn einer Schwangerschaft werden Frauen von Hebammen sowie vom ärztlichen Dienst der Frauenklinik betreut. Nach der Geburt werden die Frauen mit den Neugeborenen im Wochenbett umsorgt. Dort werden sie in der Neugeborenenpflege unterstützt und auf die Zeit zu Hause vorbereitet.

- **Intensivpflegeabteilung**

Auf der interdisziplinären Intensivstation des Spitals Limmattal werden Patienten mit vital akut bedrohlichen Krankheitssituationen, nach grossen Operationen oder einem schweren Unfall von einem spezialisierten Team betreut. Das Team der Intensivstation setzt sich aus Pflegefachpersonen mit zweijährigem Nachdiplomstudium in Intensivpflege, Ärzten mit Fachausweis in Anästhesie- und Intensivmedizin sowie Physiotherapeuten zusammen.

- **Notfall**

Die Mehrzahl der diplomierten Pflegefachpersonen im Notfall verfügt über ein zweijähriges Nachdiplomstudium in Notfallpflege. Das Pfllegeteam arbeitet sehr eng interprofessionell mit den Ärzten der Notfallstation zusammen.

- **Operationsbereich**

Die OP-Lagerungspflege ist ein Team von qualifizierten Fachpersonen, welches für den Empfang der Patientinnen und Patienten an der OP-Schleuse verantwortlich ist. Nach dem Empfang werden die Patienten auf den eigens für sie vorbereiteten OP-Tisch umgebettet. Die Hauptaufgabe der OP-Pflege ist die korrekte Vor- und Nachbereitung der Operationen sowie das Zudienen und Instrumentieren während der Operationen. Bei operativen Eingriffen sind immer zwei Fachpersonen anwesend, wobei eine der beiden Personen zudient und die andere Person instrumentiert.

Das spezialisierte Team der Anästhesiepflege betreut Patienten vor, während und nach einer Operation. Die Anästhesiepflege begleitet Patienten in Zusammenarbeit mit den Anästhesieärzten während dem Eingriff kompetent und sicher. Das Anästhesiepflegepersonal verfügt über ein zweijähriges Nachdiplomstudium in Anästhesiepflege.

Verwaltung – Logistik, Hotellerie, Finanzen, Administration

Für den Betrieb eines Spitals braucht es neben der Ärzteschaft und den Pflegepersonen auch Mitarbeiterinnen und weiteren Mitarbeiter. Diese sorgen für:

- das Funktionieren aller Anlagen
- den Unterhalt der Gebäude
- die Verpflegung der Patienten und der Mitarbeiter
- die Reinigung des Spitals
- den Einkauf und die Lagerung der Verbrauchsmaterialien
- die Wäscheversorgung
- die Buchführung und die Rechnungstellung von Leistungen des Spitals und vieles mehr.

1970

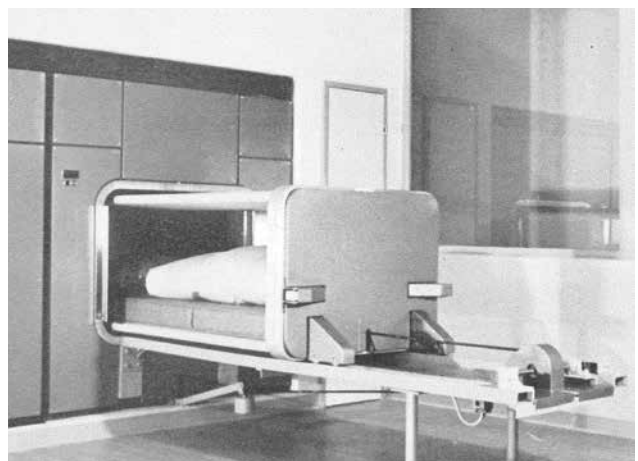
Der Spitalverwalter war nach den Statuten zuständig für die ökonomische und administrative Leitung des Spitals, das Kassa- und Rechnungswesen des Verbandes und die Betriebsrechnung.

Die Verwaltung und der Betrieb unterstanden dem Spitalverwalter. Dazu gehörten insbesondere:

- Empfang von Patientinnen und Patienten sowie Besuchern
- Post- und Telefonzentrale
- Verpflegung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (inkl. Nachtbuffet)
- Führung des Kassa- und Rechnungswesens (wie Führung Buchhaltung, Erstellung der Rechnungen für die erbrachten Leistungen und das Inkasso, Kontrolle und Bezahlung von eingehenden Rechnungen)
- Personalwesen (Ausschreibungen zur Gewinnung von Personal, Abschluss und Beendigung von Arbeitsverhältnissen, Beratung, Führung Lohnbuchhaltung)
- Fürsorge für Patientinnen oder Patienten
- Zentrale Küche mit Haupt- und Diätküche, Kalte Küche, Patisserie, Milch- und Kaffeeplatz (Hier konnten 800 bis 1'000 Essen pro Tag zubereitet werden.)
- Speisenverteilungsanlage mit Fließband-Tablettierung
- Zentrale Geschirrspülanlage
- Zentraler Reinigungsdienst
- Einkauf und Betrieb Zentrallager für alle Gegenstände und Verbrauchsmaterialien
- Bettenzentrale mit Desinfektionsanlage
- Versorgung des Spitals mit Kalt- und Warmwasser
- Werkstätten mit den technischen Mitarbeitern und Handwerkern
- Krankentransportdienst
- Wäscherei und Näherei
- Gärtnerei



Reinigungsdienst 1970



Zentrale Bettendesinfektion 1970

Dem Spitalverwalter unterstanden unter anderem folgende Kadermitarbeiter, welche für die einzelnen Bereiche zuständig und ihm gegenüber verantwortlich waren:

- Die 1. Hausbeamtin: Leiterin unter anderem des hauswirtschaftlichen Bereichs wie Reinigungsdienst, Speisenverteilung, Wäsche- und Bettenzentrale und Näherei
- Werkstattchef: Leiter der Werkstätten und des Krankentransportdienstes, verantwortlich für technische Einrichtungen wie Heizung, Klima- und Abluftanlagen sowie Bau- und Reparaturdienste
- Küchenchef: Küche mit Speiseverteilungsanlage und Geschirrspülung
- Chefbuchhalter: zuständig für das Kassa- und Rechnungswesen
- Leiter des Personalbüros
- Fürsorgerin: Beratung von Patientinnen und Patienten, Organisation von Kuraufenthalten und Rehabilitationen sowie Pflegeplätzen
- Obergärtner: Pflege der Spitalumgebung und Schmücken des Spitalinnern mit Pflanzen

Der Personalbestand für diesen Bereich ist auf Seite 27 ersichtlich.

Als praktisches Beispiel wird die Verteilung der Speisen zu den Patientinnen und Patienten näher betrachtet:

Üblich war in den Spitälern der Transport des Essens zu den Pflegestationen in geheizten Wagen. Dort wurde das Essen von den Krankenschwestern für jede Patientin und jeden Patienten in Teller geschöpft und mit dem Besteck zu ihr oder ihm gebracht. Geschirr und Besteck wurden nach dem Essen in den Teeküchen der Pflegestationen gewaschen. Direkt zurück in die Küche kamen nur die heizbaren Wagen und das Grossgeschirr für die Speisen.

Die Spitalkommission hatte sich schon 1963 für ein modernes Speiseverteilungssystem (Tellerservice) entschieden, das in der Schweiz noch in keinem Spital in Betrieb war. Am Vortag wurden die Patientinnen und Patienten nach den Menüwünschen befragt. Das Anrichten der Speisen erfolgte in der Hauptküche auf Tablett mit einem Fliessband. Jedes Tablett enthielt eine Karte mit dem Namen der Patientin oder des Patienten und die Angaben zur Essensportion (Grösse, Diät). Die Teller hatten eine Metall-

platte im Boden, die je nach Speise aufgeheizt oder auch gekühlt werden konnte. Zudem wurden die Speisen mit einem Metalldeckel zugedeckt. So blieben sie lange warm. Pro Minute konnten auf dem Fliessband sieben Tablett hergerichtet werden. Die Tablett wurden in unbeheizten Speisetransportwagen in die Pflegestationen gebracht und dort durch die Lernschwestern oder Pflegehilfen an die Patienten verteilt. Nach dem Essen wurde das Geschirr und Besteck wieder in die Hauptküche zurückgebracht und dort zentral in grossen Geschirrwaschmaschinen gewaschen und getrocknet.



Essensverteilung, noch durch das Pflegepersonal



Küche 1970, mit Fliessband für die Tablett

2018

Der Spitaldirektor oder die Spitaldirektorin ist verantwortlich für eine zielgerichtete und wirtschaftliche Unternehmensführung im Rahmen der Vorgaben der übergeordneten Verbandsorgane (Art. 37 Statuten 2012).

Die Führung eines Spitals ist vielfältiger und komplexer geworden. Dem Spitaldirektor oder der Spitaldirektorin stehen zur Erfüllung der vielfältigen Aufgaben mehrere Personen mit besonderem Fachwissen in Stabs- und Linienstellenfunktionen bei. Die Funktionen Logistik und Hotellerie sowie Finanzen und Administration sind eigene Departemente, die ebenfalls dem Spitaldirektor oder der Spitaldirektorin unterstellt sind. Das Organigramm auf Seite 16 zeigt die Organisation im neuen Spital auf.

Die Verwaltung, Logistik, Hotellerie, Finanzen und Administration haben folgende Bereiche:

a) Departement IV (Logistik und Hotellerie)

1. Hotellerie

Zur Hotellerie gehören der Betrieb der Küche für die Patientinnen und Patienten, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und die Besucher, dann die Verteilung der Speisetabletts auf den Bettenabteilungen, die Führung des Restaurants für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie der Besucher.

Aber auch die Betten- und Wäschezentrale gehören dazu. Die Hotellerie ist dafür verantwortlich, dass immer genügend Betten und Wäsche bereitstehen. Die Wäsche des Spitals wird in einer Grosswäscherei auswärts gewaschen. Eine kleine Wäscherei, eine Büglerei und eine Näherei/Flickerei bestehen noch im Haus. Von der Hotellerie wird auch die Berufswäsche für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter abgegeben.

In der Küche wurde das Fließbandsystem zum Anrichten des Essens der

Patientinnen und Patienten ersetzt. Tandem-Teams mit je einem Diätkoch und einer Küchenmitarbeiterin auf zwei verstellbaren Anrichte-Ebenen richten die Essen auf den Tablett her.

2. Technischer Dienst

Für Reparaturarbeiten, Umbauten, Erneuerungen und den Unterhalt der Bauten und Geräte ist der Technische Dienst zuständig

Bei der Planung und dem Bau des neuen Spitals wurde speziell auf einen effizienten und möglichst kostengünstigen Unterhalt geachtet, so sind zum Beispiel alle Leitungen in Schächten oder in den Deckenhohlräumen gut zugänglich.

3. Einkauf

Der Einkauf ist für die Beschaffung und die Sicherstellung der Verbrauchsmaterialien für den ganzen Spital zuständig. Dazu wird im Spital ein zentrales Lager geführt. Die alltäglichen Verbrauchsgüter werden von den Mitarbeitern auf die Statio-



Küche im neuen Spital. Hier werden über 1'300 Mahlzeiten pro Tag zubereitet



Kunstwerk im Innenhof beim Empfang nach einer Idee von Richard Peterhans, Schlieren

nen verteilt. Sie müssen diese nicht mehr im Zentrallager bestellen, sondern haben immer gefüllte Schränke.

4. Hausdienst

Der Hausdienst ist für die Reinigungsarbeiten im ganzen Spital zuständig. Zum Hausdienst gehört auch die Gärtnerei. Die Gärtnerei ist für den Unterhalt der Spitalumgebung (auch den Winterdienst) und der Pflanzen (auch Blumenschmuck) im Spital verantwortlich.

5. Sozialdienst

Der Sozialdienst organisiert Kuraufenthalte und Rehabilitationen und darüber hinaus auch Alters- und Pflegeheimplätze. Dazu kommt vermehrt die Beratung von Menschen mit Sucht- oder Sozialproblemen.

6. Dienste

Hiezu gehören der Empfang, die Bedienung der Telefonzentrale, der Patientenservice, die Bibliothek und die Verwaltung des Personalhauses. Die Patientinnen und Patienten werden

vom Patientenservice über die Abläufe und die Nutzung der Einrichtungen in den Zimmern instruiert.

Für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Spitals steht die eigene Kinderkrippe zur Verfügung.

b) Departement V (Finanzen und Administration)

1. Finanzen

Zu den Aufgaben der Finanzen gehören die Führung des Kassawesens und der Buchhaltung (inkl. Anlagebuchhaltung) sowie die Abschlüsse nach den verschiedenen Rechnungsstandards (SWISS, GAAP, FER und HRM). Auch hat die Finanzabteilung die finanziellen Mittel für den Betrieb und die Investitionen des Spitals sicher zu stellen.

2. Controlling

Die Kontrolle der Rechnungsabschlüsse nach den gesetzlichen Vorgaben und die Berichterstattung dazu sind Aufgaben des Controllings. Ebenfalls

kommt die Führung der gesetzlich vorgeschriebenen Statistiken dazu.

3. Patientenadministration

Sämtliche Patientinnen und Patienten im Spital werden für alle Kliniken durch die Patientenadministration erfasst. Dies beinhaltet insbesondere die Aufnahme aller Daten der Patientinnen und Patienten und Fakturierung aller Leistungen unter Berücksichtigung der Tarifsysteme.



Anrichtestation für die Mahlzeiten durch das Tandem-Team



Empfangshalle

Spitalverwalter – Spitaldirektor

In den Statuten kommt dem Spitalverwalter oder Spitaldirektor neben den politisch zusammengesetzten Behörden seit jeher eine zentrale Bedeutung zu. In den Statuten 1958 ist er Verbandsorgan (Art. 4, Statuten 1958). In den Statuten 2012 kommt ihm nicht mehr der Organstatus zu, jedoch werden sein umfassender Status, seine Aufgaben und seine Kompetenzen näher umschrieben (Art. 37-39, Statuten 2012). Die Berufsbezeichnung hat sich vom Spitalverwalter (Statuten 1958) zum Verwaltungsdirektor (Statuten 2000) und zum Spitaldirektor (Statuten 2012) gewandelt. Verändert hat sich aber nicht nur die Bezeichnung. Auch Aufgaben und Kompetenzen sind grösser und umfassender geworden. Das Berufsbild hat sich in den 48 Jahren sehr stark gewandelt.

1970

Der Spitalverwalter hatte die ökonomische und administrative Leitung des Spitals und besorgte das Kassen- und Rechnungswesen des Verbandes und die Betriebsrechnung. Ihm wurde für die Angelegenheiten des Spitals und im Rahmen der ihm übertragenen Kompetenzen Einzelunterschrift erteilt (Art. 17, Statuten 1958). Gefragt war ein disziplinierter, fleissiger und zuverlässiger Organisator und Administrator. Dem leitenden Chefarzt wurde die ärztliche Leitung des Spitals übertragen (Art. 34, Statuten 1958). Vereinfacht ausgedrückt kümmerte sich der leitende Chefarzt um die Medizin und der Spitalverwalter um das Kaufmännische. Eine klare Abgrenzung dieser beiden Bereiche war nicht möglich. Wollte der Chefarzt ein neues medizinisches Gerät anschaffen, hatte der Spitalverwalter, der für das Budget verantwortlich war, auch ein Mitspracherecht.

Leitender Chefarzt und Spitalverwalter bildeten zusammen die Spitalleitung (siehe Gesamtorganigramm 1992 Seite 14). Diese sogenannte „Zweibein-Struktur“ war in vielen Spitälern üblich. Der Spitalleitung waren alle Bereiche unterstellt. Spitalverwalter und leitender Chefarzt mussten sich in vielen Geschäften einigen. Aufgrund der unterschiedlichen beruflichen Ausbildung des Spitalverwalters und des leitenden Chefarztes waren Meinungsunterschiede unvermeidlich. Bei dieser Organisation trug niemand

die operative Gesamtverantwortung. Der Spitalleitung beratend zur Seite standen die Chefärztekonzferenz, die Hauskommission und die Hygienekommission.

Im Geschäftsbericht 1973 bemerkte Spitalverwalter Paul Stiefel: „Management ganz allgemein, Personal-Management im Besonderen und neuerdings der Beizug von Betriebswirtschaftlern sollen jeden modern geführten Betrieb kennzeichnen“. Hatte er damals schon eine Vorahnung von den sich in den nächsten Jahrzehnten abzeichnenden Veränderungen?

Mit den Statuten vom 23. August 2000 wurde die Spitalleitung als Organ institutionalisiert. Sie setzte sich zusammen aus dem Verwaltungsdirektor oder der Verwaltungsdirektorin, dem Ärztlichen Direktor oder der Ärztlichen Direktorin und dem Pflegedirektor oder der Pflegedirektorin. Der Spitalleitung oblag die operative Führung des Spitals und des Pflegezentrums. Mit der Spitalleitung wurde eine „Dreibein-Struktur“ geschaffen.

2018

Das Spitalumfeld hat sich seit 1970 stark verändert. Insbesondere der Druck der Politik und der Krankenkassen auf die Kosten im Gesundheitswesen, der Wettbewerb um Patientinnen und Patienten und die immer stärkere Regulierung des Gesundheitswesens haben das Profil für den Spitalverwalter verändert. Es begann die „Zeit der Ökonomen“. Gefragt waren nun nicht mehr Verwalter, sondern Manager mit Führungseigenschaften für einen komplexen Betrieb mit verschiedenen Kulturen. Der Spitaldirektor oder die Spitaldirektorin hat auch Strategien für die Zukunft des Spitals zu entwickeln. Er oder sie bringt heute in der Regel eine akademische Ausbildung und Führungserfahrung in grossen Unternehmen mit. Um die vielfältigen Aufgaben wahrzunehmen, unterstützen ihn qualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter folgender Stellen:

1. Unternehmensentwicklung

Das Spitalumfeld verändert sich laufend, insbesondere auch durch die gesetzlichen Regulierungen. Mit der Unternehmensentwicklung werden alle Veränderungen aktiv verfolgt und angegangen. Zudem werden Arbeitsabläufe analysiert und optimiert. Mit der Unternehmensentwicklung soll das Spital für die Zukunft immer fit sein.

2. Personalabteilung

Die Personalabteilung ist für die Entwicklung und Umsetzung der Personalpolitik im Spital zuständig. Die Gewinnung von neuen und talentierten Mitarbeitern durch den Einsatz von Internet und Website und der sozialen Medien oder auch in Zusammenarbeit mit professionellen Stellenvermittlern gehört ebenfalls zu den Aufgaben. Die Personalabteilung ist auch verantwortlich für die Betreuung der grossen Zahl von Lernenden. Für die Ausschreibung einer Stelle bis zur Vertragsunterzeichnung ist die Personalabteilung zuständig.

Auch werden Mitarbeiterumfragen vorgenommen und aufgrund der Rückmeldungen Verbesserungen vorgeschlagen. Ferner werden die Fragen der Sozialversicherungen betreut. Die Personalabteilung wird für Kurse für die Mitarbeiter eingesetzt. Nicht zuletzt ist die Personalabteilung auch Ansprechpartnerin der Personalkommission.

3. Informatik und Projekte

Diese Stelle unterstützt den Spitaldirektor in allen Fragen rund um die Informatik. 1970 hatte die Informatik nur eine geringe Bedeutung. Eine einfache EDV-Anlage mit Magnetkarten vor allem für das Rechnungswesen war vorhanden. 1978 wurde von der Gesundheitsdirektion die Einführung einer Kostenrechnung verlangt. Dafür wurde das EDV System ASKIS-DC (Allgemeines Spital Kommunikations- und Informationssystem) mit verschiedenen Anwendungslösungen erworben. Aktuell ist das Arbeiten ohne Informatik im Spital nicht mehr möglich. Die Erfassung der Patientendaten, Dokumentation über den Krankheitsverlauf und die verordneten Medikamente, die Bestellung der Menüs durch die Patientinnen und Patienten, die Leistungserfassung, das Rechnungswesen, die Lagerhaltung, der Einkauf von Verbrauchsmat-

terialien und vieles mehr erfolgt mit Hilfe der Informatik. Zur Informatik gehören aber auch die Telefonie und die Zugriffsmöglichkeiten der Patientinnen und Patienten auf das Internet und auf Unterhaltungssysteme wie TV- oder Radioprogramme. Im neuen Spital sollen die Patientinnen und Patienten ihre eigenen Geräte (Smartphones, Laptops, Tablets) verwenden oder Geräte mieten können. Die Informatik muss sich dauernd den neuen Herausforderungen anpassen.

4. Klinik Support

Diese Stabsstelle fördert und unterstützt die schnelle Codierung der medizinischen Leistungen durch die ausgebildeten Medizincodierer. Die umfassende und korrekte Erfassung der Leistungen nach einem vorgegebenen Katalog ist wichtig für die rechnungsprüfenden Krankenkassen. Mit den Daten ist auch ein Medizincontrolling möglich.

5. Marketing und Kommunikation

Die Kommunikation über das Spital und das Marketing über die Entwicklung und seine Leistungen sind immer wichtiger geworden. Dazu gehören die Gestaltung eines einheitlichen Spitalauftrittes, die Medienarbeit, die Gestaltung einer attraktiven Website, die Organisation von Anlässen und Publikumsveranstaltungen oder auch die Herausgabe der Personalzeitschrift „Limmi-Inside“.

Der Spitaldirektor oder die Spitaldirektorin ist verantwortlich für eine zielgerichtete und wirtschaftliche Unternehmensführung im Rahmen der Vorgaben der übergeordneten Verbandsorgane (Art. 3, Statuten 2010). Damit trägt nun der Spitaldirektor die operative Gesamtverantwortung für das Spital allein, wozu insbesondere auch die Budgetverantwortung gehört. Erarbeitet werden alle wesentlichen Entscheide (Organisation, Ziele, Strategien, Richtlinien, Leistungen,

Budget, Rechnung usw.) von der Spitalleitung, dem Führungsgremium in Sachfragen. Die Spitalleitung besteht neben dem Spitaldirektor als Vorsitzendem aus der Pflegedirektorin, dem Leiter Ärztliches Departement I, dem Leiter Ärztliches Departement II, der Leiterin Departement III (Pflege/Therapie), der Leiterin Departement IV (Logistik/Hotellerie) und dem Leiter Departement V (Finanzen/Administration), siehe Organigramm Seite 16, welche alle in der Linienfunktion dem Spitaldirektor unterstellt sind.

Der Einfluss der Ärzte auf die Führung des Spitals hat sich zwischen 1970 und 2018 verkleinert, da ihnen das betriebswirtschaftliche Wissen zur Führung eines Spitals in der Regel fehlt. Für ein Spital kann es aber auch problematisch sein, wenn die Führung durch einen Ökonomen erfolgt, der kein medizinisches Wissen hat.

2013 wurde das Management des Spitals Limmattal als erstes Schweizer Spital mit dem Klinikaward „Manager des Jahres“ ausgezeichnet.

Zusammenstellung der Spitalverwalter, Verwaltungsdirektoren und Spitaldirektorinnen und Spitaldirektoren auf Seite 76.

Aus-, Weiter- und Fortbildung der Ärzte

Die Ausbildung zum Arzt in Humanmedizin, die Weiterbildung und die lebenslange Fortbildung werden heute im Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe vom 23. Juni 2006 (Medizinalberufegesetz) geregelt. Die Erfahrungen aus dem Sonderbundskrieg von 1847 und die zunehmende interkantonale Migration führten 1877 zum Bundesgesetz betreffend die Freizügigkeit des Medizinalpersonals in der Schweizerischen Eidgenossenschaft (FMPG), das den Mindeststandard für die ärztliche Versorgung in allen Kantonen vorschrieb und den militärischen Sanitätsdienst vereinfachte. Der Gesetzgeber versuchte diese Ziele durch Kontrolle der Vor- und Schlussprüfungen zu erreichen. Das Bestehen der eidgenössischen Prüfung attestierte die Befähigung zur Berufsausübung. Die Weiterbildung der Ärzte wurde 2001 gesetzlich geregelt. Die lebenslange Fortbildung der Ärzte wurde erst mit dem Medizinalberufegesetz vom 23. Juni 2006 gesetzlich vorgeschrieben.

1970

Die Ausbildung zum Arzt ist ein akademisches Studium. Die vollständige Ausbildung in Humanmedizin wurde an den Universitäten Basel, Bern, Genf, Lausanne und Zürich angeboten. Voraussetzung war ein eidgenössischer Maturaabschluss.

Das Medizinstudium dauerte sechs Jahre. Es beinhaltete eidgenössische Vorprüfungen in den naturwissenschaftlichen Grundlagenfächern nach dem ersten und zweiten Studienjahr und ein eidgenössisches Schlussexamen am Ende des Medizinstudiums.

Nach abgeschlossenem Staatsexamen durfte der Titel „Arzt“ oder „dipl. Arzt“ verwendet werden, und die Ärztin oder der Arzt durfte damit eine Hausarztpraxis eröffnen.

Die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) bot bereits die Möglichkeit an, eine Facharztkompetenz zu erwerben. Verlangt wurde eine praktische Ausbildung in Spitälern in der Regel von fünf Jahren. Für den Erhalt des Facharztstitels (zum Beispiel Facharzt FMH für Allgemeinmedizin) mussten Bestätigungen über die Tätigkeit im entsprechenden Facharztgebiet eingereicht werden. Erfüllte der Kandidat die Voraussetzungen, erhielt er die Berechtigung zur Verwendung des Facharztstitels mit der Zusatzbezeichnung FMH.

An den Universitäten konnte auch der Titel „Dr. med.“ erworben werden. Voraussetzung dazu war eine Dissertation, die vom Inhalt und vom Umfang her in der Regel eher einer heute üblichen Bachelor- oder Masterarbeit entsprach. Es genügte für die Verleihung des Titels die Veröffentlichung der Dissertation in einer medizinischen Fachzeitschrift bzw. eine Begutachtung durch zwei Referenten.

Das Spital Limmattal war als Ausbildungsort für Assistenz- und Oberärzte anerkannt. Es wurde mit der Spitaleröffnung in das Unterrichts- und Examenprogramm der medizinischen Fakultät der Universität Zürich eingegliedert. Die Chefärzte und Leitenden Ärzte hatten sich immer sehr stark für die Weiterbildung der Assistenz- und Oberärzte engagiert.

Die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) bot ihren Mitgliedern zudem vielfältige Weiterbildungsmöglichkeiten an.

1998 wurde erstmals wegen des zu knappen Studienplatzangebotes an den Universitäten Basel, Bern, Freiburg und Zürich ein Eignungstest für die Zulassung zum Medizinstudium (numerus clausus) durchgeführt. Für das Studienjahr 2017/2018 hat der Regierungsrat die Zahl der Studienplätze für Humanmedizin auf 372 festgelegt.

2018

Das nach wie vor sechsjährige universitäre Humanmedizinstudium vermittelt das auf naturwissenschaftlichen und humanwissenschaftlichen Kenntnissen aufbauende medizinische Wissen, das die Grundlage der klinischen Medizin bildet. Daneben ist das Erlernen der ärztlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten zentral für die praxisnahe und fächerübergreifende Ausbildung der angehenden Ärztinnen und Ärzte. Neben dem Pflicht- oder Kernstudium können die Studierenden im Mantelstudium aus einem Wahlpflichtangebot verschiedene Module aus einer Vielzahl von Gebieten von der Chirurgie, Inneren Medizin und ambulanten Disziplinen wie Hausarztmedizin, über klinischen Epidemiologie, Medizininformatik und Patientensicherheit bis hin zu Schmerz- oder Palliativmedizin oder Praktika im Biomedizinischen Forschungslabor auswählen. Das 6-jährige Studium wird mit dem Titel „Master of Medicine“ abgeschlossen.

Die Medizinische Fakultät der Universität Zürich hat ihre Studiengänge entsprechend dem Bologna Modell reformiert. Nach den ersten drei Jahren wird der Bachelor of Medicine erworben. Nach weiteren drei Studienjahren, wozu auch ein Wahlstudienjahr bzw. praktisches Jahr als Unterassistenz in verschiedenen Fachgebieten von je einem bis vier

Monaten gehört, wird der Master of Medicine erworben. Hierzu gehört auch das Verfassen einer Masterarbeit. Der Masterabschluss berechtigt zur Anmeldung an die Eidgenössische Schlussprüfung.

Das Spital Limmattal bietet den Studentinnen und Studenten der Universität Zürich während des Studiums in verschiedenen Bereichen Studentenkurse an. Ebenfalls werden Praktikas im Wahlstudienjahr als Unterassistenten angeboten.

Nach dem erfolgreichen Abschluss der Eidgenössischen Schlussprüfung darf der Titel „dipl. Arzt“ verwendet werden, und die Ärztin oder der Arzt ist zur Arbeit unter Aufsicht als Assistenzärztin oder Assistenzarzt in Spitälern oder Arztpraxen befugt.

Für die Verleihung des Titels „Doktor der Medizin“ oder „Dr. med.“ wird eine Dissertation verlangt, mit der eine selbständige wissenschaftliche Forschungsleistung im human- oder naturwissenschaftlichen Bereich verbunden ist. Von der Universität Basel wird ausdrücklich eine einjährige Forschungstätigkeit verlangt. Die Dissertation ist gegenüber 1970 weitaus aufwändiger und anspruchsvoller. Es wird erwartet, dass in Zukunft weniger Absolventinnen oder Absolventen der Eidgenössischen Schlussprüfung die Doktorwürde erlangen werden.

Seit dem 1. Juni 2002 besteht ein Weiterbildungs- und Fortbildungsobligatorium.

Der Erwerb eines Facharzttitels ist Voraussetzung für die selbständige Berufsausübung als Ärztin oder Arzt. Die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) als Weiterbildungs- und Fortbildungsorganisation im Bereich Humanmedizin verleiht die Facharzttitel. Rund 46 Facharzttitel können erworben werden. Die

Dauer der Weiterbildung beträgt in der Regel fünf bis sechs Jahre. Die abschliessende Facharztprüfung ist obligatorisch. Die Ärztin oder der Arzt darf sich nach erfolgreichem Prüfungsabschluss als „Fachärztin“ oder „Facharzt“ in Verbindung mit dem Fachgebiet (zum Beispiel Fachärztin oder Facharzt für Allgemeine Innere Medizin) bezeichnen.

Kein Facharzttitel ist der Weiterbildungstitel „Praktische Ärztin“ oder „Praktischer Arzt“. Nach dreijähriger Weiterbildung kann dieser Titel mit einer Prüfung erworben werden. In der Regel gilt der Titel „Praktischer Arzt oder Praktische Ärztin“ als Basisweiterbildung für den späteren Erwerb des Facharzttitels Allgemeine Innere Medizin.

Die Weiterbildung der Assistenzärztinnen und Assistenzärzte zum Erwerb des Facharzttitels ist eine wichtige Aufgabe des Spitals Limmattal. Neben der individuellen Betreuung durch die Begutachtung der Patientenar-

beit gibt es wöchentlich verschiedene Weiterbildungsveranstaltungen teilweise zusammen mit den Hausärzten der Region. Auch werden intern Artikel aus medizinischen Fachzeitschriften oder komplexe Krankheitsfälle besprochen.

Die lebenslange Fortbildung gewährleistet die Aktualisierung des Wissens und der beruflichen Kompetenz. Sie beginnt mit dem Erwerb eines Weiterbildungstitels als Facharzt und dauert bis zur Berufsaufgabe. Die verschiedenen Facharztgesellschaften sind für die Ausarbeitung der Fortbildungsprogramme zuständig. Verlangt werden 50 Credits (entsprechend ca. 50 Stunden) nachweisbarer und strukturierter Fortbildung (Teilnahme an Kursen, Kongressen usw.) sowie 30 Stunden Selbststudium, was zusammen rund zehn Tagen Fortbildung pro Jahr entspricht. In allen Fachgebieten kann ein Fortbildungsdiplom erworben werden. Es ist jeweils drei Jahre gültig.



Modernste Einrichtung im neuen Spital

Aus- und Weiterbildung der Pflegepersonen

1970

Ausbildung

Kurz vor der Eröffnung des Spitalbetriebes am 1. Mai 1970 hatte die Schwesternschule Theodosianum die Schule von Zürich nach Schlieren verlegt und hier den Betrieb aufgenommen.

Die Ausbildungen für das Pflegepersonal erfolgten durch die zwei dem Spital angegliederten Schulen:

a) Schwesternschule Theodosianum am Spital Limmattal

Sie bot eine dreijährige Ausbildung in allgemeiner Krankenpflege (AKP) an. Nach einer erfolgreichen Prüfung durfte sich die Absolventin oder der Absolvent als „Dipl. Krankenschwester AKP“ oder „Dipl. Krankenpfleger AKP“ bezeichnen.

Grundlage für den Schulbetrieb bildete der von der Spitalkommission am 15. Februar 1967 genehmigte Vertrag zwischen dem Spitalverband und dem Institut der Barmherzigen Schwestern vom Heiligen Kreuz Ingenbohl (Insti-

tut Ingenbohl genannt). Die Leitung der Schule oblag dem Institut Ingenbohl und der von ihm eingesetzten Schulkommission. Das Institut Ingenbohl stellte dem Spital dauernd Pflegepersonal (Ordensschwestern und Schülerinnen) zur Verfügung.

Das Spital stellte Ärzte, den Verwalter, die Hausbeamtin, die Diätassistentin und die Physiotherapeutin als Lehrkräfte zur Verfügung. Zudem vermietete das Spital dem Institut Ingenbohl das Schulgebäude samt Einrichtungen sowie auch Zimmer für die Unterkunft der Schülerinnen. Für die Kapelle wurde ein Baurecht begründet. Die Absolventinnen hatten einen Ausbildungsvertrag mit der Schwesternschule Theodosianum. Aufgenommen wurden „Töchter“ aller Konfessionen. Die Schule war eine Berufs- und Lebensschulung. Christliche Kultur und Ethik waren in der Ausbildung wichtig. Die individuelle Förderung der Lernenden war von grosser Bedeutung. Die Schule vermittelte den Schülerinnen Praktikumsplätze als Lernschwestern in Spitälern, vornehmlich im Spital Limmattal und im Kantonsspital St. Gallen. Auch wenn im Vertrag zwischen dem Spitalver-

band und dem Institut Ingenbohl nur von „Töchtern“ die Rede war, stand die Schule auch Männern offen.

Nach der dreimonatigen Probezeit in der Schule erhielten die Schülerinnen das Häubchen der Schwesternschule Theodosianum. Die Lernschwestern hatten im Spital Arbeitstrachten zu tragen. Den Abschluss der Ausbildung bildete eine Diplomfeier.

b) Schule für Spitalgehilfinnen am Spital Limmattal

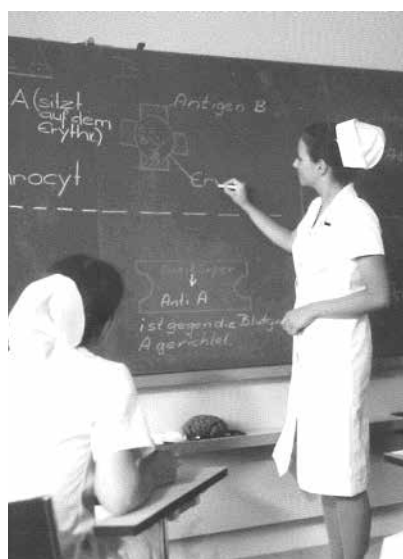
Jedes Jahr wurden ein bis zwei Kurse mit 15 bis 20 Plätzen angeboten. Sie dauerten 12 Monate. In die Spitalgehilfennenschule wurden Töchter aufgenommen, die nicht unter 17 Jahre alt waren, alle Primarschulklassen besucht und einen einwandfreien Leumund hatten. Die Schule für Spitalgehilfinnen war als Überbrückung zwischen Volksschule und Schwesternschule gedacht. Die Schule wurde vom Spitalverband Limmattal betrieben und unterstand dem Spitalverwalter, wobei er von der Schwesternschule Theodosianum unterstützt wurde. Ausbildungsziele waren hauswirtschaftliche Arbeiten, Instandhaltung von Krankenutensilien und Geräten sowie pflegerische Hilfsfunktionen. Wer die Abschlussprüfung bestanden hatte, erhielt einen Fähigkeitsausweis und durfte sich als Spitalgehilfin bezeichnen.

Am 23. November 1968 genehmigte die Spitalkommission einen Vertrag mit der Pflegerinnenschule Pilgerbrunnen, wonach diese Schule ihre Lernpflegerinnen dem Spital Limmattal zur Ausbildung in Wochenpflege und Betreuung der Neugeborenen überlässt und sich das Spital verpflichtet, die Lernpflegerinnen theoretisch und praktisch auszubilden.

1975: Es kam eine weitere Schule, die Schule für Praktische Krankenpflege am Spital Limmattal, dazu, die vom



Eingang Schwesternschule 1970



Werbeprospekt Schwesternschule 1973

Spitalverband mit Unterstützung der Schwesternschule Theodosianum geführt wurde. Es wurden pro Jahr drei bis vier Kurse mit 15 bis 20 Plätzen angeboten. Aufgenommen wurden Kandidatinnen und Kandidaten, welche die obligatorische Schulzeit beendet hatten. Die Schule schloss mit einem Fähigkeitsausweis des Schweizerischen Roten Kreuzes ab, und die Absolventin oder der Absolvent war berechtigt, die Berufsbezeichnung Krankenpflegerin oder Krankenpfleger FA SRK zu tragen. Sie oder er war ein enger Mitarbeiter der diplomierten Krankenschwester.

1991: Es wurden alle drei Schulen unter der Bezeichnung „Ausbildungszentrum für Pflegeberufe am Spital Limmattal“ zusammengefasst. Damit entstand eine der grössten Schulen für Pflegeberufe. Es traten auch die neuen Ausbildungskonzepte, die das Schweizerische Rote Kreuz im Auftrag der Kantone erarbeitet hatte, in Kraft:

- a) Pflegeassistent mit einem Jahr Ausbildung
- b) Pflegefachfrau/Pflegefachmann, Diplommiveau I (DN I) mit 3 Jahren Ausbildung (Ausbildung in Gesundheits- und Krankenpflege)
- c) Pflegefachfrau/Pflegefachmann, Diplommiveau II (DN II) mit 4 Jahren Ausbildung (Ausbildung in Gesundheits- und Krankenpflege für komplexe Situationen oder sich schnell verändernde Pflegesituationen)

1995 übernahm die Schwesternschule Theodosianum die beiden anderen Schulen durch Fusion. Die neue Schule nannte sich nun „Schule für Gesundheits- und Krankenpflege“. Diese Massnahme war eine Folge der Reduktion der vom Kanton Zürich ausgerichteten Schülerpauschalen für die Schulen. Darüber hinaus mussten weitere Restrukturierungsprozesse eingeleitet werden.

1996 wurde die Schule für Praktische Krankenpflege geschlossen und bei der Schule für Pflegeassistenten die Anzahl Kurse reduziert. Der Schwesternschule Theodosianum wurde vom Schweizerischen Roten Kreuz als erste Pflegeschule in der Schweiz die Anerkennung für die der Krankenpflege-Ausbildung Diplommiveau II und für den Lehrgang Pflegeassistent verliehen.

2002: Statt dem Schweizerischen Roten Kreuz und den Gesundheitsdirektionen der Kantone waren neu der Bund und die Bildungsdirektionen für die Ausbildung zuständig. Die Zürcher Bildungsdirektion entschied, die Ausbildung in zwei neuen Ausbildungszentren in Zürich und Winterthur zu konzentrieren. Als Folge davon mussten die 9 öffentlichen und 16 privaten Schulen im Kanton Zürich schliessen. Sie konnten noch die laufenden Kurse beenden.

2009: Mit dem Abschluss des Kurses 100 im Herbst 2009 endete die ans Spital Limmattal angegliederte Schule nach 57 Jahren. In dieser Zeit konnten rund 3'000 Pflegefachpersonen diplomiert werden. Die Schliessung der

spitalnahen Schule war ein Verlust für das Spital.

2015: Abbruch der Schulgebäude. An dieser Stelle wird das neue Spitalgebäude gebaut.

Weiterbildung

Weiterbildungsmöglichkeiten bestanden in Spezialbereichen wie Intensivpflege, Operationspflege, Anästhesiepflege oder als Hebamme, aber auch in den Bereichen Ausbildung und Führung wie zur Stationsleitung.

Zur Geschichte der Schwesternschule Theodosianum siehe auch Jahrheft 2007, S. 46.

Leiterinnen der Schwesternschule Theodosianum

- Schwester Fabiola Jung
1970 bis 31. März 1984
- Schwester Elisabeth Müggler
1. April 1984 bis 31. Juli 2003
- Rosmarie Hafner und
Regula Waldis,
Schuldirektorinnen in Co-Leitung
1. August 2003 bis Herbst 2009



Abbruch Theodosianum April 2015

2018

Ausbildung

Mit dem eidgenössischen Berufsbildungsgesetz, das auf den 1. Januar 2004 in Kraft gesetzt wurde, sind der Bund und die kantonalen Bildungsdirektionen neu auch im Bereich der Gesundheitsberufe für die Ausbildung zuständig. Mit diesem Gesetz wurde die Berufsbezeichnung „Krankenschwester oder Krankenpfleger“ ersetzt durch „Dipl. Pflegefachfrau oder Pflegefachmann HF Gesundheitspflege“.

2002 wurde im Zuge der Reformierung der Ausbildungsstruktur im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege der Beruf der Fachfrau oder des Fachmanns Gesundheit (kurz „FaGe“ genannt) geschaffen. In Angleichung an die anderen Berufsausbildungen besteht das duale Berufsbildungsprinzip. Das Spital Limmattal schliesst mit dem oder der Lernenden einen Lehrvertrag ab. Die praktische Ausbildung erfolgt

im Spital. Die schulische Ausbildung erhalten die Lernenden im 2005 neu geschaffenen Bildungszentrum, dem Careum Bildungszentrum der Careum Stiftung in der Stadt Zürich.

Somit ist es möglich, unmittelbar nach dem Sekundarschulabschluss mit der dreijährigen Lehre zur oder zum FaGe zu beginnen. Am Spital und Pflegezentrum Limmattal kann dabei auch die berufsbegleitende Maturität absolviert werden. Ziel der Berufslehre ist es, die jungen Menschen für die vielfältigen Aufgaben und komplexen Herausforderungen des Pflegealltages zu befähigen. Die FaGe sind gemeinsam mit diplomierten Pflegefachpersonen verantwortlich für die Pflege und Betreuung der Patienten. Das Berufsbild der FaGe umfasst zum Beispiel die direkte Pflege und Betreuung von Patienten und Bewohnern, die Unterstützung im Alltag, medizinaltechnische Verrichtungen sowie administrative, hauswirtschaftliche und logistische Aufgaben. Die Ausbildung wird mit dem Eidgenössischen Fähigkeitszeugnis (EFZ) abgeschlossen.

Die auf der Spitalliste aufgeführten Spitäler sind nach § 5 des kantonalen Gesetzes über die Spitalplanung und -finanzierung zu einer angemessenen Ausbildungstätigkeit in den nichtuniversitären Gesundheitsberufen verpflichtet. Dazu haben sie ein Konzept zur betrieblichen Nachwuchssicherung auszuarbeiten. Die Ausbildungsleistung wird von der Gesundheitsdirektion bestimmt. Erbringt ein Listenspital die Ausbildungsleistungen nur ungenügend, sind Ersatzabgaben zu leisten.

Das Spital hat pro Jahr rund 40 FaGe-Lehrlinge in Ausbildung. Sie erhalten ihre praktische Ausbildung im Spital Limmattal zur Hälfte der Lehrzeit im Akutspital und zur Hälfte im Pflegezentrum in verschiedenen Bereichen.

Möglich ist mit einem gymnasialen Abschluss (Matura) oder einer Fachmatura ein Studium mit einem Bachelor- und Masterabschluss an einer Fachhochschule oder einer Universität. An diesen Hochschulen gilt auch für die Aus- und Weiterbildung



Werbung für die FaGe-Lehre des Spitals Limmattal (Bilder Yousty.ch)

im Gesundheitsbereich das Bologna-System (Angleichung der europäischen Ausbildungssysteme bei der Hochschulbildung, Schaffung der Bachelor- und Master-Studiengänge, Einführung eines Credit-Systems, Anerkennung der Abschlüsse usw.). Den Masterlehrgang Pflege der Universität Basel hat die erste im Spital Limmattal tätige Pflegeexpertin Bianca Schaffert 2004 erfolgreich absolviert.

Das Institut für Pflegewissenschaften der Universität Basel bietet darüber hinaus die Möglichkeit zum Doktorieren in Pflegewissenschaft an.

Weiterbildung

Mit dem Eidgenössischen Fähigkeitszeugnis stehen den FaGe's zahlreiche Weiterbildungsmöglichkeiten offen. Dazu gehören beispielsweise die Höheren Berufsprüfungen oder der Studiengang der Höheren Fachschule Pflege sowie viele weitere Studiengänge innerhalb des Gesundheitswesens. Mit einer Berufsmatura wird gleichzeitig der Zugang zu einer Fachhochschule erworben.

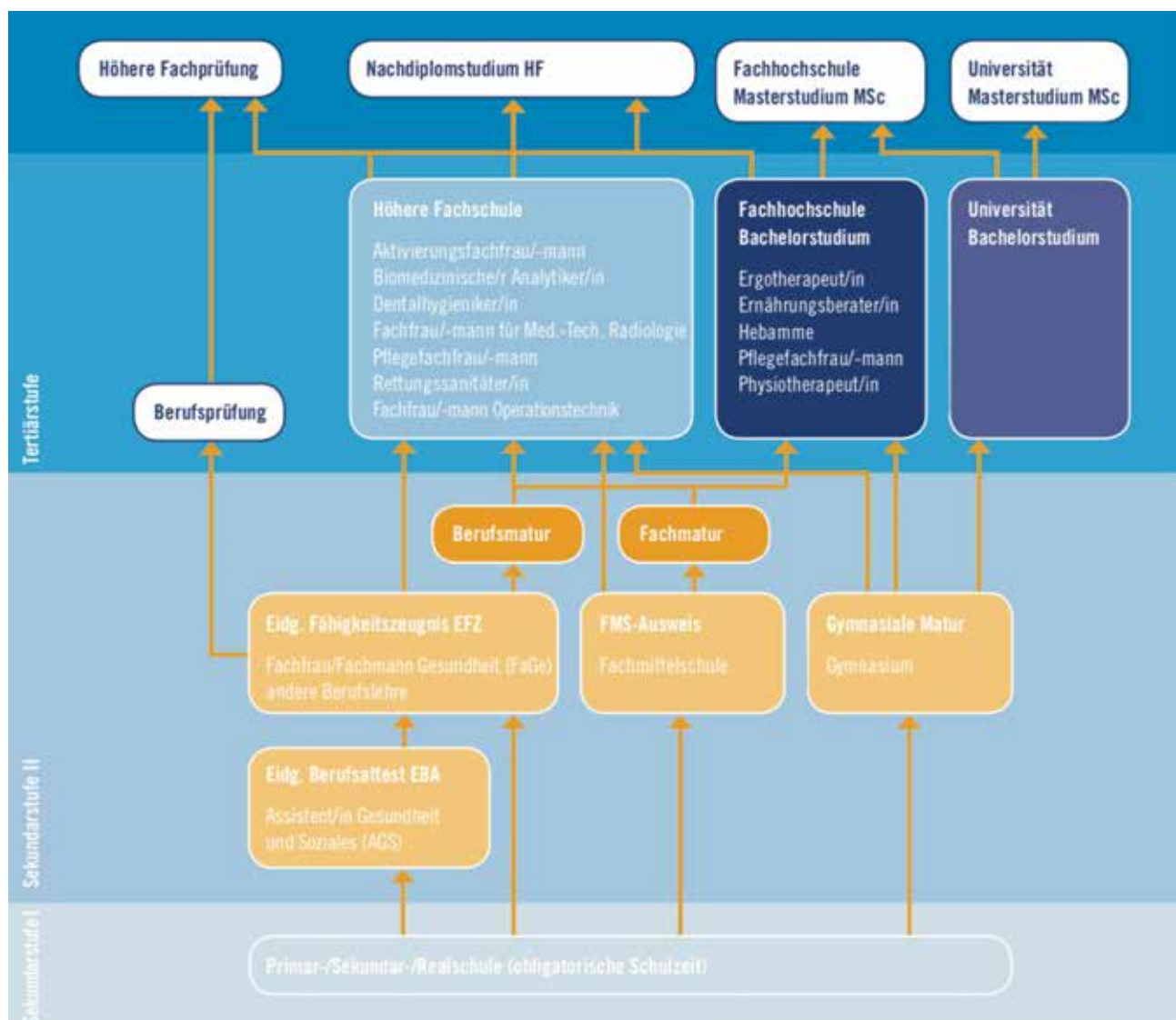
Rund 60 Prozent der FaGe-Absolventinnen und Absolventen schliessen

nach Abschluss der Lehre das Studium an einer Höheren Fachschule Pflege oder Fachhochschule unmittelbar an.

Daneben gibt es auch spitalinterne Weiterbildungen.

Die Ausbildung und die Weiterbildungsmöglichkeiten sind aus der nachstehenden Grafik ersichtlich:

Quelle: www.gesundheitsberufe-bern.ch



Patienten und Leistungen

In der Festschrift zur Eröffnung des Spitals im Jahre 1970 steht geschrieben: „Die Patientinnen oder Patienten sind der Grund für die Existenz des Spitals. Sein Ziel ist es, kranke Menschen gesund zu machen.“ Kurzum: Sie sind die wichtigsten Personen.

1970

„Das Kreisspital Limmattal ist für Kranke jeder Art bestimmt. Es soll diesen gegen mässiges Entgelt Aufnahme, ärztliche Behandlung und Pflege gewähren. Dem Spital können auch Spezialabteilungen angegliedert werden.“ (Art. 31, Statuten 1958).

1970 gab es in der Grundversorgung noch keine klar umschriebene Begrenzung des Angebotes der medizinischen Leistungen. Soweit sich ein Mediziner für befähigt erachtete, eine Behandlung vorzunehmen, durfte er dies tun. Das breite Spektrum der Ärzte gestattete es, die grosse Mehrheit der Patientinnen und Patienten im eigenen Spital zu untersuchen und zu behandeln. Im Spital Limmattal wurde auch eine Kinder-Abteilung für operative Eingriffe geführt. Selbst

Herzoperationen, für die eine Herz-Lungen-Maschine benötigt wurde, führten die Chirurgen durch.

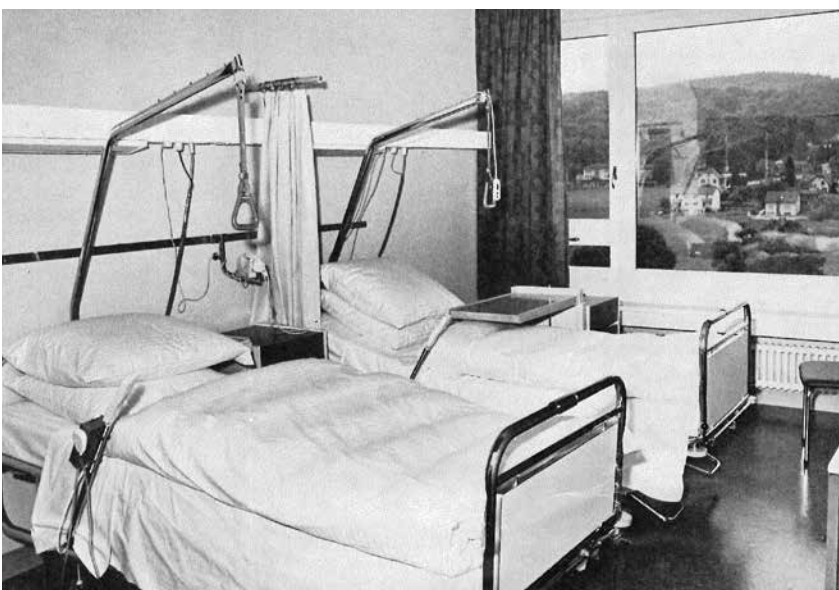
Die Zentral- und Universitätsspitäler boten spezielle technische Möglichkeiten und spezialisierte ärztliche Leistungen an (wie die Kantonsspitäler Zürich und Winterthur, die Psychiatrische Anstalten, Kinderspital, Balgrist). Hier erfolgten die Abklärung und Behandlung von selten auftretenden Krankheiten, besonders aufwändigen Fällen und Behandlungen oder die anspruchsvolleren Operationen am Herz, im Wirbelsäulenbereich oder am Zentralnervensystem (Gehirn und Rückenmark).

Das Spital Limmattal musste noch nicht um Patientinnen und Patienten werben. An der Sitzung der Spitalkommission vom 3. Juni 1970 wurde bemerkt: „Das Spital ist kein Dienst-

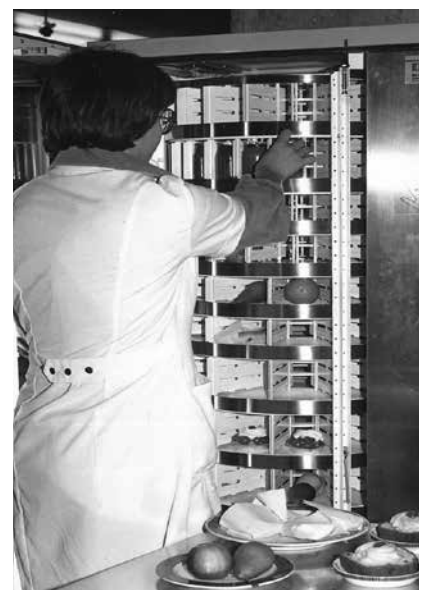
leistungsbetrieb, der auf Kundenwerbung aus sein muss. Die Patientinnen und Patienten werden vor allem vom Hausarzt dem Spital zugewiesen. Patientinnen und Patienten, die direkt in das Spital kommen, stören den Betrieb.“ Mit dieser Haltung wurde auch Rücksicht auf das Hausarztsystem genommen. Neben den zugewiesenen Patienten kamen die Notfallpatienten.

Für die Patientinnen und Patienten war der Arzt noch uneingeschränkt eine Vertrauensperson mit „Charisma“. Der Arzt war eher die dominierende Person der Arzt-Patient-Beziehung, und seine Vorschläge wurden noch wenig hinterfragt.

Mit der Zürcher Krankenhausplanung 1965 erfolgte die Unterscheidung zwischen der langfristigen Pflege von Chronischkranken oder Langzeitpatienten und der kurzfristigen Behand-



Zweier-Zimmer, 1970



Verpflegungsautomat 1979 für Besucher, es gab noch keine Cafeteria

lung von Akutkranken. Im Spital Lim-mattal dauerte der Vollzug bis 1987. Mit der Eröffnung des Krankenhauses für die Pflege von Chronischkranken, konnte das Leistungsangebot des Spitalverbandes erhöht werden. Die von Langzeitpatienten belegten Betten im Akutspital standen wieder für die Akutkranken zur Verfügung.

Das Angebot des Spitals wurde laufend den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten angepasst. Entsprechend wurde auch die Zuteilung der Betten an die verschiedenen me-

dizinischen Bereiche vorgenommen. Viele medizinische Entwicklungen (zum Beispiel Transplantationen), die zu einer besseren Lebensqualität der Patientinnen und Patienten führten, erfolgten in den Folgejahren.

1978 wurde zur Erleichterung von Besuchern und Patienten auf der Allgemeinen Abteilung am Samstag-Nachmittag eine Besuchszeit von 13.00 bis 15.00 Uhr geschaffen.

1986 wurde für die Patientinnen und Patienten die Wahlkost-Verpflegung

eingeführt. Es wurde ein Standardmenü angeboten. Dazu erhielten die Patientinnen und Patienten weitere Gestaltungsmöglichkeiten zu den Menüs.

1987 wurde eine Cafeteria für Besucher und Patienten eröffnet.

2002 und 2006 wurde der Etagenservice eingeführt. Hotelfachangestellte kümmerten sich professionell für die ganze Dauer des Aufenthalts um die Verpflegung und Unterkunft von Patienten und Gästen.

Seelsorge im Spital und Spitalkapelle

Die Sorge um Kranke ist eine wesentliche Aufgabe der Kirche. Die Reformierte wie auch die Katholische Kirche besuchen und begleiten auf Wunsch Patientinnen und Patienten und auch deren Angehörige während eines Spitalaufenthaltes. 1970 wurde die Spitalseelsorge durch die kirchlichen Gemeinden der Trägergemeinden organisiert. Seit 2008 wird die Spitalseel-

sorge von der Reformierten Kirche Kanton Zürich und der Katholischen Kirche im Kanton Zürich für Spitäler zentral und einheitlich organisiert.

Die von einer Stiftung erstellte ökumenische Kapelle wurde 2014 abgebrochen. An ihrer Stelle steht das neue Spital. Die Spitalkapelle soll nach Vollendung des Pflegezentrums im Park mit Teich auf der nordwestlichen Seite des Spitalareals neu erstellt werden.



Zuordnung der Betten im Akutspital 1970*

Stockwerk	1970		1979		1988**	
		Bettenzahl		Bettenzahl		Bettenzahl
14	Kinder	42	Kinder Chirurgie	15 13	Kinder Chirurgie Orthopädie	12 10 5
13	Medizin Privat	20	Medizin Privat	20	Medizin Privat	20
12	Medizin Allgemein	30	Medizin Allgemein	30	Medizin Allgemein	27
11	Medizin Allgemein	30	Medizin Allgemein	30	Medizin	27
10	Chirurgie Allgemein	30	Geriatrie	24	Orthopädie	27
9	Chirurgie Privat	20	Chirurgie Privat	20	Chirurgie Privat	20
8	Chirurgie Allgemein	30	Chirurgie Allgemein Orthopädie	15 15	Chirurgie Allgemein Urologie	15 12
7	Chirurgie Allgemein	30	Chirurgie Allgemein Urologie	15 15	Chirurgie Allgemein Urologie	15 12
6	Gynäkologie	30	Chirurgie	30	Chirurgie	27
5	Geburten Privat Säuglinge	16 16	Geburten Privat Säuglinge	16 16	Geburten Privat Säuglinge	16 15
4	Geburten Allgemein Säuglinge	26 26	Gynäkologie	26	Gynäkologie Rheumatologie	21 6
3	Geburten Allgemein Säuglinge	22 22	Geburten Allgemein Säuglinge	22 22	Geburten Allgemein Säuglinge	20 15
1	Intensivstation	12	Intensivstation	12	Intensivstation	8
EG	Notfallstation	5	Notfallstation	5	Notfallstation	10

* In der Jubiläumsschrift 1970 wird die Anzahl Pflegeplätze mit 406 angegeben. Bei normaler Belegung konnten in den Bettenstationen 282 Erwachsene, 42 Kinder und 65 Säuglinge sowie in der Intensivstation 12 und in der Notfallstation 5 Personen aufgenommen werden.

** nach Eröffnung des Krankenhauses 1987 mit 143 Betten

2018

Das Spital Limmattal bietet den Patientinnen und Patienten nach wie vor bestmögliche Behandlung und Pflege. Dem Spital können Spezialabteilungen angegliedert werden (Art. 44 Statuten 2012).

Die konkreten medizinischen Leistungen, die das Spital Limmattal anbieten und ausführen darf, sind beschränkt worden. Sie sind in der erstmals 2012 vom Regierungsrat des Kantons Zürich definierten Spitalliste aufgeführt. Diese Spitalliste wird laufend angepasst. Ab 1. Januar 2018 darf das Spital Limmattal nur noch die in der Spitalliste, die auf Seite 53 abgedruckt ist, aufgeführten Behandlungen durchführen. Für die Spitalliste 2022 werden bei der Erstellung dieser Schrift die Vorbereitungen getroffen.

Ab 1. Januar 2018 dürfen folgende Eingriffe in den Zürcher Spitälern in der Regel nur noch ambulant durchgeführt werden: Kniearthroskopie, Implantation eines Herzschrittmachers, Ballondilatation, Diagnostische Herzuntersuchungen, Grauer Star, Hämorrhoiden, einfache Mandeloperation, Leistenbruch einseitig, Krampfadern einseitig, Nierensteinertrümmerung, Karpaltunnelsyndrom, kleinere gynäkologische Operationen, Beschneidung, Knochenimplantatentfernung, Korrektur deformierter Kleinzehen.

Der Patient ist neu König. Patientinnen und Patienten haben heute die freie Spitalwahl. Sie sind anspruchsvoller geworden. Das Spital muss sich um die Patientinnen und Patienten bemühen. Dazu haben die Spitäler heute auch eine Stelle für Kommunikation und Marketing.

Erwartet werden qualifizierte Ärzte mit den besten technischen Möglichkeiten, kurze Wege, unkomplizierte



Zwei-Bett-Zimmer im neuen Spital

Prozesse, mehr Mitbestimmung bei der Entscheidung und Transparenz. Die Patientinnen und Patienten sind immer besser informiert. Sie können sich für ihre Meinungsbildung mit dem Internet über die Behandlungsmöglichkeiten wie auch über das Ranking der Spitäler und der Ärzte informieren. Es stehen nicht nur die medizinischen Leistungen im Wettbewerb, sondern auch die Attraktivität der Spitalbaute und der angebotenen Services.

So hat das Spital Limmattal im Neubau nur noch Einer- und Zweierzimmer, welche die intimen Bereiche der Patientinnen und Patienten besser schützen.

Das Spital führt auch laufend Publikumsveranstaltungen durch. Es ist eine attraktive Plattform zur Werbung für Patientinnen und Patienten. Sie können bei diesen Anlässen die Ärztinnen und Ärzte kennen lernen und sich mit den Abläufen im Spital vertraut machen.

Mit der 2006 in Kraft gesetzten Patientencharta gibt das Spital auch

ein Versprechen über den Umgang mit den Patientinnen und Patienten ab. Der Patientenrat soll die Einhaltung der Versprechen kontrollieren.

Betten im Akutspital 2018 (Neubau)		
Stockwerk		Bettenzahl
1	Notfallstation	12
2	Intensivstation	8
	Aufwachraum	9
	Tagesklinik	12
3	Frauenklinik	
	Wochenbett	17
	Allgemein	14
	Reha-Klinik	40
4	Chirurgie (Allgemeine Chirurgie, Urologie, Orthopädie, Gynäkologie, Geburtshilfe)	
	Allgemein	64
	Zusatzversicherte	13
	Medizin	
	Allgemein	64
5	Zusatzversicherte	16

Patientencharta - ein Versprechen

Unsere Patientinnen und Patienten:

1. Erfahren aufgrund unserer Freundlichkeit, Dienstleistung und Achtsamkeit, dass sie im Spital Limmattal gut aufgehoben sind und dass ein Team für sie Verantwortung trägt.

2. Spüren, dass wir sie als Menschen und nicht als „Fall“ behandeln und ihre speziellen Betreuungswünsche ernst nehmen.

3. Haben eine verlässliche Bezugsperson in Ärzteschaft und Pflege, die sie während des Spitalaufenthalts begleitet, auch wenn sich mehrere Fachleute um sie kümmern.

4. Absolvieren die vereinbarte Behandlung ohne unnötige Umwege und Doppelspurigkeiten und erleben eine effiziente Organisation.

5. Verstehen die einzelnen Schritte ihrer Behandlung, weil wir sie einfühlsam, korrekt, verständlich und verlässlich informieren.

6. Können auf Sicherung und Schutz ihrer Privat- und Intimsphäre zählen; Diskretion hat im Spital Limmattal einen hohen Stellenwert.

7. Wissen, dass trotz grosser Anstrengungen Fehler passieren können, erleben die Glaubwürdigkeit des Spitals Limmattal aber im Umgang mit allfälligen Fehlern: Wir nutzen sie gezielt zum Überdenken unserer Behandlungskonzepte.

8. Erfahren, dass wir ihre und die Rückmeldungen ihrer Angehörigen als Impulse zur Verbesserung nutzen: Das mit ihnen geführte Austrittsgespräch hat Konsequenzen.

9. Dürfen sich sicher fühlen, auch wenn sie von Personen in Ausbildung behandelt werden: Lehrende und Vorgesetzte setzen nur Fachkräfte ein, die ihrer Aufgabe gewachsen sind und begleiten sie zuverlässig.

10. Erleben das Spital Limmattal als offenes Gesundheitszentrum, das die Bevölkerung gut und gern mit Wissen über das Gesundbleiben und den Umgang mit Krankheiten bedient.

Patienten

	1972*	1975	1985	1995	2005	2015	2017
Stationär	6'562	7'014	6'696	6'952	8'161	10'800	11'433
Ambulant	**	**	**	**	34'813	63'261	66'031

*1972 zweites volles Betriebsjahr, **im Geschäftsbericht nicht ausgewiesen

Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen (ohne Krankenhaus)

	1972*	1975	1985	1995	2005	2015	2017
	13.3	12.8	13.4	10.3	7.9	5.1	4.8

*1972 zweites volles Betriebsjahr



Park mit Teich vor dem Spital (mit der Erstellung des Neubaus aufgehoben)

Chirurgische Klinik

Chirurgie und Medizin (siehe Seite 62) sind die zwei klassischen Bereiche für die Aufteilung von medizinischen Behandlungen.

Die Ärzte der Chirurgie wie auch die Ärzte der Inneren Medizin wollen für jede Krankheit die beste Lösung finden und arbeiten zusammen. Die Chirurgen operieren bzw. schneiden am oder im menschlichen Körper. Die Mediziner diagnostizieren Krankheiten ohne Verletzung des Körpers und geben ihren Patientinnen zur Heilung Medikamente. Wird zum Beispiel vom Mediziner bei seinen Abklärungen eine Erkrankung diagnostiziert, die nicht mit Medikamenten oder interventionell geheilt werden kann, wird es möglicherweise zu einer Operation durch den Chirurgen führen.

Zu den chirurgischen Disziplinen gehören neben der Allgemeinchirurgie mit ihren Subspezialitäten auch die Urologie, Orthopädie und Gynäkologie. Diese drei Fachbereiche werden separat behandelt (siehe Seiten 54, 56 und 58).

Es gibt heute nicht mehr den Chirurgen, der alle Operationen durchführt. Es hat sich im Laufe der Zeit eine Spezialisierung in verschiedene Fachgebiete entwickelt. Das Spital Limmattal hatte schon bei der Eröffnung in der Gynäkologie (siehe Seite 58) einen chirurgischen Facharzt. 1972 wurden für die chirurgischen Disziplinen Urologie (siehe Seite 54) und 1973 für die Orthopädie (siehe Seite 56) zwei weitere Fachärzte angestellt. In diesem Kapitel wird die Allgemeine Chirurgie behandelt.

Die Leistungsfähigkeit der heutigen Chirurgie ist ohne die grosse Entwicklung in der Anästhesie und der minimalinvasiven Operationstechniken (Schlüsselloch-Chirurgie) undenkbar. Voraussetzung für die minimalinvasive Chirurgie war die Entwicklung von leistungsfähigen Endoskopen (mehr dazu im Kapitel Medizin auf Seite 62).

1970

Nach der Spitaleröffnung wurden alle Operationen durch den Chefarzt und Chirurgen Dr. Hans Schwarz mit seinem Oberarzt und seinen Assistenzärzten vorgenommen.

Der Chefarzt durfte, soweit er sich dazu fachlich fähig erachtete und die technischen Einrichtungen vorhanden waren, alle Operationen selbst durchführen. Lediglich grössere Herzoperationen und Operationen an der Wirbelsäule und am Nervensystem wurden im Spital Limmattal nicht vorgenommen.

Das Spital Limmattal führte im 14. Stock eine chirurgische Kinderklinik mit 15 Kinderbetten. Operiert wurden vor allem Blinddarmentzündungen, Mandeln, Knochenbrüche und Missbildungen.

Die Chirurgie war auch für die Notfallstation zuständig (siehe Seite 66).

Das Spital hatte acht Operationssäle, davon befanden sich zwei in der Notfallstation und sechs in der chirurgischen Klinik.

Die Operationen wurden praktisch alle am geöffneten Körper durchgeführt. Die mit dem Skalpell aufgeschnittene Öffnung wurde mit Klemmen und Ha-

ken offen gehalten. Der Arzt sah den ganzen Operationsbereich. Durch die Durchtrennung von Haut- und Gewebestrukturen verursachte die Wundheilung grössere Schmerzen. Die Beweglichkeit war durch die Narbenbildung später manchmal beeinträchtigt. Auch waren die zurückgebliebenen Narben nicht immer ästhetisch



Operationssaal 1970

befriedigend. Durch die offenen Wunden konnten Infektionen entstehen. Während des Heilungsprozesses der grossen Wunden blieben die Patientinnen und Patienten längere Zeit im Spital. Oft folgten unmittelbar nach den Operationen noch Therapien.

Nach der Operation wurden je nach Situation die Patientinnen und Patienten zum Aufwachen aus der Narkose auf die Bettenstation gebracht, oder sie verblieben noch kurze Zeit im Operationssaal.

Nach Operationen im Bewegungsapparat war die Erstellung eines Gipsverbandes zur Fixierung oft unumgänglich.

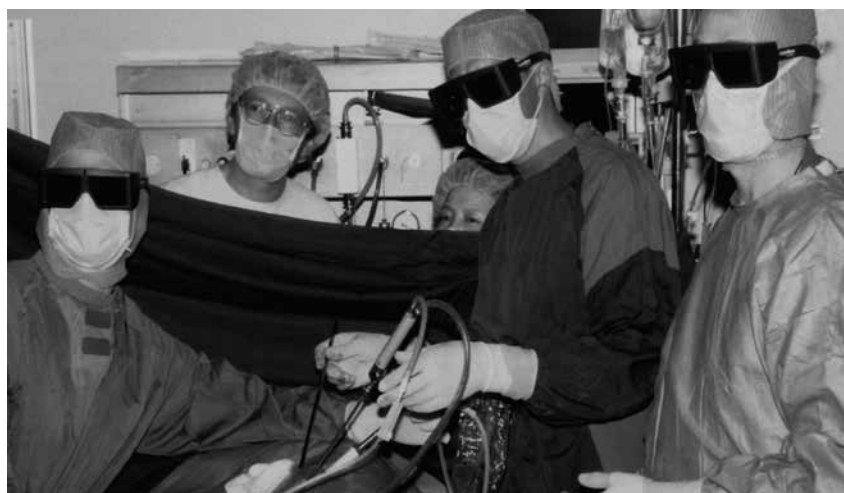
Der Chirurgie war auch die Zentralsterilisation unterstellt. Diese war dafür zuständig, dass alle im Spital benötigten Instrumente, insbesondere die in den Operationssälen, stets steril waren. Damit sollten Infektionen durch das Eindringen von Krankheitserregern in die Operationswunden verhindert werden. Die Angst vor Infektionskeimen war gross. Für die Anordnung von Massnahmen zur Vermeidung und deren Kontrolle war die Hospitalismuskommission, welcher auch der Chefarzt Chirurgie angehörte, zuständig.

1972 wurde die Urologische und 1973 die Orthopädische Klinik mit neu eingestellten Fachärzten eröffnet.

1992 wurde durch den neuen Chefarzt Dr. med. Rolf Inderbitzi die endoskopische Chirurgie (auch Schlüsselloch-Chirurgie oder minimalinvasive Chirurgie genannt) eingeführt. 1992 und 1993 erhielt Dr. med. Rolf Inderbitzi zusammen mit weiteren Ärzten den Hauptpreis der Schweizerischen Gesellschaft für Chirurgie für die international anerkannte Pionier-Tätigkeit auf dem Gebiet der endoskopischen Chirurgie.



Vorbereitung für eine Herzoperation im Spital Limmattal. Mit den schwarzen Matten wurde der Körper auf 28° C abgekühlt. Bei dieser Körpertemperatur steht das Herz still und es musste die Herzlungenmaschine eingesetzt werden. In diesem Zustand konnten die vorgesehenen Herzoperationen vorgenommen werden. Diese Unterkühlung ist auch eine Form der Anästhesie.



Endoskopische Operation (Schlüsselloch-Chirurgie) mit dreidimensionalem Übertragungssystem, 3D-Vision, 1995

1994 erhielt das Spital Limmattal als erstes Spital in der Schweiz ein dreidimensionales Übertragungssystem zur Vornahme von endoskopischen Operationen.

2000 wurde die Tageschirurgie eröffnet, in der Patientinnen und Patienten operiert und am gleichen Tag wieder nach Hause entlassen wurden.

Diese Zeiten sind zum Glück vorbei

„Das Krankenhaus hiess im Volksmund das Todeshaus. Manche Spitäler nahmen nur Patienten auf, die genug Geld für ihre Beerdigung mitbrachten.“

Aus Lindsey Fitzharris, *Der Horror der frühen Medizin*, S. 54

Damals (ca. 1835) wurde der Hygiene noch keine Beachtung geschenkt. Operationen erfolgten ohne Anästhesie.

2018

Zum Ärztlichen Departement I (siehe Seite 16) gehören die Chirurgische Klinik, die Urologische Klinik (Seite 54), die Orthopädische Klinik (Seite 56), die Frauenklinik und das Brustzentrum (Seiten 58/59), das Institut für Anästhesie und Intensivmedizin (Seite 60), das OP-Management (Seite 53) sowie das wissenschaftliche Sekretariat.

Der Umfang der 2018 im Spital Limmattal zulässigen Operationen wird heute durch die Spitalliste definiert (Auszug daraus siehe Seite 53). In diesem Rahmen werden Leistungsaufträge erteilt. Bei gewissen Leistungsaufträgen braucht es eine Mindestfallzahl oder die Erfüllung von Struktur- und Prozessvorgaben. Ab 2019 werden für sechs Leistungsgruppen (Erstprothese Hüfte, Erstprothese Knie, Wechseloperationen Hüfte- und Knieprothesen, Brustzentrum, gynäkologische Tumore, radikale Prostatektomie) auch Mindestfallzahlen pro Operateur verlangt. In allen diesen Bereichen finden sich auf der Liste der Gesundheitsdirektion Operateure des Spitals Limmattal.

Die Chirurgische Klinik des Spital Limmattal hat für folgende Bereiche spezialisierte Fachärzte:

- Allgemeine Chirurgie für die Behandlung der häufigen chirurgischen Grunderkrankungen (Leisten- und Bauchwandbrüche, Erkrankungen des Enddarmes und des Afters, Hauttumoren, Karpaltunnelsyndrom, komplettes Spektrum der Notfallchirurgie (z.B. Blinddarmentzündungen oder Darmverschlüsse)
- Viszeralchirurgie: Chirurgie des Bauchraumes und sämtlicher darin enthaltener Organe
- Onkologische Chirurgie, die Chirurgie der gut und bösartigen Tumoren, insbesondere des Bauchraumes

- Endokrine Chirurgie (Drüsenchirurgie), insbesondere bei Erkrankungen der Schild- und Nebenschilddrüsen sowie der Nebenniere. Eingriffe an der Bauchspeicheldrüse werden vom Chefarzt Prof. Dr. med. Urs Zingg und einem Oberarzt am Stadtspital Triemli durchgeführt

- Thoraxchirurgie: Lungeneingriffe, jedoch ohne Entfernung der Lungenlappen oder ganzer Lungenflügel bei bösartigen Tumoren

- Unfallchirurgie: Komplettes Spektrum der unfallbedingten Verletzungen wie beispielsweise Brüche, Sehnenverletzungen, Muskel- sowie Handverletzungen

- Plastische, rekonstruktive, ästhetische Chirurgie wie Fehlbildungen, Verbrennungen, Narben, Straffungen nach Gewichtsreduktionen, wiederherstellende Eingriffe nach Verletzungen sowie ästhetische Operationen (Schönheitschirurgie)

- Gefässchirurgie von Arterien und Venen insbesondere die operative Behandlung der Halsschlagader und der Arterien an den Beinen. Therapie der Krampfader mittels Operation, Laser oder Schaum

- Sämtliche operativen und nicht-operativen Therapien des Übergewichts (Bariatrische Chirurgie) im zweitgrössten Adipositaszentrum der Schweiz

- Da Vinci Operationsroboterprogramm, welches von den Urologen und von den Viszeralchirurgen betrieben wird.

Qualifizierte Konsiliar- und Belegärzte decken weitere Fachgebiete ab.

Die Chirurgie bietet auch Spezialprechstunden an für die Beratung bei Verletzungen, Problemen des Darm-

ausganges, kleinchirurgische Eingriffe wie kleine Hauttumore oder eingewachsene Zehennägel, Beurteilung von möglichen Operationen von zugewiesenen Patienten sowie allgemein Nachkontrollen nach Operationen. Das Gipszimmer gehört auch zur Chirurgie. Hier werden Gipse oder Schienen neu angelegt, angepasst oder gewechselt.

Daneben erfolgen auch ambulante oder stationäre Angebote für Wund-, Stoma-, Kontinenz- und diabetische Fuss-Behandlung.

Die Chirurgie hat im neuen Spitalbau acht Operationssäle zur Verfügung, ein weiterer Operationssaal ist als Rohbau innert einigen Monaten einsetzbar. Gegenüber den Operationssälen befinden sich die Kojen für die Vorbereitung der Patientinnen und Patienten auf die Operation.

In unmittelbarer Nähe liegen der Aufwachraum und die Intensivpflegestation. Im Aufwachraum befinden sich neun Betten, in welchen die Patientinnen und Patienten nach den Operationen betreut und mit modernsten Geräten überwacht werden, bevor sie bei ambulanten Operationen wieder nach Hause gehen oder auf die Bettenstation gebracht werden.

In der Bauchchirurgie werden mit wenigen Ausnahmen alle Operationen minimalinvasiv durchgeführt. Das Operationsgebiet (zum Beispiel der Bauch) wird mit CO² aufgeblasen. Durch kleine vom Chirurgen geschaffene Öffnungen von 5 bis 12 mm werden Rohre gesetzt, durch welche die Videokamera und alle für die Operationen notwendigen Instrumente eingeführt werden. Der Operateur sieht über den Bildschirm den Operationsbereich und bedient die Instrumente. Auch in den anderen chirurgischen Gebieten wird nach Möglichkeit ein möglichst kleiner, schonender Zugang

gewählt. Diese Operationen sind für die Patientinnen und Patienten, insbesondere auch die älteren Menschen, wesentlich schonender (geringere Schmerzen und Blutverlust, rasche Erholung und nur noch wenig Therapien oder Rehabilitationen).

1970 wurden die meisten Operationen stationär durchgeführt. Neu gilt der Grundsatz „ambulant vor stationär“. Die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich hat für 14 Operationen für den Regelfall die ambulante Behandlung verordnet (Kniearthroskopie, Implantation eines Herzschrittmachers, Ballondilatation, Diagnostische Herzuntersuchungen, Grauer Star, Hämorrhoiden, einfache Mandeloperation, Leistenbruch einseitig, Krampfadern einseitig, Nierensteinzertrümmerung, Karpaltunnelsyndrom, kleinere gynäkologische Operationen, Beschneidung, Knochenimplantatentfernung, Korrektur deformierter Kleinzehen). Die Patientinnen und Patienten kommen zur Operation und sind nach einer erfolgreichen Behandlung am Abend wieder zu Hause in der gewohnten Umgebung. Mit dem neuen Spital werden die Voraussetzungen für die im Vormarsch begriffene Tageschirurgie optimiert. Die Tagesklinik verfügt über zwölf Betten.

Zur Chirurgie gehört ebenfalls der Bereich „OP-Management“. Dieses OP Management ist verantwortlich für:

- Operations-Koordination: Sie sorgt für einen reibungsfreien Ablauf im und rund um die Operationssäle. Die Koordinatorinnen oder Koordinatoren sind dafür zuständig, dass die Patienten rechtzeitig von der Station in den Operationssaal gebracht werden und dass die Ärzte zur richtigen Zeit am Operations-Tisch stehen.
- Aus- und Weiterbildung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des OP Managements.

- Operations-Pflege im Operationssaal: Die Hauptaufgabe der OP-Pflege ist die korrekte Vor- und Nachbereitung der Operationen sowie das Zudienen und Instrumentieren während der Operationen. Bei operativen Eingriffen sind immer zwei Fachpersonen anwesend, wobei eine der beiden Personen zudient und die andere Person instrumentiert. Sie sind dafür zuständig, dass die sterile Umgebung gewahrt bleibt und sämtliche benötigten Materialien richtig gehandhabt, respektive entsorgt werden.

- Operations-Lagerung: Die OP-Lagerungspflege ist ein Team von qualifizierten Fachpersonen, welches für den Empfang der Patientinnen und Patienten an der OP-Schleuse sowie für die Lagerung während der Operation verantwortlich ist.

- Anästhesiepflege: Das spezialisierte Team der Anästhesiepflege betreut Patienten vor, während und nach einer Operation. Die Anästhesiepflege begleitet Patienten in Zusammenarbeit mit den Anästhesieärzten während dem Eingriff kompetent und sicher (siehe im Weiteren Seite 60).

- Zentrale Sterilgut-Versorgungsabteilung: Sie hat die Aufgabe der Reinigung, Desinfektion, Sterilisation und Bereitstellung von Medizinprodukten. Dabei werden alle Instrumente auf ihre Funktionsfähigkeit überprüft und gewartet. Für den Operationsbereich wird die grösste Menge an Instrumenten aufbereitet.

Das spezielle an der Organisation des operativen Departements im Spital Limmattal ist die Tatsache, dass alle Disziplinen, welche mit der operativen Tätigkeit zu tun haben, in einem Departement vereinigt sind. Dies erlaubt eine effiziente Organisation, zielgerichtete Prozesse, rasche Reaktionsfähigkeit und grosse Flexibilität.

Auszug aus der Spitalliste ab 1.1.2018 (die Liste wird laufend angepasst)

Leistungsgruppe

BP	Basispaket Chirurgie und Innere Medizin
BPE	Basispaket für elektive Leistungserbringer Basispaket für elektive Leistungserbringer
DER1	Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten)
DER1.1	Dermatologische Onkologie
DER1.2	Schwere Hauterkrankungen
DER2	Wundpatienten
HNO1	Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)
HNO1.1	Hals- und Gesichtschirurgie
HNO1.1.1	Komplexe Halseingriffe (Interdisziplinäre Tumorchirurgie)
HNO1.2	Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen
HNO1.2.1	Erweiterte Nasenchirurgie, Nebenhöhlen mit Duraeröffnung
HNO1.3	Mittelohrchirurgie
HNO1.3.1	Erweiterte Ohrchirurgie mit Innenohr und/oder Duraeröffnung
HNO1.3.2	Cochlea Implantate (IVHSM)
HNO2	Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie
KIE1	Kieferchirurgie
NCH1	Kraniale Neurochirurgie
NCH1.1	Spezialisierte Neurochirurgie
NCH1.1.3	Epilepsiechirurgie (IVHSM)
NCH3	Periphere Neurochirurgie
NEU1	Neurologie
NEU2	Sekundäre bösartige Neubildung des Nervensystems
NEU2.1	Primäre Neubildung des ZNS (ohne Palliativpatienten)
NEU3	Zerebrovaskuläre Störungen
NEU3.1	Zerebrovaskuläre Störungen im Stroke Center (IVHSM)
NEU4	Epileptologie: Komplex-Diagnostik
NEU4.1	Epileptologie: Komplex-Behandlung
NEU4.2	Epileptologie: Prächirurgische Epilepsiediagnostik (IVHSM)
AUG1	Ophthalmologie
AUG1.1	Strabologie
AUG1.2	Orbita, Lider, Tränenwege
AUG1.3	Spezialisierte Vordersegmentchirurgie
AUG1.4	Katarakt
AUG1.5	Glaskörper/Netzhautprobleme
END1	Endokrinologie
GAE1	Gastroenterologie
GAE1.1	Spezialisierte Gastroenterologie
VIS1	Viszeralchirurgie
VIS1.1	Grosse Pankreaseingriffe (IVHSM)
VIS1.2	Grosse Lebereingriffe (IVHSM)
VIS1.3	Oesophaguschirurgie (IVHSM)
VIS1.4	Bariatrische Chirurgie
VIS1.4.1	Spezialisierte Bariatrische Chirurgie (IVHSM)
VIS1.5	Tiefe Rektumeingriffe (IVHSM)
HAE1	Aggressive Lymphome und akute Leukämien
HAE1.1	Hoch-aggressive Lymphome u. akute Leukämien
HAE2	Indolente Lymphome und chronische Leukämien
HAE3	Myeloproliferative Erkrankungen / Myelodysplastische Syndrome
HAE4	Autologe Blutstammzelltransplantation
GEF1	Gefässchirurgie periphere Gefässe (arteriell)
ANG1	Interventionen periphere Gefässe (arteriell)
GEFA	Interventionen und Gefässchirurgie intraabdominale Gefässe
GEF3	Gefässchirurgie Carotis
ANG3	Interventionen Carotis und extrakranielle Gefässe
RAD1	Interventionelle Radiologie (bei Gefässen nur Diagnostik)
HER1	Einfache Herzchirurgie
UNF1	Unfallchirurgie (Polytrauma)

Legende dazu:

Rote Schrift = unbefristeter bzw. befristete Leistungsaufträge für das Spital Limmattal

Schwarze Schrift = Leistungsaufträge, die dem Spital Limmattal nicht erteilt worden sind

Urologische Klinik

Die Urologie ist ein Teilgebiet der chirurgischen Medizin. Sie entwickelte sich daraus als eigenständige Disziplin und umfasst die Prävention, Erkennung, Therapie und Rehabilitation von Erkrankungen, Fehlbildungen und Verletzungen der männlichen und weiblichen Harn- sowie der männlichen Geschlechtsorgane und von damit in Zusammenhang stehenden Stoffwechsel- und Hormonstörungen. Durch die Endoskopie und die minimalinvasive Chirurgie hat sich die Urologie rasant entwickelt.

1970

Bei der Eröffnung des Spitals 1970 bestand die Urologische Klinik noch nicht. Die Behandlungen und Operationen wurden unter Beizug eines Konsiliararztes in der Chirurgischen Klinik vorgenommen.

1972 nahm die Urologische Klinik mit einem Leitenden Arzt (Dr. med. Friedrich Pupato) die eigenständige Tätigkeit auf. Auf der Bettenstation waren für die Urologie 15 Betten reserviert.

Die Tätigkeit bestand in der Diagnostik von Krankheiten der Urogenitalorgane (Nieren, Harnblase und -wege und Geschlechtsorgane) und der Operationen (wie zum Beispiel Vorhautverengungen, Nierensteinentfernungen, Tumorentfernung in der Harnblase und der Niere, teilweise oder vollständige Entfernung der Prostata bei Tumoren). Die Operationen wurden in der Regel mit der offenen Operationstechnik vorgenommen, was zum Beispiel bei der Prostataentfernung zu entsprechend langen Spitalaufenthalten führte.

Mit der Auswertung des Urins im Labor, der Begutachtung von Röntgenaufnahmen und dem Einsatz des Zystoskops konnten Diagnosen gestellt werden.

Die transurethrale Resektion der Prostata gehörte zu den ältesten Verfahren der minimalinvasiven Chirurgie. Mit dem Resektoskop konnte durch die Harnröhre erkranktes Gewebe aus der Prostata abgetragen werden.



Operationssaal Urologie, 2000



Der erste Nierensteinzertrümmerer im Spital Limmattal

1997: Erneuerung und Vergrößerung der Urologie.

2000: Der Leitende Arzt Urologie, Dr. med. Hartmut Knönagel, wurde zum Chefarzt ernannt.

2008 erhielt die Urologie einen Nierensteinzertrümmerer.

2014: Erste Da Vinci-Roboter Operation durch die Urologie am Spital Limmattal.



Starres transurethrales Resektoskop, 1970



PD Dr. med. Alexander Müller (Chefarzt Urologie) bei einer Da Vinci-Operation



Urologischer Operationssaal mit dem neuesten Nierensteinzertrümmerer

2018

Die Urologische Klinik des Spitals Limmatthal verfügt über langjährige Erfahrung und geniesst weit über die Region hinaus einen ausgezeichneten Ruf. Stets kompetente Fachärzte behandeln und operieren stationäre und ambulante Patienten. Sie übernehmen nach Absprache mit den Zuweiserrärzten auch Nachbehandlungen.

Die häufigsten urologischen Krankheitsbilder sind Infektionen des Harntraktes, Harnsteine, Prostatavergrösserung, unwillkürlicher Urinverlust, Unfruchtbarkeit, Testosteronmangel, Erektionsstörungen sowie Tumorerkrankungen der urogenitalen Organe (Prostata, Harnblase, Harnleiter, Niere, Penis, Hoden).

Die Urologie bietet unter anderem folgende Leistungen an:

a) In der Beratung und Diagnostik

- Stationäre und ambulante Abklärungen
- Urologiesprechstunde mit Ultraschall
- Auswahl an urologischen Röntgenuntersuchungen
- Nachsorge bei urologischen Krebserkrankungen
- Zystoskopie (Blasenspiegelung) mit flexiblem Instrumentarium
- Abklärungen bei Fertilitätsstörungen (Unfruchtbarkeit) des Mannes
- Urodynamische Untersuchungen
- Inkontinenz-Sprechstunde
- Männergesundheit

b) Durch Operationen

- Mit dem Operationsroboter Da Vinci minimalinvasiv: Radikale Prostataentfernung bei Prostatakrebs, verschiedene Nierenoperationen, Blasenentfernung bei Blasenkrebs und Lymphknoten-Entfernung im kleinen Becken.

In der Urologie haben sich neue Operationstechniken historisch meist früh entwickelt. Darunter fallen die Zystoskopie, die Endoskopie und die Laparoskopie. Minimalinvasive Laparoskopische Operationen haben den Vorteil einer weniger grossen Invasivität, kleinerem Blutverlust, weniger Schmerzen und rascherer Rehabilitation. Die Anwendung eines Telemanipulators („Roboter“) war bis vor wenigen Jahren nicht vorstellbar im praktischen Alltag. Nun ist sie aber für nahezu alle urologischen Operationen im Bauchraum, an Niere, Blase und Prostata zur Routine geworden.

Für eine roboterassistierte Operation eignen sich alle Eingriffe, die früher offen oder laparoskopisch durchgeführt wurden. Durch die moderne Technik gelingt einerseits ein mikroskopisch genaues Arbeiten und andererseits eine anspruchsvolle Rekonstruktion im Bereich des Operationsgebietes. Die vollständige Entfernung der Prostata-drüse (radikale Prostataektomie) wegen Prostatakrebs ist weltweit die häufigste Operation für das roboterunterstützte Da Vinci-System. Durch die moderne Technik und die grosse Erfahrung der Operateure wird so eine ausgezeichnete onkologische

Heilung mit funktionellen Resultaten erreicht.

- Minimalinvasive chirurgische Eingriffe: Nierenoperationen (Nieren- und Harnleiter-Entfernung bei Tumoren oder funktionsloser Niere, Nierenteilresektion bei Tumoren).

- Offene chirurgische Eingriffe (auf Wunsch bzw. wenn eine Operation mit dem Roboter Da Vinci oder laparoskopisch nicht möglich ist): Niereneingriffe, Prostataentfernung bei Tumoren oder Prostataenteilentfernung, Blasenentfernung (in Zusammenarbeit mit dem Universitätsspital Zürich), Blasenersatzmethoden, Behandlung von Hodentumoren, Hodenentzündungen oder Hodenverdrehungen, Beschneidungen und Hodenverlagerungen bei Kindern, Unterbindung.

- Endoskopische Eingriffe durch die Harnröhre: Prostataoperationen, Blasenhalssinzisionen, Blasentumor-Entfernung und Biopsien, Schlitzungen von Harnröhrenverengung, Harnleiterschlitzen bei Harnleiterenge.

- Mikrochirurgische Eingriffe: Rückgängigmachung von Unterbindung.

- Nieren- und Harnleiterstein-Chirurgie: Endoskopische Behandlung, gegebenenfalls mit Lasersteinzertrümmerung, Nierenstein-Zertrümmerung, Steinentfernung mit dem Roboter.

Orthopädische Klinik

Die Orthopädie befasst sich mit dem Stütz- und Bewegungsapparat. Die Orthopäden sind die Spezialisten auf diesem Gebiet. Im weiteren Sinne gehört die Orthopädie zum chirurgischen Bereich. Ziel ist die Wiederherstellung der schmerzfreien Beweglichkeit und Belastbarkeit im Alltag, Sport und Beruf.

1970

1970 bestand die Orthopädische Klinik noch nicht. Alle orthopädischen Eingriffe erfolgten durch die Chirurgische Klinik. Es zeigte sich aber bald nach der Eröffnung des Spitals das Bedürfnis nach einem erfahrenen Orthopäden. Auch waren die langen Wartezeiten von Patientinnen und Patienten mit orthopädischen Anliegen ein weiterer Grund für die Eröffnung einer orthopädischen Abteilung.

Die Möglichkeit des Ersatzes von Hüft-, Knie- oder Schultergelenken gab es 1970 noch nicht. Die schmerzhaften Erkrankungen wurden mit Schmerzmedikamenten, Physikalischen Therapien, Gewichtsabnahmen und allenfalls technischen Mitteln (Rollstuhl, Gehstützen) angegangen.

1973: Die Orthopädische Abteilung wurde mit der Wahl von Dr. Pierre Lalive d'Epinay, Facharzt für Orthopädie, als Leitender Arzt eröffnet. Ihm standen für seinen Bereich 15 Betten für Patientinnen und Patienten zur Verfügung. Am Anfang wurden vor allem Operationen am Bewegungsapparat (Arme, Schultern, Beine, Füsse, Rücken), oft aufgrund von Unfällen oder Verletzungen, und die Korrektur von Missbildungen bei Kindern (untergebracht in der Abteilung Kinderchirurgie im 14. Stock) vorgenommen. 1973 hat Dr. Lalive d'Epinay begonnen, das Hüftgelenk zu ersetzen.

Zwei der häufigsten Orthopädie-Operationen, die Meniskusoperation und der Ersatz des Hüftgelenkes, werden mit den 1973 und 2018 üblichen Operationsmöglichkeiten näher beschrieben:

• Meniskusoperation (1973)

Der Meniskus ist ein Knorpel im Kniegelenk. Durch Überbeanspruchung (in der Regel Sport) oder Verletzungen kann der Meniskus Risse bekommen. Die Operation erfolgte 1973 noch offen. Der Kniegelenkspalt wurde durch einen grossen Schnitt vorne am Knie zugänglich gemacht. Ein Bildgebungsverfahren während der Operation gab es noch nicht. Es wurde jeweils der ganze Meniskus entfernt. Dies erfolgte mit drei Werkzeugen: Dem Messer, der Stanze und einer Fasszange.

Nach der Operation wurde das Kniegelenk für rund 10 Tage in Gips ruhig gelegt, und nachher befand sich die Patientin oder der Patient zur Genesung und Therapie noch rund zwei Wochen im Spital.

Erst ab Mitte 1980 wurde die Arthroskopie (Gelenkspiegelung) eingeführt. Damit konnte der Orthopäde in das Knie hineinsehen und auch Operationen durch das Arthroskop vornehmen. Diese Operationen wurden entweder unter Vollnarkose oder Spinalanästhesie (Teilbetäubung) durchgeführt.

• Hüftgelenkersatz (1973)

1962 wurde in der Klinik Balgrist zum ersten Mal ein künstliches Hüftgelenk implantiert. Die Hüftprothese bestand in der Regel aus drei Teilen: Der Pfanne, welche im Becken plaziert wurde, dem Schaft, welcher im Oberschenkelknochen eingesetzt wurde, und dem Kopf, welcher die Verbindung zwischen Schaft und Pfanne bildete. Ab 1973 war im Spital Limmattal der Ersatz des natürlichen Hüftgelenkes durch ein künstliches Hüftgelenk (un-

ter der Bezeichnung Sulzer Gelenk bekannt) möglich. Hauptursache für einen Hüftgelenkersatz war in der Regel ein Gelenkverschleiss (Arthrose), der das Gehen immer mehr durch Schmerzen erschwerte und schlussendlich auch verunmöglichte. Die Operation erfolgte offen und es wurden Weichteile und Muskelansätze von den Knochen abgelöst, die am Schluss der Operation wieder befestigt werden mussten. 1973 dauerte diese Operation zwischen zwei bis drei Stunden.

Die Patientin oder der Patient befand sich rund 6 Wochen im Spital zur Genesung und für die Therapie. Allenfalls kamen noch weitere Therapien in einer Rehabilitationsklinik dazu. Diese Operation erfolgte unter Voll- oder Spinalanästhesie.



Meniskusfasszange



Meniskussmesser



Stanzer

2018

Die Orthopädische Klinik gehört organisatorisch zum Departement I und wird von einem Chefarzt geleitet.

Das Spektrum der Leistungen der Orthopädie umfasst:

- Minimal-invasiv durchgeführte Operation des Ersatzes von Hüft-, Knie- und Schultergelenken
- Wechselprothetik, Behandlung von infizierten und gelockerten Prothesen der Hüft-, Knie- und Schultergelenke
- Sport-orthopädische Chirurgie inkl. Sportverletzungen (zum Beispiel vordere Kreuzbandverletzungen, Meniskusrisse, Ausrenkungen der Knie- und Knorpeltherapie)
- Arthroskopische Chirurgie des Schulter-, Knie- und Ellenbogengelenkes
- Konservative und operative Fuss-Chirurgie (zum Beispiel Hallux, Arthrose des Sprunggelenkes)
- Individuelle, massgeschneiderte Hüftgelenke und Kniegelenke (Implantate mit einem 3 D-Drucker hergestellt)
- Rekonstruktion von Band- und Sehnenverletzungen
- Knorpelerhaltende Therapien, operativ und konservativ
- Nichtoperative konservative Therapien der Wirbelsäule

Der Ablauf der vorne für das Jahr 1973 beschriebenen zwei Operationen hat sich wesentlich verändert. Es wird im Regelfall bei allen Operationen die minimal-invasive Technik angewendet. Diese bringt deutlich bessere Ergebnisse hinsichtlich Operationsdauer, Blutverlust, Schmerzmittelverbrauch, Rehabilitationszeit und Funktion.

Nachfolgend die aktuell wesentlichen Abläufe der beiden schon aufgeführten Operationen:



Meniskusoperation mittels Kniearthroskopie

• Meniskusoperation

Zur Diagnose werden mit dem MRI Bilder vom Kniegelenk hergestellt, so dass die Verletzung des Meniskus exakt sichtbar ist und beurteilt werden kann. Die Meniskusoperation erfolgt in der Regel ambulant. Die Patientin oder der Patient befindet sich nur wenige Stunden im Spital. Die Kniearthroskopie ist eine minimal-invasive Technik. Es erfolgen in der Regel zwei kleine Schnitte (2-3 mm), durch welche die Kamera und die Instrumente ins Knie geschoben und die Operation durchgeführt werden kann. Es wird heute nicht mehr der ganze Meniskus-Knorpel herausgenommen, sondern es werden nur noch die instabilen Teile entfernt. Je nach Situation wäre es auch möglich, diese wieder anzunähen. Es erfolgt in der Regel nur eine örtliche Betäubung.

Vor dem Spitalaustritt erhält die Patientin oder der Patient noch Anweisungen, wie er oder sie die Unterarmgehstöcke zur Entlastung des Knies verwenden muss.

• Hüftgelenkersatz

Das Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenkes ist heute eine standar-

disierte Routineoperation. Für die Abklärungen werden MRI-Bilder benötigt. Aus diesen Daten kann auch die Prothese individuell und massgeschneidert (personalisierte Medizin) erstellt werden. Bei den meisten Patientinnen und Patienten wird die minimal-invasive Operationstechnik angewandt. Dabei werden keine Weichteile oder Muskeln abgelöst bzw. durchtrennt. Je nach Wunsch erfolgt die Operation unter Vollnarkose oder Spinalanästhesie. Die Operation dauert in der Regel zwei Stunden. Das Hüftgelenkimplantat hat sich seit 1973 verbessert. Am zweiten Tag nach der Operation kann die Patientin oder der Patient unter Anleitung einer Fachperson aus der Physiotherapie bereits wieder die ersten Schritte unternehmen. Zwischen vier bis längstens zehn Tagen dauert der Spitalaufenthalt. Nach der Spitalentlassung sollten die Gehstöcke vier bis sechs Wochen nach der Operation zur Entlastung weiter benutzt werden.

Für die Patientinnen und Patienten sind diese minimal-invasiven Operationen leichter zu ertragen.

Frauenklinik

Die Frauenklinik umfasst zwei verschiedene Abteilungen, bestehend aus der geburtshilflichen und der gynäkologischen Klinik. Die Geburtshilfe stellt sich den Fragen im Rahmen der Fruchtbarkeit, der Schwangerschaft, der Geburt und des nachfolgenden Wochenbettes – während die gynäkologische Klinik als operative Disziplin für die Diagnostik und Therapie bei Erkrankungen der weiblichen Genitalorgane zuständig ist. Die Spezialisten für Genitalerkrankungen bei Männern kommen aus der urologischen Klinik (Seiten 54/55).

1970

Anfangs der 1970er-Jahre hatten die Frauenkliniken noch ein deutlich kleineres Repertoire an diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten. Vorgeburtlich gab es noch kaum Optionen um die Situation des heranwachsenden Kindes beurteilen zu können. Insbesondere fehlte die heute nicht mehr wegzudenkende Ultraschalldiagnostik, aber auch laborchemische Abklärungen standen nicht zur Verfügung. Geboren wurde meist noch auf „normalem“ Weg und ohne wesentliche schmerzlindernde Massnahmen. Im Wochenbett lagen die Frauen schliesslich oft in grossen Mehrbett-Zimmern und konnten sich so nur langsam von den Strapazen der Niederkunft erholen.

Auch in der Gynäkologie waren die möglichen Techniken sehr limitiert, dies einerseits wegen der fehlenden Infrastruktur, aber andererseits auch

wegen der beschränkten Studienlage. Man hatte also ein begrenztes Knowhow und mindere technische Hilfsmittel. So wurden oft – insbesondere in der Tumorchirurgie – Radikalooperationen durchgeführt, welche für die Patientinnen teilweise schädliche Auswirkungen hatten.

1993 erhielten die Spitäler Limmatal und Châtel-Saint-Denis als erste Spitäler der Schweiz das WHO- und UNESCO-Label „Baby Freundliches Spital“ für die Förderung des Stillens.

1994 war der Umbau der Gebärsäle abgeschlossen. Sie wurden mit modernster Technologie und nach neuen Geburtsphilosophien ausgestattet und vor allem behaglicher gestaltet.

2004 wurde die ambulante gynäkologische Praxis Spitzacker in Urdorf übernommen.

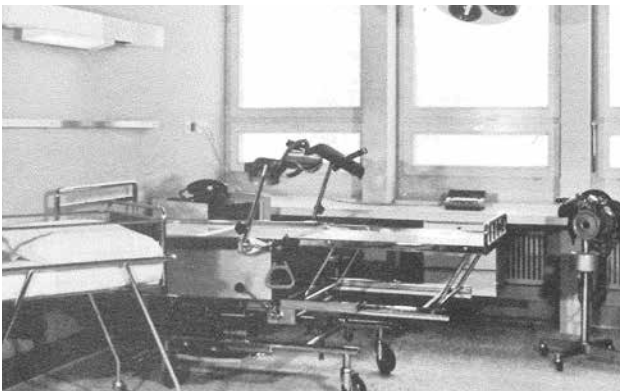
2008 war die Frauenklinik Gründungsmitglied des Netzwerkes Brustknotenpunkt.



Gebärwanne mit waschbarem Strick, 1994



Das altbewährte Geburtsbett, 1994



Geburtssaal 1970



Untersuchungs-Stuhl mit Videokamera links und Ultraschallgerät rechts, 1994

2018

Die Frauenklinik des Spitals Limmattal zählt mit jährlich ca. 2'000 operativen Eingriffen, rund 1'000 Geburten und 15'000 Konsultationen zu den versorgungsrelevanten Kliniken in der Schweiz.

Welche Leistungen werden angeboten:

Geburtshilfe

- In der Frauenklinik werden heute sämtliche technischen und laboranalytischen Methoden angeboten, um die Ungeborenen und die werdenden Mütter sicher durch die Schwangerschaft und die Geburt begleiten zu können. Im Vordergrund stehen Blutanalysen bei der Schwangeren und die periodisch durchgeführten hochauflösenden Ultraschallkontrollen, welche präzise Hinweise über die gesundheitliche Situation von Mutter und Kind liefern. Die Schwangerschaftskontrollen werden in der Regel alle vier Wochen und oftmals abwechselnd durch die Ärztin oder die Hebamme durchgeführt. Die Niederkunft wird auch heute noch grösstenteils durch die Hebamme begleitet. Gegebenenfalls stehen verschiedene sehr wirksame schmerzlindernde Methoden zur Verfügung, und bei Bedarf kann der Geburtsvorgang auch in einem Kaiserschnitt münden. Die Rate an Kaiserschnitten hat in den letzten fünf Jahrzehnten deutlich zugenommen und liegt mittlerweile bei ca. 30 Prozent. Dies hat u.a. technische Gründe, welche zu einer verbesserten Erfassung von Risikosituationen führt, aber auch gesellschaftliche Veränderungen bewirkten ein Umdenken.



Geburtsbett im neuen Spital

- Das Neugeborene wird auf Wunsch der Eltern in die Baby-Galerie auf der Website des Spitals aufgenommen.

- Nach der Geburt kommen Mutter und Kind auf die Wochenbettabteilung. Der Aufenthalt dient sowohl der Erholung der Mutter als auch der idealen Vorbereitung auf die Zeit zu Hause durch die Hebamme bzw. Bezugspfleger. Auch erfolgt eine erste fachärztliche Untersuchung durch einen Kinderarzt. Das Spital bietet nur noch 2-Bett- oder Einzelmutter an. Bei Bedarf steht auch ein Familienzimmer zur Verfügung, sodass Mutter, Vater und ihr Neugeborenes gemeinsam die ersten Tage in Sicherheit und Geborgenheit verbringen können.

- Das Spital Limmattal ist seit langem von der UNICEF als „Baby Freundliches Spital“ ausgezeichnet. Hier werden die Richtlinien der UNICEF in allen Belangen rund ums Stillen und um die Stillförderung beachtet.

Brustzentrum

Im von der Schweizerischen Krebsliga zertifizierten Brustzentrum werden die Erkrankungen und Veränderungen in der Brust bei der Frau, aber auch beim Mann abgeklärt und therapiert. Es bietet durch ausgewiesene Fachspezialisten eine Betreuung von der ersten Untersuchung über die Behandlung bis zur Nachsorge an. Neben der speziell für Brustpatientinnen ausgebildeten Breast Care Nurse,



Gebärwanne im neuen Spital

wird das Betreuungsteam durch die Physiotherapeutin, Psychoonkologin und Fachspezialisten für genetische Beratung bei der Frage nach erblicher Veranlagung für Brust- und Eierstockkrebs ergänzt. Die ganzheitliche Betreuung wird durch regelmässige krankheitsspezifische Yogaworkshops abgerundet.

Chirurgische Tätigkeit

Bei den chirurgischen Eingriffen wird wenn möglich die minimalinvasive Technik gewählt. Die operativen Eingriffe beinhalten vor allem die Therapie bei Blutungsstörungen der Gebärmutter, die Endometriosesanierung (Entfernung von Gebärmutter-schleimhaut an andern Orten im Körper ausserhalb der Gebärmutter), die Entfernung von Myomen (gutartige Muskelknoten an der Gebärmutter) und Krebs im Unterleib, Schwangerschaftsabbrüche, die Sterilitätsabklärung bei unerfülltem Kinderwunsch, Beckenbodeneingriffe bei Senkungs- oder Inkontinenzbeschwerden und Brustoperationen. Zu den operativen Eingriffen der Geburtshilfe zählt der Kaiserschnitt.

Geburten							
1970*	1975	1980	1990	2000	2010	2015	2017
461	965	974	675	801	817	1'019	936

*nur für 8 Monate (Eröffnung am 1.5.1970)

Anästhesie und Intensivmedizin

Ohne eine leistungsfähige Anästhesie wäre die moderne Chirurgie nicht möglich. Künstlich in einen Tiefschlaf versetzt werden und über längere Zeit bewusstlos zu sein, ist für manchen Patienten beängstigend. Hier hilft die Aufklärung durch die Ärztinnen und Ärzte. Die Anästhesiologie umfasst die Teilgebiete Anästhesie, Intensivmedizin, Schmerztherapie und Rettungsmedizin. Die Anästhesie hat die Aufgabe, den Kranken unempfindlich für schmerzhaft Eingriffe zu machen. Der Patient soll während der Narkose sein Bewusstsein verlieren und keine Schmerzen spüren. Zudem sollen seine Muskeln während der Operation gelähmt sein, damit er still liegt. In die Intensivmedizin kommen Patientinnen und Patienten mit lebensbedrohenden Zuständen oder nach grossen Operationen. Intensivpflegestationen sind entsprechend ausgerüstet. Sie arbeiten unter der Verantwortung der Anästhesie interdisziplinär zusammen mit anderen Spitalfachärzten (wie Chirurgen, Neurologen) und speziell aus- und weitergebildeten Pflegekräften. Bei der Schmerztherapie werden Patientinnen und Patienten nach einem Eingriff im Aufwachraum und auf den Bettenstationen mit dem Ziel, möglichst schmerzfrei zu sein, weiter betreut. Für die Notfallmedizin besteht im Spital Limmatthal eine eigene Klinik (siehe Seite 66), wobei die Fachärzte Anästhesie hier Unterstützung leisten.

1970

Mit der Eröffnung des Spitals wurde eine Chefarztstelle für einen Facharzt Anästhesie geschaffen. Neben dem Chefarzt arbeiteten noch ein Oberarzt und ein Assistenzarzt auf dem Weg zur Ausbildung zum Facharzt in der Anästhesie. Diese waren insbesondere bei der Einleitung der Narkose und beim Aufwachen aus dem Narkosezustand dabei. Dazu kamen Anästhesieschwestern. Diese halfen den Ärzten bei der Einleitung der Narkose und betreuten die Patientinnen und Patienten in den acht Operationssälen während der Operationen.

Die meisten Operationen wurden mit einer Allgemein- oder Vollnarkose durchgeführt.

Bei den grossen Operationen im Bauchraum wurden Intubationsnarkosen eingesetzt. Dem Patienten wurde nach dem Eintritt der Bewusstlosigkeit ein Beatmungsschlauch in die Lunge eingeführt, durch den die Narkosegase (Lachgas, Halothan usw.) und der Sauerstoff direkt in die Lunge eingeblasen wurden. Kleinere und kürzere Operationen wurden mit Maskennarkosen durchgeführt. Bei diesen wurde dem Patienten eine Maske auf Nase und Mund gedrückt, und mit dem Beatmungsbeutel wurden ihm die Narkosegase und der

Sauerstoff zugeführt. Bei grossen und langdauernden Eingriffen wurde die notwendige künstliche Beatmung maschinell vorgenommen.

Der Anästhesie-Facharzt wählte die Narkosegase, die für den jeweiligen Eingriff am besten geeignet waren, und berechnete die Dosis aufgrund von Grösse und Gewicht des Patienten.

Vor der Operation wurde der Patient mit Valium oder ähnlichen Mitteln eingeschläfert. Erst dann wurde die Vollnarkose eingeleitet. Während der Operation wurde der Patient ständig überwacht. Puls und Blutdruck wurden laufend gemessen. Die Herztöne wurden mit dem Stethoskop abgehört. Bei grossen Operationen wurden die Herzfrequenzen mit einem Elektrokardiogramm (EKG) überwacht.

Wurde eine Maskennarkose durchgeführt, musste der Arzt oder die Schwester nicht nur die Maske andrücken, sondern gleichzeitig mit dem Beatmungsbeutel den Sauerstoff und die Narkosegase zuführen sowie auch die Patientin oder den Patienten überwachen.

Dem Chefarzt Anästhesie unterstand auch die interdisziplinäre Intensivpflegestation mit 12 Betten (davon ein Isolierzimmer). Hierher kamen Pa-

tientinnen und Patienten mit lebensbedrohenden Zuständen bzw. mit der Gefahr, in solche Zustände zu kommen. Oft waren diese Patientinnen oder Patienten ohne Bewusstsein. Der Chefarzt musste den Zustand der Patientinnen oder Patienten überwachen und sie am Leben erhalten.

Im offenen Raum der Intensivpflegestation war der Lärmpegel hoch. Die vielen technischen Geräte zur Überwachung der Patientinnen und Patienten meldeten sich oft mit lauten Geräuschen, wenn sich Messdaten verschlechterten.

Ein Aufwachraum bestand noch nicht.



Technische Einrichtungen Operationssaal und Intensivpflegestation 1972

2018

Die Aufgaben des Instituts für Anästhesie und Intensivmedizin haben sich gegenüber 1970 im Grundsatz nicht verändert. Patientinnen und Patienten werden bei einer Operation durch die Anästhesie vor, während und nach der Narkose betreut. Die Behandlungen sollen möglichst schmerzfrei sein. Die Ärzte und die Fachangestellten arbeiten in Teams.

Der technische Fortschritt der Anästhesiegeräte ist seit 1970 enorm. Der Patient wird mit den Geräten der neuesten Generation nach verschiedenen Möglichkeiten beatmet. Dabei wird die Beatmung aufgrund der vom Gerät erfassten Daten automatisch angepasst. Dazu kommt die Anästhesiegas-Dosierungseinheit, welche situationsgerechte Narkosen ermöglicht. Die Patientin oder der Patient wird laufend elektronisch überwacht (Herzfrequenzen, Blutdruck, Körpertemperatur, Sauerstoffsättigung des Blutes usw.), und die Daten werden für das Patientendossier digital gespeichert.

Die für den geplanten Eingriff optimale Anästhesieform (Vollnarkose, Regionalnarkose usw.) wird mit der Patientin oder dem Patienten durch den Arzt eingehend besprochen. Die Einschläferung vor der eigentlichen Narkose erfolgt heute hauptsächlich mit dem Mittel Propofol, das in die Vene gespritzt wird.

Operationen können in Allgemeinanästhesie (die Patientin oder der Patient schläft und ist vollständig empfindungslos) oder in Regionalanästhesie (nur ein Teil des Körpers, in der Regel Unterleib, Beine oder Arme, werden betäubt) durchgeführt werden. Kombinationen dieser beiden Anästhesieformen sind ebenfalls möglich. Auch leisten die Anästhesieteams Unter-

stützung, wenn eine geburtshilfliche Anästhesie oder eine allgemeine Schmerzbehandlung notwendig wird.

Nach der Operation kommt die Patientin oder der Patient je nach Schwere der Operation in den Aufwachraum (9 Betten) oder in die Intensivstation (8 Betten mit der Möglichkeit die Zahl auf 12 zu erhöhen). Die Schmerztherapie hat im Spital Limmattal einen sehr hohen Stellenwert. Anästhesieärzte sowie speziell ausgebildete Pflegefachpersonen (Pain nurses) passen die Schmerztherapie im Aufwachraum und auch nachfolgend auf den Bettenstationen der individuellen Situation der Patientin oder des Patienten laufend an. Bei den eigenständigen Schmerzvisiten helfen sie, die Schmerzen auch nach einer Operation möglichst gering zu halten.

Zum Aufgabenbereich des Instituts für Anästhesie und Intensivmedizin gehört auch die Leitung der Intensivpflegestation (IPS). In dieser erfolgt eine interdisziplinäre Arbeitsweise mit Einbezug verschiedenster Fachdisziplinen unter der Leitung eines Intensivmediziners. Das Team der Intensivstation setzt sich aus Ärzten (Fachärzte für Intensivmedizin FMH), Pflegefachpersonen (Dipl. Expertin oder Dipl. Experte Intensivpflege NDS HF) und

Physiotherapeuten zusammen. Moderne Intensivmedizin erfordert den Einsatz vieler technischer Geräte und Apparaturen.

Die Patientinnen und Patienten der Intensivpflegestation sind in fünf Zweierzimmern, einem Einzelzimmer und einem Isolationszimmer untergebracht. Die Intimsphäre der Patientinnen, Patienten und Besucher wird damit besser gewahrt. Die Überwachung der vielen Medizinalgeräte, an welche die Patientinnen und Patienten angeschlossen sind, erfolgt zentral.

Die Betreuung durch die Ärzte und das Pflegepersonal ist äusserst intensiv. Die hoch technisierte, moderne Intensivmedizin bietet heute Möglichkeiten, welche die Grenzen des Machbaren immer weiter verschieben.

Manchmal werden in der Intensivpflegestation auch Patienten oder Patientinnen betreut, die zur Verbesserung eines Heilungsprozesses in ein künstliches Koma versetzt wurden und später wieder „ins Leben“ zurückgeholt werden müssen.



Beispiel eines modernen Anästhesiegerätes

Medizinische Klinik

Die Medizin und die Chirurgie sind die traditionellen Medizinbereiche (zur Abgrenzung siehe Einleitung zum Kapitel Chirurgie Seite 50). Bei verschiedenen Behandlungen bieten die Innere Medizin und die Chirurgie Lösungen an (zum Beispiel bei der Entfernung von Krampfadern durch einen chirurgischen Eingriff oder durch eine thermische bzw. chemische „Ausschaltung“). Die Medizinische Klinik ist in den Bereichen Diagnostik und Therapie in allen Bereichen der Inneren Medizin tätig. Die Wissensvermehrung im Bereich der Inneren Medizin, die technische Entwicklung der Medizingeräte (Endoskopie) für die Diagnostik und die Medikamentenentwicklung waren in den letzten 50 Jahren enorm. Wie in anderen medizinischen Bereichen entwickelte sich seit 1970 eine starke Spezialisierung. Fachärzte verschiedenster Richtungen sind in der Inneren Medizin tätig.

1970

Die Ärzte in der medizinischen Klinik waren auf die Diagnostik und Therapie von komplexeren Erkrankungen spezialisiert. Die Patientinnen und Patienten wurden in der Regel vom Hausarzt dem Spital zugewiesen.

Im Spital wurden die Patientinnen und Patienten über ihre Krankheit befragt, sie wurden körperlich untersucht, wobei als technische Mittel das Stethoskop sowie die Blutdruck- und Pulsmessgeräte im Vordergrund standen. An technischen Geräten für die Diagnostik standen das Elektrokardiogramm (EKG), das Phonokardiogramm (Aufnahme der Schallschwingungen des Herzens mit einem Mikrophon), das Oszillogramm (Gerät für die Messung der Durchblutung), das Plethysmogramm (Messverfahren für Volumenschwankungen im Körper, zum Beispiel des Fettanteils bei Menschen oder des Blutdrucks) und noch einfache und starre Endoskope (Beispiel Rektoskop für die Spiegelung des Enddarms) zur Verfügung.

Die stationäre Behandlung von Patientinnen und Patienten stand im Vordergrund (die verrechneten Pflegetage in der Medizin betrugen 30'021 gegenüber 28'428 in der Chirurgie).

Die Patientinnen und Patienten wurden gemäss Statistik aus dem Jahre 1971 hauptsächlich zu den folgenden Krankheiten diagnostiziert und be-

handelt: Infektionen und parasitäre Krankheiten, Tumore, Drüsenkrankheiten, Ernährungs- und Stoffwechselstörungen, Psychische Krankheiten, Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane, Herz- und Lungenkrankheiten, Krankheiten der Verdauungsorgane und der Harnwege, Arthritis, Rheumatismus, Knochenmarkentzündungen, Arzneimittelchäden.

In der Medizin wurden auch die Langzeitpatientinnen und -patienten aufgenommen.

Bei Herzkrankheiten standen die aus der Fingerhutpflanze gewonnenen Digitalis-Medikamente, die den Puls verlangsamten bzw. das schwache Herz stärken konnten, und wasserlösende Mittel (Diuretika) zur Verfügung. Für Krebsbehandlungen gab es noch keine Medikamente.

Bei der Diagnostik wurden auch die Radiologie (Seite 64) und das Labor (Seite 74) beigezogen.

Für die Diagnostik waren die ausserordentlichen Entwicklungen der Radiologie (siehe Seite 65) und der Endoskopie von grösster Bedeutung. Die Endoskope wurden ursprünglich für die Diagnostik entwickelt. Später hat man sie auch für die operativen minimalinvasiven Eingriffe verwendet.

Mit den Endoskopen lassen sich die Hohlräume im Körper untersuchen. Sie haben je nach Untersuchungsob-

jekt eigene Namen (wie Gastroskop für die Magenspiegelung, Koloskop für die Darmspiegelung) und sind technisch auf das Untersuchungsobjekt ausgerichtet.

Die wenigen 1970 vorgenommenen Endoskopien wurden noch mit starren Endoskopen vorgenommen und waren für die Patienten schmerzhaft. Im Zeitpunkt der Herausgabe dieses Heftes werden flexible Glasfaser-Endoskope oder Video-Endoskope eingesetzt. Sie besitzen am Ende eine Lichtquelle und eine Kamera. Die Aufnahmen werden auf einen Bildschirm übertragen und können digital gespeichert werden. Bei allen Endoskopen können auch noch Instrumente eingeführt werden, um zum Beispiel Darmpolypen mit einer Schlinge zu entfernen oder Biopsien zu entnehmen.



Elektrokardiograph, 1971

2018

Zum ärztlichen Departement II gehören organisatorisch die Medizinische Klinik, das Institut für Radiologie (Seite 64), das Institut für klinische Notfallmedizin (Seite 66), die Spitalapotheke (Seite 68) und das Institut für Labordiagnostik (Seite 74).

Das Schwergewicht der Medizinischen Klinik liegt bei der Diagnostik und Therapie schwerer Erkrankungen, welche keinen operativen Eingriff benötigen, wobei dies im stationären, aber auch im ambulanten Bereich geschieht.

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit den anderen Fachärzten hat einen bedeutenden Stellenwert. So finden insbesondere in den Fachgebieten der Magen-, Darm- und Tumorerkrankungen klinikübergreifende Patientenbesprechungen statt. Die Spezialisten der Inneren Medizin sind bei der Betreuung vor allem der polymorbiden Patienten der operativen Klinik konsiliarisch involviert. Eine reibungslose Nachbetreuung nach dem Spitalaufenthalt ist sehr wichtig. Deshalb wird eng mit den zuweisenden Ärzten aus der Region sowie der Spitex zusammengearbeitet.

Die Medizinische Klinik bietet in folgenden Bereichen stationäre und ambulante Dienste an:

- **Angiologie:** Es werden Abklärungen von Gefässerkrankungen (Durchblutungsstörungen, Krampfadern) vorgenommen und mit Medikamenten, möglichst ambulant, behandelt.
- **Gastroenterologie:** Die Gastroenterologie befasst sich mit der Abklärung und Therapie bei Erkrankungen des Magen-Darm-Trakts und der Leber. Dank dem medizinischen Fortschritt sind heute in diesem Bereich oft keine aufwändigen Operationen mehr

notwendig. Viele Untersuchungen und Eingriffe können endoskopisch durchgeführt werden, was für Patienten eine viel geringere Belastung bedeutet.

- **Kardiologie:** Die Kardiologie verfügt über moderne Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten rund ums Herz. Das Angebot steht ambulanten und stationären Patienten zur Verfügung und umfasst die sorgfältige Abklärung, Beratung, Behandlung und Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Herzkrankheiten.

- **Pneumologie:** Die Pneumologie befasst sich mit der Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemorgane und Schlafproblemen.

- **Onkologie/Hämatologie:** Fachärzte und hochqualifizierte Pflege- und Therapieteams bieten eine umfassende und ganzheitliche Betreuung von Tumorkrankpatientinnen und -patienten. Bei Verdacht auf Blut- und Krebserkrankungen werden Untersuchungen nach den neuesten medizinischen Erkenntnissen vorgenommen. Die Behandlung erfolgt stationär oder ambulant. Es gibt Krebserkrankungen, die selbst in fortgeschrittenen Stadien mit Medikamenten geheilt werden können. Andere werden mit Medikamenten so beeinflusst, dass die Lebensqualität verbessert, das Leben verlängert und Beschwerden für lange Zeit beseitigt werden. In gewissen Situationen ist die Schmerzlinderung und Bekämpfung von Symptomen Ziel der Behandlung.

- **Endokrinologie und Diabetologie:** Die Endokrinologie beschäftigt sich mit Hormonen und den Hormondrüsen des menschlichen Organismus. Zu den wichtigsten endokrinologischen Störungen gehören neben dem Diabetes mellitus Erkrankungen der Schilddrüse, der Hirnanhangsdrüse, der Nebennieren, der Geschlechtsdrü-

sen sowie Störungen im Kalzium- und Knochenstoffwechsel.

- **Neurologie:** Das Fachgebiet der Neurologie beschäftigt sich mit Krankheiten des Hirns, des Rückenmarks, der Nerven und Muskeln. Ein breites Spektrum an neurologischer Diagnostik und Therapien steht zur Verfügung. Das Leistungsangebot besteht für die externen Zuweiser und Spitalintern. Häufige neurologische Krankheiten sind Hirnschlag (Schlaganfall), Kopfschmerzen, epileptische Störungen, Parkinson Syndrom, dementielle Erkrankungen, Multiple Sklerose (MS) und Schwindel.

- **Infektiologie:** Sie befasst sich mit der Abklärung und Therapie von Infektionskrankheiten (zum Beispiel HIV). Sowohl durch die hoch technisierte Diagnostik wie auch durch effektive Medikamente hat sich die Prognose der Infektionskrankheiten deutlich verbessert.

Die Fachgebiete der Nephrologie, Rheumatologie und Dermatologie sowie Psychiatrie werden durch Konsiliarärzte abgedeckt.

Neben der rasanten Entwicklung der medizinischen Geräte sind auch die vielen neuen oder verbesserten Medikamente für die Heilung vieler Krankheiten wesentlich (Betablocker gegen Herzkrankheiten und Bluthochdruck, ACE-Hemmer zur Blutdrucksenkung, Medikamente gegen HIV/Aids und Magengeschwüre, Medikamente und Antikörperpräparate gegen verschiedene Krebserkrankungen, Medikamente gegen die Abstoßung von transplantierten Organen und viele mehr).

Radiologie

Die Radiologie wendet bildgebende Methoden an, um Krankheiten zu diagnostizieren und um diese teils auch zu behandeln. Die verschiedenen Verfahren (wie zum Beispiel Röntgen, Magnetresonanztomographie oder Ultraschall) benutzen unterschiedliche Arten von elektromagnetischer Strahlung oder mechanischen Wellen, um die Bilder zu erzeugen. Seit 1970 hat sich die Radiologie bzw. die medizinische Bildgebung enorm verändert und an Bedeutung gewonnen. Eine moderne Medizin ohne Radiologie ist nicht mehr vorstellbar. Die Leistungen der Radiologie werden sowohl für die stationären wie auch die ambulant von Ärzten zugewiesenen Patienten oder Patientinnen vorgenommen. Für die Patientinnen und Patienten hat die enorme Entwicklung wesentliche Verbesserungen gebracht (weniger Strahlenbelastungen, bessere Diagnostik, schnellere und schonendere Verfahren).

1970

Die Radiologie bot 1970 an:

- **Konventionelles Röntgen**

Röntgen ist ein bildgebendes Verfahren bei dem das Innere des Körpers durch Verwendung eines Röntgenstrahlers durchstrahlt und damit sichtbar gemacht wird. Die den Körper durchdringenden Strahlen wurden auf einer Filmplatte aufgenommen.

- **Durchleuchtung**

Mit diesem Röntgengerät wurden gepulste Röntgenstrahlen ausgestrahlt. Damit konnten kurz hintereinander Bilder erstellt werden, die einen dynamischen Vorgang wie Herzbewegungen, Schluckbewegungen usw. aufzeichneten. Nach Applikation eines Kontrastmittels konnten ebenfalls die Abläufe in Blutgefässen oder Magen- und Darmabschnitten aufgenommen und betrachtet werden.

- **Entwicklung der Röntgenfilme und die Bilderbetrachtung**

Die von den Röntgenstrahlen belichteten Filme mussten mit Chemikalien entwickelt werden. Erst danach war die Verwendung für die Diagnostik zur Erkennung der Krankheiten möglich. Für die Betrachtung der Bilder waren Lichtkästen notwendig.

Wesentliche Veränderungen seit 1970:

- 1972: Einrichten einer nuklearmedizinischen Diagnostik, verbunden mit

der Inbetriebnahme einer Gammakamera. Die Patientinnen und Patienten erhielten leicht radioaktive Flüssigkeiten mit Kontrastmittel als Getränk oder als Injektion. Mit der Gammakamera wurden nicht nur einzelne Bilder des Organs, sondern ganze Bildsequenzen aufgenommen.

- 1979: Anschaffung des ersten Ultraschallgerätes, in der Radiologie platziert.

- 1987: Mit der 2. Bauetappe des Spitals (Krankenhaus) wurde die Radiologie vergrößert und erneuert.

- 1988: Inbetriebnahme des ersten Computertomographen (CT)

- 1995: Anschaffung eines Computertomographen der damals neusten Generation.

- 2004–2012: Betrieb eines Magnetresonanztomographen (MRI) durch die MRI Zentrum Schlieren AG im Container neben dem Spital.

- 2009: Einstellung des Bereiches Nuklearmedizin und Kooperation mit dem Universitätsspital Zürich in diesem Bereich.

- 2011: „Radiologie arbeitet neu komplett ohne Filme“, so der Titel im Geschäftsbericht 2011. Alle Bilder werden nur noch elektronisch aufgezeichnet und gespeichert. Damit entfällt das Entwickeln mit Chemikalien.



Röntgenabteilung 1970



Betrachtung der Röntgenbilder 1971

2018

Die technische Entwicklung in der Radiologie war nach 1970 rasant. Ultraschall, Computertomograph und Magnetresonanztomograph revolutionierten die Bildgebungsverfahren. Mitentscheidend waren die Digitalisierung der Aufnahmen und die immer stärkeren Rechnerleistungen (Speicherung und Geschwindigkeit) der für den Betrieb dieser Geräte notwendigen Computer. Die Bilder der Radiologie stehen nun in digitaler Form zur Verfügung, und dank einer neuen Spracherkennungssoftware werden die Befunde durch die Radiologieärzte direkt dem Computer diktiert. Die auftraggebenden Ärztinnen und Ärzte erhalten die Bilder und den Befund am selben Tag. Es entfällt auch die Archivierung der Röntgenbilder und die spätere Suche danach im Archiv. Hingegen müssen nun die grossen Datenmengen gespeichert werden und jederzeit im Spital abrufbar sein. Anstelle von Fotos erhalten die Patientinnen und Patienten sowie ihre Ärztinnen und Ärzte die Bilddaten auf einem Speichermedium (Compact Disc oder USB-Stick).

Was bietet die Radiologie 2018 an:

- **Konventionelles Röntgen**

Da verschiedene Strukturen sich im Strahlengang überlagern, werden oft mehrere Bilder aus unterschiedlichen Projektionsrichtungen angefertigt.

- **Durchleuchtung**

Anwendung wie 1970 ausser der Datenspeicherung.

- **Ultrasonographie**

Die Ultrasonographie, auch Ultraschall genannt, ist ein sehr häufig angewendetes bildgebendes Verfahren. Da es mit mechanischen Wellen, also ohne Röntgenstrahlen arbeitet, ist es schonend und nahezu uneingeschränkt wiederholbar. Es ist möglich, Organstrukturen in Echtzeit zu beobachten und teils auch direkt Funktionsbeurteilungen durchzuführen. Es können Aufnahmen oder Filme in digitaler Form erstellt werden.

- **Mammographie und ultraschall-gesteuerte Biopsie**

Die Mammographie ist eine Methode zur Früherkennung von Brustkrebs. Ergänzend oder selten alternativ können der Brustultraschall resp. die Mammasonographie angewendet werden.

- **Computertomographie (CT)**

Die Computertomographie erzeugt mit Hilfe von Röntgenstrahlen Schnittbilder des menschlichen Körpers. Dabei werden je nach Bedarf in sehr kurzer Zeit (Sekunden) grosse Körperabschnitte wie Kopf, Brust- und Bauchraum, Becken und Extremitäten in hoher Qualität abgebildet. Als schnelles und jederzeit verfügbares Schnittbildverfahren kann die CT ein breites Spektrum von Fragestellungen beantworten. Je nach Art der Untersuchung wird zusätzlich noch Kontrastmittel verabreicht. Mit den Daten dieser Schnitte erstellt der Rechner die Bilder, die sofort angesehen, beurteilt und gespeichert werden. Im neuen Spital wird ein 128 Zeilen-Computertomograph stehen.

1971 entwickelte der englische Ingenieur Godfrey Hounsfield, der bei der Schallplattenfirma EMI arbeitete, den Computertomographen. Für diese Pionierarbeit erhielt er 1979 den Medizinernobelpreis. Mit dem 1988 angeschafften Computertomographen betrug die Untersuchungszeit zwischen 45 und 60 Minuten. Mit dem neuen Gerät verkürzte sich die Zeit 1995 auf wenige Sekunden, die Strahlenbelastung wurde gesenkt und die Bildqualität durch neue Software des Gerätes wesentlich verbessert. Die aktuellen Geräte sind sogenannte 64 Zeilen-CT: Es werden gleichzeitig die Daten von 64 Schnitten durch den Körper aufgenommen. Die aufgenommenen Schnitte durch den Körper können individuell (zum Beispiel alle 5 mm) bestimmt werden.

- **Magnetresonanztomographie (MRI)**

MRI oder englisch „Magnetic Resonance Imaging“ ist ein bildgebendes Verfahren zur Diagnostik. Dabei werden wie beim Computertomographen Schnittbilder des Körpers erzeugt, mit deren Hilfe die Organe und entspre-



Durchleuchtung

chende krankhafte Veränderungen erkannt und beurteilt werden können. Das MRI hat Vorteile bei der Darstellung von Weichteilen.

Das Untersuchungsgerät verwendet nicht Röntgenstrahlen, sondern ein Magnetfeld und elektromagnetische Wellen. Es entfallen damit die belastenden Röntgenstrahlen. Je nach Fragestellung wird noch zusätzlich Kontrastmittel verwendet.

Mit den Daten der Schnitte erstellt der Computer die Bilder, die sofort angesehen, diagnostiziert und gespeichert werden können.

- **Angiographie und interventionelle Radiologie**

Die interventionelle Radiologie befasst sich mit bildgesteuerten diagnostischen oder therapeutischen Eingriffen. Mit Hilfe der radiologischen Bildgebung steuert der Radiologe millimeterdünne Instrumente (z.B. Führungsdrähte, Katheter, Ballons) über die Blutgefässe oder andere vorhandene Leitstrukturen im Körper zum Ort der Erkrankung, um diese lokal zu behandeln. Diese Instrumente werden an einer Hauteinstichstelle über ein Gefäss (z.B. Leistenarterie) oder über dem zu behandelnden Organ (z.B. Leber) eingebracht.

Im Vergleich zu klassischen Operationen sind Eingriffe, die durch interventionelle Radiologen durchgeführt werden, in der Regel für den Patienten weniger belastend, da sie meist nur einer örtlichen Betäubung bedürfen. Viele dieser Eingriffe können ambulant durchgeführt werden.

Institut für klinische Notfallmedizin

Es gehört zu den zentralen Aufgaben eines Spitals, auch Notfälle zu behandeln. In der Regel kommen Notfallpatienten mit dem Rettungswagen ins Krankenhaus – ausnahmsweise auch mit dem Helikopter. Schon bald nach Eröffnung kamen immer mehr Patientinnen und Patienten direkt in das Spital, die nicht als Notfälle bezeichnet werden konnten. Im schweizerischen Gesundheitssystem sollte, wer sich krank fühlt, zuerst den Hausarzt oder den Notfalldienst des Ärzteverbandes konsultieren. Dieser Arzt entscheidet dann, ob es sich wirklich um einen Notfall handelt und weist die Patientin oder den Patienten wenn nötig ins Spital ein. Notfallpatienten, die ins Spital gehören, sind Verletzte oder Kranke aller Altersgruppen, bei denen lebensbedrohende Störungen oder schwere gesundheitliche Schädigungen bereits vorhanden, nicht auszuschliessen oder zu erwarten sind (wie zum Beispiel gestörte Atmung oder gestörter Kreislauf, Kopf-, Hals-, Wirbelsäulen- und Körperhöhlenverletzungen, Bewusstseinsstörungen, Herzversagen, Verbrennungen oder Unterkühlungen). Gegenüber einem Hausarztbesuch ist der Besuch in der Notfallstation des Spitals in der Regel rund doppelt so teuer.

1970

In der ersten Planung des Spitals war keine Notfallstation vorgesehen. 1963 wurde von der Spitalkommission beschlossen, eine Notfallabteilung mit zwei Betten einzurichten, die Patientinnen und Patienten diente, welche ambulant behandelt wurden und der Ruhe bedurften. Erst während der Bauzeit wurde auf Empfehlung von Dr. Hans Schwarz, Chefchirurg, und Paul Stiefel, Verwalter, eine Notfallstation mit einem Raum für die Aufnahme und die Triage mit ca. 40 m² geschaffen. Die Patientinnen oder Patienten wurden in der Aufnahme registriert und warteten je nach Verletzung oder Krankheit im engen Warteraum oder im kleinen Triageraum, bis sie auf eine Abteilung des Spitals kamen und dort behandelt wurden. In der Notfallstation wurden in der Regel keine Behandlungen durchgeführt. Die Patientinnen und Patienten wurden nicht in der Reihenfolge des Eintreffens in der Notfallstation behandelt, sondern nach dem Schweregrad der Verletzung oder Krankheit. Je nachdem mussten lange Wartezeiten in Kauf genommen werden. Die andauernde Zunahme solcher Fälle von Personen, die statt zu ihrem Hausarzt direkt in das Spital fahren, blieb über Jahre hinweg ein Thema.

Wesentliche Veränderungen seit 1970:

- Mit der 2. Ausbautappe des Spitals 1983 wurde die Notfallstation im Aufnahmebereich und durch einen Anbau gegen Westen erweitert, so dass sie den veränderten Bedürfnissen einer Notfallstation besser entsprach.

- 2005 wurde sie nochmals vergrößert und umgebaut. Neu standen nun neun Einzelzimmer zur Verfügung, und es wurde ein Wartezimmer erstellt. Mit einem neuen Betriebskonzept wurden zwei getrennte Behandlungsbereiche geschaffen: Eine „Permanence-Spur“, in welcher akute, aber nicht im Spital zu versorgende Gesundheitsstörungen behandelt wurden. Und die „Notfallspur“ für Patientinnen und Patienten, die eine Spitalbehandlung benötigten. Von der schnellen konsequenten Triagierung sollten in erster Linie die Spitalpatientinnen und -patienten profitieren. Erst mit der Eröffnung der hausärztlichen Notfallpraxis 2010 wurde diese Idee erfolgreich umgesetzt. Zum neuen Betriebskonzept gehörte die schweizweit erste interdisziplinäre Notfallversorgung, die Wahl eines „Ärztlichen Leiters Notfall“ und die ständige Anwesenheit von speziellen Notfallkaderärzten. Am 1. Januar 2005 hatte Dr. Hans Matter seinen Stellenantritt als Ärztlicher Leiter Notfall. Entsprechend der Bedeutung der Notfallstation wurde er auf 1. Januar 2010 zum Chefarzt des seit 2009 als „Institut für

klinische Notfallmedizin“ bezeichneten Bereichs befördert.

- 2010 wurde im Spital eine von Hausärzten aus der Region betriebene hausärztliche Notfallpraxis eröffnet. Patientinnen und Patienten, die nicht der Infrastruktur und des besonderen speziellen Know-hows der Spitalärzte bedurften, wurden so kompetent und kosteneffizient durch einen Hausarzt betreut, der bei Bedarf jederzeit die Ärzte des Notfalls beiziehen konnte. Die Notfallpraxis mit zwei Behandlungszimmern ist seither von Montag bis Freitag jeweils von 17.00-23.00 Uhr sowie Samstag und Sonntag von 11.00-23.00 Uhr geöffnet. Im Hinblick auf die Eröffnung des neuen Spitals wurde die Öffnungszeit während der Woche auf 08.00-23.00 Uhr erweitert.



Notfall 2003

2018

Die Notfallstation gehört zu den Visitenkarte eines Spitals und prägt seinen Ruf wesentlich. Sie ist 24 Stunden geöffnet. Die Notfallstation bleibt die Anlaufstelle für Menschen, die medizinische Hilfe benötigen, sei dies wegen eines Herzinfarkts, Rückenschmerzen, Sonnenbrand oder eines Zeckenbisses. Abgewiesen wird niemand.

Unsere Gesellschaft hat sich in den letzten Jahrzehnten verändert. Dazu gehört es auch, dass nicht mehr alle Personen einen Hausarzt haben und Menschen aus Kulturen kommen, die kein Hausarztssystem kennen und die von ihren Herkunftsorten gewohnt sind, immer direkt in ein Spital zu gehen. So hat die Notfallstation gegenüber 1970 einen viel grösseren Stellenwert.

Bei der Anmeldung erfolgt durch erfahrenes Pflegefachpersonal eine Zuweisung in die Notfallpraxis der Hausärzte oder in die Notfallstation des Spitals. Rund 50 Prozent der stationären Patientinnen und Patienten treten via Notfallstation ins Akutspital ein. Für die Fälle, die problemlos von einem Hausarzt behandelt werden können, ist eine Notfallpraxis, die von Hausärzten geführt wird, mit neu vier Behandlungszimmern, integriert.

Die neue Notfallstation entspricht den aktuellen Bedürfnissen und den



neuesten Erkenntnissen. Die Anzahl der Einzelzimmer wird von neun auf zwölf erhöht. Die Notfallstation wird neu ein Isolationszimmer (z.B. für hochansteckende Krankheiten) haben. Die interdisziplinäre Arbeitsweise in der Notfallstation sichert, in Zusammenarbeit mit den spitalinternen Spezialisten, rund um die Uhr eine qualitativ hochwertige Erstversorgung auch schwerstkranker oder schwerstverletzter Patienten. Das ärztliche Team setzt sich aus speziell notfallmedizinisch ausgebildeten Kaderärzten, Rotationsassistenten der medizinischen und chirurgischen Kliniken sowie Assistenzärzten der Notfallstation zusammen. Ein notfallmedizinisch erfahrener Kaderarzt ist ständig in der Notfallstation anwesend, so dass rund um die Uhr eine effiziente, speditive Patientenabklärung gewährleistet ist. Die Mehrzahl der diplomierten Pflegefachpersonen verfügt über die Fachweiterbildung in Notfallpflege. Das gesamte ärztliche und pflegerische Team gewährleistet Tag und Nacht eine adäquate, kom-

petente und menschliche Betreuung der Notfallpatienten. Die technischen Einrichtungen sind zeitgemäss. Dazu gehört unter anderem auch ein elektronisches Dashboard, das auf einen Blick die Situation aller Patientinnen und Patienten aufzeigt.



Koje in der Notfallstation im neuen Spital

Patienten Notfallstation und ab 1.5.2010 der Notfallpraxis

	1970*	2010	2015	2017
Eintritte Notfall Spital total	1'273	20'465	25'844	27'348
Davon:				
Ambulant	**	12'623	14'538	12'996
Stationär	**	4'693	5'079	5'595
Notfallpraxis		3'149***	6'227	8'757

* nur für 8 Monate (Eröffnung am 1.5.1970)

** Zahlen nicht vorhanden

*** nur für 8 Monate (Eröffnung am 1.5.2010)

Spitalapotheke

1970

Die Aufgabe der Spitalapotheke wurde 1970 umschrieben mit „Versorgung der medizinischen Fachabteilungen mit Medikamenten, Chemikalien und Reagenzien in erstklassiger Qualität und zu wirtschaftlichen Bedingungen“.

Die Wirtschaftlichkeit stand im Vordergrund. Es wurde erwartet, dass die Apotheke namhafte finanzielle Vorteile erbringt durch den günstigen Einkauf von Präparaten, Rationalisierung der Lagerhaltung mit Fachpersonal und Lenkung des Medikamenteneinsatzes im Spital. Nach den Aussagen von Dr. Paul Wirz, Chefapotheker bei der Spitaleröffnung 1970, wurde mit den Herstellern über die Medikamentenpreise oft gefeilscht. Rationelle Medikamentenversorgung hiess nicht nur preisgünstig einkaufen, sondern, soweit technisch möglich, auch selbst herstellen. Es gehörten aber auch dazu: Verteilung der Medikamente auf die Stationsapotheken, Beratung der Ärzte, Information des Pflegepersonals über die Haltbarkeit, Überwachung der Betäubungsmittelverordnung und Erstellung einer Dokumentation über die Anwendung. Bei den eingekauften Medikamenten wurden zudem die Etiketten zur Vermeidung von Fehlmedikationen vereinheitlicht.

Die Apothekengrossistin Galenica AG (heute Galexis AG) führte 1970 ein Sortiment mit rund 50'000 Artikeln. Von der Spitalapotheke wurden 1970 rund 820 verschiedene Medikamente selbst eingekauft und gelagert. Damit versorgte sie das Spital.

Die Spitalapotheke befand sich im 1. Stock des Spitalnebengebäudes Spitalstrasse 32. Die Räume im Erdgeschoss wurden dem Schweizerischen Roten Kreuz für ein Blutspendezentrum vermietet.



Gebäude Spitalstrasse 32 mit der Apotheke im 1. Stock und dem Blutspendezentrum im Erdgeschoss

Der Chefapotheker war bei den Chefarztsitzungen dabei und konnte dort die Mediziner über die Entwicklungen und die neuen Produkte oder günstigere Alternativen informieren. Damit der Chefapotheker immer auf dem neusten Stand der rasanten Entwicklungen war, besuchte er Kongresse und pflegte mit Spitalapothekern weltweit Kontakte.

Erst 1972 wurde der Ausbau der bis dahin leeren Fabrikationsräume beschlossen. Mit der Eigenfabrikation wurden Kostenersparnisse erwartet. Her-

gestellt wurden insbesondere reizlose Salben, Infusionslösungen und Ampullen. Diese Produkte konnten teilweise auch anderen Spitälern verkauft werden. Im März 1986 musste die Fabrikation wegen neuer kostenintensiver Sicherheitsvorschriften eingestellt werden. Zudem durften gemäss kantonaler Zielsetzung bei Schwerpunktspitälern keine produzierenden Apotheken mehr vorhanden sein. Hingegen wurden weiterhin noch Spezialrezepte und verdünnte Desinfektionslösungen hergestellt, was auch wirtschaftlich war.



Sterilräume Apotheke 1974



Apotheke

2018

Die Spitalapotheke versorgt das Spital mit Medikamenten, Desinfektionsmitteln und Produkten zur klinischen Ernährung. Sie sorgt dafür, dass die gelieferten Artikel zur richtigen Zeit, mit den notwendigen Informationen, in ausgezeichneter Qualität und zu bestmöglichem Preis zum Patienten kommen.

In den letzten Jahren ist es immer wieder zu Engpässen bei der Versorgung mit Medikamenten (wie Antibiotika, Krebsmedikamenten, Impfstoffen, Anästhesiemitteln) gekommen. Oft liegen die Gründe bei der Produktion durch die Pharmafirmen. Für Patienten können Medikamentenausfälle nachteilige Auswirkungen haben (langsamere Verbesserung des Gesundheitszustandes oder gar Therapieversagen). Sowohl die Lagerhaltung von Medikamenten, aber auch die Suche nach Medikamenten und der Wechsel auf ähnliche Produkte werden immer wichtiger. Für die Bewältigung von Katastrophen sind die Spitalapotheken untereinander vernetzt und helfen sich gegenseitig aus. Seit 1970 hat die Zahl der Medikamente stark zugenommen. Heute hat die Apothekengrossistin Galaxis AG rund 112'000 Arzneimittel in ihrem Sortiment.

Die Spitalapotheke befindet sich neu im Spitalgebäude. Aktuell erbringt die Spitalapotheke im Wesentlichen folgende Dienstleistungen für das Spital:

- **Selektion der Medikamente**

Die Arzneimittelkommission, deren Vorsitz die Leitung der Spitalapotheke innehat, wählt Produkte durch vergleichende Beurteilung des Marktangebots bezüglich medizinischer, pharmazeutischer, ökonomischer und ökologischer Gesichtspunkte aus. Dazu gehört auch die Auswahl von Generika. Die interdisziplinäre Arbeitsweise mit den Spitalmedizinerinnen, der Besuch von Kongressen und die enge Zusammenarbeit mit anderen Spitalapotheken gewährleisten einen Überblick über die Entwicklung der Medikamente.

- **Einkauf**

Das Spital Limmattal ist Mitglied der H-pharm, einer Einkaufskooperation von 12 Schweizer Spitälern. Diese Organisation verhandelt insbesondere vorteilhafte Preise und Konditionen für den Medikamenteneinkauf. Zu diesen kann die Spitalapotheke dann die Bestellungen bei den einzelnen Pharmafirmen aufgeben.

- **Versorgung**

Zur Versorgung des Spitals führt die Spitalapotheke ein Hochregallager mit rund 1'100 Artikeln. Die Pharma-

Assistentinnen kontrollieren regelmässig den Bestand der Stationsapotheken und füllen diese auf. Vom Pflegepersonal haben sie das Richten der 24h-Medikation übernommen. Zur Vereinfachung der Abläufe sind alle Medikamente mit elektronisch einlesbaren Strichcodes versehen.

- **Information**

Medikamente nützen nur, wenn sie richtig angewendet werden. Die Spitalapotheke erstellt Informationen und Listen zur Anwendung von Arzneimitteln und bietet Fachauskünfte (zum Beispiel über Nebenwirkungen und Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten) für die Ärzte und für das Pflegepersonal an.

- **Herstellung**

Die Herstellung von Arzneimitteln beschränkt sich auf Infusionen mit Zytostatika (Mitteln für Chemotherapien bei Krebserkrankungen). Diese werden in komplexen Reinräumen hergestellt. Seit 2014 werden die Zytostatika im Auftrag der Onkologie computergeführt für jede Patientin und jeden Patienten sofort zubereitet und können dann auch ohne Zeitverzögerung verabreicht werden.

- **Qualität**

Die Spitalapotheke fördert die Sicherheit im Medikationsprozess des Spitals. Die Qualität wird gemessen und bewertet, Prozesse werden verbessert und kontinuierlich angepasst.

- **Aus- und Weiterbildung**

Die Spitalapotheke bietet auch eine Weiterbildung für Ärzteschaft und Pflegedienst an. Weiter steht die Akkreditierung als Weiterbildungsstätte FPH in Spitalpharmazie kurz bevor. Ausserdem wird ein einwöchiges Praktikum für Studenten der pharmazeutischen Wissenschaften in den ersten drei Studienjahren im Rahmen der Famulatur angeboten.



Herstellung von Zytostatika

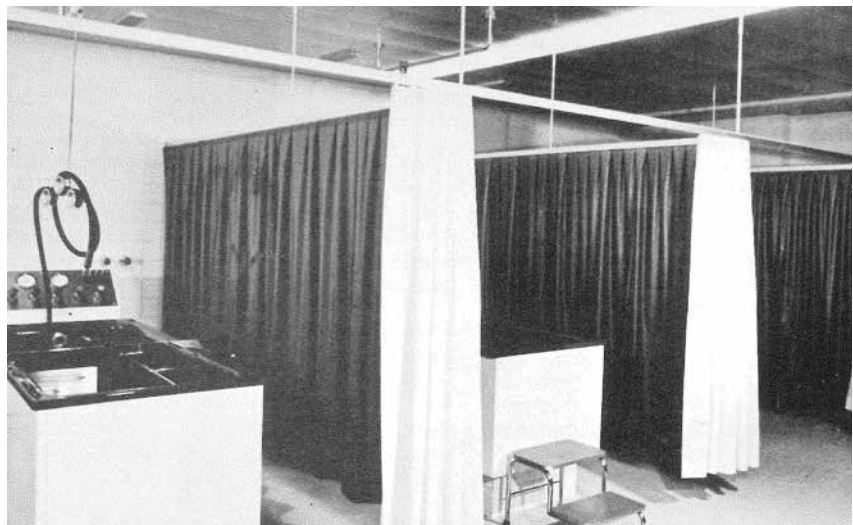
Therapien

Therapien sind Methoden zur Heilung einer Krankheit. Der Beginn mit Therapien unmittelbar nach einer Operation ist wichtig und gehört aus diesem Grund zu den Leistungen des Spitals. Es handelt sich dabei um Behandlungen mit Wasser, Strom, Schlamm, Gymnastik, Massagen usw. Damit können Krankheiten geheilt oder deren Auswirkungen zumindest gelindert werden.

1970

1970 wurde eine Physiotherapie im Spital eingerichtet. Folgende Therapien wurden angeboten:

- Gymnastik zur Wiederherstellung oder Verbesserung der Bewegungsabläufe nach Operationen oder Schlaganfällen durch systematische aktive Bewegung des Körpers oder einzelner Glieder im Gehbad oder im Gymnastiksaal in Verbindung mit dem Laufgarten im Freien
- Elektrotherapie mit Stromimpulsen, welche die Durchblutung und die Muskelaktivitäten anregen sowie Schmerzweiterleitungen unterbrechen sollen
- Hydrotherapien (auch das Fuss- und Armbad) sind Heilbehandlungen durch Anwendung von Wasser in Form von Bädern, Güssen und Inhalationen. Bewirkt werden damit Linderungen von rheumatischen Erkrankungen und Kreislaufstörungen, Schmerzlinderungen, Schutz vor Erkältungen, Stärkung des Immunsystems. Bei Armbädern stehen Herz- und Kreislaufprobleme und bei Fussbädern Bluthochdruck, Schwellungen, Stauungen, Krampfadern und Durchblutungsstörungen im Vordergrund.
- Schwefelbäder hemmen Entzündungen (zum Beispiel bei Rheuma) und fördern die Durchblutung.
- Fangotherapie. Fango ist ein Schlamm aus vulkanischem Gestein. Fango kann als Umschlag, Packung oder Bad entweder kalt, warm oder heiss verabreicht werden. Fango soll die Durchblutung und den Stoffwechsel anregen und Schmerzen in den Muskeln, Gelenken, Sehnen oder Bändern kurieren.



Bäder 1970

- Massagen. Mit einer Massage werden Muskelverspannungen und Muskelverhärtungen und Erkrankungen des Bewegungsapparates (wie Rückenschmerzen) behandelt. Aber auch die Wundheilung kann verbessert werden.

Die Therapien wurden vom Spitalverband erbracht und verrechnet.

Behandelt wurden sowohl stationäre wie auch ambulante Patientinnen und Patienten.

1987: Mit dem Bau des Krankenhauses und der Tagesklinik wurde der Therapiebereich mit weiteren Therapien ergänzt, die in der Hauptsache den Bewohnerinnen und Bewohnern des Krankenhauses zugedacht waren.



Bad 1970



Physio-Pool, 2000

2018

Bei den Therapien sind bedeutende Veränderungen vorgesehen. Im Neubau des Spitals Limmattal wird der gesamte Therapiebereich (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie) im Erdgeschoss angesiedelt. Die Therapien erbringen auch im Neubau weiterhin stationäre Leistungen für das gesamte Spektrum des Akutspitals sowie für das Pflegezentrum. Ebenfalls werden weiterhin ambulante Behandlungen in den drei Fachgebieten angeboten. Ab dem 1. Quartal 2019 wird sich die RehaClinic Zürich AG (Tochtergesellschaft RehaClinic Zuzach) im 3. Stock des Spitals einmieten und dort 36 stationäre Rehabilitationsbetten für die neurologische Rehabilitation (Schlaganfallbehandlung) betreiben. Sie hat von der Gesundheitsdirektion für das innovative Versorgungsmodell bis 31. Dezember 2021 den Leistungsauftrag. Bei der Ausarbeitung dieser Schrift wird die detaillierte Organisation in einem Projekt zusammen mit Akteuren der RehaClinic AG ausgearbeitet.

Es werden an Therapien angeboten:

a) Physiotherapie

Zu den Hauptaufgaben der Physiotherapie gehören das Training und die Verbesserung von Funktionen des Bewegungsapparats sowie die Behandlung von Schmerzen. Das physiotherapeutische Team des Spitals Limmattal behandelt Patienten auch auf den Bettenstationen und im Pflegezentrum.

Zum Angebot gehören:

- Bewegungstherapie nach verschiedenen Konzepten
- Manuelle Therapie
- Lymphologische Physiotherapie
- Neurorehabilitation (Einzel- und Gruppentherapie)
- Medizinische Trainingstherapie (Einzel- und Gruppentherapie), Limmi-Move, Limmi-Training
- Atemtherapie
- Thermo- und Elektrotherapie

b) Logopädie

Das Logopädie-Team bietet sich als Ansprechstelle für Erwachsene und Jugendliche an, die wegen verschie-



Physiotherapieraum im neuen Spital

dener Ursachen an Sprach-, Sprech-, Stimm- oder Schluckstörungen leiden. Das Ziel der logopädischen Therapie ist eine bestmögliche Verbesserung, um die Teilnahme am Alltagsleben wieder zu ermöglichen.

Zum Angebot gehören:

- Abklärung und Therapie von Patienten mit zentralen Sprach- und Sprechstörungen, Stimmstörungen, Gesichtslähmungen und Schluckstörungen
- Beratung der Patienten und Angehörigen beim Einsatz geeigneter Kommunikationshilfen
- Beratung von Angehörigen im Umgang mit ihren sprachbehinderten Partnern, damit sie sich in ihrer neuen Situation besser zurechtfinden können
- Abklärung und Therapie von Menschen mit Lese- und Schreibstörungen

c) Ergotherapie

Das Team der Ergotherapie behandelt Patienten nach Krankheiten oder Unfällen, um die grösstmögliche Selbstständigkeit und Lebensqualität zurückzugewinnen. Ergotherapeuten begleiten und fördern Patienten beim

Wiedererlangen sowie beim Erhalt der Handlungskompetenz im Alltag, im Beruf und in der Freizeit.

Dazu gehören insbesondere die folgenden Angebote:

- Funktionelle Therapie
- Alltagsorientierte Therapie (z.B. Kochen, Haushalt führen, etc.)
- Anziehtraining (sich waschen und kleiden)
- Sensibilitätstraining
- Neurotraining
- Training der Handlungsplanung und Handlungsfähigkeit
- Hilfsmittelberatung und Abgabe von Hilfsmitteln
- Schienenversorgung und Schienenanfertigung (statische und dynamische Schienen)
- Gelenkmobilisation, Koordination der Muskelaktion (Feinmotorik), Kraft-, Muskel- und Desensibilisierungstraining
- Wärme- und Kältebehandlungen (z.B. Paraffin, Kältebad)
- Gelenkschutzinstruktionen
- Physikalische Therapien (z.B. Ultraschall, Laser, Tens)

Therapien	1972	2000	2017
Physikalische Therapie/Physiotherapie			
Anzahl Patientenbehandlungen	36'921	44'464	48'700
Davon			
Stationär	**	24'149	24'418
Amulant	**	20'315	24'282
Ergotherapie*			
Anzahl Patientenbehandlungen		8'080	5'989
Davon			
Stationär		3'332	1'420
Amulant		4'748	4'569

* Diese Leistung wird erst seit 1987 (mit der Aufnahme des Betriebes des Krankenhauses) angeboten

** Zahlen nicht bekannt

Rettungsdienst

Die Krankenwagen, die bei Unfällen mit Blaulicht und Martinshorn ausfahren und in Notfällen die Verletzten und Kranken in wenigen Minuten in das Spital bringen, gehören zum Spitalbild. Nur wird heute nicht mehr der Begriff Krankenwagen, sondern Rettungsfahrzeug verwendet. Die Krankenwagen sind auch nicht mehr weiss mit einem roten Kreuz, sondern in den grellen, weit herum sichtbaren Farben gelb, rot und blau. Für die Bevölkerung hat ein gutes Rettungswesen einen hohen Stellenwert.

1970

Der Krankentransport war eine Gemeindeaufgabe. 1963 beschlossen die Trägergemeinden, einen eigenen Krankentransport zu organisieren. Mit der Betriebsaufnahme des Spitals begann der Krankentransportdienst. Angeschafft wurden zwei Krankenwagen zum Preis von zusammen 122'000 Franken. Diesen beiden Fahrzeugen wurden vier Fahrer zugeordnet. Die Einrichtungen der Fahrzeuge waren einfach. Jeder der beiden Chevrolets konnte bis vier Verletzte oder Kranke transportieren. Der Rettungsdienst war beim technischen Dienst des Spitals angegliedert, und die Rettungssanitäter waren auch als Handwerker im Spital tätig. Wichtig war, die Patienten so schnell wie möglich ins Spital zur Behandlung zu bringen. Eine medizinische Erstversorgung vor dem Transport bestand noch nicht. Die Kosten des Rettungsdienstes mussten die Trägergemeinden alleine tragen.

Schon im Dezember 1970 musste für die Aufrechterhaltung des 24-Stunden-Pikettdienstes ein fünfter Fahrer eingestellt werden.



Limmi 1, 1970 – Chevrolet Sport Van GE (1970-1985)



Limmi 1, 1970 – Chevrolet: Bis vier Liegeplätze möglich, von hinten und seitlich



Rettungsfahrzeuge 1985 (v.l.n.r.): Limmi 1 (neu): Pikettwagen Mercedes 280 E; Limmi 4: Krankenwagen (Allrad) Chevrolet Chevy Van; Limmi 2: Krankenwagen Chevrolet Sportvan 108 (1970-1992); Limmi 1 (alt): Krankenwagen Chevrolet Sport Van GE (1970-1985)

2018

Der Krankentransport und das Rettungswesen sind weiterhin Aufgabe der Gemeinden (§ 44 des Gesundheitsgesetzes des Kantons Zürich 2007). Der Kanton Zürich kann Organisations- und Qualitätsvorschriften erlassen sowie Alarmzentralen führen. Bis Mitte 2018 genügte zur Führung eines Rettungsdienstes das Zertifikat des Interverbandes für das Rettungswesen (IVR). Seit 1. Juli 2018 legt der Kanton Zürich die Anforderungen an die fachliche Qualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie an die technische Ausstattung der Einsatzmittel fest.

Der Rettungsdienst des Spitals Limmattal ist für die Gebiete der Trägergemeinden im Limmattal und seit 2014 auch für die Gemeinden in der Region Furttal zuständig. Die Rettungsfahrzeuge sollten in der Regel innert 15 Minuten am Einsatzort sein.

Mitte der neunziger Jahre wurde der Beruf des Rettungssanitäters etabliert. Am Einsatzort werden durch das Rettungsteam die notwendigen rettungsdienstlichen Massnahmen getroffen und wichtige Abklärungen eingeleitet – erst nachher erfolgt die Fahrt in das Spital. Eingesetzt werden ausschliesslich diplomierte Rettungssanitäterinnen HF oder Rettungssanitäter HF. Sie müssen regelmässig wiederkehrende Kompetenzprüfungen bestehen, um ihren Beruf ausüben zu können.

In lebensbedrohenden Situationen ist auch eine erfahrene Rettungssanitäterin HF oder ein erfahrener Rettungssanitäter HF mit Nachdiplomstudium in Anästhesiepflege vor Ort.

Die aktuellen Rettungsfahrzeuge sind mit vielen technischen Geräten ausgerüstet und können als „Intensivstation



Vorbereitung des Rettungsfahrzeuges auf den nächsten Einsatz



Liegeplatz vorne und hochmoderne Ausstattung der Rettungsfahrzeuge



Notfalleinsatzfahrzeug für medizinisches Personal (2017)

auf Rädern“ bezeichnet werden. Es können zum Beispiel EKG-Aufzeichnungen erstellt und direkt dem Spital übermittelt werden. Organisatorisch gehört der Rettungsdienst seit 2002 zum Departement Pflege und Therapien.

Der Fahrzeugpark umfasst vier Rettungsfahrzeuge und ein Notfalleinsatzfahrzeug. Das Team des Rettungsdienstes hat 27 Mitarbeiter Stand 31. Dezember 2017).

Anzahl Rettungseinsätze

1972*	2000	2017
**	2'607	6'082

* Zweites volles Betriebsjahr (Eröffnung am 1.5.1970)

** Keine Angaben vorhanden

Betriebsverlust (-) und Betriebsgewinn (+) Rettungsdienst

1972*	2000	2017
-98'375	+90'033	+427'000

* Zweites volles Betriebsjahr (Eröffnung am 1.5.1970)

Warum kommt bei Patientinnen und Patienten aus dem Limmattal bei einem Notfall nicht immer das Rettungsfahrzeug aus dem Spital Limmattal?

Sämtliche Einsätze aller Rettungsdienste im Kanton Zürich werden über die Einsatzzentrale von Schutz & Rettung am Flughafen-Zürich disponiert und koordiniert. Das nächste freie Rettungsfahrzeug wird von der Einsatzzentrale an den Einsatzort dirigiert. So kann es sein, dass in Schlieren nicht das Rettungsfahrzeug vom Spital Limmattal, sondern eines von einem benachbarten Rettungsdienst kommt. In der Regel erfolgt die Einlieferung einer Patientin oder eines Patienten vorbehaltlich ihrer oder seiner freien Spitalwahl in das nächstgelegene und medizinisch geeignetste Spital.

Institut für Labordiagnostik

Das Labor unterstützt mit seiner Arbeit die Ärztinnen und Ärzte bei den medizinischen Diagnosen. Heute tragen bei rund 70 % aller klinischen Befunde Laboranalysen zur Diagnose bei. Es werden Körperflüssigkeiten (wie Blut und Urin), Zellen und Gewebe analysiert. Die Laboranalysen werden durch Dipl. Biomedizinische Analytiker an Hightech-Geräten die sehr stark automatisiert sind, durchgeführt. Das Labor ist an 365 Tagen 24 Stunden pro Tag in Betrieb, und die Ärztinnen und Ärzte erhalten die Analyseergebnisse innert kürzester Zeit. Nutzniesser dieser umfassenden und wenig schmerzhaften Analysemöglichkeiten sind die Patienten, die je nach Tiefe der Untersuchungen, gar zu „gläsernen Patienten“ werden können.

1970

Das Labor befand sich im 2. Stock des Hochhauses. Es bestand aus einem medizinisch-chemischen Labor (Nachweis von Stoffwechselprodukten, Proteinen), einem Exkrete-Labor (Urinuntersuchungen) und einem Hämatologischen Labor (Blutgerinnung und Blutzellenuntersuchungen) sowie einem immunhämatologischen Labor (Blutgruppenbestimmung und Blutbank) mit den notwendigen Nebenräumen. Die verwendeten Geräte waren im Vergleich zu heute einfach. Das Mikroskop, Glaspipetten und Reagenzgläser dienten als wichtigste Arbeitsmittel. Die Entwicklungen der Geräte zur Analyse, die Automatisierung der Prozesse und die Digitalisierung der Ergebnisse waren nach 1970 rasant. Laufend wurden Anschaffungen nach den neusten Erkenntnissen getätigt.



Vorbereitung für die Analyse, 2000

2018

Im neuen Spital verfügt das Institut für Labordiagnostik über im Erdgeschoss liegende Räume. Das Labor ist mit den modernsten Geräten ausgestattet, welche ein breit gefächertes Angebot an Laboranalysen abdecken in den Bereichen Klinische Chemie (z.B. bei Herz-, Nieren-, Leber- und Stoffwechselerkrankungen), Immunologie (z.B. Überwachung der Wirkung von Medikamenten, Nachweis von Infekt- und Tumormarkern), Hämatologie (z.B. Untersuchung von Blutzellen), Gerinnung (z.B. medizinische oder voroperative Abklärungen nach Herzinfarkt), Immunhämatologie (z.B. Blutgruppen und Antikörper-Suchtests) und Bakteriologie (z.B. Suche nach Infektionserregern). Bei einzelnen Analysen wird nach wie vor ein Mikroskop benötigt. Es werden auch molekularbiologische Analysen durchgeführt, mit denen innert zwei Stunden Infektionsverursacher wie Noroviren oder Spitalkeime festgestellt werden können. Die Ergebnisse stehen in digitaler Form zur Verfügung. Es müssen nur noch wenige Analysen durch Fremdlabors durchgeführt werden.

Mit dem Labor im Spital ist sichergestellt, dass Analysen den Spitalärztinnen und -ärzten weiterhin innert kürzester Zeit und kostengünstig rund um die Uhr zur Verfügung stehen. Dies auch unter Zeitdruck wie in Notfällen. Rund zwei Drittel der Laborleistungen werden im stationären, ein Drittel im ambulanten Bereich erbracht.

Die für ein Spitallabor Typ B erforderlichen Supervisionen werden durch Fachspezialisten der universitären Zentren für Laboratoriumsmedizin Zürich durchgeführt. Durch ein zweckmässiges, in den Laboralltag integriertes Qualitätsmanagementsystem wird die Einhaltung hoher qualitativer Standards bei der Laboranalytik garantiert.

Im Institut für Labordiagnostik arbeiten 20 diplomierte oder angehende biomedizinische Analytikerinnen HF.

Das Spital Limmattal bietet in Zusammenarbeit mit dem Bildungszentrum Careum Ausbildungsplätze für biomedizinische Analytikerinnen an.

Anzahl Analysen durch das Labor:

1972:	128'706
2000:	265'745
2017:	469'692



Neues Labor

Blick in die Zukunft – Eine Annäherung

Die Herausforderungen an ein Spital sind enorm. Das gilt auch für das Spital Limmattal.

Wettbewerb um Patientinnen und Patienten

Mit der seit 2012 bestehenden freien Spitalwahl stehen auch die Spitäler untereinander im Wettbewerb um die Patientinnen und Patienten.

Ein freier Wettbewerb im Gesundheitswesen besteht jedoch nicht mit dem dichten Netz der Regulierungen von Bund und Kantonen. Über das zukünftige medizinische Angebot wird nicht das Spital entscheiden, sondern der Regierungsrat des Kantons Zürich mit der Spitalliste, welche im Jahr 2022 erneuert werden soll.

Es wird immer wichtiger, die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten und die regulatorischen Veränderungen laufend zu erkennen sowie darauf schnell und flexibel zu reagieren. Dank dem Fortschritt in der Medizin können immer mehr Behandlungen und chirurgische Eingriffe ohne Spitalübernachtungen ambulant durchgeführt werden. Folge davon ist eine Reduktion von Betten in den stationären Spitalabteilungen. Hingegen müssen neue Einrichtungen für die Tagespatientinnen und -patienten bereitgestellt werden. Die technische Entwicklung wird weitergehen, und ein Spital mit intakten Zukunftschancen wird gefordert sein, immer wieder Geräte anzuschaffen und zu ersetzen.

Mit ausgezeichneten Leistungen, die aber auch aktiv vermarktet werden müssen, kann sich ein Spital mit der Gewinnung von Patientinnen und Patienten einer Deklassierung im Leistungsbereich entziehen. Das Spitalmarketing und die Schaffung der positiven Marke Spital Limmattal werden in Zukunft von grosser Bedeutung sein.

Kostendruck

Unverändert sind seit 1970 die jährlich

steigenden Kosten des Gesundheitswesens. Die Menschen bekommen dies mit den jedes Jahr höheren Krankenkassenprämien zu spüren. Diese Entwicklung zu stoppen, scheint beinahe unmöglich zu sein. Gründe dafür gibt es auch im Spitalbereich verschiedene. Das Bevölkerungswachstum, die längere Lebenserwartung und die Ansprüche der Patientinnen und Patienten auf die beste medizinische Versorgung sind Kostentreiber. Es stellt sich hier aber auch die Frage, ob mit den Fallpauschalen die Spitäler für ihre Leistungen gerecht abgefunden werden. Die Kostendiskussion ist in erster Linie ein politisches Thema. Bei der Kostendiskussion werden die bessere Lebensqualität und die Verlängerung der Lebensdauer bei guter Gesundheit oft vernachlässigt. Verschlechtern sich die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen, wird die Frage nach einem bezahlbaren Gesundheitswesen drängender. Im stark regulierten Spitalbereich ist es Sache der Politik, im Sinne einer Zukunftsvorsorge das System auf solide Pfeiler zu setzen.

Personalisierte Medizin

Ein Zukunftsbereich ist die personalisierte Medizin oder Präzisionsmedizin. Zur Zeit beschäftigen sich damit vor allem die Universitätsspitäler auf diesem Gebiet. In der personalisierten Medizin sollen die Patientinnen und Patienten individuell entsprechend ihren Gesundheitsdaten, insbesondere ihren genetischen Eigenschaften (DNA, Proteine), optimal behandelt werden. Bedeutsam ist die personalisierte Medizin vor allem in der Onkologie. Hier können mit den personalisierten Daten zielgerichtete Krebsmedikamente hergestellt werden. Ebenso können Implantate mit den erfassten Daten individuell hergestellt werden.

Digitalisierung

Noch gibt es zu viele einzelne medizinische Datensammlungen. Es sind dies Informationen über Allergien,

Behinderungen, Medikamente, chirurgische Eingriffe, Blutdruck- und Laborwerte, Röntgenaufnahmen, genetische Labortests, Süchte usw. Oft sind diese Informationen in verschiedenen elektronischen Systemen abgelegt, die nicht vernetzt werden können. Es ist für Patientinnen und Patienten lästig, und es entstehen unnötige Kosten, wenn immer wieder die gleichen Daten erhoben und gesammelt werden. Ein Gesamtüberblick fehlt dadurch, was auch die Prävention und Behandlung von Patientinnen und Patienten erschwert. Gerade für eine personalisierte Medizin müssen diese Daten zusammengefasst werden. Es sind die Spitäler, die ihre Systeme vereinheitlichen und vernetzen müssen, um die Patientinnen und Patienten in Kenntnis aller wesentlicher Gesundheitsdaten optimal zu behandeln. Daneben besteht ein grosses Potenzial für Kosteneinsparungen.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Die traditionellen Organisationsstrukturen in den Spitälern fördern kaum die berufsübergreifende Zusammenarbeit unter den Ärzten der verschiedenen Spezialgebiete und der Pflege. Für eine gute Leistung gegenüber Patientinnen und Patienten ist eine Zusammenarbeit der Akteure im Spital ein Muss. Die Gruppe der älteren oder gar hochbetagten Patientinnen und Patienten wird in Zukunft im Spital häufiger anzutreffen sein. Für das Akutspital, das keine akutgeriatrische Abteilung führt, ist eine interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Geriatern zu fördern, und vermehrt sind geriatrische Methoden in den Vorbereitungs- und Behandlungsprozess zu integrieren.

Eine optimale Behandlung besteht nicht aus der Summe von Einzelleistungen, sondern aus der Zusammenarbeit aller Beteiligten innerhalb des Spitals.

Amtsträger

Spitalpräsidenten

07.01.1958 - 01.07.1963	Ernst Kessler, Schlieren
02.07.1963 - 31.12.1965	Dr. Edwin Epprecht, Schlieren
01.01.1966 - 14.06.1978	Hans Durtschi, Schlieren
14.06.1978 - 25.05.1994	Sepp Stappung, Schlieren
25.04.1994 - 30.04.1998	Peter Schnüriger, Schlieren
01.05.1998 - 31.12.2004	Peter Voser, Schlieren
01.01.2005 - 30.09.2010	Thomas Hächler, Urdorf
01.10.2010 - 18.05.2011	Maximilian Walter, Regensdorf
18.05.2011 -	Markus Bärtschiger, Schlieren

Verwaltungsdirektoren / Spitaldirektoren

01.01.1966 - 28.02.1978	Paul Stiefel
01.03.1978 - 29.02.1992	Alfred Luchsinger
01.03.1992 - 31.07.1992	Dr. Peter Wittlin
01.10.1992 - 31.05.1996	Pius Ackermann
01.10.1996 - 28.02.2002	Rita Ziegler
01.03.2002 - 30.04.2008	Dr. oec. Leo Boos
01.05.2008 - 31.12.2009	Gregor Frei
01.01.2010 - 31.08.2010	Dr. oec. Leo Boos ad interim
01.09.2010 - 30.04.2011	Heidi Kropf-Walter ad interim
01.05.2011 -	Thomas Brack

Ärztlicher Direktor

(Funktion besteht seit 1.10.2009 nicht mehr)

01.01.1966 - 31.12.1976	Prof. Dr. Hans Schwarz
01.01.1977 - 31.12.1978	Dr. med. Ulrich Baumann
01.01.1979 - 31.12.1980	PD Dr. med. H.J. Kistler
01.01.1981 - 31.12.1982	Prof. Dr. Hans Schwarz
01.01.1983 - 31.12.1984	Dr. med. Ulrich Baumann
01.01.1985 - 31.12.1986	PD Dr. med. H.J. Kistler
01.01.1989 - 31.12.1990	Dr. med. Ulrich Baumann
01.01.1991 - 31.12.1993	Prof. Dr. med. H.J. Kistler
01.01.1994 - 31.12.1995	PD Dr. med. Rolf Inderbitzi
01.01.1996 - 31.12.1997	Dr. med. Urs Karmann
01.01.1998 - 31.12.1999	PD Dr. med. Christoph Rageth
01.01.2000 - 31.12.2003	Dr. med. Basil Caduff
01.01.2004 - 31.12.2005	Dr. med. Thomas Norlindh
01.01.2006 - 30.09.2009	Prof. Dr. med. Othmar Schöb

Chefärzte / Chefärztinnen

Chirurgische Abteilung / Chirurgische Klinik

01.01.1966 - 31.03.1992	Prof. Dr. med. Hans Schwarz
01.04.1992 - 31.12.1998	PD Dr. med. Rolf Inderbitzi
01.01.1999 - 31.01.2011	Prof. Dr. med. Othmar Schöb
01.02.2011 -	Prof. Dr. med. Urs Zingg

Urologische Klinik (Chefarztstelle seit 1.5.2000)

01.05.2000 - 30.04.2017	Dr. med. Hartmut Knönagel
01.05.2017 -	PD Dr. med. Alexander Müller

Geburtshilfliche und Gynäkologische

Abteilung / Frauenklinik

01.01.1970 - 31.01.1993	Dr. med. Ulrich Baumann
01.02.1993 - 31.07.2001	PD Dr. med. Christoph Rageth
01.08.2001 - 31.03.2005	Dr. med. Nicole Bürki
01.08.2005 -	Dr. med. Renato Müller

Orthopädische Klinik (Chefarztstelle seit 1.6.2013)

01.06.2013 - 31.12.2016	Dr. med. Thomas Hug
01.01.2017 -	Dr. med. Thomas Michniowski

Anästhesieabteilung /

Institut für Anästhesie und Intensivmedizin

01.05.1970 - 31.12.1981	Dr. med. Robert Lorgé
01.01.1982 - 30.09.2004	Dr. med. Urs Karmann
01.05.2004 -	Dr. med. Thomas Hegi

Medizinische Abteilung / Medizinische Klinik

01.01.1970 - 30.06.1996	Prof. Dr. med. H.J. Kistler
01.07.1996 -	Dr. med. Basil Caduff

Abteilung für Röntgendiagnostik und Nuklearmedizin /

Institut für Radiologie

01.01.1970 - 28.02.1997	Dr. Jean-Paul Stucky
01.03.1997 - 30.11.2008	Dr. Seven Tomas Norlindh
01.01.2009 - 31.03.2011	Dr. med. Jens-Uwe Schaaf
01.09.2011 -	PD Dr. med. Silke Potthast

Institut für klinische Notfallmedizin

(Chefarztstelle ab 1.1.2010)

01.01.2010 - Dr. med. Hans Matter

Chefapotheker/Chefapothekerin

Spitalapotheke, Chef/Chefin

17.05.1970 - 30.04.1995 Dr. med. Paul Wirz
01.04.1995 - 31.07.2007 Dr. pharm. Peter Wiedemeier
01.08.2007 - 31.01.2011 Cornelia Desax, Spitalapothekerin FPH
01.02.2011 - 30.06.2013 Marion Wild/Marion Matousek-Wild
01.07.2013 - Marion Matousek-Wild und
Mirjam Bacher-Hollenwäger

Spitaloberschwester / Pflegedirektorin

01.09.1967 - 1973 Schwester Kasimira Regli
1973 - 1975 Schwester Alice Jung
1975 - 30.04.1979 Margrit Dietschi
01.05.1979 - 31.03.1995 Therese Hobi Kroi
20.09.1995 - 31.03.2001 Elisabeth Jordi
01.08.2001 - 30.09.2010 Heidi Kropf-Walter
01.01.2011 - Susanne Vanini

Spitalleitung

Zusammensetzung

Ab 01.05.1970: Verwaltungsdirektor und ärztlicher Direktor
Ab 20.09.1995: Verwaltungsdirektor, ärztlicher Direktor und
Stellvertreter des ärztlichen Direktors und
Leiterin Pflegedienst/Pflegedirektorin
Ab 01.10.2009: Spitaldirektor, Pflegedirektorin,
Leiter oder Leiterin Ärztliches Departement I,
Leiter oder Leiterin Ärztliches Departement II,
Leiter oder Leiterin Departement III,
Leiter oder Leiterin Departement IV und
Leiter oder Leiterin Departement V
(siehe Organigramm Seite 16)

Quellen

Fotos

Spital Limmattal
Christian Murer
Medizinsammlung Inselspital Bern
(Inv. Nr. 13018, 14058 und 14513)
Richard Peterhans
Peter Voser
Zeitschrift Modernes Bauen
ETH-Bibliothek, Bildarchiv/Stiftung Luftbild
Schweiz
Vereinigung Heimatkunde Schlieren
Peter Suter

Text

Geschäftsberichte Spital Limmattal 1970-2017
Protokolle der Spitalkommission
Zürcher Spitalgeschichte, Band 3
Neujahresblatt Dietikon 2001
Festschrift Eröffnung 1970
Festschrift 2. Ausbaustappe 1987
Limmi-Inside
Pressebericht 10 Jahre Spital Limmattal
Regierungsratsbeschlüsse Kanton Zürich
Wikipedia

Bisher erschienene Jahrhefte

1954	<i>Die Orts- und Flurnamen der Gemeinde Schlieren</i>	Gustav Fausch (vergriffen)
1955	<i>Vom Schlieremer Wald</i>	Dr. Emil Surber (vergriffen)
1957	<i>Die Schlieremer Schule im Wandel der Zeiten</i>	Hugo Brodbeck, Heinrich Wipf und Hans Brunner
1959	<i>Schlieren vor 100 Jahren</i>	Dr. Emil Surber und Heinrich Meier
1961	<i>Das Tragerbuch aus dem Jahre 1759</i>	Rolf Grimm (vergriffen)
	<i>Grosse Überschwemmung und Hochwasser im Limmattal am 14. und 15. Juni 1910</i>	Eduard Böhringer
	<i>Lebensfragment eines alten Schlieremers</i>	Albert Vollenweider-Schuler
	<i>Rudolf Hollenweger von Schlieren, Lehrer in Blumenau, Brasilien</i>	Heinrich Wipf
		Heinrich Meier-Rütschi
1963	<i>Rückblick auf die ersten 10 Jahre des Bestehens der Vereinigung für Heimatkunde Schlieren</i>	Heinrich Meier-Rütschi (vergriffen)
	<i>Bürgernutzen vor 100 Jahren</i>	Dr. Hans Heinrich Frey
	<i>Die Aufhebung des Bürgernutzens in Schlieren</i>	Heinrich Meier-Rütschi
	<i>Der 1. Juni 828, ein Markstein in der Geschichte von Schlieren</i>	Rudolf Grimm
1965	<i>Die grosse Schulreise von 1833</i>	Rudolf Grimm
1967	<i>Kilch und Gmeind zu Schlieren unter dem Spital zu Zürich 1379 – 1824</i>	Hans Höhn
1970	<i>Die Inventarisierung der kulturhistorischen Objekte, I. Teil</i>	Peter Ringger
1972	<i>Die Inventarisierung der kulturhistorischen Objekte, II. Teil</i>	Peter Ringger und Jean-Claude Perrin
1975	<i>Aus den Anfängen der Schlieremer Industrie</i>	Hans Bachmann, Walter Bösch, Ursula Fortuna und Peter Ringger
1977	<i>Gerichtsbüchli von Schlieren</i>	Eingeleitet von Ursula Fortuna
1979	<i>Die Öffnung von Schlieren</i>	Dr. Ursula Fortuna
1981	<i>Die Pfarrbücher von Schlieren, Ehen 1622–1875</i>	Dr. Ursula Fortuna
1992	<i>Ein Schlieremer erlebt Amerika</i>	Kurt Scheitlin
1993	<i>Aus der Geschichte der Gemeinde Schlieren zwischen 1914 und 1939</i>	Heiri Meier
1994	<i>Von der «Lymhütte» zum chemischen Unternehmen – Ed. Geistlich Söhne AG</i>	Philipp Meier und Heinrich Geistlich (vergriffen)
1995	<i>Das Kohlengaswerk der Stadt Zürich in Schlieren 1898–1974</i>	Max Kübler (vergriffen)
1996	<i>Wir Kinder vom «Negerdorf»</i>	Heidi und Kurt Scheitlin
	<i>Landwirtschaftlicher Verein Schlieren, gegründet 1893</i>	Rudolf Weidmann
1998	<i>Schlieren während des Zweiten Weltkriegs</i>	Heiri Meier und Kurt Frey
1999	<i>Leben und Wirken des Dr. Robert Egli, des langjährigen Arztes und Wohltäters</i>	Eduard Böhringer
	<i>Von Tüchlern, Rutengängern, Wasserschwöckern und Schiebern.</i>	
	<i>Die Geschichte der Wasserversorgung von Schlieren</i>	Karl Stoller
2000	<i>Schlierens Orts- und Flurnamen</i>	Dr. Alfred Egli
2001	<i>Der Schlieremer Wald im Wandel der Zeit</i>	Kurt Frey und andere Autoren
2002	<i>«Feuer und Wasser» – Die Limmatkorrektion 1876-1912</i>	Philipp Meier
	<i>Die Geschichte der Feuerwehr Schlieren</i>	Robert Binz und Angehörige der Feuerwehr

2003	3 Jubiläen: 50 Jahre Vereinigung für Heimatkunde Schlieren 25 Schlieremer Jahrhefte Schlieren – 200 Jahre beim Kanton Zürich Schlieremer Dorfgeschichte Schlierens 300-m-Schiessanlagen	Paul Furrer und Heiri Meier Heiri Meier und Kurt Frey Peter Suter Heiri Bräm und Rudolf Weidmann Robert Binz
2004	Die Schule Schlieren im erneuten Wandel 1950–2000: Beiträge von ehemaligen Behörden- und Verwaltungsmitgliedern, Lehrkräften und Schülern	
2005	Schlieremer Quartiere, Rückblicke und Erinnerungen	verschiedene Autoren
2006	Schlieren in den ersten Nachkriegsjahrzehnten	Heiri Meier
2007	Gotteshäuser und Wirtshäuser in Schlieren	Kurt Frey, Robert Binz, Philipp Meier
2008	Schlieren zwischen 1960 und 1990	Heiri Meier
2009	Ent-sorgen	Peter Suter und andere Autoren
2010	Als die Post nach Schlieren kam	Kurt Frey, Peter Hubmann und andere Autoren
2011	ubi bene, ibi patria – Geschichten aus der Immigration	Philipp Meier
2012	Von der Selbstversorgung zur Selbstbedienung	Kurt Frey, Peter Schnüriger, Peter Suter
2013	Mit Schwung ins neue Jahrtausend	Jack Erne, Peter Hubmann, Charly Mettier, Jean-Claude Perrin, Peter Voser
2014	Sanieren – Was? Wer? Wozu?	Peter Suter, José Pujol, Robert Angst, Martin Ricklin, Trudi und Peter Hubmann-Lips, Hansruedi Steiner, Bea Krebs, Sr. Elisabeth Mügglar
2015	Schlieren zwischen Kloster und Spital	Peter Suter
2016	Gruss aus Schlieren – Ein Jahrhundert im Spiegel von Ansichtskarten	Philipp Meier
2017	Bauen in Schlieren – Vom Bauerndorf zum Wirtschaftszentrum	Peter Voser, Peter Hubmann, Peter Schnüriger, Heinz Schröder, Jack Erne
2018	„S'Limmi“ – Unser Spital Limmattal 1970 und 2018	Peter Voser

Alle seit 1954 erschienenen Jahrhefte finden Sie als PDF-Dateien zum Herunterladen auf der Webseite der Stadt Schlieren www.schlieren.ch (Bereich „Jahrhefte“ im Sektor „Über Schlieren“).

