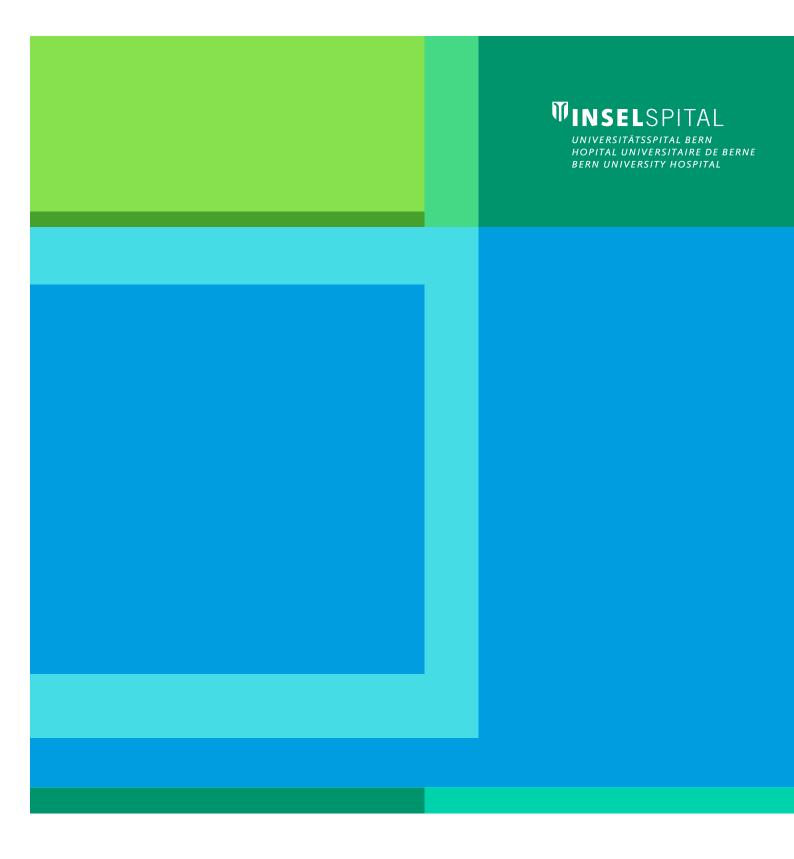
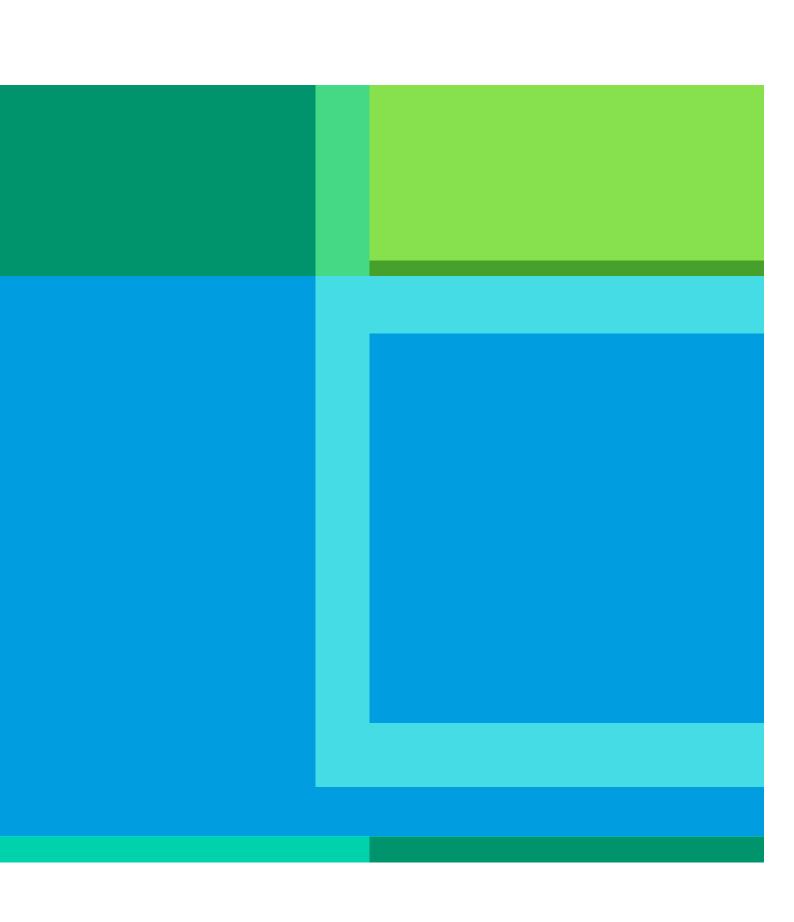
Jahresbericht 2011





Vorwort

	Managha a sala a walla al	_
	Verwaltungsratspräsident	
	Direktionspräsident	7
_		
ľ	hema	
	Leitbild des Inselspitals	
	Allgemeine Innere Medizin	14
	Notfallzentrum	18
	Radio-Onkologie	22
	Herz- und Gefässchirurgie	26
	Skill-/Grademix Pflege	30
	Strategie des Inselspitals	34
M	anagement	
	Verwaltungsrat	39
	Spitalleitung	40
	Erweiterte Spitalleitung	41
	Organigramm	42
	Gesellschaften der Inselspital-Stiftung	44
В	erichte Kliniken und Institute	46
Fi	nanzbericht	66
Lε	eistungsbericht	69
St	atistik Personal	73
) 1	ualitätsbericht	75
τ'	~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~	, ,

Alle Personenbezeichnungen gelten für beide Geschlechter.

«Ich danke dem Verwaltungsrat für das Engagement und den Mitarbeitenden für die grosse geleistete Arbeit.»

Peter Rychiger, Verwaltungsratspräsident

Vorwort des Verwaltungsratspräsidenten

Dieses Vorwort ist mein achtes und das letzte, das ich als Verwaltungsratspräsident schreibe. Auf den 1. Januar 2012 gab der bisherige Verwaltungsrat seine Funktionen an das neue Gremium ab, verbunden mit dem Auftrag, das Inselspital und die Spital Netz Bern AG in geeigneter organisatorischer und rechtlicher Form zusammenzuschliessen.

Seit 2011 sind Verwaltungsrat, Spitalleitung und viele Inselspital-Mitarbeitende in die Vorbereitungsarbeiten eingespannt. Einen Stillstand konnten wir uns nicht leisten. Es war eine Selbstverständlichkeit, dass die Kliniken und Institute des Inselspitals trotz der Unsicherheiten über die Zukunft ihr Tagesgeschäft kompetent weiterführten. Das heisst, zur Unsicherheit der Einführung von SwissDRG kam die Unsicherheit über das Vorgehen und die Konsequenzen des Zusammenführungsprojekts hinzu. Ich bin mir bewusst, dass viele Mitarbeitende sich stark und kompetent engagieren. Besten Dank für die geleisteten Efforts.

Mit der Wahl des neuen Verwaltungsrates endet die Tätigkeit von vier bisherigen VR-Mitgliedern der Inselspital-Stiftung. Franziska Borer Winzenried, Dr. Markus Moser, Hermann Weyeneth und Prof. Thomas Zeltner gehören dem neuen Rat nicht mehr an. Ich danke den vier engagierten Mitgliedern für ihre Arbeit und ihren Einsatz bestens. Bereits im Sommer hat der Wechsel des Rektors der Universität stattgefunden. Prof. Urs Würgler wurde durch seinen Nachfolger Prof. Martin Täuber ersetzt. Prof. Täuber gehört auch dem neuen Verwaltungsrat als Vertreter der Universität an.

Die ursprüngliche Absicht, den neuen Verwaltungsrat bereits auf Mitte 2011 zu wählen und ihm sechs Monate Zeit zur Vorbereitung seiner zukünftigen Tätigkeit zu geben, konnte leider nicht realisiert werden. Der bisherige Verwaltungsrat kann dem neuen nicht einfach die Akten und die Schlüssel übergeben in dem Bewusstsein, alles bestens organisiert und geregelt zu haben. Das neue Gremium muss im neuen Umfeld die optimalen Lösungen erarbeiten und zwar unter hohem Zeitdruck, weil bis Ende 2011 wesentliche Entscheidungen ausstehend waren. Ich wünsche dem neuen VR-Präsidenten und seiner Crew alles Gute.

Es gab natürlich auch andere wichtige Geschäfte, die den VR beschäftigt haben, leider sind nicht alle erledigt. Ich erwähne hier einige besonders:

- Das Leitbild des Inselspitals wurde erarbeitet und anlässlich eines Events mit fast 200 Mitarbeitenden des oberen Kaders vorgestellt und diskutiert. Es wurde positiv aufgenommen.
- Der VR hat grünes Licht zur Zusammenarbeit mit Terre des Hommes im Bereich der Kinderherzen gegeben und dabei auch die notwendige Unterstützung aus Mitteln der Inselspital-Stiftung gesprochen.
- Der Spitalleitung wurde der Auftrag zur Umsetzung des multidisziplinären Schwerpunktes Onkologie erteilt.

Ich wünsche dem neuen Verwaltungsrat viel Kraft und Weitsicht. Ich bin überzeugt, er wird dafür sorgen, dass das Inselspital trotz grossem Kostendruck eines der führenden Universitätsspitäler der Schweiz mit internationaler Ausstrahlung bleibt.

Peter Rychiger

Verwaltungsratspräsident

geleig

«Ein grosser Dank an unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Sie sind mit ihrem Einsatz und ihrer Kompetenz der Erfolgsfaktor des Inselspitals.»

Dr. Urs Birchler, Direktionspräsident

Vorwort des Direktionspräsidenten

Dank an den Verwaltungsrat

Zeit des Umbruchs, Zeit des Neubeginns: Im Dezember 2011 endete die vierjährige Amtsperiode der Mitglieder unseres obersten Organs, unseres Stiftungsrates, der im Vertrag mit dem Staate Bern (Inselvertrag) als Verwaltungsrat bezeichnet und vom Regierungsrat gewählt wird. Dies gibt mir die Gelegenheit, dem scheidenden Verwaltungsrat im Namen der Spitalleitung zu danken! Unter der Leitung des Verwaltungsratspräsidenten Peter Rychiger hat sich jedes einzelne Mitglied des Verwaltungsrates mit grossem Engagement für die nachhaltige Bewältigung der vielfältigen Herausforderungen eingesetzt und das Unternehmen Inselspital mitgestaltet. Diese vertrauensvolle Zusammenarbeit von Verwaltungsrat und Spitalleitung führte zu Ergebnissen, die im vorliegenden Jahresbericht sichtbar werden und darüber hinaus richtungsweisend für die Zukunft des Inselspitals sind.

Nicht gelöste Finanzierungsregeln als Unternehmensrisiko der Zukunft

Das Jahr 2011 war das letzte Betriebsjahr vor SwissDRG. Mit der Einführung des Systems SwissDRG ist die neue Spitalfinanzierung gemäss revidiertem KVG verbunden. Die Erfahrungen mit den Versicherern bei den Tarifverhandlungen im letzten Quartal 2011 waren mehr als zwiespältig. Vor allem die Gespräche mit der Delegation von tarifsuisse waren alles andere als von Verhandlungsbereitschaft geprägt. Im ersten Gespräch mit der Delegation von tarifsuisse kündigte diese an, dass sie Input-Daten benötige, wie zum Beispiel die Anzahl Quadratmeter der Operationsräume, Stellenpläne etc. In der neuen Welt von SwissDRG geht es aber darum, die Outputdaten, also die Kosten pro Leistung, offenzulegen und diese mit vergleichbaren Spitälern (zum Beispiel Universitätsspitälern) nach transparenten Regeln des Benchmarkings zu vergleichen. Die Verhandlungen mit der – ausserhalb von tarifsuisse – autonomen Tarifpartner-Gruppe Helsana/Sanitas/KPT (HSK) gestalteten sich offener und fachkompetenter. Eine Vereinbarung über eine für alle Universitätsspitäler geltende Baserate schien einige Zeit in greifbarer Nähe. Das Scheitern hat verschiedene Ursachen.

Erstens verfügen Universitätsspitäler und Versicherer über keine gemeinsame Basis bezüglich der Kosten für Lehre und Forschung (L+F). Als nicht anrechenbare Kosten müssen sie aus der Kostenkalkulation für die Baserate heraus gerechnet und durch den Staat (nach bisheriger Usanz durch den Standortkanton) finanziert werden. Bei Einführung des KVG im Jahre 1996 stützte sich die Preisüberwachung auf Berechnungen von Anfang der 90er-Jahre, die besagten, dass die Kosten für L+F 25 % der stationären Kosten der Patientenbehandlung betragen. Versicherer und Preisüberwacher stützten sich in den vergangenen Jahren immer noch auf diese Berechnungsbasis. Es ist nachgewiesen, dass der Umsatz der Patientenbehandlung bei allen grossen Spitälern seit 1996 bis heute sehr stark angestiegen ist. Hingegen sind die Kosten für L+F weit weniger gewachsen, weil die von Seiten der Universität und von Seiten Dritter zur Verfügung gestellten Finanzen für L+F signifikant weniger gewachsen sind. Im Auftrag der Schweizerischen Universitätskonferenz (SUK) erarbeitete das Bundesamt für Statistik (BFS) eine Methode für die Berechnung der Kosten für L+F. Bei der Anwendung der Methode resultieren für alle fünf Universitätsspitäler Ergebnisse in einer engen Bandbreite. Die Kosten für L+F (inklusive der Kosten für die Weiterbildung der Assistenzärztinnen und Assistenzärzte) machen gestützt auf die BFS-Methode

rund 15 % des Gesamtumsatzes eines Universitätsspitals aus. Da die Universitätsspitäler und die Versicherer sich nicht auf eine Methode einigen konnten und die Politik subsidiär auch keine Regeln für die Berechnung der Kosten von L+F in Kraft setzte, konnte für die Festlegung der Baserate keine Vereinbarung zustande kommen. Es scheint, dass nur der Weg über das Bundesverwaltungsgericht zu einem Entscheid führt.

Zweitens gilt es, die Kosten der Weiterbildung der Assistenzärzte als Kostenblock von L+F separat zu beleuchten. Diese Kosten gelten gemäss Bundesverordnung richtigerweise ebenfalls als Kosten von L+F. Abgesehen vom methodischen Problem der Kostenberechnung, kommt wesentlich hinzu, dass keine interkantonale Finanzierung zur Verfügung steht. Es stellt sich die Frage, weshalb der Kanton Bern die Weiterbildungskosten der rund 500 Assistenzarztstellen des Inselspitals alleine finanzieren soll, obwohl die Assistenzärzte aus verschiedenen Kantonen und auch aus Deutschland stammen. Zudem werden sie nach Abschluss der Weiterbildung in anderen Spitälern und in anderen Kantonen arbeiten. Nicht nur Universitätsspitäler, die Grosszahl der Spitäler, vor allem die öffentlichen Spitäler, engagieren sich in der Weiterbildung der Assistenzärzte. Diese Kosten waren bis Ende 2011 bei den öffentlichen Spitälern über die Defizitdeckung oder über das Globalbudget beziehungsweise über vereinbarte Fallpauschalen abgedeckt. Ab 2012 sind die bisherigen Finanzierungen obsolet. Heute, im Jahre 2012, steht eine sachgerechte, schweizweit homogene Finanzierung nicht zur Verfügung. Es zeigt sich auch bei diesem nicht gelösten Problem, dass der Föderalismus im Spitalwesen an seine Grenzen stösst.

Ein drittes nicht gelöstes, wesentliches Problem ist die Finanzierungsregelung der Investitionen. Experten haben berechnet, dass je nach Spitalkategorie ein Zuschlag zur Baserate für die Finanzierung der Anlagenutzungskosten (Investitionen) von 12–16 % sachgerecht ist. Für die Universitätsspitäler gilt die obere Bandbreite. Das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) hat für das Jahr 2012 einen Zuschlag zur Baserate von 10 % festgelegt. Mittelfristig wird damit eine wesentliche Unterfinanzierung der Spitäler, vor allem der Zentrums- und Universitätsspitäler, eintreten. Es gibt bereits öffentliche Trägerschaften, die eine Zusatzfinanzierung beschlossen haben oder beabsichtigen, wie in der Vergangenheit, die Investitionsfinanzierung über direkte Staatsbeiträge sicherzustellen. Ein wesentliches Ziel der Einführung des Systems SwissDRG, verbunden mit der revidierten KVG-Finanzierung, war jedoch eine homogene Finanzierung aller Spitäler in der Schweiz.

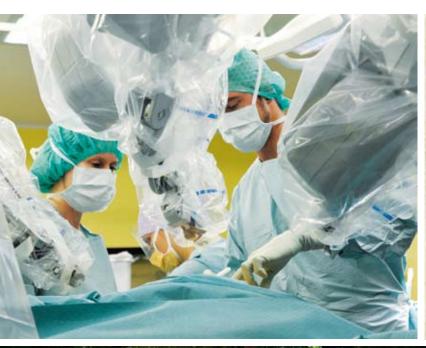
Die Implementierung des Systems SwissDRG ist für jedes Spital eine Herausforderung. Diese kann mit eigener Kompetenz und Engagement bewältigt werden. Hingegen ist die Umsetzung der Spitalfinanzierung gemäss revidiertem KVG besonders für die Universitätsspitäler und damit auch für das Inselspital ein Zukunftsrisiko, welches das einzelne Spital alleine nicht wirkungsvoll vermindern kann. Daher bemühen sich die fünf Universitätsspitäler seit über zwei Jahren, die genannten Problemstellungen aufzuzeigen und ein gemeinsames Vorgehen umzusetzen.

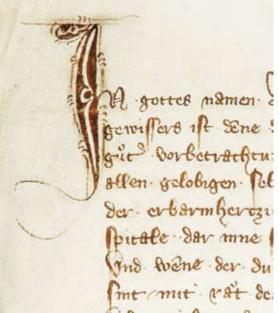
Urs Birchler

Dr. oec. publ., Direktionspräsident

«Die Suche nach gut qualifizierten Fachpersonen im Gesundheitswesen wird immer anspruchsvoller. Wir müssen deshalb grosse Anstrengungen im Personalmarketing unternehmen und das Inselspital als einen attraktiven Arbeitgeber positionieren, der für engagierte und leistungsorientierte Mitarbeitende sinnstiftende Arbeit mit Entwicklungsperspektiven anzubieten hat.»

Markus Lüdi, Direktor Personal







Mensch und Maschine / Testament und Vision der Anna Seiler / Die Spitalleitung dankt den Mitarbeitenden mit einem Grillfest.

Erfolgreich dank gemeinsamen Werten

Das Inselspital hat ein Leitbild erarbeitet, das so unverwechselbar ist wie es selbst. Als identitätsstiftendes Führungsinstrument zeigt das Leitbild, mit welchen Werten der Weg in die Zukunft begangen werden soll.

Gerade einmal 207 Worte umfasst das Leitbild des Inselspitals, das im Sommer 2011 verabschiedet wurde. Mit «stets und ewig», ehrgeizig und rücksichtsvoll enthält es drei zentrale Werte, die je mit einem kurzen Schlüsselsatz erklärt und in nur gerade vier bis fünf Sätzen weiter umrissen werden. So hat das Leitbild in gedruckter Form auf einem kleinen Faltblatt Platz, und auf der Website des Inselspitals ist es übersichtlich auf einer einzigen Seite abgebildet. Diese Kürze ist gewollt, sagt Markus Lüdi, Direktor Personal: «Unser Leitbild soll als Leitstern dienen. Damit es alle unsere gut 7000 Mitarbeitenden über alle Berufsgruppen und Hierarchiestufen erreicht, muss es knapp und bündig verfasst sein.»

«Unser Leitbild soll als Leitstern dienen. Damit es alle unsere gut 7000 Mitarbeitenden über alle Berufsgruppen und Hierarchiestufen erreicht, muss es knapp und bündig verfasst sein.»

> Markus Lüdi, Direktor Personal

Das Leitbild hält die grundlegenden Werte und die Philosophie eines Unternehmens fest. Es soll das «Wir-Gefühl» stärken und das Verhalten und Handeln der Mitarbeitenden leiten – sowohl im Unternehmen als auch gegen aussen. Dies setzt eine offene Kommunikationskultur voraus. Andererseits wird die Kommunikation eines Unternehmens stark durch sein Leitbild beeinflusst: «Authentische Unternehmenskommunikation setzt voraus, dass im Leitbild die Grundwerte verankert sind, die das Image prägen», betont Dr. Rolf Bürgin, Leiter der Fachstelle Kommunikation und Medien.

Die Bedeutung der Werte kann nicht genug betont werden: Gemeinsame Werte von Unternehmen und Mitarbeitenden, sogenannte Shared Values, wirken motivationsfördernd, vermögen Mitarbeitende länger ans Unternehmen zu binden und führen nachweislich zu einer überdurchschnittlich starken Positionierung des Unternehmens – ein Schlüsselfaktor für langfristigen Erfolg.

Für das Inselspital mit seiner 658-jährigen Geschichte, in dem bereits viele Generationen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter tätig gewesen sind, heisst dies, dass hier immer wieder eine Kultur mit gemeinsamen Wertvorstellungen etabliert werden konnte. Das Leitbild, obwohl neu, knüpft in diesem Sinne an eine bewährte Tradition an und trägt sie ins 21. Jahrhundert weiter. Dass dies gerade jetzt erfolgt, ist kein Zufall, stehen 2012 doch einschneidende Veränderungen an, für die das Inselspital gerüstet sein will.

Keine Mühen gescheut

Der Publikation des Leitbilds ging eine mehrmonatige Erarbeitungsphase voraus, in welcher Dr. Rouven Porz, Leiter der Ethikstelle, mit der gesamten Spitalleitung sowie 25 ausgewählten Führungspersonen aus verschiedenen Inselspital-Bereichen strukturierte Interviews führte. Diese Erhebungen wurden durch Befragungen von Vorgesetzten sowie durch Textanalysen zahlreicher aktueller und historischer Dokumente ergänzt, die mit dem Testament von Anna Seiler bis zu den Anfängen des Inselspitals zurückreichen. Der Fokus war dabei stets derselbe: Welche Werte prägten und prägen das Denken und das Handeln des Inselspitals? Die daraus gewonnenen Erkenntnisse dienten dem interdisziplinären internen Projektteam als Grundlage zur Bestimmung dreier Werte, die das Arbeiten im Inselspital auch künftig kennzeichnen sollen. Dass diese Ausarbeitungszeit gut investiert war, zeigte sich bereits bei der ersten Präsentation des Leitbilds, die im September 2011 vor knapp 200 Führungskräften aus Ärzteschaft, Pflege und Verwaltung stattfand. «Die Resonanz auf unser Leitbild war überwältigend: Rund 95 % der Anwesenden sagten, sie könnten sich gut oder sehr gut mit dessen Werten identifizieren», so Markus Lüdi.

«Stets und ewig»

Beim ersten dieser Werte, «stets und ewig», handelt es sich um ein Zitat aus dem Testament von Anna Seiler, weswegen er in Anführungszeichen gesetzt ist. «Stets und ewig», so hatte die im Jahr 1360 Verstorbene festgehalten, sollte das Spital bestehen, dessen finanzielle Unabhängigkeit sie mit ihrem Testament begründete. Mit diesem ersten Wert nimmt das Inselspital ausdrücklich Bezug auf seine Berner Wurzeln und seine lange Geschichte. «Stets und ewig» ist jedoch weitaus mehr als ein blosser Rückblick auf die Vergangenheit. Dies macht bereits der Schlüsselsatz «Seit 1354 zum Wohl unserer Patientinnen und Patienten» deutlich, der auf die medizinische Erfahrung und Expertise des Inselspitals verweist.

Zukunftsorientiert ist das Bekenntnis zu Unabhängigkeit und Eigenständigkeit, mit dem das Inselspital seinen weiteren Weg beschreiten will. Dass der Brückenschlag zwischen Vergangenheit und Zukunft gelungen ist, beschreibt Markus Lüdi wie folgt: «Wir haben es geschafft, uns auf die Einzigartigkeit unserer Geschichte zu besinnen und daraus ein Versprechen für die Zukunft abzuleiten – und das, ohne im Geringsten verstaubt zu wirken.» Vielmehr schafft es gerade der Wert «stets und ewig», nicht nur eine gemeinsame, sondern auch eine unverwechselbare Identität zum Ausdruck zu bringen.

Ehrgeizig

Der zweite Wert ehrgeizig und sein Schlüsselsatz «Wir wollen das Beste» stellen unmissverständlich dar, dass das Inselspital bei der Qualität keine Kompromisse eingeht. Im Gegenteil: Wörter wie Exzellenz, Spitzenleistungen und internationaler Wettbewerb untermauern den in der Strategie festgelegten Anspruch, das führende Universitätsspital der Schweiz zu sein und sich mit den Universitätsspitälern in Europa messen zu wollen. Ehrgeizige Pläne verfolgt das Inselspital auch hinsichtlich seiner Personalpolitik, mit der es sich als attraktiver Arbeitgeber positioniert, der seinen Mitarbeitenden mit einer sinnstiftenden Tätigkeit und mit Entwicklungsmöglichkeiten weit mehr bietet als eine blosse Anstellung.

Mit ehrgeizig meint das Inselspital das tagtägliche Streben nach Verbesserung in allen Bereichen. So wird es gelingen, die lange Erfolgsgeschichte des Spitals weiterzuführen. Ohne diesen Wert wäre es dem Inselspital nicht möglich gewesen, während Jahrhunderten zu den Besten zu gehören. «Mit diesem Begriff wollen wir unseren Anspruch auf einen schweizweiten Spitzenplatz mit untermauern», meint Markus Lüdi.

«Authentische Unternehmenskommunikation setzt voraus, dass im Leitbild die Grundwerte verankert sind, die das Image prägen.»

Dr. Rolf Bürgin, Leiter Fachstelle Kommunikation und Medien, Direktionspräsidium

Rücksichtsvoll

Mit dem letzten der drei im Leitbild verankerten Werte, rücksichtsvoll, und dem Schlüsselsatz «Gesundheit ist das gemeinsame Ziel» wird der Tatsache Rechnung getragen, dass es gerade in der heutigen hochspezialisierten Medizin nebst herausragenden Einzelleistungen auch die interdisziplinäre Kooperation aller am Gesundungsprozess Beteiligten braucht. Der Wertebeschrieb würdigt zudem ein Gesundheitsverständnis, das den Patienten samt seinen Lebensumständen und seine Persönlichkeit miteinbezieht. Besonderes Gewicht legt dieser Wert zudem auf einen offenen und fairen Umgang aller Mitarbeitenden untereinander wie auch mit den Patienten, deren Angehörigen und allen anderen Partnern.

Mit diesem Wert will sich das Inselspital bewusst machen, dass Erfolg und Spitzenleistung die Zusammenarbeit Vieler voraussetzen und auf lange Sicht nur mit einem nachhaltigen Engagement realisierbar sind. Die drei Werte dürfen als einzelne Bekenntnisse verstanden werden, sagt Lester Gosset, Leiter Personalentwicklung der Direktion Personal: «Unsere Grundwerte «stets und ewig», ehrgeizig und rücksichtsvoll bilden eine Einheit, deren Ganzes mehr ist als die Summe ihrer Teile.»

Auf dem richtigen Weg

Als Nächstes steht die Umsetzung der Massnahmen an, mit deren Hilfe das Leitbild seinen Weg vom Papier in die Köpfe und Herzen aller Mitarbeitenden finden soll. Diese Anstrengungen sind auch nötig, denn während die Werte beim Kaderpersonal hohen Zuspruch erhalten, werden sie im Inselspital erst teilweise gelebt. Die geplanten Aktionen zielen deshalb nicht nur darauf ab, die Inhalte des Leitbilds zu vermitteln, sondern bezwecken auch, Einstellungen zu beeinflussen, damit das Verhalten in Übereinstimmung mit den drei Grundwerten gebracht werden kann.

«Unsere Grundwerte «stets und ewig», ehrgeizig und rücksichtsvoll bilden eine Einheit, deren Ganzes mehr ist als die Summe ihrer Teile.»

> Lester Gosset, Leiter Personalentwicklung, Direktion Personal

Vorgesehen sind, statt flächendeckender Workshops, 40 bis 50 Einzelmassnahmen, weil dies laut Markus Lüdi der Kultur des Inselspitals besser entspricht. Als Auftakt bildete das neue Leitbild das Schwerpunktthema der im Dezember 2011 erschienenen Ausgabe der Mitarbeiterzeitschrift «Inselmagazin». Im HR-Bereich soll das Leitbild von der Rekrutierung bis zum Austritt in den gesamten Personalmanagement-Prozess eingebunden werden. «Wir werden Kandidatinnen und Kandidaten bereits im Vorstellungsgespräch auf ihre Übereinstimmung mit unseren Werten prüfen», sagt Markus Lüdi. Die Inhalte des Leitbilds werden ihren Weg ins Mitarbeitergespräch, in Funktionsprofile und Arbeitszeugnisse finden sowie Teil der Führungsausbildung werden. Ebenfalls vorgesehen sind Brückenseminare für Mitarbeitende aus denjenigen Kliniken und Instituten, die bereits eigene Werte ausgearbeitet haben, die es nun mit dem neuen Leitbild zu vereinbaren gilt. Diese Vorhaben machen deutlich, dass die drei für das Inselspital zentralen Werte alles andere als bloss schöne Worte auf dem Papier sind. Und so dürfte der Erfolg der Umsetzung denn auch nicht lange auf sich warten lassen.

«STETS UND EWIG»

SEIT 1354 ZUM WOHL UNSERER PATIENTINNEN UND PATIENTEN.

Das Inselspital in Bern ist eines der ältesten Spitäler der Schweiz. Der Auftrag der Stifterin Anna Seiler ist für uns Verpflichtung, Ansporn und Leitlinie für unsere Verantwortung gegenüber unseren historischen Wurzeln. Auf unsere Berner Verankerung sind wir stolz. Wir sichern unsere Unabhängigkeit durch wirtschaftliches Handeln und einen sorgfältigen Umgang mit unseren Ressourcen. Mit klaren Vorstellungen nehmen wir unsere Zukunft selber an die Hand und sichern den Fortbestand unserer langjährigen Geschichte.

EHRGEIZIG

WIR WOLLEN DAS BESTE.

Wissen, Kompetenz und Qualität kommen nicht von alleine: Sie sind Ergebnis unserer Exzellenz in Medizin und Pflege. Wir fördern und fordern Spitzenleistungen in Lehre und Forschung sowie in der Patientenbetreuung und Berufsbildung. Als Universitätsspital stellen wir uns dem internationalen Wettbewerb. Für engagierte und leistungsorientierte Mitarbeitende sind wir mit sinnstiftender Arbeit attraktiv und bieten Entwicklungsperspektiven.

RÜCKSICHTSVOLL

GESUNDHEIT IST DAS GEMEINSAME ZIEL.

Gesundheit braucht das Zusammenspiel Vieler – in Zukunft mehr als heute. Wir denken und arbeiten vernetzt über Berufsgruppen und Fachgebiete hinweg. Wir sehen den Patienten als wichtigen Teil seiner eigenen Gesundheit und unterstützen ihn in seiner besonderen Lebenssituation. Fairness und Offenheit sind für uns Grundvoraussetzungen im Umgang mit unseren Patienten und ihren Angehörigen, aber auch mit den Mitarbeitenden und mit unseren Partnern.







Visite in der Universitätsklinik für Allgemeine Innere Medizin (KAIM).

Ganzheitlicher Blick für komplexe Fälle

Die Generalisten in der Universitätsklinik für Allgemeine Innere Medizin (KAIM) kennen sich mit unterschiedlichsten Krankheitsbildern aus, so dass ihr Rat besonders bei bislang erfolglosen Abklärungen oder mehreren gleichzeitig auftretenden Krankheiten gefragt ist. Auch bei der Therapie sind sie der Gesamtschau verpflichtet.

Rund 8000 Patientinnen und Patienten behandelt die Universitätsklinik für Allgemeine Innere Medizin (KAIM) jedes Jahr. Ein Drittel von ihnen braucht eine stationäre Behandlung, die anderen zwei Drittel werden in der Medizinischen Poliklinik ambulant betreut. Ihnen allen gemeinsam ist, dass sie an häufigen, akuten oder chronischen Herz-, Lungen-, Nieren- oder Stoffwechselkrankheiten leiden - oft an mehreren Krankheiten gleichzeitig. Das Inselspital nimmt hier seine Aufgabe als Grundversorger wahr - und dies mit einem einzigartig breiten Krankheitsspektrum, sagt Prof. Drahomir Aujesky, Direktor und Chefarzt der KAIM: «Die Krankheiten, die wir behandeln, lassen sich ca. 400 verschiedenen diagnosebezogenen Fallgruppen (DRG) zuordnen, wobei die häufigsten nur gerade 4 % aller Fälle aus-

«Das gesamte Krankheitsbild von multimorbiden Patienten ist mehr als die Summe aller Einzelerkrankungen, da sich Krankheiten und ihre Therapien gegenseitig potenzieren können.»

Prof. Drahomir Aujesky, Direktor und Chefarzt, Universitätsklinik für Allgemeine Innere Medizin (KAIM)

Gefragte Generalisten

Die KAIM widmet sich zwei Hauptaufgaben: Dies ist zum einen die Betreuung von sogenannt multimorbiden Patienten, die zwei oder mehr, nicht immer miteinander in Zusammenhang stehende Erkrankungen aufweisen. Dessen ungeachtet beeinflussen sich die Krankheiten dieser multimorbiden Patienten oft gegenseitig negativ, beispielsweise wegen Interaktionen von Medikamenten oder der Erkrankungen selbst. «Das gesamte Krankheitsbild von multimorbiden Patienten ist mehr als die Summe aller Einzelerkrankungen, da sich Krankheiten und ihre Therapien gegenseitig potenzieren können», so Prof. Aujesky. Für die Diagnose und die Therapie ist deshalb eine ganzheitliche Betrachtung unerlässlich, die auch psychosoziale Aspekte berücksichtigt, damit unterschiedlichste Krankheiten und Behandlungen zusammengeführt werden können. Diese Expertise der Generalisten ist gefragt wie nie: Die meisten multimorbiden Patienten sind über 60-jährig und deren Zahl wird durch die steigende Lebenserwartung auch in Zukunft weiter zunehmen.

Das zweite Spezialgebiet der Ärztinnen und Ärzte der Allgemeinen Inneren Medizin betrifft die Abklärung von unklaren chronischen und akuten Symptomen und Befunden, die sich nicht eindeutig einem Organ zuordnen lassen. Dazu zählen etwa diffuse Schmerzzustände wie Bauchschmerzen, aber auch Fieber, Atemnot, Müdigkeit oder Schwäche. Ein hoher Prozentsatz dieser Patienten wird nach Vorabklärungen durch den Hausarzt oder ein anderes Spital mit dem Auftrag einer Diagnosestellung zugewiesen. «Wir leisten Detektivarbeit und erstellen einen Abklärungsplan, um nach Möglichkeit zu einer Diagnose zu kommen und eine entsprechende Therapie einleiten zu können», sagt Prof. Aujesky. Wie bei multimorbiden Patienten werden nicht nur körperliche, sondern auch psychosomatische Ursachen geprüft. Gefordert ist auch hier das Wissen von Generalisten, die auf Erfahrungen aus verschiedenen Fachgebieten zurückgreifen können, um die oftmals komplexen Krankheitsbilder korrekt zu interpretieren. Prof. Aujesky ist davon überzeugt, dass sich die generalistische Patientenbetreuung für die Gesellschaft als Ganzes vorteilhaft auswirkt: «Gesundheitssysteme mit einer starken Grundversorgung sind erwiesenermassen qualitativ besser und kosteneffizienter als solche mit einer schwachen Grundversorgung.»

Enge Zusammenarbeit mit Hausärzten

Ganzheitlich ist auch die Behandlung, die den Patienten in der Allgemeinen Inneren Medizin zugute kommt: «Der Patient steht bei uns im Vordergrund», sagt Prof. Aujesky. Die Menschen als Ganzes werden behandelt, und zwar so, wie es ihrer persönlichen Situation am besten entspricht. Die Ärzte der Allgemeinen Inneren Medizin erstellen zu diesem Zweck mit dem Patienten zusammen eine Prioritätenliste, die sich ganz nach dessen Lebenswelt richtet, selbst wenn dies aus ärztlicher Sicht manchmal schwer nachvollziehbar ist. «Unsere Behandlung zielt

darauf ab, die Lebensqualität und den funktionellen Status des Patienten zu verbessern», so Prof. Aujesky. Insbesondere bei unheilbar kranken Patienten versuchen die Internisten nicht, das Leben um jeden Preis zu verlängern: «Bei einer beschränkten Lebenserwartung braucht es realistische, nicht maximalistische Therapieziele.» Letztere wären in der Praxis ohnehin kaum durchführbar, da beispielsweise bei fünf chronischen Erkrankungen und strikter Befolgung existierender Organ-Guidelines täglich um die 12 Medikamente eingenommen werden müssten, hinzu käme eine Vielzahl nichtmedikamentöser Behandlungen.

Ungeachtet der individuellen Therapieziele soll die Behandlung dabei stets eine möglichst hohe Qualität aufweisen, wobei Qualität als Verhältnis zwischen medizinischem Resultat und Kosten gesehen wird. Um eine möglichst gute Betreuungsqualität zu erreichen, versuchen die Ärzte der KAIM, entweder durch Prozessoptimierung die medizinischen Resultate zu verbessern oder die Kosten durch Weglassen von überflüssigen Abklärungen und Therapien zu senken. Zu diesem Zweck wurde im Jahr 2011 eine Reihe von Optimierungen des Behandlungsprozesses eingeführt, die darauf abzielen, die Erfahrung der Generalisten einerseits und die Erkenntnisse aus neusten Studien andererseits möglichst effizient in den Praxisalltag einfliessen zu lassen. Einen hohen Stellenwert nimmt zudem die Zusammenarbeit mit dem jeweiligen Hausarzt des Patienten ein: Dieser ist aufgrund seiner oft langjährigen Beziehung zum Patienten eine äusserst wertvolle Informationsquelle und wird oftmals in Therapieentscheide mit einbezogen. Um ihm die Nachbetreuung zu erleichtern, informieren ihn die Ärzte der Allgemeinen Inneren Medizin in einem detaillierten Austrittsbericht über den genauen Behandlungs- und Therapieplan. Wie wichtig der Austausch mit den Hausärzten ist, zeigen die zahlreichen Partnerschaften mit Vereinigungen und Netzwerken der Hausärzte, welche die KAIM aktiv pflegt. Im Rahmen dieser Zusammenarbeit bietet die KAIM ihren Partnern ein breites, qualitativ hochstehendes Fortbildungs- und Supportangebot.

Forschung für alle

Das breite Spektrum an Allgemeiner Innerer Medizin, welche die KAIM anbietet, bringt viele Vorteile mit sich. Das Inselspital profitiert von der hohen Zahl an Patienten, die während ihres Aufenthaltes Angebote der Grundversorgung, der erweiterten Grundversorgung und der hochspezialisierten Medizin beziehen: Durch die Betreuung dieser Patienten im Inselspital ist deren Zugang zur Forschung gewährleistet, was für die Weiterentwicklung des Fachgebiets Allgemeine Innere Medizin unabdingbar ist. «Wir müssen Forschung an Patienten mit häufigen Krankheiten betreiben, die einen grossen Einfluss auf die Gesundheit der Bevölkerung haben. Wir schliessen bewusst unterschiedlichste Patienten mit ein, damit wir verallgemeinerbare Resultate erzielen - denn nur diese nützen einem breiten Patientengut», bringt Prof. Aujesky den Forschungsansatz der KAIM auf den Punkt.

> «Unsere Behandlung zielt darauf ab, die Lebensqualität und den funktionellen Status des Patienten zu verbessern.»

Prof. Drahomir Aujesky, Direktor und Chefarzt, Universitätsklinik für Allgemeine Innere Medizin (KAIM)

Zu den wichtigsten Projekten der klinischen Forschung der KAIM zählt eine vom Schweizerischen Nationalfonds (SNF) mit 3,7 Millionen Franken unterstützte nationale Kohortenstudie zur venösen Thromboembolie, die unter der Leitung von Prof. Aujesky steht. Das Ziel ist es, mehr über die Behandlungsresultate, die Behandlungskosten und die Lebensqualität von älteren, schwerkranken Patienten mit venöser Thromboembolie zu erfahren, die oft von randomisierten Studien ausgeschlossen werden. Eine randomisierte Studie, für die der Chefarzt und Leiter der Medizinischen Poliklinik Prof. Nicolas Rodondi verantwortlich ist, befasst sich mit der Auswirkung von Schilddrüsenhormonen auf Herz-Kreislauf und die Lebensqualität von Patienten mit sogenannten subklinischen Schilddrüsenunterfunktionen. Auch diese, von der Europäischen Union mit 1,5 Millionen Franken gesponserte Studie schliesst bewusst eine grosse Patientenpopulation ein, deren Erkrankungen im Praxisalltag häufig zu sehen sind.

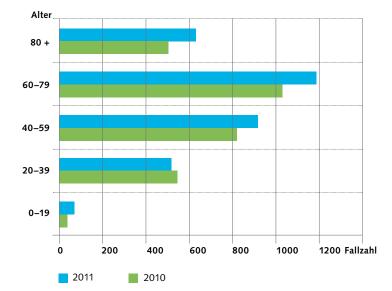
Begehrte Ausbildungsplätze

Die Lehre ist ein weiterer Bereich, in dem die KAIM von grosser Bedeutung ist: Jungen Assistenzärztinnen und Assistenzärzten wird von der Anamnese über die Untersuchung bis hin zur Diagnose ein generalistischer Ansatz vermittelt, wie ihn Hausärzte für ihre Tätigkeit benötigen. Da die Mehrzahl der Assistenz- und Oberärzte später in einer Hausarztpraxis arbeiten wird, ist die Rolle der KAIM für die Zukunft der Hausarztmedizin ausserordentlich wichtig.

Um für diese Anforderungen noch besser gerüstet zu sein, hat Prof. Aujesky im Jahr 2011 das Weiterbildungscurriculum neu gestaltet. Es umfasst neu ein Basiscurriculum mit vier Säulen: Patientenarbeit am Bett unter der Supervision von erfahrenen Kaderärzten, Rotationen zur Vertiefung des Wissens in der ambulanten Medizin oder in einzelnen Spezialgebieten wie Pneumologie oder Endokrinologie, vorlesungsartige Veranstaltungen sowie die Vermittlung praktischer Fähigkeiten wie internistischer Punktionen. Hinzu kommen – in Zusammenarbeit mit dem Berner Institut für Hausarztmedizin – Weiterbildungsangebote mit der Möglichkeit eines Mentorings für jene Allgemeininternisten, die sich

auf eine Hausarzttätigkeit vorbereiten wollen. Mit dem Clinician Investigator beziehungsweise dem Clinician Educator Track wurden zudem zwei Weiterbildungsangebote für Kandidaten geschaffen, die sich auf Forschung beziehungsweise Lehre spezialisieren möchten.

So viel Engagement für die Weiterbildung kommt an: Die KAIM erhält fortwährend eine grosse Anzahl qualitativ guter Bewerbungen von Assistenzärzten. In der Evaluation der Qualität von Weiterbildungsstätten, welche die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH jährlich durchführt, erreichte sie 2010 und 2011 in der Allgemeinen Inneren Medizin gar den Spitzenplatz unter den Schweizer Universitätskliniken – für Prof. Aujesky Bestätigung und Ansporn zugleich, sein Engagement für den generalistischen Ansatz fortzusetzen. Und dies von der Diagnose über die Behandlung bis zu Forschung und Lehre – ganzheitlich eben.



	2011	2010
Anzahl DRG	439	417
Anzahl Hauptdiagnosen (ICD10)	1 107	1 040
Anzahl Notfalleintritte	2 539	2 153
Anzahl Eintritte KAIM gesamthaft	3 308	2 921

Altersverteilung der Patienten der Universitätsklinik für Allgemeine Innere Medizin (KAIM).

Entwicklung der Anzahl DRG, Hauptdiagnosen und Fintritte







Vom Konzept zur Praxis: Das Notfallzentrum des Inselspitals minimiert Kapazitätsengpässe.

Eine Notaufnahme für alle

Das Universitäre Notfallzentrum des Inselspitals behandelt Notfälle aller Schweregrade. Das ungeplante Eintreffen von Patientinnen und Patienten führt immer wieder zu Spitzenbelastungen. Um Kapazitätsengpässe zu vermeiden, hat das Notfallzentrum ein neues Overflow-Management eingeführt – und damit die Versorgung für die Patienten verbessert.

Das rund um die Uhr geöffnete Universitäre Notfallzentrum betreut im Jahr mehr als 33 000 Patienten, womit es als wichtigste Eintrittspforte und bedeutendste Verbindungsstation zu allen spezialisierten Abteilungen des Inselspitals gilt. «Willkommen sind alle Notfälle; auch leichtere Fälle, wie einfachere Verletzungen oder Erkrankungen, die zwei Drittel aller Behandlungen ausmachen», sagt Prof. Heinz Zimmermann, Direktor und Chefarzt des Universitären Notfallzentrums. Mittel bis schwer krank sind 28 % der Eingewiesenen, und 6 % fallen mit schweren internistischen Erkrankungen oder lebensgefährlichen Verletzungen in die Kategorie der schwerstkranken oder polytraumatisierten Patienten.

«Wir behandeln alle Notfallpatienten; auch leichtere Fälle, wie einfachere Verletzungen oder Erkrankungen, die zwei Drittel aller Behandlungen ausmachen.»

Prof. Heinz Zimmermann, Direktor und Chefarzt,
Universitäres Notfallzentrum

Aufgrund dieser Zahlen und wegen der verbesserten Diagnostik erstaunt es nicht, dass 6 von 10 Patienten ambulant im Notfallzentrum betreut werden können, wo insgesamt 125 Mitarbeitende im Schichtbetrieb tätig sind. Die Assistenzärztinnen und Assistenzärzte des Notfallzentrums lernen auf diese Weise, unterschiedliche Schweregrade verschiedenster Krankheiten zu beurteilen und das unter Supervision: «Im Notfallzentrum ist 24 Stunden am Tag eine Oberärztin oder ein Oberarzt anwesend, was im schweizweiten Vergleich eine Seltenheit darstellt», sagt Dr. Eva Maria Genewein Depelteau, Oberärztin im Universitären Notfallzentrum. Dies macht das Inselspital als Ausbildungsstätte besonders attraktiv.

Hoher Leidensdruck

Die grosse Nachfrage nach den Leistungen des Notfallzentrums führte in den vergangenen Jahren regelmässig zu Kapazitätsengpässen. Bis zu sechzig Mal im Jahr waren alle Betten belegt, so dass mit Ausnahme der zentrumsgebundenen Patienten, deren Behandlung nur im Inselspital erfolgen kann, die neuankommenden Patienten in andere Spitäler weitergeleitet werden mussten. Ein unhaltbarer Zustand, fanden die Mitarbeitenden des Universitären Notfallzentrums, die zu Spitzenzeiten an die Grenze ihres Leistungsvermögens stiessen, an einer Retraite. Anlässlich dieser Retraite wurde die Basisgruppe Overflow unter der Leitung von Dr. Genewein Depelteau ins Leben gerufen. Das war die Geburtsstunde des Projekts Overflow-Management, das sich dem Ziel verschrieb, die wiederkehrenden Kapazitätsengpässe einzudämmen.

Unter der Leitung von Dr. Genewein Depelteau ging es für die Basisgruppe Overflow zuerst darum, eine Vision des idealen Notfallzentrums zu entwickeln, die während des ganzen Prozesses als Orientierung dienen sollte. Bei der Erarbeitung zeigte sich eine klare Präferenz für eine patientenzentrierte Behandlung, wie sie bei schwer erkrankten Patienten schon umgesetzt wurde. Im Gegensatz zu einer sequenziellen Behandlung, bei der ein Behandlungsschritt nach dem anderen getan wird und die insbesondere bei leichteren Fällen die Norm darstellt, kommen die Pflegenden und die Ärzte hier gemeinsam am Bett des Patienten zusammen, so dass die Befragung, die Blutentnahme und die Einleitung der Therapie parallel und innert kürzester Zeit durchgeführt werden können.

Optimierte Prozesse

Anschliessend konzentrierte sich das Projektteam darauf, die Ursachen von Kapazitätsengpässen zu ergründen. Die Datenanalyse förderte dabei Überraschendes zutage: Es stellte sich heraus, dass zwischen der Anzahl Patienten pro Tag und Kapazitätsengpässen kein Zusammenhang bestand. «Spitzenzeiten sind vorwiegend am Montag- und Freitagabend zu verzeichnen – eine Beobachtung übrigens, die für Notfallzentren auf der ganzen Welt gilt», sagt Dr. Genewein Depelteau. In dieser Zeit werden die meisten Patienten hospitalisiert, was einen viel höheren Aufwand darstellt als die Versorgung von ambulanten Patienten. Diese suchen das Notfallzentrum insbesondere an den Wochenenden auf: Hier finden sich zwar die höchsten Patientenzahlen, jedoch keine Kapazitätsengpässe. Dr. Genewein Depelteaus Fazit: «Lange Behandlungsdauern und aufwendige Behandlungen mit Mehrfachbetreuungen beanspruchen die personellen Ressourcen übermässig und führen so zu Kapazitätsengpässen.»

Die Gruppe Overflow stellte sich die Frage, ob gewisse Behandlungsprozesse ineffiziente Abläufe enthielten, durch deren Optimierung die Behandlungsdauern verkürzt werden könnten. «Wir machten uns dabei die Prinzipien des Lean Management zunutze, bei denen es darum geht, Prozesse so zu vereinfachen, dass keine Ressourcen verschwendet werden», so Dr. Genewein Depelteau. Sie setzte mit ihrer Arbeit dort an, wo die meisten Klagen der Mitarbeitenden zu verzeichnen waren, wie etwa bei den Telefonaten der Oberärzte. Deren Telefonzeiten beliefen sich vor allem in der Spätschicht häufig auf bis zu drei Stunden – eine Zeit, die der Oberarzt nicht für die Arbeit am Bett verwenden konnte. Eine Verbesserung der Situation wurde durch Umleitung von Beratungstelefonaten an den Oberarzt des Ambulatoriums erwirkt.

Weiteres Optimierungspotenzial fand sich beim Prozessablauf von Patienten mit Herzinfarkt, die fertig abgeklärt ins Inselspital auf den Notfall gelangten und von dort in die Koronarographie weitergeleitet wurden. Der Zwischenstopp im Notfallzentrum brachte den Patienten keinen zusätzlichen Nutzen, dem Notfallpersonal aber 80 Minuten zusätzliche Arbeit. Seit die Höhe des Arbeitsaufwandes bekannt ist, wird der Patient wenn immer möglich ohne Zwischenstopp im Notfallzentrum direkt in die Koronarographie gebracht. Und das Wichtigste: Dieser Prozess bedeutet für den Patienten mehr Komfort, weil die nochmalige Umlagerung und damit verbunden ein weiterer Kontakt mit vielen fremden Personen entfallen.

«Spitzenzeiten am Montag- und Freitagabend sind ein internationales Phänomen. Unser Notfallzentrum ist darauf vorbereitet.»

Dr. Eva Maria Genewein Depelteau, Oberärztin, Universitäres Notfallzentrum

Zeitsparpotenzial ergab sich ferner bei der Behandlung von Patienten mit Verdacht auf eine bakterielle Infektion. Diesen wurde den üblichen Richtlinien gemäss zeitlich verzögert Blut für Blutkulturen entnommen, bevor mit der Antibiotika-Therapie begonnen werden durfte. Bei grossem Arbeitsanfall erhöhte sich das Risiko, dass die zweite Entnahme mit grosser Verzögerung erfolgte. Dies konnte einen schwer kranken Patienten mit bakterieller Infektion in Gefahr bringen. Dr. Genewein Depelteau diskutierte mit der Universitätsklinik für Infektiologie des Inselspitals den neusten Forschungsstand bezüglich des erforderlichen Zeitintervalls zwischen den beiden Blutentnahmen - und es zeigte sich, dass dieser Staffelung die wissenschaftliche Grundlage fehlte, so dass auf sie verzichtet werden konnte. Acht Minuten Zeitersparnis generierte der neue Prozess ohne Wartezeit, wie sich anhand einer sogenannten Swimlane, einer Methode aus der Prozessgestaltung, zeigen liess - auf den ersten Blick nicht viel, doch entspricht dies bei knapp 3000 Blutkulturen pro Jahr einer Menge von neun Wochen Vollarbeitszeit. Dieses Wissen galt es nun an alle Mitarbeitenden weiterzugeben, damit keine Missverständnisse aufkommen konnten. Dr. Genewein Depelteau setzte anlässlich der interprofessionellen Weiterbildung,

bei der alle Ärzte und Pflegefachpersonen des Notfallzentrums gemeinsam geschult werden, das Personal über den neuen Ablauf in Kenntnis. Auf diese Weise gelang es ihr, das gesamte Team innert kurzer Zeit auf einen neuen einheitlichen Wissensstand zu bringen, so dass bei der täglichen Arbeit keine Unsicherheit über den korrekten Ablauf aufkommen konnte. Als positiver Effekt des neuen Vorgehens werden die Patienten nun deutlich schneller mit Antibiotika versorgt, was sich entsprechend positiv auf ihren Therapiefortschritt auswirkt.

Nachdem mehr Klarheit über das zeitliche Auftreten von Spitzenzeiten und von Kapazitätsengpässen gewonnen worden war, wurden die Dienstpläne der Assistenz- und der Oberärzte sowie der Pflegenden angepasst, so dass heute während Spitzenzeiten mehr Personal anwesend ist. Bei drohenden Kapazitätsengpässen dürfen diejenigen Pflegenden, die zur Erledigung von administrativen Aufgaben eingeteilt sind, überdies zu einem vorübergehenden Einsatz am Patientenbett hinzugerufen werden.

«Aufwendige Behandlungen mit Mehrfachbetreuungen führen zu Kapazitätsengpässen.»

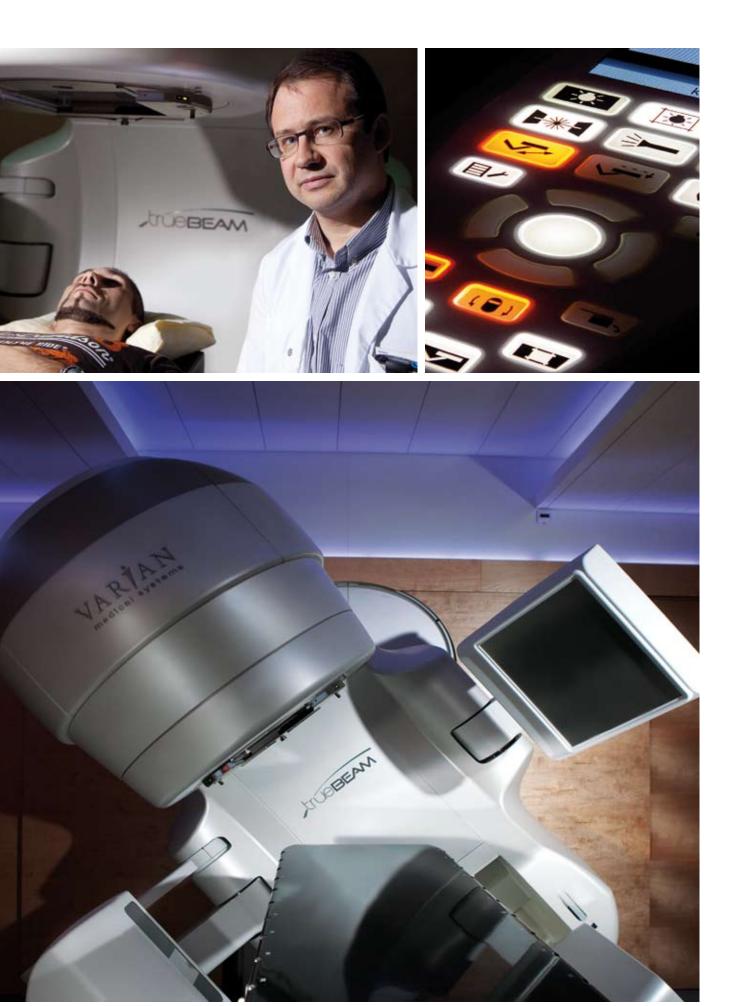
Dr. Eva Maria Genewein Depelteau, Oberärztin, Universitäres Notfallzentrum

> Einer der wichtigsten Pfeiler des Erfolges der Basisgruppe Overflow war die Kommunikation mit allen Mitarbeitenden des Notfallzentrums. Ein Vorteil lag dabei in der interprofessionellen Zusammensetzung der Gruppe: Ihr gehörten Ärzte, Pflegende und Vorgesetzte an. Dadurch konnten leicht Verbindungen zu allen Mitarbeitenden aufgebaut werden. Overflow wurde zum regelmässigen Thema im Oberarztrapport, in der Klinikleitungssitzung und im Einführungskurs für neue Mitarbeitende. Auf dem Medportal, dem Informationstool des Notfallzentrums, wurde eine Seite aufgeschaltet, die Massnahmen bei drohendem Overflow publik machte. Durch die starke Vernetzung gelang es rasch, Informationen auszutauschen sowie Umsetzungen genehmigen zu lassen und durchzuführen.

Ausgezeichnete Arbeit

Das Resultat all dieser Bemühungen kann sich sehen lassen: Bereits im Jahr 2010, als die Umsetzung der Massnahmen eben erst begonnen hatte, konnten die Zahl der Kapazitätsengpässe von 60 auf 10 gesenkt und die Dauer der Schliessungen auf wenige Stunden reduziert werden. Die konsequente Auseinandersetzung mit dem Thema Kapazitätsengpässe hat im Lauf nur eines Jahres auch in den Köpfen der Mitarbeitenden einiges bewirkt. «Heute nehmen wir Kapazitätsengpässe nicht mehr als etwas Unausweichliches hin, das wir einfach akzeptieren müssen. Wir versuchen vielmehr, prospektiv zu arbeiten und es gar nicht so weit kommen zu lassen», sagt Dr. Genewein Depelteau. So werden alle neuen Mitarbeitenden am Einführungstag bereits über das Thema in Kenntnis gesetzt und erfahren, mit welchen Strategien Kapazitätsengpässe vermieden werden können. Die stetige Präsenz des Themas im Oberarztrapport dient dazu, sich der Spitzenzeiten als eines selbstverständlichen Phänomens einer Notfallstation anzunehmen.

Der Erfolg des Projekts hat auch die Jury des Swiss Quality Award überzeugt, einer Auszeichnung für Qualitätsverbesserungen im Gesundheitswesen: Sie erkor die Basisgruppe Overflow 2011 zum Gewinner in der Kategorie Management. Für Dr. Genewein Depelteau kein Grund, sich auf den Lorbeeren auszuruhen: Die 10 000 Franken Preisgeld hat sie in neue Massnahmen investiert, mit denen die Behandlungen im Notfallzentrum noch weiter optimiert werden können. Denn das Universitäre Notfallzentrum des Inselspitals will nicht nur die erste, sondern auch die beste Adresse für Notfälle aller Art sein.



 $Maximale\ Pr\"{a}zision:\ Der\ Linearbeschleuniger\ True Beam\ verkn\"{u}pft\ Bestrahlungs-\ und\ Bildgebungstechnologie.$

Neue Wege in der Bestrahlungstherapie: Innovation auf sicheren Pfaden

Neue Technologien ermöglichen eine immer präzisere Bestrahlung von Tumoren. Voraussetzungen dafür sind ein hohes Mass an Expertise sowie eine enge Zusammenarbeit mit anderen hochspezialisierten medizinischen Disziplinen – typische Attribute der Radio-Onkologie eines Universitätsspitals.

Die Universitätsklinik für Radio-Onkologie des Inselspitals betreut am Standort Bern im Jahr rund 1500 Patientinnen und Patienten. Den grössten Anteil machen Patienten mit einer Krebserkrankung aus, die eine Tumorbestrahlung benötigen. Diese Behandlungsmethode kommt bei jedem zweiten Krebspatienten zum Einsatz und ist zusammen mit der onkologischen Chirurgie und der medizinischen Onkologie eine wichtige Säule in der Krebstherapie. Zu den weiteren Anwendungsgebieten der Strahlentherapie zählen etwa die Behandlung von gutartigen Wucherungen, entzündlichen Prozessen und Schmerzzuständen wie der Trigeminusneuralgie.

Für die Radiotherapie, wie Bestrahlungen im Fachjargon genannt werden, kommen verschiedene Techniken zum Einsatz. Eine der wichtigsten ist die intensitätsmodulierte Radiotherapie (IMRT), die sich dadurch auszeichnet, dass sich nebst der Einstrahlrichtung und der Form der Strahlen auch deren Intensität Punkt für Punkt anpassen lässt. Die bildgesteuerte Radiotherapie IGRT (Image-Guided Radiation Therapy) wiederum greift auf bildgebende, in das Bestrahlungsgerät integrierte Verfahren zurück, was eine genauere Positionierung des Patienten und somit eine deutlich schonendere Behandlung ermöglicht. Eine weitere Anwendung ist die stereotaktische Radiochirurgie, die für die kurative Therapie von meist kleineren Tumoren im Hirn, in der Lunge oder in der Leber angezeigt ist. Ihren Namen verdankt diese nichtchirurgische Methode der «messerscharfen» Präzision der eingesetzten Strahlung. Allen diesen Techniken gemeinsam ist die klassische Bestrahlung mittels sogenannter Photonen. Dies sind energiereiche elektromagnetische Wellen, die als ionisierende Strahlen durch den Körper dringen. Dabei erzeugen sie aus elektrisch neutralen Atomen und Molekülen positiv und negativ geladene Teilchen, sogenannte Ionen. Diese Ionisierung verursacht bei den Tumorzellen biochemische Veränderungen auf molekularer Ebene, welche die Tumorzellen schädigen.

«Ein extrem genauer Strahl bringt nur dann Vorteile bei der Krebsbehandlung, wenn der Tumor mit derselben Genauigkeit lokalisiert werden kann.»

Prof. Daniel Aebersold, Direktor und Chefarzt,
Universitätsklinik für Radio-Onkologie

Die Breite der Behandlungsfelder und der angewandten Verfahren setzt einen hohen Grad an interdisziplinärer Fachkompetenz voraus. In der Universitätsklinik für Radio-Onkologie arbeiten denn auch so unterschiedliche Berufsgruppen wie Ärzte, Medizinphysiker, Medizintechniker, Planungstechniker, Molekularbiologen und Fachleute für medizinisch-technische Radiologie eng miteinander zusammen. Diese Expertise wird in Form von Bestrahlungsplanungen auch Allianzpartnern wie der Radio-Onkologiezentrum Biel-Seeland-Berner Jura AG, der Radio-Onkologie Berner Oberland AG sowie der sich im Aufbau befindenden Radio-Onkologie Solothurn AG zur Verfügung gestellt.

State-of-the-Art-Bestrahlung

Mit dem Linearbeschleuniger TrueBeam des amerikanischen Herstellers Varian Medical Systems hat das Inselspital im Herbst 2010 ein Bestrahlungsgerät der neusten Generation in Betrieb genommen, mit dem sich ein Strahl hochpräzise abgeben lässt. Das Bestrahlungsfeld von maximal 40 x 40 Zentimeter kann mit Hilfe einer Vielzahl kleiner, verschiebbarer Metallplättchen, sogenannter Multileaf- oder Lamellen-Kollimatoren, in der Grösse reguliert und so geformt werden, dass der Strahl hochpräzis auf den Tumor eintrifft. Diese Präzision kommt durch ultragenaue Spezifikationen aller Komponenten des Linearbeschleunigers zustande: Vom Bestrahlungsarm über den Multileaf-Kollimator bis hin zum Patiententisch muss die geforderte Genauigkeit erfüllt sein. Bei alldem ist die Bedienung dank durchdachten Steuerungssystemen dennoch übersichtlich und sicher.

Die eigentliche Schlüsseleigenschaft des True-Beam besteht in seinem bislang unerreichten Mass an Verknüpfung von Bestrahlungs- und Bildgebungstechnologie. «Nur dank dieser Kombination ist es überhaupt möglich, die präzise errechnete Strahlendosis genau zu den richtigen Stellen zu leiten, nämlich zum Tumorgewebe und zu den allenfalls bereits befallenen Lymphknoten», sagt Prof. Daniel Aebersold, Direktor und Chefarzt der Universitätsklinik für Radio-Onkologie: «Ein extrem genauer Strahl bringt nur dann Vorteile bei der Krebsbehandlung, wenn der Tumor mit derselben Genauigkeit lokalisiert werden kann.» Dies geschieht beim True-

Beam mittels ins Gerät integrierter bildgebender Verfahren wie Computertomographie- oder Röntgenaufnahmen, welche genau diese Informationen liefern. Und das nicht bloss einmal, sondern so oft wie nötig: «Das Gerät lässt sich so programmieren, dass es in vorgegebenen Zeitintervallen überprüft, ob sich der Tumor am richtigen Ort befindet, und den Strahl andernfalls unterbricht», so Prof. Aebersold. Auch die tolerierten Abweichungen können individuell eingestellt werden, wobei eine Genauigkeit von 0,5 Millimeter möglich ist. Um sicherzustellen, dass sich der Tumor auch tatsächlich innerhalb des Zielbereichs befindet, kommt ein motorisierter Tisch zum Einsatz, der den Patienten nicht nur nach links, rechts oder nach oben verschieben, sondern auch in verschiedenste Richtungen drehen kann. Der Patient selbst merkt von diesen automatisch erfolgenden Ausgleichsbewegungen nicht mehr als ein leichtes Ruckeln seiner Unterlage.

Wegen seines relativ grossen maximalen Bestrahlungsfeldes von 40 x 40 Zentimeter eignet sich der TrueBeam für ein sehr grosses Spektrum an Krebserkrankungen, insbesondere auch für Tumore mit ausgedehntem Lymphknotenbefall. Damit ist er für die Bestrahlungen von Lungen-, Abdominalund gynäkologischen Tumoren sowie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich prädestiniert. Kleinere Tumore werden häufig mit dem dedizierten Radiochirurgie-Gerät Novalis Tx behandelt, das über ähnliche technische Spezifikationen wie der TrueBeam verfügt. Das Inselspital besitzt somit zwei mit modernster Technologie ausgerüstete Geräte, mit denen sämtliche Tumoren aller Grössen hochpräzise behandelt werden können. Krebspatienten bietet dies die Sicherheit, dass das gesunde Gewebe sowie die umliegenden Organe bestmöglich geschützt sind und Nebenwirkungen so minimiert werden können.

Sichere Anwendung gewährleisten

Die klinische Anwendung ist bereits weit fortgeschritten und der TrueBeam verfügt über vielversprechendes zusätzliches Potenzial: Das Gerät besitzt die notwendigen technischen Voraussetzungen, um Photonen in sehr viel höherer Dosisrate zu senden, als dies heute üblicherweise geschieht. Damit könnte in kürzerer Zeit eine höhere Dosis appliziert werden, was deren Wirkung verstärkt – denn für den Behandlungserfolg ist nicht nur die absolute Dosishöhe bedeutend, sondern auch die Dosisrate, das heisst die innert einer bestimmten Zeit verabreichte Dosis. Die Kehrseite der Medaille: Höhere Dosen in kurzer Zeit sind mit grösseren Risiken für das gesunde Gewebe verbunden.

«Als universitäres Zentrum nehmen wir bei der Anwendung neuer Technologien viel Verantwortung wahr: Unser Auftrag ist es, einerseits neue Technologien anzuschaffen und einzusetzen sowie andererseits die notwendige Begleitforschung durchzuführen, damit die Technologie sorgfältig evaluiert und weiterentwickelt werden kann.»

Prof. Daniel Aebersold, Direktor und Chefarzt, Universitätsklinik für Radio-Onkologie

Ein sicherer Einsatz hoher Dosisraten kann erst dann gewährleistet werden, wenn entsprechende prospektive klinische Studien vorliegen. Die Universitätsklinik für Radio-Onkologie des Inselspitals setzt sich für die dazu notwendige klinische Prüfung ein: Sie hat Einsitz im Research Council, das von der Herstellerfirma Varian für die Entwicklung von Studienprotokollen und für den Erfahrungsaustausch von TrueBeam-Anwendern gegründet wurde. Für den Direktor und Chefarzt der Universitätsklinik für Radio-Onkologie ist ein solches Engagement selbstverständlich: «Als universitäres Zentrum nehmen wir bei der Anwendung neuer Technologien viel Verantwortung wahr. Unser Auftrag ist es, einerseits neue Technologien anzuschaffen und einzusetzen sowie andererseits die notwendige Begleitforschung durchzuführen, damit die Technologie sorgfältig evaluiert und weiterentwickelt werden kann.»

Aus diesem Grund setzt sich Prof. Aebersold auch dafür ein, dass die zur Spitzenmedizin zählende, derzeit in der Schweiz nur am Paul Scherrer Institut zugelassene Protonentherapie künftig auch im Inselspital angewendet werden kann. Die Protonentherapie gehört zu den Partikel- oder Teilchentherapien, welche auf die Verwendung schneller Teilchen bei komplexen Tumorerkrankungen setzen. Teilchenstrahlen besitzen den Vorteil, dass sie ihre gesamte Energie an genau definierbarer Stelle im Körper abgeben. Die Hauptdosis wird so gezielter im Tumorgewebe freigesetzt, das umliegende Gewebe lässt sich noch besser schonen.

«Damit die Möglichkeiten eines Hightech-Gerätes genutzt werden können, muss ein interdisziplinärer Austausch mit hoch spezialisierten Chirurgen und Radiologen in die Bildinterpretation einfliessen.»

> Prof. Daniel Aebersold, Direktor und Chefarzt, Universitätsklinik für Radio-Onkologie

> > Dass das Inselspital bei der Qualität keine Kompromisse eingeht, zeigt sich nicht nur bei der Evaluation neuer Technologien, sondern auch bei der Behandlungsplanung. «Generell gilt: Je gezielter der Einsatz, desto aufwendiger die Planung», sagt Prof. Aebersold. Der Grund dafür liegt in einem deutlich höheren Mass an Interpretation, das die neuen Möglichkeiten der Bildgebung bedingen. Bis zu fünf, sechs Stunden sitzt ein interdisziplinäres Expertenteam mitunter zusammen, um die Bilddaten eines einzigen Patienten auszuwerten und dessen Dosisapplikation zu berechnen. Ein Aufwand, der vornehmlich an einem universitären Zentrum wie dem Inselspital erbracht werden kann, weil hier die fachübergreifende Expertise und die notwendigen Ressourcen vorhanden sind. Ein Aufwand auch, der unbedingt erforderlich ist: «Damit die Möglichkeiten eines Hightech-Gerätes genutzt werden können, muss ein interdisziplinärer Austausch mit hoch spezialisierten Chirurgen und Radiologen in die Bildinterpretation einfliessen», sagt Prof. Aebersold. So grosse Sorgfalt bei der Behandlungsplanung bedeutet für die Patienten eine

erhöhte Behandlungsqualität – und das ohne Mehrkosten: Die Tarmed-Positionen sind trotz Einführung neuer Technologien und vermehrtem Aufwand der Bestrahlungsplanung dieselben geblieben.

Die bestmögliche Qualität der Bestrahlungsplanung durch Konzentration am universitären Zentrum sicherzustellen, ist auch Bestandteil der Netzwerkstrategie der Universitätsklinik für Radio-Onkologie: Die Patienten sollen sich wohnortnah mit universitärer Behandlungsqualität behandeln lassen können. Dazu tragen die vom Inselspital mit Partnern eingegangenen Kooperationen in den Regionen Biel, Berner Oberland und Solothurn bei – ein in der Schweiz einzigartiger Verbund einer Universitätsklinik mit peripheren Leistungserbringern. Neben der Sicherstellung einer hohen wohnortnahen Behandlungsqualität können die Patienten auch von einem erleichterten Zugang zu innovativen Techniken und neuen Studienprotokollen profitieren.

Kann das Potenzial technologischer Innovationen in der Radio-Onkologie einst ausgelotet werden, könnte dies insbesondere jenem Teil der Krebspatienten zugute kommen, deren Tumore sich derzeit weder chirurgisch noch konventionell-radiotherapeutisch in den Griff bekommen lassen. Der Erfolg solch radioonkologischer Weiterentwicklung wird allerdings zu einem guten Teil auch von künftigen Fortschritten bei der Bildgebung abhängig sein, die weiteres Verbesserungspotenzial birgt. Ebenfalls vielversprechend sind die Möglichkeiten neuer medikamentöser Begleitbehandlungen, mit welchen sich entweder die Bestrahlungswirkung am Tumorgewebe verstärken oder gesundes Gewebe schützen lassen. Mit viel Engagement und Verantwortungsbewusstsein setzt sich das Inselspital dafür ein, dass auch diese Zukunftsmusik dereinst erklingen wird.



 $Ge f \"{a}s schirurgie \ im \ Operations saal \ und \ am \ \ddot{U} bung smodell \ (oben \ rechts).$

Alles fliesst

Eine optimale perioperative Strategie und ein gut eingespieltes, interdisziplinäres Team: So konnte die Operationssterblichkeit beim elektiven Aortenersatz auf unter 1 % und beim rupturierten Bauchaortenaneurysma auf unter 20 % gesenkt werden, womit das Inselspital im internationalen Vergleich sehr gut abschneidet. Das spricht für die stete Optimierung und Zentralisierung der operativen Behandlung, wie sie im Inselspital seit Jahren gepflegt wird.

Leonardo da Vinci beschreibt das Herz als Pumporgan, den Blutkreislauf erkennt er jedoch noch nicht. Erst der Arzt und Forscher William Harvey beschreibt 1628 in «De motu cordis et sanguinis» seine neue Blutbewegungstheorie als «eine fortgesetzte Kreisbewegung des Blutes». Diese Bemerkung erschüttert die bis dato gültige Lehrmeinung. So pulsieren die Arterien und Venen eben nicht selbsttätig, wie es seit Galen (129–216) über 1400 Jahre lang fälschlicherweise gelehrt wurde.

«Durch gemeinsame Anstrengungen haben wir am Inselspital die Eingriffe an allen Abschnitten der Hauptschlagader seit dem Jahr 2000 mehr als verdoppelt: Wir operieren jährlich über 400 Erkrankungen der Hauptschlagader in Brust- und Bauchraum.»

> Prof. Thierry Carrel, Direktor und Chefarzt, Universitätsklinik für Herz- und Gefässchirurgie

> > Die Gefässchirurgie gehört zu den relativ jungen Fächern innerhalb der Chirurgie. Alexis Carrel (1873-1944) gelang es erstmalig, verletzte Blutgefässe erfolgreich zu versorgen. Er erlebte als junger Arzt, dass die besten Chirurgen Frankreichs nicht in der Lage waren, den damaligen Präsidenten zu retten: Bei einem Attentat hatte ein Messerstich eine grosse Körpervene verletzt. Für seine Arbeiten zur Gefässnaht und zur Transplantation von Blutgefässen und Organen erhielt er 1912 den Nobelpreis. René Leriche (1879-1955) beschrieb die Symptome, welche bei einem Verschluss der Hauptschlagader im Bereich ihrer Aufzweigung in die Beckenarterien auftreten. Diese Erkrankung trägt heute seinen Namen: Leriche-Syndrom. Der Arzt Felix Eastcott steht für den Beginn der Carotischirurgie, der Operation an der Halsschlagader. Am 19. Mai 1954 entfernte er erstmalig einem Patienten Kalkplaques aus der Halsschlagader. Man vermutete schon in der Antike einen Zusammenhang zwischen dieser Ader und dem Bewusstsein: Die Bezeichnung «Carotis» (altgriech.) bedeutet wörtlich «in einen tiefen Schlaf fallen». Denton Cooley und Michael DeBakey ersetzten 1954 erstmalig eine herznahe vergrösserte Hauptschlagader durch eine Kunststoff-Prothese. Und ein «Fogarty» ist heute aus der Gefässchirurgie nicht mehr wegzudenken. So wird der Katheter genannt, den der junge Thomas Fogarty als Medizinstudent erfand und 1963 erstmalig präsentierte.

International bedeutende Gefässchirurgie

Endovaskuläre Verfahren haben die Gefässchirurgie in den letzten zwanzig Jahren grundlegend verändert - vor allem dank den Behandlungsmöglichkeiten für ältere oder mehrfach erkrankte Patientinnen und Patienten. Doch inwieweit hat der medizinisch-technische Fortschritt die Lebensqualität und die Lebenserwartung der Patienten verbessert? Die Schweizer Gefässchirurgie steht inmitten eines gesundheitspolitischen Spannungsfelds, mit dem sich Politiker, Kostenträger und Spitäler heute intensiv beschäftigen. Unter anderem steht zur Diskussion, inwieweit die hochspezialisierte Medizin, zu der auch die Gefässchirurgie zählt, zentralisiert werden soll und muss. Die heutige Gefässchirurgie ist für ihre komplexen medizinischen Leistungen rund um die Uhr auf ein interdisziplinäres Team von Spezialisten und eine teure apparative Infrastruktur angewiesen. Mit der ab 1. Januar 2012 geltenden Umstellung des Abrechnungssystems auf Diagnosis Related Groups (DRG) darf eine Verschiebung in Richtung Prozessoptimierung erwartet werden. Damit wird es zu einer natürlichen Zentralisierung komplexer Abläufe kommen.

Im Inselspital eröffnen die modernen Kooperationen in kardiovaskulärer Diagnostik, Bildgebung und Therapie völlig neue Perspektiven der klinischen und wissenschaftlichen Zusammenarbeit. Patienten werden in der angiologisch-gefässchirurgischen Poliklinik abgeklärt, wo man die Indikation zur Operation oder Intervention gemeinsam mit dem Patienten diskutiert.

Optimale Entscheidungen werden von Spezialisten verschiedener Fachbereiche im Team getroffen: beim angiologisch-gefässchirurgischen Rapport, der zusammen mit den Kolleginnen und Kollegen des Institutes für Radiologie durchgeführt wird, in der wöchentlichen Aortensprechstunde, in der Varizenund Venensprechstunde, in der Wundsprechstunde sowie in der monatlichen diabetischen Fusssprechstunde. Die Universitätsklinik für Herz- und Gefässchirurgie geniesst nicht zuletzt auch wegen dieser engen Vernetzung mit der Angiologie und der Kardiologie eine nationale und internationale Ausstrahlung.

Krankhafte Erweiterung der Hauptschlagader

Von den zahlreichen Interessensgebieten der Herz- und Gefässchirurgie im Inselspital hat sich die chirurgische und interventionelle Therapie von Erkrankungen der Hauptschlagader (Aorta) im Brust- und Bauchraum im letzten Jahrzehnt immer mehr zum Schwerpunkt der klinischen und wissenschaftlichen Tätigkeit entwickelt. «Durch gemeinsame Anstrengungen haben wir im Inselspital die Eingriffe an allen Abschnitten der Hauptschlagader seit dem Jahr 2000 mehr als verdoppelt», sagt Prof. Thierry Carrel, Direktor und Chefarzt der Universitätsklinik für Herzund Gefässchirurgie.

Die krankhafte Erweiterung (Aneurysma) der Hauptschlagader im Bauch, definiert durch einen Aortendurchmesser von über 3 Zentimeter, entsteht meist in der Folge einer Arterienverkalkung durch eine degenerativ-entzündliche Gefässwandschädigung. Sie tritt vor allem bei Männern und meist unterhalb der Nierenschlagadern auf und führt zu einer kontinuierlichen Erweiterung (durchschnittlich 3 Millimeter pro Jahr) und schliesslich zum Platzen (Ruptur) der Hauptschlagader. Das Erkrankungsrisiko steigt mit dem Alter: Mit 65 Jahren haben etwa 5 % aller Männer ein - meist unerkanntes - Bauchaortenaneurysma. Danach steigt die Häufigkeit mit jeder weiteren Lebensdekade um 6 %. Bei Männern werden Bauchaortenaneurysmen ab einem Durchmesser von 5,5 Zentimeter behandelt. Bei Frauen treten Bauchaortenaneurysmen sehr viel seltener auf. Nur die Hälfte aller Patienten mit rupturiertem Bauchaortenaneurysma erreicht das Spital lebend, und selbst dann ist die Sterblichkeit trotz Notfalleingriff noch exzessiv hoch.

Der offene Aortenersatz mittels Rohr- oder Y-Prothese aus dem Kunststoff Dacron ist seit über 50 Jahren die etablierteste und bewährteste Methode hinsichtlich der Langzeitbeständigkeit. Die minimal-invasive Alternative zur offenen Operation, der endovaskuläre Aortenersatz (EVAR), wurde Ende der 1980er-Jahre mit der Idee eingeführt, inoperablen Patienten eine Behandlung zu ermöglichen. EVAR wird seit Ende der 1990er-Jahre in enger Zusammenarbeit mit den interventionellen Angiologen praktiziert. Dabei wird ein Y-förmiger

Stentgraft über die chirurgisch freigelegten Leistenarterien eingebracht. Dieser Eingriff ist in Spinaloder sogar Lokalanästhesie möglich. In Bern eignen sich etwa 50 % aller Patienten anatomisch für EVAR. Die Gefässchirurgen im Inselspital versorgen ungefähr jeden dritten Patienten mit EVAR, weil in ihrem Patientenkollektiv überdurchschnittlich viele komplexe Bauchaortenaneurysmen auftreten. Neu erhältliche gefensterte Prothesen erlauben in Zukunft eine noch häufigere Verwendung von EVAR.

«Insgesamt gehören thorakale Aortenaneurysmen ab einem Durchmesser von 5 Zentimeter in die Obhut eines Spezialisten. So kann die Behandlung nach Einschätzung der Risiken und der Lebenserwartung auf die Wünsche des Patienten zugeschnitten werden.»

Prof. Jürg Schmidli, Chefarzt Gefässchirurgie, Universitätsklinik für Herz- und Gefässchirurgie

Aneurysmen der Hauptschlagader im Brustbereich sind etwas seltener als das Bauchaortenaneurysma. Sie gruppieren sich weitgehend in zwei Typen, deren Übergang aber fliessend ist. Rund zwei Drittel der sogenannten thorakalen Aortenaneu-



Operation an der Hauptschlagader: Im Vordergrund die Herz-Lungen-Maschine, rechts im Bild wird mit motorisch evozierten Potenzialen die Funktion des Rückenmarks während der Operation kontrolliert. Dadurch kann die Rate an neurologischen Komplikationen gesenkt werden.

rysmen treten im Bereich der Aortenwurzel, der aufsteigenden Aorta oder im Aortenbogen auf und entstehen meist auf der Grundlage einer zystischen Degeneration der mittleren Wandschicht der Aorta. Die Chirurgen im Inselspital stellen die Operationsindikation bei nicht-symptomatischen thorakalen Aortenaneurysmen üblicherweise ab einem Durchmesser von 5,0 Zentimeter. «Insgesamt gehören thorakale Aortenaneurysmen ab einem Durchmesser von 5 Zentimeter in die Obhut eines Spezialisten. So kann die Behandlung nach Einschätzung der Risiken und der Lebenserwartung auf die Wünsche des Patienten zugeschnitten werden», sagt Prof. Jürg Schmidli, Chefarzt Gefässchirurgie. Symptomatische Aneurysmen oder solche, die schnell wachsen (das heisst mehr als 1 Zentimeter pro Jahr), werden unabhängig von ihrem Durchmesser operiert.

«Ich sehe drei Kernaufgaben für die Universitätsklinik für Herz- und Gefässchirurgie: Erstens wollen wir, zusammen mit anderen Universitätsspitälern, eine Vorreiterrolle in Bezug auf die Behandlungsqualität und Umsetzung einer sinnvollen «Evidencebased Medicine» einnehmen. Zweitens gilt es, Innovationen kritisch zu begleiten. Und drittens ist uns die adäquate Weiterund Fortbildung junger Herz- und Gefässspezialisten eine Verpflichtung!»

Prof. Thierry Carrel, Direktor und Chefarzt, Universitätsklinik für Herz- und Gefässchirurgie

An der Universitätsklinik für Herz- und Gefässchirurgie des Inselspitals werden pro Jahr ca. 200 Patienten mit einem Aneurysma der Brustschlagader behandelt. Dabei werden die modernsten Methoden angewendet: Rekonstruktion der Aortenwurzel, wenn möglich mit Erhaltung der eigenen Aortenklappe, selektiver Hirnschutz bei Eingriffen im Bereich des Aortenbogens und Verwendung von innovativen Implantaten (kombinierte chirurgische und Stentgraft-Prothesen) bei komplexen Erkrankungen der gesamten Aorta. Die Sterblichkeit bei geplanten Eingriffen ist mit 1–2 % und bei notfallmässigen Operationen wegen Dissektion (Aufspaltung der Gefässwandschichten) oder Ruptur mit 8–12 % im

internationalen Vergleich sehr tief. Sämtliche Patienten, bei denen ein Eingriff an der Aorta durchgeführt wurde, werden in einer spezialisierten Aortensprechstunde in Zusammenarbeit mit den Zuweisern und Hausärzten nachuntersucht.

Anspruchsvolle Ziele

Die Universitätsklinik für Herz- und Gefässchirurgie ist die grösste herz- und gefässchirurgische Institution in der Schweiz. Die Klinik hat sich über die letzten Jahre zu einem modernen Wissenschaftsbetrieb entwickelt. «Ich sehe drei Kernaufgaben für die Universitätsklinik für Herz- und Gefässchirurgie: Erstens wollen wir, zusammen mit anderen Universitätsspitälern, eine Vorreiterrolle in Bezug auf die Behandlungsqualität und Umsetzung einer sinnvollen «Evidence-based Medicine» einnehmen. Zweitens gilt es, Innovationen kritisch zu begleiten. Und drittens ist uns die adäquate Weiter- und Fortbildung junger Herz- und Gefässspezialisten eine Verpflichtung», sagt Prof. Carrel. Auch im Rahmen einer integrierten Forschung hat sich die Universitätsklinik für Herzund Gefässchirurgie anspruchsvolle Ziele gesetzt: Qualitätskontrolle der klinischen Tätigkeit, Kompetenzaufbau in Studiendesign und -durchführung, Evaluation und Verbreitung von Innovationen, Schulung von Mitarbeitenden, Betreuung von Doktorandinnen und Doktoranden, Aufbau von Wissensnetzwerken und Erschliessung von Forschungsmitteln.

Folgt man dem Leitsatz des griechischen Philosophen Heraklit (544–483 v. Chr.), so befindet sich die ganze Welt im steten Fluss und ständigen Wandel: «Panta rhei – alles fliesst.» Die Herz- und Gefässspezialisten im Inselspital beziehen dies nicht nur auf das Herz-Kreislauf-System. «Alles fliesst» steht auch für den medizinischen Fortschritt und für die sich verändernden Rahmenbedingungen, denen sie sich täglich stellen müssen.







Der richtige Mix ergibt das Optimum an Pflege

Skill-/Grademix bedeutet, dass die Pflegeziele durch die Kombination verschiedener Leistungen mit entsprechend unterschiedlich qualifiziertem Personal erreicht werden – zum Wohle aller Beteiligten, ohne erhöhte Kosten. Ein wichtiger Baustein im Exzellenzmanagement eines modernen Spitalbetriebs.

Die demographische Entwicklung in der Schweiz lässt mit einer weiteren Zunahme der Patientenzahlen rechnen. Gleichzeitig zeichnet sich im Spitalbetrieb ein Trend zu verkürzter Aufenthaltsdauer bei stationären Behandlungen ab. Nicht zuletzt die Einführung des neuen DRG-Finanzierungsmodells per Anfang 2012 wird diese Entwicklung weiter unterstützen. Grössere Patientenzahlen und kürzere Aufenthaltsdauern erhöhen die Dichte diagnostischer und therapeutischer Leistungen im Praxisalltag der Spitäler. Dies verlangt nach immer zielgerichteteren und komprimierteren Fallabwicklungen.

Parallel dazu wirkt sich die neue Bildungssystematik der Pflegeberufe stark auf das Berufsbild Pflege aus. Seit 2006 sind die neuen Gesundheitsberufe auf dem Arbeitsmarkt: Das sind Berufsleute mit Attestausbildung (Ablösung der Ausbildung Pflegeassistenz), Fachfrauen/-männer Gesundheit (FaGe) und diplomierte Pflegefachpersonen Höhere Fachschule (HF, NDS, HFP) sowie Fachhochschule (BSc, MSc, CAS, DAS, MAS). Im Pflegebereich werden in Zukunft vermehrt Personen mit unterschiedlichen Ausbildungsniveaus arbeiten.

«Es lohnt sich, in Wissenssicherung und -transfer zu investieren, damit langfristig eine Kontinuität in der Pflege gewährleistet werden kann.»

> Urs Riggenbach, Projektleiter, Direktion Pflege/MTT

Alle diese Entwicklungen erhöhen die Ansprüche ans Spital und an seine Pflege: Es braucht die optimale Anzahl Mitarbeitende mit der richtigen Qualifikation, am richtigen Ort. Um die Kostensituation längerfristig im Griff zu halten, werden eine ressourcenorientierte Zuteilung des Personals und die Überprüfung und die Neugestaltung bisheriger Kompetenzprofile unabdingbar. Die Leitungen Pflegedienst des Inselspitals haben diese Problematiken in ihrem Praxisalltag schon früh wahrgenommen, deren Lösung wurde zunehmend dringlicher. Deshalb entschloss sich die Direktion Pflege/MTT, ein entsprechendes Pflegeentwicklungsprojekt zu lancieren.

Über drei Etappen zum Ziel

Mit dem Projekt «Skill-/Grademix Pflege» will das Inselspital auf seinen Stationen die erforderliche Personalzusammensetzung der Pflegeteams definieren. Während mit «Grade» Anzahl und Art der Berufsabschlüsse gemeint ist, beschreiben die «Skills» Ausbildungsschwerpunkte (zum Beispiel Kinder, Erwachsene, Psychiatrie) und Erfahrungen in der persönlichen Laufbahn. Auf diese Weise sollen die neuen Berufsgruppen der Pflege kompetenzen- und fähigkeitsgerecht eingesetzt werden. Ein weiteres Ziel ist die Optimierung der Pflegeprozesse, so dass trotz knapper Ressourcen der Leistungsauftrag optimal erfüllt und gleichzeitig die Attraktivität des Arbeitsplatzes erhöht wird. Das Projekt reicht von der Analyse der jetzigen Situation über die Definition von Kernaufträgen und die Teamzusammensetzung bis zur Überführung in den definierten Zustand und versteht sich als Instrument der Organisationsentwicklung und Strategieumsetzung.

In einer ersten Etappe galt es, möglichst breit Daten zum Ist-Zustand zu erheben. Dazu wurden auf 45 Stationen des Inselspitals von Januar 2009 bis August 2011 die Personalzusammensetzung und die Tätigkeiten des Pflegeteams systematisch analysiert. Dabei wurde immer auch der Patientenmix, das heisst die Durchmischung von unterschiedlichen Diagnosen auf der jeweiligen Station, mit seinen spezifischen Ansprüchen berücksichtigt. Die gewonnenen Daten lassen Rückschlüsse darauf zu, welche Ausbildungen (Grades) und Fertigkeiten (Skills) zur Bewältigung der pflegerischen Anforderungen der Station nötig sind. Weiteres Material für die Analyse lieferten ein System zur Messung des zeitlichen Pflegeaufwands, die Personaleinsatzplanung sowie Patientenfalldaten. So liess sich beispielsweise ein Katalog aller Tätigkeiten aufstellen, um diese dann auf die verschiedenen Ausbildungsniveaus zu verteilen und so die Anzahl benötigter Stellen zu definieren.

Pauschallösungen sind ungeeignet

«Es ist unmöglich, vom Schreibtisch aus ein optimales Arbeitsteam für den Spitalalltag zusammenzusetzen.» Diese Arbeitshypothese von Slavka Radnic, Bereichsleiterin Pflegeprozesse im Inselspital, hat sich bestätigt. Die einzelnen Stationen sind durch ihre Spezialisierungen viel zu unterschiedlich, als dass auf dem Reissbrett Pauschallösungen entworfen werden könnten. «Einige Spitäler haben definiert, dass sie zum Beispiel beim Pflegepersonal 30% Fachpersonen Gesundheit (FaGe) oder eine bestimmte Anzahl Master of Science (MSc) benötigen, um dies dann auf allen Stationen identisch zu implementieren. Das ist unseres Erachtens nicht machbar, denn das gesamte System ist dafür zu komplex und fragil», erklärt Frau Radnic. Es müsse einzeln beurteilt werden, auf welchen Stationen ein solcher Prozentsatz sinnvoll sei und wo nicht und warum nicht. Frau Radnic ist überzeugt, dass nur durch die umfassende Datenerhebung die notwendige Grundlage für dieses Entwicklungsprojekt geschaffen werden konnte.

Während der zweiten Etappe, der Datenanalyse, reifte die Erkenntnis, dass der Skill-/Grademix im Gesamtbetrieb nur umgesetzt werden kann, wenn die Besonderheiten der jeweiligen Unterorganisationen (Kliniken, Stationen) berücksichtigt werden: Hier spielen Profil, Strukturen, Prozesse und Grösse der Station eine wichtige Rolle. Durch die neue Bildungssystematik werden heute in der Pflege Generalisten ausgebildet. Die Spezialisierung wird den einzelnen Kliniken und Betrieben überlassen. Es gilt, Wissen aufzubauen, aufrechtzuerhalten und weiterzugeben - doch derzeit werden Skills weder systematisch eingeschätzt noch verlangt. Laut Projektleiter Urs Riggenbach gehört die Entwicklung von Skill-Profilen zu den wichtigen Entwicklungsaufgaben der nahen Zukunft. Das Skill-Profil einer Station trägt massgeblich zur nachhaltigen Einarbeitung neuer Mitarbeitender und deren fachlicher Entwicklung bei. Nachwuchsförderung und Wissenssicherung sind insbesondere für Stationen mit hoher Spezialisierung essenziell. Während bisher vieles aufgrund von individueller Erfahrung und Intuition gemacht wurde, müssen Prozesse nun im Sinne eines nachhaltigen Wissensmanagements standardisiert werden. «Es lohnt sich, hier zu investieren, damit auch langfristig Kontinuität gewährleistet werden kann», betont Herr Riggenbach.

Grades, Grössen und Prozesse

Bei der Untersuchung des Grademix zeigte sich, dass bisherige Teamzusammensetzungen in der Regel gut auf die Ansprüche und Herausforderungen der Station abgestimmt sind. Veränderungen in den materiellen und personellen Ressourcen machen aber Anpassungen in der Teamstruktur nötig. Der Einsatz von FaGe-Mitarbeitenden ist erwünscht und problemlos möglich, mit Ausnahme der Spezial-Stationen wie Neonatologie (Frühgeburten) oder Intermediate Care.

«Früher machten in der Pflege alle möglichst alles. Unter den heutigen Rahmenbedingungen ist das nicht mehr möglich; es braucht den Mut zur Differenzierung der verschiedenen Skills und Grades.»

Slavka Radnic, Bereichsleiterin Prozesse, Direktion Pflege/MTT

Die Stationen der analysierten Kliniken sind im Durchschnitt eher klein. Dies ist sowohl in ökonomischer Hinsicht als auch für die Zusammensetzung der Teams problematisch: Auf kleineren Stationen ist das Arbeitsvolumen für die einzelnen Berufsgruppen (zum Beispiel FaGe) zu klein und es können zu wenig eigenständige Kompetenzbereiche geschaffen werden. «Jede Berufsgruppe braucht eigenständige Bereiche, um in einem Team Fuss zu fassen und sich längerfristig wohlzufühlen», betont Frau Radnic. Mit Ausnahme der Spezialstationen soll daher eine minimale Stationsgrösse von rund 20 Betten angestrebt werden.

Rund 40 % der analysierten Stationen zeigen eine sogenannte Bezugspersonenpflege mit nachweislicher Patientenorientierung. Proaktives Handeln auf den Stationen ermöglicht, dass die Prozesse bestmöglich funktionieren, beispielsweise bei der Austrittsvorbereitung der Patienten. Durch die aktuellen Entwicklungen müssen gewisse Bereiche neu organisiert und Prozesse proaktiver gesteuert werden. Dies gelingt, wenn adäquat ausgebildete Mitarbeitende vor Ort in die Prozesssteuerung einbezogen werden und im Sinne des Patienten vorausschauend planen. In der Zukunft wird es vermehrt an der Hochschule ausgebildete Fachpersonen benötigen, um die klinik-

spezifischen Prozesse optimal abwickeln zu können. Analog zur Medizin wird eine Differenzierung der Stellenprofile vermehrt auch in der Pflege Einzug halten. «Dadurch werden Koordination, Delegation und Überwachungsaufgaben zunehmen», ist sich Frau Radnic sicher. «Früher machten in der Pflege alle möglichst alles. Unter den heutigen Rahmenbedingungen ist das nicht mehr möglich; es braucht den Mut zur Differenzierung der verschiedenen Skills und Grades.»

And the winner is ...

Zu Beginn der dritten und letzten Etappe wird das gewonnene Know-how den Kliniken in Form eines Entwicklungsprogramms zur Verfügung gestellt. Dort soll die Weiterentwicklung auf mehreren Ebenen, wie Strukturen, Prozesse und Interprofessionalität, vorangetrieben werden. Die Umsetzungsverantwortung liegt bei den Kliniken – so kann die weitere Entwicklung bestmöglich an die Situation vor Ort angepasst werden. Dieser Weg der sogenannten «evolutionären Optimierung» wurde bewusst gewählt, um eine möglichst nachhaltige Umsetzung zu erreichen. «Auch wenn diese Art der Implemen-

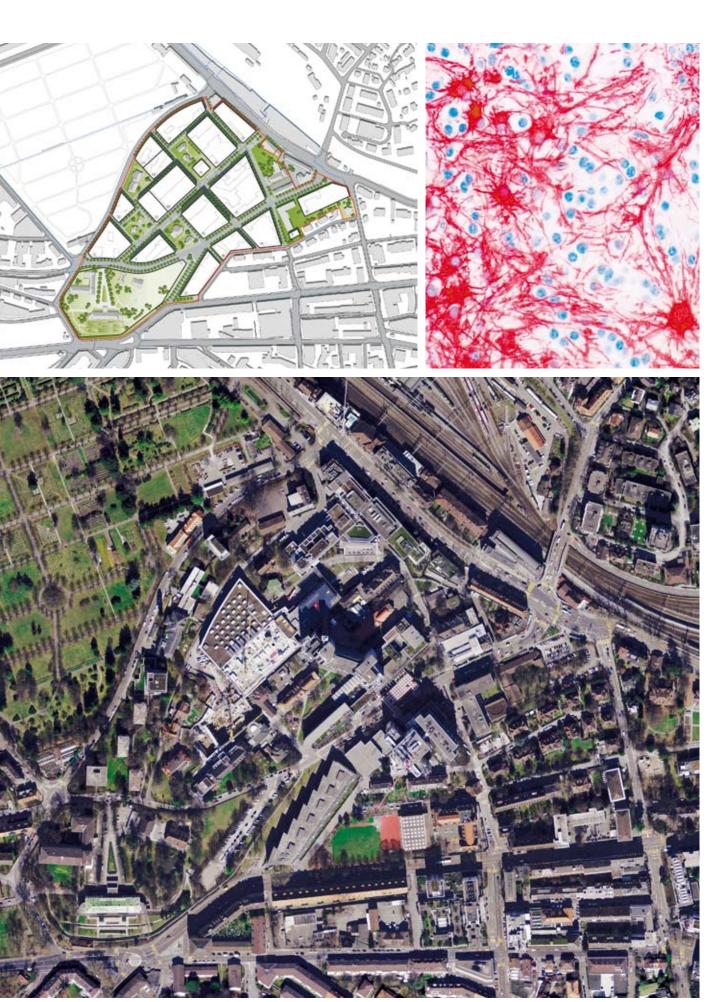
tierung arbeitsintensiv ist und Ergebnisse nicht sofort sichtbar sind, wird sich dieser Weg später auszahlen», betont Frau Radnic. Fallführung und Prozesssteuerung sind auch bei Ärztinnen und Ärzten wichtige Themen: So will das Projektteam für die Weiterentwicklung auch die Unterstützung der Ärzteschaft gewinnen. Erste Präsentationen auf Pilotstationen, beispielsweise auf der Neonatologie, sind von den Ärzten positiv aufgenommen worden.

Von einem guten Skill-/Grademix profitieren im Endeffekt alle Beteiligten. Gute, fachkompetente Pflege trägt wesentlich zum Heilungserfolg bei. Da liegt der Patientennutzen auf der Hand: Optimierte Prozesse und ein gutes Arbeitsklima garantieren, dass die Patienten fachlich und menschlich optimal betreut werden. Der Bottom-up-Ansatz des Projektes will die Pflegeberufe stärken, indem es die Probleme direkt an der Basis abgeholt und analysiert hat. Den Veränderungen im Berufsbild der Pflegenden wird durch Anpassungen in der Teamzusammensetzung sowie in den Prozessabläufen Rechnung getragen. Dies führt bei allen Berufsgruppen zu mehr Zufriedenheit am Arbeitsplatz, trotz wachsender Anforderungen. Auf diese Weise ist eine gute, kompetente und sichere Pflege im Inselspital auch in Zukunft gewährleistet.

Prozesse Strukturen Excellence Entwicklung Neue Arbeitsmodelle Interprofessionelle Zusammenarbeit

Empfehlungen des Projektteams nach Analyse der erhobenen Daten

- Alle Kliniken und Stationen im Inselspital sollen analysiert werden, um die Basisdaten zu vervollständigen und jeder Klinik die Grundlage für weitere Entwicklungen zu bieten.
- 2. Der Prozess der Weiterentwicklung soll auf mehreren Ebenen, wie Strukturen, Prozesse und Interprofessionalität, vorangetrieben werden. Die Umsetzungsverantwortung liegt bei den Kliniken.
- 3. Die Kernaufgabe der Direktion Pflege/MTT (Bereich Prozesse) liegt darin, diesen Entwicklungsprozess im Rahmen von Veränderungsprojekten, wie Prozessentwicklung, Führungs- und Ressourcenentscheidungen, voranzutreiben und zu steuern. Die Direktion Pflege/MTT bietet dafür Support an.



 ${\it Makro-und\ Mikrowelt:\ Masterplan\ /\ Gliazellen\ (Astrozyten)\ im\ Gehirn\ /\ Luftbild\ Inselareal.}$

Universitäres Netzwerk als strategischer Erfolgsfaktor für das Inselspital

Damit das Inselspital seinen Patientinnen und Patienten ein umfassendes universitäres Angebot in höchster Qualität bieten und sich im internationalen Forschungsumfeld behaupten kann, muss es die Patientenzahl steigern. Die Unternehmensstrategie und deren Weiterführung, die Vision 2020, setzen deshalb auf Wachstum und Vernetzung.

Was vom Inselspital erwartet wird

Die Medizin ist in den letzten Jahrzehnten ungleich komplexer geworden: Waren 1970 während eines Spitalaufenthaltes für die Behandlung eines Patienten im Durchschnitt eine Handvoll Spezialisten nötig, waren es 1990 schon rund 10. Heute geht man davon aus, dass ein Patient während seines Spitalaufenthaltes je nach Krankheitsbild mit über 20 Spezialisten Kontakt hat, die sich um seine Probleme kümmern. Dieser Herausforderung müssen sich alle Spitäler in vergleichbarer Form stellen.

Als Universitätsspital stellt sich das Inselspital weiteren Herausforderungen: Es bietet rund um die Uhr eine breit abgestützte, universitäre Zentrumsversorgung an. Patienten suchen das Inselspital insbesondere dann auf, wenn ihre Behandlungen so komplex sind, dass dafür Spezialisten erforderlich sind, wie sie nur an einem Universitätsspital zu jeder Uhrzeit vorhanden sind. «Zu Recht erwarten Patienten, dass wir als Universitätsspital eine Möglichkeit finden, trotz der steigenden Komplexität eine umfassende, auf ihr Problem zugeschnittene, individuelle Lösung zu finden», sagt der Ärztliche Direktor Prof. Andreas Tobler.

Um die notwendige Breite, Tiefe und Verfügbarkeit seines medizinischen Angebots zu garantieren, muss das Inselspital als Universitätsspital deshalb vergleichsweise teure Vorhalteleistungen zur Verfügung stellen, was auch bei der Infrastruktur mit entsprechenden Kosten verbunden ist.

«Höhere Fallzahlen sind eine wichtige Voraussetzung, damit das Inselspital seine universitäre klinische Forschung ausbauen und sich als Universitätsspital im nationalen und internationalen Wettbewerb behaupten kann.»

> Prof. Andreas Tobler, Ärztlicher Direktor

Wo stehen wir heute?

«Mit 38 000 Patienten, die das Inselspital jedes Jahr für eine stationäre Behandlung aufsuchen, beziehungsweise rund 900 regelmässig bewirtschafteten Betten, bewegen wir uns an der unteren Grenze dessen, was für den erfolgreichen Betrieb eines Universitätsspitals erforderlich ist», sagt Prof. Tobler. «Vergleichbare Universitätsspitäler in Deutschland behandeln jährlich zwischen 50 000 und 60 000 stationäre Patienten.» Die im September 2010 vom Verwaltungsrat verabschiedete Strategie, die in der Vision 2020 konkretisiert wird, setzt aus diesem Grund mit richtungsweisenden Entscheiden auf Wachstum und Vernetzung. «Wir streben langfristig ein Wachstum von 20–30 % an», sagt Prof. Tobler.

Unsere Strategie

Um dieses Ziel zu erreichen, ist einerseits ein organisches, andererseits ein anorganisches Wachstum notwendig. Als organisch wird ein Wachstum verstanden, das sich allein aus dem bisherigen universitären Geschäftsfeld ergibt. Dieser Aspekt der Wachstumsstrategie gründet auf der Annahme, dass es dem Inselspital gelingt, dank seinen Behandlungsergebnissen und der darauf aufbauenden Reputation als hochspezialisiertes Zentrum neue Patientenströme zu erschliessen. Angesichts des Anstiegs der Patientenzahlen in den vergangenen Jahren scheint diese Annahme zwar gerechtfertigt, gleichzeitig fallen die Zuströme aber zu gering aus, als dass sich allein auf diese Weise das Wachstumsziel von 20-30 % in den nächsten fünf Jahren realisieren liesse.

Als Ergänzung zum organischen ist deshalb ein anorganisches Wachstum vorgesehen. Geplant ist dafür der weitere Aufbau eines universitären Netzwerkes mit in den jeweiligen Regionen gut verankerten Partnern, wie beispielsweise Spitalnetzen benachbarter Kantone sowie der Spital Netz Bern AG und weiteren Spitälern im Kanton Bern.

Grössere Patientenzahlen erlauben eine andere Aufbau- und Ablauforganisation als bisher. Klassisch sind Spitäler in einer oder mehreren Versorgungsstufen aufgestellt – stationäre Grundversorgung, ambulante Medizin oder stationäre Universitätsmedizin – und intern in verschiedene medizinische Fachbereiche gegliedert.

Alternativ dazu kann man auch von ganzen Krankheitsgruppen ausgehen: Bei einer solchen Strukturierung werden sämtliche Patienten einer grösseren Krankheitsgruppe über gemeinsame Abläufe in gemeinsamen Strukturen behandelt. Weil die Organisation eines solchen Subsystems weniger komplex ist als die Organisation eines Gesamtspitals, führt eine derartige Strukturierung in Subsysteme zu überschaubareren Arbeitsprozessen. «Die Patienten profitieren von krankheitsgruppenorientierten Zentren auch dadurch, dass sich für sie die Zahl der Ansprechpartner reduziert», sagt Dr. Falk Schimmann, Leiter Strategisches Angebots-/Allianzmanagement im Inselspital.

Was für die Patienten gilt, kommt auch für die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte zum Tragen: Sie treten ebenfalls mit nur einer Ansprechperson in Kontakt, was ihnen die Nachbetreuung ihrer Patienten wesentlich vereinfacht. Ein weiterer Vorteil: «Patienten und Zuweiser wissen, dass in einem Schwerpunktzentrum für alle Versorgungsintensitäten die optimale Behandlung zur Verfügung steht – gerade weil in einem solchen System neueste Forschungserkenntnisse rasch in die Behandlung einfliessen», sagt Dr. Schimmann.

Die Umstrukturierung anhand von Krankheitsgruppen wurde am Inselspital mit der Schaffung der Schwerpunkte Herz-Kreislauf-Zentrum und Neuro-Zentrum und durch die Zusammenfassung der Viszeralchirurgie, der Gastroenterologie und der Hepatologie zu einer Universitätsklinik für Viszerale Medizin und Chirurgie bereits eingeleitet. Diese Entwicklung, die auch bei anderen grossen und tertiärmedizinischen Zentren in Europa festzustellen ist, soll als Nächstes mit dem Schwerpunkt

Onkologie in Form des Comprehensive Cancer Center weiterverfolgt werden. Der im letzten Jahr als Regelwerk für die Weiterentwicklung des Inselcampus verabschiedete Masterplan eröffnet nun die Chance für die betriebliche und bauliche Umsetzung.

Bei aller angestrebten Verbesserung der internen Abläufe ist man sich im Inselspital aber bewusst, dass moderne Medizin nur in einem Netzwerk von Anbietern stattfinden kann, von dem das Universitätsspital ein Teil des Ganzen ist. «Wir arbeiten daran, zusammen mit unseren Allianz- und Kooperationspartnern unseren Patienten ein umfassendes, auf ihre Bedürfnisse abgestimmtes Angebot anzubieten», sagt Prof. Tobler.

«Krankheitsgruppenorientierte Zentren ermöglichen es uns, den Patienten und den zuweisenden Kollegen und Spitälern über klare Ansprechpartner die richtige Eingangspforte anzubieten.»

Dr. Falk Schimmann, Leiter Strategisches Angebots-/Allianzmanagement

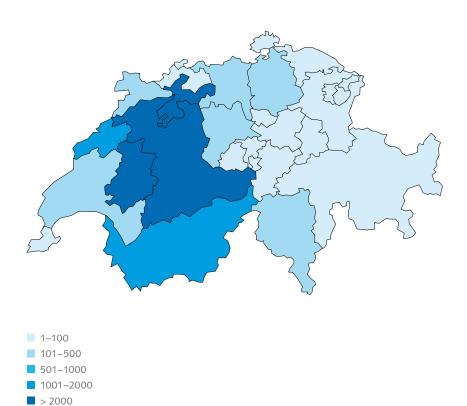
Ein weiterer, nicht zu unterschätzender Effekt liegt in einer Steigerung der Ausbildungsqualität, welche die Strukturierung anhand von Krankheitsgruppen mit sich bringt. In Schwerpunktzentren lernen die Studierenden wie auch die Assistenzärztinnen und Assistenzärzte das gesamte Spektrum der Krankheitsbilder kennen: von vergleichsweise einfachen, mit standardisierten Verfahren behandelbaren Erkrankungen bis zu hochkomplexen Fällen, bei denen entsprechend

interdisziplinäres und innovatives Vorgehen gefordert ist. Zudem tauschen sich mit ähnlichen Erkrankungen befasste Assistenz-, Oberärzte und Forschende intensiver aus, weil sie sich öfter begegnen, mehr gemeinsame Foren haben und so von den Überlegungen ihrer Kollegen profitieren können.

«Höhere Fallzahlen sind eine wichtige Voraussetzung, damit das Inselspital seine universitäre klinische Forschung ausbauen und sich im internationalen Wettbewerb behaupten kann», erklärt Prof. Tobler. Gerade für Multi-Center-Studien sind die verschiedenen Fachgebiete nur kompetitiv, wenn innerhalb der geforderten Zeit genug Patienten in die Studie

eingeschlossen werden können. Ein höheres Patientenaufkommen verbessert auch die Ressourcenauslastung und damit die Wirtschaftlichkeit. Dazu Prof. Tobler: «Es ist unser Ziel, dass Patienten in unserem universitären Netzwerk jederzeit am richtigen Ort durch die richtigen Personen die beste Behandlung kosteneffizient erfahren.»

Mit einer Verbesserung der Behandlungsqualität, die von der Patientenbetreuung über die Lehre bis hin zur Forschung reicht und gleichzeitig für wirtschaftliche Effizienz sorgt, wird das in der Strategie angestrebte Wachstum die Position des Medizinalstandorts Bern stärken.



Austritte nach Wohnort: Anzahl stationäre Austritte 2011 nach Wohnort der Patienten.

«Dem Verwaltungsrat danken wir für das grosse Engagement in den vergangenen vier Jahren und für die Ausrichtung des Inselspitals als Unternehmen in die Zukunft.»

Dr. Urs Birchler, Direktionspräsident

Verwaltungsrat



Peter Rychiger Unternehmer, Steffisburg, Präsident



Margret Kiener Nellen lic. oec., Fürsprecherin, Nationalrätin, Bolligen, Vizepräsidentin



Franziska Borer Winzenried lic. iur., Fürsprecherin, Lyss



Brigitta Fahrländer-Schneeberger Dr. med., Hausärztin, Bern



Heinz Hänni Dr. rer. pol., Geschäftsführer, Bern



Markus Moser Dr. iur., Fürsprecher, Niederwangen



Martin Täuber Prof. Dr. med., Rektor Universität Bern, Bern (seit 1.8.2011)



Hermann Weyeneth Ehem. Nationalrat, Jegenstorf



Thomas Zeltner Prof. Dr. med., ehem. Direktor BAG,

Urs Würgler Prof. Dr. phil. nat., Rektor Universität Bern, Herrenschwanden (bis 31.7.2011)

Sekretariat Daniel Slongo, lic. phil. I

Spitalleitung



Urs BirchlerDr. oec. publ.,
Direktionspräsident



Andreas Tobler
Prof. Dr. med.,
Ärztlicher Direktor,
Stv. des Direktionspräsidenten



Ulrich von AllmenDirektor Pflege,
medizinisch-technische und
medizinisch-therapeutische
Bereiche



Gerold Bolinger Betriebsökonom FH/ Dipl. Wirtschaftsprüfer, Direktor Dienste



Matthias Gugger
Prof. Dr. med.,
Direktor Lehre und Forschung



Bernhard Leu Dipl. Architekt FH/NDS BWL, Direktor Betrieb



Markus Lüdi Betriebsökonom, Direktor Personal



Peter Eggli Prof. Dr. med., Dekan Medizinische Fakultät mit beratender Stimme

Sekretariat: Patrizia Gamboni, Assistentin des Direktionspräsidenten

Erweiterte Spitalleitung

Mitglieder der Spitalleitung zuzüglich der nachstehenden Departementsvorsitzenden

```
Prof. Dr. med. Jukka Takala, Vorsitzender Departement Intensivmedizin, Notfallmedizin
und Anästhesiologie (DINA)
```

Gabi Briner, Stv. Vorsitzende (seit 1.10.2011)

Corinne Morandi Müller, Stv. Vorsitzende (bis 30.9.2011)

Prof. Dr. med. Michael Mueller, Vorsitzender Departement Frau, Kind und Endokrinologie (DFKE) (seit 1.9.2011)

Prof. Dr. med. Dr. h. c. Zacharias Zachariou, Vorsitzender (bis 6.7.2011) Johanna Zawadynska Friedrich, Stv. Vorsitzende

Prof. Dr. med. Peter Villiger, Vorsitzender Departement Dermatologie, Urologie, Rheumatologie und Nephrologie (DURN)

Edith Röthenmund, Stv. Vorsitzende

Nicole Mellenberger, Stv. Vorsitzende

Prof. Dr. med. Iris Baumgartner, Vorsitzende Departement Herz und Gefässe (DHGE) (seit 1.4.2011) Prof. Dr. med. Otto Hess, Vorsitzender (bis 31.3.2011) (verstorben) Marlise Reichen, Stv. Vorsitzende

PD Dr. med. Esther Vögelin, Vorsitzende Departement Orthopädische-, Plastische-, Handchirurgie und Osteoporose (DOPH) (seit 1.4.2011) Prof. Dr. med. Klaus-Arno Siebenrock, Vorsitzender (DOPH) (bis 31.3.2011) Franziska Müller, Stv. Vorsitzende (seit 1.4.2011) Elsi Müller, Stv. Vorsitzende (bis 31.3.2011)

Prof. Dr. med. Sebastian Wolf, Vorsitzender Departement Kopforgane und Nervensystem (DKNS) Regula Sollberger, Stv. Vorsitzende (seit 1.4.2011) Rosmarie Wyss, Stv. Vorsitzende (bis 31.3.2011)

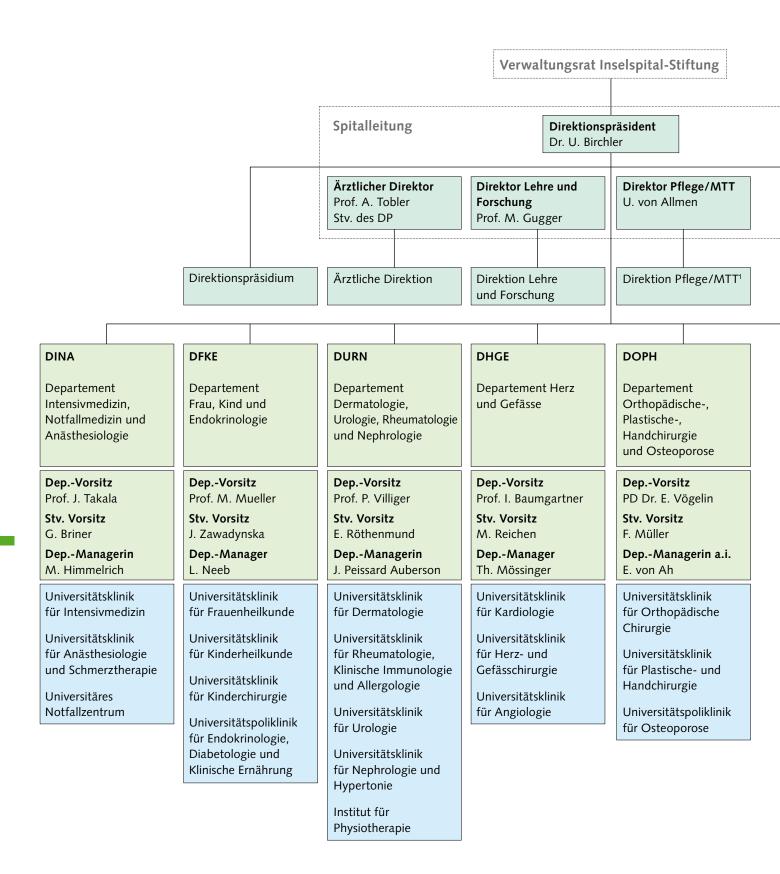
Prof. Dr. med. Martin Fey, Vorsitzender Departement Hämatologie, Onkologie, Infektiologie, Labormedizin und Spitalpharmazie (DOLS) Christiane Jeanneret, Stv. Vorsitzende

Prof. Dr. med. Ralph Schmid, Vorsitzender Departement Magen-Darm, Leber- und Lungenkrankheiten (DMLL) (seit 1.4.2011) Prof. Dr. med. Dr. h. c. Daniel Candinas, Vorsitzender (bis 31.3.2011)

Prof. Dr. med. Gerhard Schroth, Vorsitzender Departement Radiologie, Neuroradiologie und Nuklearmedizin (DRNN) Dieter Fiechter, Stv. Vorsitzender

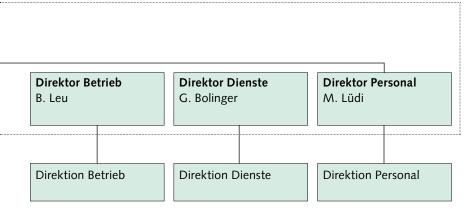
Prof. Dr. med. Drahomir Aujesky, Vorsitzender Universitätsklinik für Allgemeine Innere Medizin (Klinik mit departementaler Funktion) Marianne Papalini, Stv. Vorsitzende

Organigramm



¹ Direktion Pflege/MTT: Direktion Pflege, medizinisch-technische und medizinisch-therapeutische Bereiche

Die Spitalleitung und die Departementsvorsitzenden bilden die erweiterte Spitalleitung. Der Dekan der Medizinischen Fakultät kann an den Sitzungen der Spitalleitung und der erweiterten Spitalleitung teilnehmen, ohne Stimmrecht.



DKNS

Departement Kopforgane und Nervensystem

Dep.-Vorsitz Prof. S. Wolf

Stv. Vorsitz R. Sollberger

Dep.-ManagerD. Meyer

Universitätsklinik für Augenheilkunde

Universitätsklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, Kopf- und Halschirurgie

Universitätsklinik für Schädel-, Kieferund Gesichtschirurgie

Universitätsklinik für Neurologie

Universitätsklinik für Neurochirurgie

DOLS

Departement Hämatologie, Onkologie, Infektiologie, Labormedizin und Spitalpharmazie

Dep.-Vorsitz Prof. M. Fey

Stv. Vorsitz C. Jeanneret

Dep.-Manager E. Mika

Zentrallabor

Universitätsklinik für Hämatologie

und Hämatologisches

Universitätsklinik für Radio-Onkologie

Universitätsklinik für Medizinische Onkologie

Universitätsklinik für Infektiologie

Universitätsinstitut für Klinische Chemie

Universitätsinstitut für Immunologie

Institut für Spitalpharmazie

DMLL

Departement Magen-Darm, Leber- und Lungenkrankheiten

Dep.-Vorsitz

Prof. R. Schmid

Stv. Vorsitz

N. Mellenberger

Dep.-Managerin E. von Ah

Universitätsklinik für Viszerale Chirurgie und Medizin

Universitätsklinik für Thoraxchirurgie

Universitätsklinik für Pneumologie

DRNN

Departement Radiologie, Neuroradiologie und Nuklearmedizin

Dep.-Vorsitz

Prof. G. Schroth

Stv. Vorsitz D. Fiechter

Dep.-Managerin

D. Hilt

Universitätsinstitut für Diagnostische, Interventionelle und Pädiatrische Radiologie

Universitätsinstitut für Diagnostische und Interventionelle Neuroradiologie

Universitätsklinik für Nuklearmedizin

Vorsitz Prof. D. Aujesky

Stv. Vorsitz

M. Papalini

Dep.-Managerin

E. Ernst

Universitätsklinik für Allgemeine Innere Medizin

Gesellschaften der Inselspital-Stiftung

Die Inselspital-Stiftung ist wirtschaftlich an folgenden Unternehmungen beteiligt:

Stucker Insel AG

Zweck: Erstellung, Betrieb oder Vermietung von Gebäuden aller Art, insbesondere von Lagerhäusern; Handel mit Waren aller Art.

VR-Vertretung Inselspital: VR G. Bolinger; VR B. Leu

InoTex Bern AG

Zweck: Betrieb einer Wäscherei, namentlich Beschaffung, Reinigung, Unterhalt, Transport und Ersatz von Textilien; kann sich an anderen Unternehmen beteiligen und Grundeigentum erwerben.

VR-Vertretung Inselspital: VR G. Bolinger; VR B. Leu

PET Diagnostik Bern AG

Zweck: Aufbau und Betrieb eines oder mehrerer Dienstleistungszentren für Positronenemissionstomografie (PET) in Bern, welches die Versorgung der Patienten mit PET-Dienstleistung gewährleistet; kann sich an anderen Unternehmungen beteiligen und Grundstücke erwerben.

VR-Vertretung Inselspital: VR Prof. A. Tobler; VR Prof. P. Vock

City Notfall AG

Zweck: Zurverfügungstellung der zum Betrieb einer erweiterten Arztpraxis erforderlichen Infrastruktur und Erbringung der damit verbundenen Leistungen; kann sich an anderen Unternehmungen beteiligen sowie Grundstücke erwerben oder weiterveräussern.

VR-Vertretung Inselspital: VR Dr. U. Birchler; VR Prof. H. Zimmermann

Radio-Onkologiezentrum Biel -Seeland - Berner Jura AG

Zweck: Erstellung und Betrieb eines regionalen Zentrums für die Behandlung von Tumorerkrankungen mittels Strahlentherapie. Die Gesellschaft kann Grundstücke erwerben.

VR-Vertretung Inselspital: VR Prof. A. Tobler

Radio-Onkologie Berner Oberland AG

Zweck: Bau und Betrieb einer ambulanten Radio-Onkologie mit Standort beim Spital Thun. Die Gesellschaft kann weitere damit zusammenhängende medizinische Dienstleistungen anbieten. Sie kann Grundstücke erwerben, verwalten und veräussern sowie alle Geschäfte eingehen und Verträge abschliessen, die geeignet sind, den Gesellschaftszweck zu fördern.

VR-Vertretung Inselspital: VR G. Bolinger; VR Prof. A. Tobler

Radio-Onkologie Solothurn AG

Zweck: Betrieb eines Radio-Onkologie-Instituts in Solothurn. Die Gesellschaft kann weitere damit zusammenhängende medizinische Dienstleistungen erbringen.

VR-Vertretung Inselspital: VR G. Bolinger; VR Prof. A. Tobler

Berner Bildungszentrum Pflege AG

Zweck: Die Gesellschaft bezweckt die Konzeption und die Durchführung von Studiengängen für die Pflegeausbildung auf der Stufe Höhere Fachschule (Bildungsgang, Nachdiplomstudien und andere Weiterbildungsangebote) im Auftrag des Kantons Bern.

VR-Vertretung Inselspital: VR M. Kiener Nellen

SWANtec Holding AG

Zweck: Beteiligung an industriellen und kommerziellen Unternehmen im In- und Ausland, Errichtung von Tochtergesellschaften, Erwerb, Halten und Verwalten von direkten und indirekten Beteiligungen an anderen Gesellschaften, insbesondere auf dem Gebiet der medizinischen Behandlung und der damit im Zusammenhang stehenden Industrien.

VR-Vertretung Inselspital: VRP P. Rychiger; VR Dr. U. Birchler; VR Prof. A. Tobler; VR Prof. U. Würgler (auch Vertreter der Universität Bern)

SWAN Isotopen AG

VR-Vertretung Inselspital: VRP P. Rychiger; VR Dr. U. Birchler; VR Prof. U. Würgler (auch Vertreter der Universität Bern)

• SWAN Hadron AG

VR-Vertretung Inselspital: VRP P. Rychiger; VR Dr. U. Birchler; VR Prof. A. Tobler; VR Prof. U. Würgler (auch Vertreter der Universität Bern) «Die interdisziplinäre
Behandlung der Patientinnen
und Patienten – rund um
die Uhr, während 365 Tagen
im Jahr – ist unsere Stärke.
Das gesamte Inselspital ist
mehr als die Summe der
einzelnen Kliniken und
Institute.»

Prof. Andreas Tobler, Ärztlicher Direktor

DINA

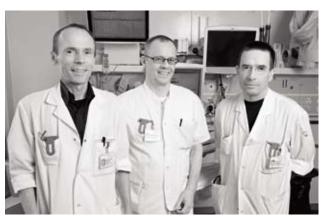
Departement Intensivmedizin, Notfallmedizin und Anästhesiologie

Universitätsklinik für Anästhesiologie und Schmerztherapie



Marisa Inäbnit, Leiterin Pflegedienst a.i. Prof. Frank Stüber, Direktor und Chefarzt

Universitätsklinik für Intensivmedizin



Prof. Stephan Jakob, Chefarzt Matthias Theis, Leiter Pflegedienst Prof. Jukka Takala, Direktor und Chefarzt

Die Universitätsklinik für Anästhesiologie und Schmerztherapie (KAS) stellt für die Partner der operativen, diagnostischen wie auch konservativen Disziplinen die Anästhesieleistungen der perioperativen Medizin sowie Notfallmedizin sicher. Sie bietet postoperative Schmerztherapie für alle Patientinnen und Patienten sowie Diagnostik und Therapie für chronisch schmerzkranke Patienten an.

2011 konnten die OP-Koordination und das OP-Management weiter konsolidiert werden. Die erhobenen OP-Leistungsdaten wurden erstmals einer passenden Auswertungs-Software zugeführt und können nun automatisiert im Reporting-Verfahren ausgegeben werden. Kapazitäten werden möglichst zeitnah angepasst und damit Ressourcen effektiver eingesetzt. Die Auslastung der OPs hat weiterhin eine ansteigende Tendenz. Als eine wichtige Kenngrösse gilt, dass kaum Patientinnen und Patienten aus organisatorischen Gründen verschoben werden, was auch durch die sehr gute Kooperation mit Intensivmedizin und Intermediate Care gelingt.

Das Angebot des Simulationszentrums wird zunehmend nicht nur für die studentische Lehre, sondern auch in der Weiterbildung der KAS-Mitarbeitenden wie auch anderer Kliniken des Inselspitals genutzt.

Der zentrale Aufwachraum (ZAWR) hat sich zu einer multifunktionellen Einheit mit einer Verbreiterung der Dienstleistung, wie etwa Anästhesien zur Elektrokrampftherapie, entwickelt. Der Anteil der im ZAWR betreuten Patienten ist deutlich gestiegen bei insgesamt verringerter Aufenthaltsdauer. Eine zentrale Anästhesiesprechstunde ist, nach nun einem Betriebsjahr, gut etabliert und hat nahezu 8000 präoperative Patienten betreut. Ein grosser Teil dieser operativen Patienten wird prästationär evaluiert.

Ein wichtiges Thema für die KAS war die Ausarbeitung klinischer Behandlungspfade mit den operativen Partnern. Gemeinsam mit der Klinik für Orthopädie wurde modellhaft ein Pfad für Patienten zur Hüftendoprothese entwickelt. Hierzu möchte die KAS als Fach der perioperativen Medizin weiter beitragen.

Klinikleitung

- Prof. Dr. med. Frank Stüber, Direktor und Chefarzt
- Marisa Inäbnit, Leiterin Pflegedienst a.i.
- Prof. Dr. med. Michele Curatolo, Leiter Schmerzambulanz
- Prof. Dr. med. Robert Greif, Leiter POB (Peripherer Operationsbereich)
- PD Dr. med. Lutz Lehmann, Leiter INO und Stv. Chefarzt

Die Universitätsklinik für Intensivmedizin (KIM) betreut vorübergehend lebensbedrohlich gefährdete erwachsene Patientinnen und Patienten durch Unterstützung und/oder Ersatz der vitalen Organe (Herz-Kreislauf, Lunge, Niere etc.) und Überwachung unter Einsatz modernster Technologien. Die Beibehaltung der qualitativ guten Patientenbetreuung unter Berücksichtigung eines Wachstums von 14,5 % im Berichtsjahr stellte für die Klinik eine grosse Herausforderung dar.

Im Jahr 2011 ist die Bettenbelegung deutlich angestiegen; insgesamt verzeichnete die KIM 5648 Eintritte verteilt auf die 28 intensivmedizinischen und 17 Intermediate-Care-Betten. Das grösste Wachstum war bei den neurologischen und neurochirurgischen Patienten zu vermerken. Die intensivmedizinische Betreuung stellt grosse Herausforderungen an alle Bereiche der Klinik und setzt eine sehr gute interdisziplinäre Zusammenarbeit voraus. Im vergangenen Jahr wurden insbesondere in den Bereichen Aus- und Weiterbildung sowie Kommunikation und Forschung Projekte initiiert, um entsprechende Prozesse zu optimieren.

Für die Ärzte wurde ein neues Bildungskonzept eingeführt. Dieses kompetenzbasierte Programm beinhaltet sowohl das begleitete Lernen am Patientenbett und arbeitsplatzbasierte Assessment als auch einen theoretischen Teil sowie die Dokumentation der Ziele und der Weiterbildungsschritte. Das bereits im Jahr 2010 initiierte Projekt «KommuniKIM» (Verbesserung der Kommunikation patientenrelevanter Informationen auf der Intensivstation) hat das Ziel, den betreuungsrelevanten Informationsaustausch zu optimieren. Mit verschiedenen Massnahmen (z.B. Einführung einer Checkliste) konnte der Informationsaustausch bei Schichtwechseln im Vergleich zum Vorjahr verbessert werden. In der Forschung liegt der Schwerpunkt in den Mechanismen von Organfunktionsstörungen und deren Behandlung bei kritisch kranken Patienten. Die Projekte beinhalten einerseits klinische Forschung auf den Gebieten der Herz-Kreislauf-, Atmungs- und Nervensysteme, des Wasser- und Elektrolythaushalts und andererseits Grundlagenforschung in zellulären Mechanismen. Mit der kontinuierlichen Prozessverbesserung können wir eine qualitativ gute Patientenbetreuung langfristig sicherstellen.

- Prof. Dr. med. Jukka Takala, Direktor und Chefarzt
- Dr. med. Bruno Regli, Stv. Chefarzt
- Prof. Dr. med. Stephan Jakob, Chefarzt IIMC
- Prof. Dr. med. Hans Ulrich Rothen, Leitender Arzt
- Matthias Theis, Leiter Pflegedienst
- Brigitte Hämmerli, Leiterin Pflege IIMC
- Felix Zürcher, Leiter Logistik
- Sandra Pfister, Assistentin Klinikdirektor

DFKE

Departement Frau, Kind und Endokrinologie

Universitätes Notfallzentrum Universitätsklinik für Frauenheilkunde



Gabi Briner, Leiterin Pflegedienst **Prof. Heinz Zimmermann,** Direktor und Chefarzt



Prof. Michael Mueller, Direktor (geschäftsführend) und Chefarzt Prof. Michael von Wolff, Abteilungsleiter Yvonne Martinelli-Kühni, Leiterin Pflegedienst Prof. Daniel Surbek, Direktor und Chefarzt

Das Universitäre Notfallzentrum (UNZ) kann auf ein ereignisreiches Jahr 2011 in seinen fast 30 Jahre alten Gebäuden zurückblicken. Der Umzug in das neue, in der Schweiz einzigartige Notfallzentrum ist für Juni 2012 geplant.

Die grosszügigen Platzverhältnisse werden die Arbeitsbedingungen und den Aufenthalt der Patientinnen und Patienten nachhaltig verbessern. Dies ist umso wichtiger, da 2011 ein weiterer Patientenzuwachs, um ca. 7 % auf 33 029 behandelte Patienten, zu verzeichnen war. Dass unsere Patienten selbst in den «alten Gemäuern» überwiegend sehr zufrieden waren, zeigten mehrere Befragungen. Positiv zu erwähnen ist, dass sich das UNZ auf Augenhöhe mit den führenden Berner Privatkliniken und deren Notfallstationen befindet. Dabei ist das UNZ nach wie vor die einzige Berner Notfallstation, welche während 24 Stunden am Tag chirurgische und medizinische Facharztabdeckung vor Ort garantiert. Damit unterstützt sie auch die nachgelagerten Inselkliniken.

Um den wachsenden Ansprüchen der Patienten, den Mitarbeitenden und auch dem Inselspital gerecht zu werden, und um die guten klinischen und wirtschaftlichen Resultate des letzten Jahres zu verteidigen, haben das UNZ und das Inselspital in die Weiterentwicklung und die Anpassung, in viele klinische und organisatorische Prozesse und in eine gezielte Weiterbildung der UNZ-Fachpflege sowie des ärztlichen Personals investiert. So konnten 2011 weitere Mitarbeitende zum Fachausweis Notfallpflege beglückwünscht werden. 75 % der Kaderärzte verfügen nun über einen Fähigkeitsausweis Klinische Notfallmedizin. Ein weiterer Meilenstein war die Schulung von Acute Care Nurses am UNZ. Dies ist wichtig, um dem steigenden Bedarf an begleiteten Patientransporten zu Diagnostik- oder Therapiezwecken gerecht zu werden. Ein Beispiel hierbei ist der beeindruckende Anstieg der durch neurologisch spezialisierte Notfallmediziner behandelten Patienten von 3000 auf 3400 Patienten.

Klinikleitung

- Prof. Dr. med. Heinz Zimmermann, Direktor und Chefarzt
- Gabi Briner, Leiterin Pflegedienst
- Prof. Dr. med. Aristomenis Exadaktylos, Leiter Notfall Medizin, Leiter Forschung und Klinische Entwicklung
- Dr. med. Monika Haberkern, Co-Leiterin Notfall Medizin
- Dr. med. Beat Lehmann, Leiter Notfall Chirurgie
- Dr. med. Monika Brodmann, Leiterin Aus-, Weiter- und Fortbildung, Stv. Leitung Notfall Chirurgie
- Marie-Therese Probst, Pflegeexpertin
- Peter Burkhardt, Leiter nicht-med. Dienste

Die Komplexität der Krankheitsbilder sowie der Anteil tertiärund spitzenmedizinischer Leistungen hat in der Universitätsklinik für Frauenheilkunde weiterhin zugenommen. Mehr Zwillingsgeburten als je zuvor und die Zertifizierung des Gynäkologischen Krebszentrums waren die Highlights des Jahres 2011.

Dank der qualitativ hochstehenden und persönlichen Betreuung ihrer Patientinnen haben sich alle drei Fachteilbereiche der Universitätsklinik für Frauenheilkunde im Jahr 2011 weiterhin erfolgreich entwickeln können. So erreichte die Anzahl Geburten einen Neun-Jahres-Rekord und die Anzahl Zwillingsgeburten war höher als je zuvor. Ein Grund für die zunehmenden Zuweisungen von Zwillingsschwangerschaften ist sicher die Tatsache, dass die Frauenklinik das einzige Zentrum in der Schweiz ist, welches bei komplizierten Zwillingsschwangerschaften endoskopische Lasertherapien in der Gebärmutter anbietet. Dank dem IVF-Naturelle, einer künstlichen Befruchtung ohne oder mit einer sehr geringen Hormonstimulation, konnte die Reproduktionsmedizin ihren Erfolgskurs weiterhin bestätigen. Diese Technik wird nur an wenigen europäischen Zentren schwerpunktmässig durchgeführt.

Besonders erfreulich ist zu erwähnen, dass in diesem Jahr das Gynäkologische Krebszentrum der Frauenklinik nach ISO 9001 und DKG zertifiziert wurde. Dank einer intensiven interdisziplinären und interprofessionellen Zusammenarbeit bietet das Tumorzentrum der Frauenklinik seit langem eine kompetente und umfassende Beratung und Behandlung bei gynäkologischen Krebserkrankungen an. Die Zertifizierung ermöglicht es nun jeder Frau, die Qualität unserer Arbeit und die Richtlinien, nach denen wir handeln, zu überprüfen.

Auch dieses Jahr wurde viel Energie in die Lehrtätigkeit im Klinikalltag investiert: nicht nur in die universitäre Studentenausbildung, sondern auch in die postgraduale ärztliche Weiter- und Fortbildung sowie in die Ausbildung von Pflegekräften und Hebammen. Die Forschungstätigkeit konnte auch in diesem Jahr auf hohem Niveau in allen Fachteilbereichen und im Pflegebereich aufrechterhalten werden.

- Prof. Dr. med. Michael Mueller, Geschäftsführender Direktor und Chefarzt Gynäkologie
- Prof. Dr. med. Daniel Surbek, Direktor und Chefarzt Geburtshilfe
- Prof. Dr. med. Michael von Wolff, Abteilungsleiter Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin
- Yvonne Martinelli-Kühni, Leiterin Pflegedienst

Universitätsklinik für Kinderheilkunde

Johanna Zawadynska Friedrich, Leiterin Pflegedienst Prof. Christoph Aebi, Direktor und Chefarzt

Universitätsklinik für Kinderchirurgie



PD Steffen Berger, Chefarzt a.i. (administrative Leitung) Heidi Blaser, Leiterin Pflegedienst Dr. Theddy Slongo, Chefarzt a.i. (fachliche Leitung)

Das Jahr 2011 stand im Zeichen einer markanten Zunahme des Schweregrads der Erkrankungen hospitalisierter Kinder. Als Messgrösse dient der «Case Mix», der gegenüber 2010 um 14 % zunahm. Diese Veränderung reflektiert die Angebotsausrichtung der Universitätsklinik für Kinderheilkunde, die sich dem wandelnden Patientenprofil der Kinder- und Jugendmedizin anpasst.

Die Anzahl stationär behandelter Kinder war 2011 vergleichbar mit den Vorjahren. Der Case-Mix-Anstieg ist auf die Behandlung schwerer und komplexer kranker Kinder zurückzuführen. Diese Entwicklung setzt sich aus verschiedenen Faktoren zusammen; hier einige Beispiele dazu:

Das neue, gemeinsam mit den Kliniken für Kardiologie und Herzchirurgie betriebene Zentrum für angeborene Herzfehler wies eine über Erwartung hohe Anzahl Patientinnen und Patienten mit komplexen Problemen auf. Die auf modernsten Stand gebrachte Abteilung für Pädiatrische Intensivmedizin und die organisatorische und geplante bauliche Integration des Zentrums für angeborene Herzfehler waren massgeblich an der Entwicklung des Herzzentrums beteiligt. Weiter wies die Abteilung für Pädiatrische Onkologie eine weit überdurchschnittliche Zahl von neu an Krebs erkrankten Kindern auf. Fortschritte in der Geburtshilfe und der Neonatologie führen zu einem besseren Überleben extrem früh geborener Kinder.

Diese Beispiele illustrieren den allgemeinen Trend zu zahlreicheren und komplexeren Behandlungsmethoden in der Kinderund Jugendmedizin. Bedeutend ist, dass trotz schwerer kranker Kinder die Sterberate im Bereich der Vorjahre lag. Diese positive Entwicklung ist das Verdienst enger Zusammenarbeit aller Spezialistinnen und Spezialisten aus Ärzteschaft, Pflege, weiteren klinischen Berufsgruppen und Administration. Komplexes, vernetztes Arbeiten am kranken Kind unter Einbezug der Familie ist nur möglich, wenn Prozesse und Methoden laufend verbessert werden, um Fehlerquellen zu orten, zu eliminieren und die Kostenfolgen im Griff zu halten. Das Jahr 2012 steht denn auch im Zeichen der Konsolidierung des Erreichten und der Optimierung der klinischen Schwerpunkte (Stichwort hochspezialisierte Medizin) unter Beibehaltung des breiten Dienstleistungsangebots für alle Kinder, die spezialisierter Medizin bedürfen.

Klinikleitung

- Prof. Dr. med. Christoph Aebi, Direktor und Chefarzt
- Dr. med. Denis Bachmann, Stv. Direktor
- Johanna Zawadynska Friedrich, Leiterin Pflegedienst
- Prof. Dr. med. Martin H. Schöni, Chefarzt ambulanter Bereich
- Dr. med. Carmen Casaulta, Leitende Ärztin stationärer Bereich

Die Universitätsklinik für Kinderchirurgie behandelt alle chirurgischen Erkrankungen bei Kindern. Gleichzeitig ist es das Bestreben der Klinik, eine ganzheitliche hochqualifizierte Medizin anzubieten, wie dies nur in einem tertiären Zentrum der Kindermedizin möglich ist.

Hierzu ist neben einer engen Zusammenarbeit zwischen Pflege- und Ärzteteam in der Kinderchirurgischen Klinik auch eine gute Vernetzung mit allen anderen Kinder-Disziplinen im Inselspital sowie den vor- und nachbetreuenden Kinder- und Hausärzten notwendig. Neben Patientinnen und Patienten, die in den kinderchirurgischen Kernfächern behandelt werden, liegen auch Kinder, die z.B. durch HNO- oder Augenärzte operiert werden, in der Universitätsklinik für Kinderchirurgie.

Das Jahr 2011 der Kinderchirurgischen Klinik war durch personelle Veränderungen geprägt. Im Mai 2011 fand die Umhabilitation von PD Steffen Berger von Mainz nach Bern statt. Nach dem Ausscheiden von Prof. Dr. med. Zacharias Zachariou im Juli 2011 wurde die ärztliche Leitung der Klinik PD Steffen Berger (administrative Leitung a.i.) und Dr. Theddy Slongo (fachliche Leitung a.i.) übertragen. Die Stelle der Leiterin OP Pflege im Kinderchirurgischen OP wurde neu besetzt mit Dana Stalder.

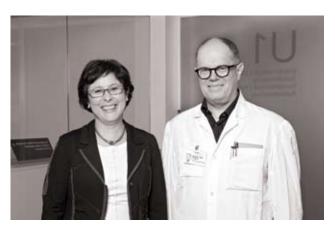
Neben der Neubesetzung der Stelle des Klinikdirektors der Universitätsklinik für Kinderchirurgie steht für 2012 die Besetzung einer Chefarztstelle im Notfallzentrum für Kinder und Jugendliche an, das damit zu einer selbständigen Einheit wird. Diese Massnahme ist die Quintessenz aus der mehrjährigen organisatorischen Weiterentwicklung im Rahmen eines neuen Betriebskonzeptes und dem raschen Wachstum der Patientenzahlen im Notfallzentrum. Diese Organisationsform und die Besetzung mit einem Chefarzt stellt ein Novum in der Schweiz dar und darf als Meilenstein in der Entwicklung der Notfallmedizin zu einem Schwerpunktgebiet in der Kindermedizin angesehen werden. Die Klinik richtete im November 2011 die erste Jahrestagung der 2010 gegründeten Pediatric Emergency Medicine Switzerland (PEMS) mit 50 Teilnehmenden aus.

- PD Dr. med. Steffen Berger, Chefarzt a.i. (administrative Leitung)
- Dr. med. Theddy Slongo, Chefarzt a.i. (fachliche Leitung)
- Heidi Blaser, Leiterin Pflegedienst
- Dana Stalder, Leiterin OP Pflege
- Ursula Güder, Direktionsassistentin

DURN

Departement Dermatologie, Urologie, Rheumatologie und Nephrologie

Universitätspoliklinik für Endokrinologie, Diabetologie und Klinische Ernährung



Anna-Barbara Sterchi, Leiterin Ernährungsberatung Prof. Peter Diem, Direktor und Chefarzt

Universitätsklinik für Dermatologie



Therese Zürcher, Leiterin Pflegedienst Prof. Luca Borradori, Direktor und Chefarzt

Unsere Poliklinik betreut Erwachsene mit endokrinologischen Erkrankungen, Diabetes mellitus, Störungen des Fettstoffwechsels und angeborenen Stoffwechselkrankheiten. Ein weiterer Schwerpunkt ist die Betreuung von Personen mit Ernährungsproblemen und Adipositas. Dabei legen wir besonderes Gewicht auf die Stärkung des tertiärmedizinischen Charakters unserer Tätigkeit.

Das Jahr 2011 war wesentlich geprägt durch die Instandstellung der Kinderklinik. Der Wechsel in ein Provisorium und zurück in die gewohnten Räume war mit erheblichen Belastungen verbunden. Gleichzeitig ergab sich daraus aber die Chance, Prozesse zu überdenken und Anpassungen in die Wege zu leiten. Schön auch, dass der Wartebereich unserer Poliklinik durch einfache Massnahmen freundlicher gestaltet werden konnte.

Die klinische Tätigkeit war charakterisiert durch 5 Hauptthemen:

- In unseren Spezialsprechstunden bemühen wir uns um eine gute Zusammenarbeit mit den zuweisenden Ärzten und den Kliniken des Inselspitals.
- Konsolidierung abgeschlossener Innovationsprojekte: Dazu gehören das Team Klinische Ernährung (Optimierung der Behandlung mangelernährter Patientinnen und Patienten), das Adipositasprojekt und das Stoffwechselteam (Ersatztherapien für Patienten mit seltenen Stoffwechselkrankheiten).
- Optimierung der Patientenpfade «hypophysäre Erkrankungen» und «neuroendokrine Tumoren». Beide Entitäten werden interdisziplinär abgeklärt, besprochen und behandelt.
- In der Diabetestherapie eröffnet die kontinuierliche Blutzuckermessung neue Möglichkeiten. Seit Sommer 2011 ist diese Therapieoption in der Schweiz für gewisse Typ-1-Diabetiker Pflichtleistung der Krankenkassen. Dank internationaler Vernetzung und Zusammenarbeit mit dem ARTORG Center for Biomedical Engineering Research (Diabetes Technology Research) sind wir gerüstet für die neue Herausforderung.
- Identifikation neuer Bedürfnisse der Zuweiser und der Kliniken des Inselspitals.

Die Forschungstätigkeit konnte auf hohem Niveau weitergeführt werden. Besonders erfreulich ist, dass neben den vom Schweizerischen Nationalfonds (SNF) unterstützten Forschungsprojekten die Diabetesforschung durch einen namhaften europäischen Grant gestärkt werden konnte.

Klinikleitung

- Prof. Dr. med. Peter Diem, Direktor und Chefarzt
- Anna-Barbara Sterchi, Leiterin Ernährungsberatung
- Prof. Dr. med. Emanuel Christ, Stv. Chefarzt

Die Universitätsklinik für Dermatologie übernimmt die Behandlung des gesamten Spektrums der Erkrankungen der Haut, der angrenzenden Schleimhäute, der Haare und Nägel sowie der Geschlechtskrankheiten. Dabei folgt die Klinik vier Prioritätsachsen.

Patientenmanagement im stationären Bereich. Unsere Bemühungen zur Optimierung der Prozesse mit Schwerpunkt auf den wichtigsten Krankheitsgruppen gehen weiter. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer ist jetzt kürzer mit einer optimalen Verweildauer.

Unsere Spezialsprechstunden in der Ambulanz (Hauttumoren, Laser, Mohs-Chirurgie, Nagel- und Haarerkrankungen, entzündlichautoimmune Hauterkrankungen) stossen auf grosse Nachfrage. Das nationale Kompetenzzentrum für Epidermolysis bullosa, die Genodermatose-Sprechstunde mit dem Universitätsspital Basel und die Konsiliartätigkeit im Kantonsspital Freiburg wurden weiterentwickelt.

Qualitätsmanagement. Nach dem Umbau konnten die Dermatopathologie-Laborräume wieder bezogen werden. Die Akkreditierungsvisitation (ISO/IEC 17025:2005) des Dermatopathologie-Sektors wurde im Dezember mit Erfolg bestanden.

Forschung. Schwerpunkte bleiben die entzündlichen und autoimmunen Hauterkrankungen sowie die Organisation der Zytoarchitektur. Zurzeit werden 9 verschiedene klinische Studien durchgeführt. Prof. Nikhil Yawalkar wurde zum stellvertretenden Chefarzt ernannt. Nach 35-jähriger Tätigkeit im Inselspital trat Prof. Dr. med. Thomas Hunziker im Oktober in den Ruhestand, er steht in Zukunft noch als Expert Consultant zur Verfügung.

- Prof. Dr. med. Luca Borradori, Direktor und Chefarzt
- Prof. Dr. med. Nikhil Yawalkar, Stv. Chefarzt
- Therese Zürcher, Leiterin Pflegedienst
- Dr. med. Nedzmidin Pelivani, Spitalfacharzt, stationärer Bereich und Patientenmanagement
- Monika Schenk, Direktionssekretärin

Universitätsklinik für Urologie



Prof. Fiona Burkhard, Stv. Chefärztin Prof. George N. Thalmann, Direktor und Chefarzt Margrit Müller, Leiterin Pflegedienst

Universitätsklinik für Rheumatologie, Klinische Immunologie und Allergologie



Prof. Werner J. Pichler, Stv. Chefarzt Christa Mermod, Leiterin Pflegedienst Prof. Peter M. Villiger, Direktor und Chefarzt

Die Urologische Universitätsklinik betreut Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen und Verletzungen der Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane, wobei von der Diagnose bis zur Therapie und Nachbetreuung ein umfassendes Spektrum auf dem aktuellen Stand der Forschung angeboten wird.

2011 durften wir rund 3000 Patienten stationär und 9000 ambulant behandeln und können damit auch wirtschaftlich auf ein erfolgreiches Jahr zurückblicken. Dank dem national wie international guten Ruf der Klinik haben wir auch einen überdurchschnittlichen Anteil an Patienten aus anderen Kantonen und aus dem Ausland.

Drei Oberärzte weilten im Berichtsjahr im Rahmen eines Forschungs- und Ausbildungsaufenthaltes in den Vereinigten Staaten. Damit haben wir unter anderem auch unsere Kompetenzen im Umgang mit dem DaVinci-Operationsrobotersystem gestärkt. Ende 2011 konnten wir unseren bisherigen Operationsroboter durch das neuste, verbesserte Modell ersetzen. Wir sind nun in der Lage, diese moderne, minimalinvasive Technik noch vermehrt in unserer Klinik anwenden zu können. Zu den Vorteilen für die Patienten gehören sicherlich die raschere Genesung (dank der Vermeidung eines offenen Eingriffes) und damit verbunden der kürzere Spitalaufenthalt bei unverändert gutem Operationsresultat.

Intensiviert haben wir im vergangenen Jahr auch die Zusammenarbeit mit der Schweizer Paraplegiker-Stiftung in Nottwil, insbesondere mit dem dortigen Chefarzt für Neuro-Urologie, Prof. Dr. Jürgen Pannek, der nun Titularprofessor für Urologie an der Universität Bern ist.

Auch der akademische Nachwuchs wurde gefördert: Eine Studentin schrieb ihre Masterarbeit über ein Projekt unserer Klinik und zwei Dissertationen führten zu einem Dr. med. resp. zu einem Ph.D.

Klinikleitung

- Prof. Dr. med. George N. Thalmann, Direktor und Chefarzt
- Prof. Dr. med. Fiona Burkhard, Stv. Chefärztin
- Christine Nicolaidou, Leitung OP
- Margrit Müller, Leiterin Pflegedienst

Die Universitätsklinik für Rheumatologie, Klinische Immunologie und Allergologie ist spezialisiert auf Erkrankungen des Bewegungsapparates, entzündliche Systemerkrankungen, Knochenerkrankungen, muskuloskelettale Schmerzprobleme, Allergien und Störungen des Körperabwehrsystems (angeborene und erworbene Immundefekte).

Im Jahr 2011 wurde der tertiärmedizinische Charakter unserer klinischen und wissenschaftlichen Tätigkeit in den folgenden Schwerpunkten weiter ausgebaut:

- Qualitätssicherung und internationale Vernetzung durch a)
 Etablierung einer prospektiven klinischen Datenerfassung zum
 verbesserten Patientenmanagement und b) einer aktiven Beteiligung an der internationalen EUSTAR-Datenbank für Systemsklerose. Ferner wurde ein interprofessionelles Patienten- und
 Angehörigen-Edukationsprogramm zur Haut- und Schleimhautpflege bei Systemsklerose eingeführt.
- Ausbau des Zentrums für innovative Therapien (z.B. Rituximab/ Mabthera® bei den ANCA-assoziierten Vaskulitiden, Tocilizumab/Actemra® bei Riesenzellarteritiden) im Rahmen von Off-Label-Indikationen und klinischen Studien.
- In Zusammenarbeit mit der Allergologie: Umsetzung und Weiterentwicklung eines Algorithmus zur Akutbehandlung von Infusionsreaktionen auf Biologika sowie Erfassung und pathogenetische Aufklärung von Biologikanebenwirkungen.
- Aufbau eines Schwerpunktes für Osteoimmunologie zur Perfektionierung des Managements von Knochenproblemen bei entzündlich rheumatischen Erkrankungen. Kombination der konventionellen Knochendichtemessung mit einer Beurteilung der Knochenarchitektur mit Hilfe der peripheren quantitativen Computertomographie. Unterstützung eines neuen Forschungsprojektes im Bereich der Grundlagenforschung in der entzündlichen Osteologie durch den Schweizerischen Nationalfonds (SNF).

- Prof. Dr. med. Peter M. Villiger, Direktor und Chefarzt
- Prof. Dr. med. Michael Seitz, Stv. Chefarzt
- Prof. Dr. med. Burkhard Möller, Leitender Arzt
- PD Dr. med. Hans-Rudolf Ziswiler, Spitalfacharzt
- Prof. Dr. med. Werner J. Pichler, Stv. Chefarzt
- Prof. Dr. med. Arthur Helbling, Leitender Arzt
- Christa Mermod, Leiterin Pflegedienst

Universitätsklinik für Nephrologie und Hypertonie



Edith Röthenmund, Leiterin Pflegedienst Prof. Felix J. Frey, Direktor und Chefarzt

Institut für Physiotherapie



Irène Thaler, Stv. Direktorin Martin L. Verra, Direktor

Als internistisches Zentrum für Prävention, Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Nierenerkrankungen und arterieller Hypertonie legen unsere Fachkräfte neben den organzentrierten Aktivitäten ein besonderes Augenmerk auf die Abklärung unklarer Krankheitszustände.

Im Bereich der arteriellen Hypertonie steht die Abklärung der hormonellen Ursachen im Zentrum. Therapeutisch liegt der Fokus auf der schwer einstellbaren Hypertonie. In letzter Zeit kam auch die Technologie des Carotisstimulators zum Einsatz. Zusammen mit der Frauenklinik werden Patientinnen mit Hypertonie in der Schwangerschaft oder Präeklampsie interdisziplinär abgeklärt und behandelt.

Grosse Studien haben gezeigt, dass ambulante und stationäre Patienten bereits mit einer leicht eingeschränkten Nierenfunktion eine erhöhte Morbidität und Mortalität aufweisen, falls sie nicht von einem nephrologischen Facharzt mitbetreut werden. Unsere Ärzte sind deshalb im stationären Bereich in allen Einheiten des Inselspitals im Einsatz und bereit, niedergelassene Ärzte zu beraten.

Trotz des schweizweit grossen Mangels an Pflegepersonal hatte die Klinik im letzten Jahr u.a. dank intensiver Aus- und Weiterbildung genügend Pflegefachpersonen zur Verfügung.

Neben dem Schweizerischen Nationalfonds (SNF) hat uns im Jahr 2011 auch die Kommission für Technologie und Innovation (KTI) für ein anwendungsorientiertes Projekt im Bereich der Dialysebehandlung unterstützt.

Unsere Klinikstruktur erlaubt es, Patienten ambulant und stationär durch das gleiche Team zu behandeln. So können einheitliche diagnostisch-therapeutische Konzepte im Interesse der Patienten angewandt werden. Es bleibt zu hoffen, dass diese Organisation auch in Zukunft erhalten bleibt.

Ende Juli 2012 geht der Direktor der Klinik in Pension. Die Universitätsleitung hat PD Dr. med. Bruno Vogt zum Nachfolger gewählt. PD Vogt hatte hier in der Klinik seine nephrologischhypertensiologische Ausbildung absolviert und habilitiert.

Klinikleitung

- Prof. Dr. med. Felix J. Frey, Direktor und Chefarzt
- Edith Röthenmund, Leiterin Pflegedienst
- Prof. Dr. med. Dominik Uehlinger, Chefarzt für extrakorporelle Blutreinigungsverfahren
- Prof. Dr. med. Markus Mohaupt, Abteilungsleiter Hypertonie

Das Jahr 2011 war geprägt durch eine erneute deutliche Zunahme der Patientenbehandlungen, im ambulanten sowie im stationären Bereich. Dank dem enormen Einsatz aller Mitarbeitenden und weiterer Prozessoptimierung konnten diese Aufgaben trotz der eingefrorenen Stellen professionell bewältigt werden.

Das im Oktober 2010 eingeführte Physiotherapiedossier im i-pdos (integriertes Patientendossier) wurde 2011 laufend weiterentwickelt. In allen Physiotherapie-Teams wurde das neue Leistungserfassungssystem iLINK erfolgreich eingeführt. Der Leistungsauftrag der Spitalleitung an das Institut für Physiotherapie wurde verabschiedet.

Besonders erfolgreich war die Mitarbeit am Teilprojekt «Stroke Unit». Sie bedeutet für uns eine Wertschätzung und steht für die Weiterführung der hochspezialisierten interdisziplinären Zusammenarbeit mit den entsprechenden Disziplinen und Kliniken.

Im vergangenen Jahr fand der Weltkongress Physiotherapie in Amsterdam (NL) statt. Zusammen mit unserem Kooperationspartner, der Berner Fachhochschule Gesundheit, konnten wir die Resultate von 16 Forschungsprojekten einem internationalen Fachpublikum präsentieren.

Im Bereich Bildung wurden folgende Erfolge erreicht: Bettina Bertschy, Gere Luder und Dorji Sonam schlossen in der Schweiz ihre Masterausbildungen mit einem MSc in Physiotherapy ab, Susanne Meyer-Cremer erlangte den akademischen Grad «Doktor der Sportwissenschaften» der Deutschen Sporthochschule in Köln. Im ersten Quartal 2011 übernahm Susanne Meyer-Cremer die Funktion der Therapieexpertin für den Schwerpunkt Cardio.

Institutsleitung

- Martin L. Verra, MPtSc., Direktor
- Joachim Schmidt, Schwerpunktleiter Respiratory
- Ulrich Bartikowski, Schwerpunktleiter Cardio
- Christine Müller Mebes, Schwerpunktleiterin Muskuloskelettal
- Irène Thaler, Schwerpunktleiterin Neuro
- Beatrice Strässler Ziswiler, Schwerpunktleiterin Pädiatrie (bis 31.10.2011)
- Isabelle Fankhauser und Sandra Frauchiger, Co-Schwerpunktleiterinnen Pädiatrie (seit 1.11.2011)

DHGE

Departement Herz und Gefässe

Universitätsklinik für Kardiologie



Prof. Bernhard Meier, Direktor und Chefarzt **Marianne Gandon,** Leiterin Pflegedienst

Die Universitätsklinik für Kardiologie hat ihre Stellung als dienstleistungsstärkste Kardiologie des Landes ausgebaut und ist in einigen Bereichen sogar weltweit führend. Der verdiente Chefarzt und Forschungsleiter Prof. Dr. med. Otto M. Hess wurde nach seinem tragischen krankheitsbedingten Tod früher als geplant durch Prof. Stephan Windecker abgelöst.

Die Eingliederung des ärztlichen Teams der Kardiologie für Kinder- und Jugendmedizin sowie der Ausbau der Dienstleistungen in der Partnerklinik Sonnenhof haben die nationale Spitzenposition der Klinik weiter gestärkt. International wegweisend ist sie in den Bereichen perkutane Verschlüsse des offenen Foramen ovale und des linken Herzvorhofohrs sowie in der kardiovaskulären Prävention und Rehabilitation. Die klinisch-akademischen Leistungen im Gebiet der Koronarstent-Evaluation sind im globalen Spitzenbereich anzusiedeln.

Während sich der Gesamtbereich der kardiovaskulären Medizin seit 20 Jahren auf einer steten Wachstumskurve befindet, sind im Berichtsjahr in mehreren Bereichen überdurchschnittliche Bedarfszunahmen zu verzeichnen. Vorab die Kardiologie der Kinder- und Jugendmedizin sowie der verwandte Bereich Kongenitale Vitien im Erwachsenenalter stechen durch eine Leistungszunahme von ca. 30 % hervor. Diese Entwicklung ist durch verbesserte Möglichkeiten in der Kinderherzchirurgie und der interventionellen Kardiologie sowie durch zunehmende Zahlen der dank dieser Fortschritte erwachsen gewordenen Patientinnen und Patienten erklärt.

Der perkutane Ersatz der Aortenklappe hat durch seine guten Ergebnisse einen deutlichen Bedarfszuwachs erfahren. Die Indikationen bei chirurgisch nicht therapierbaren Patienten wurden vermehrt wahrgenommen. Auch operierbare Patienten wählen zunehmend diesen einfacheren Weg. Es ist unschwer abzusehen, dass dieser Eingriff neben der Koronardilatation zum zweiten Standbein der interventionellen Kardiologie werden wird.

Das eingespielte Team der Kardiologie hat durch unermüdliche und qualitativ hochstehende Hintergrundarbeit im administrativen, pflegerischen und datenverarbeitenden Bereich erneut Tolles geleistet und die eindrückliche Gesamtleistung sowie hervorstechende Einzelerrungenschaften ermöglicht.

Klinikleitung

- Prof. Dr. med. Bernhard Meier, Direktor und Chefarzt
- Prof. Dr. med. Stephan Windecker, Chefarzt
- Marianne Gandon, Leiterin Pflegedienst
- Therese Wenger, Leiterin administratives Personal
- Urs Studer, Leiter medizinisches Fachpersonal

Universitätsklinik für Herz- und Gefässchirurgie



Prof. Jürg Schmidli, Stv. Direktor und Chefarzt Marlise Reichen, Leiterin Pflegedienst Prof. Thierry Carrel, Direktor und Chefarzt

Wir können in der medizinischen Versorgung nachhaltig exzellente Leistungen anbieten und haben uns in der Schweiz eine Spitzenposition erarbeitet. In Forschung und Wissenschaft geniessen wir nationale und internationale Anerkennung.

Als Maximalversorger bieten wir alle etablierten Therapiemöglichkeiten an. Herzchirurgische Schwerpunkte sind die koronare Bypasschirurgie, insbesondere die komplett arterielle Revaskularisation, die Klappenchirurgie mit klappenerhaltenden Rekonstruktionsverfahren (minimalinvasiv, wenn geeignet), die Therapie des gesamten Spektrums angeborener Herzfehler, die thorakale Aortenchirurgie, die Rhythmusschirurgie, die Herzinsuffizienzchirurgie, die Herztransplantation und Kreislaufunterstützungssysteme. Die Implantation von Transkatheter-Aortenklappen war auch 2011 ein fester Bestandteil der Interventionen – dank der eingespielten Zusammenarbeit mit Kardiologie und Kardioanästhesie. Die interne Statistik zeigt eine abnehmende Mortalität und Komplikationsrate bei den meist über 75-Jährigen mit erhöhtem Risiko für einen konventionellen Aortenklappenersatz.

Unsere Klinik ist das grösste gefässchirurgische Zentrum der Schweiz. Wesentliche Schwerpunkte der Gefässchirurgie sind die Behandlung von Verengungen der Halsschlagadern, die Behandlung von thorakoabdominalen und abdominalen Aneurysmen, Verschlussprozesse der Becken- und Beingefässe sowie die Zugangschirurgie für Dialysepatienten. Für die Aneurysmatherapie stehen auch Stentprothesen zur Verfügung, die über die Leiste vorgeschoben werden.

Initiiert durch unsere Klinik, hat sich 2011 ein Austauschprogramm mit der Technischen Universität München etabliert: Berner und Münchner Studierende können im Rahmen einer Hochschulkoperation in der Partnerklinik studieren. Die Klinik hat sich zum Ziel gesetzt, in allen medizinischen Belangen als zuverlässiger Partner aufzutreten. Es ist unser Ziel, durch individuelle, kontinuierliche Betreuung die bestmögliche Lebensqualität für unsere Patientinnen und Patienten zu erreichen.

- Prof. Dr. med. Thierry Carrel, Klinikdirektor und Chefarzt
- Prof. Dr. med. Jürg Schmidli, Stv. Direktor und Chefarzt Gefässchirurgie
- Dr. med. Verena Eigenmann, Leitende Ärztin Überwachung
- PD Dr. med. Lars Englberger, Leitender Arzt Herzchirurgie
- Prof. Dr. med. Alexander Kadner, Leitender Arzt Chirurgie angeborener Herzfehler
- Prof. Dr. med. Hendrik Tevaearai, MBA, Leitender Arzt Forschung
- PD Dr. med. Matthias Widmer, MME, Leitender Arzt Gefässchirurgie
- Marlise Reichen, Leiterin Pflegedienst
- Dr. med. Paul Libera, Klinikmanager

DOPH

Departement Orthopädische-, Plastische-, Handchirurgie und Osteoporose

Universitätsklinik für Angiologie Universitätsklinik für Orthopädische Chirurgie



Marianne Gandon, Leiterin Pflegedienst Prof. Iris Baumgartner, Direktorin und Chefärztin



Elsi Müller, Leiterin Pflegedienst Prof. Klaus-Arno Siebenrock, Direktor und Chefarzt

Die Angiologie des Inselspitals betreut peripher arterielle, venöse und lymphatische Erkrankungen. In Zusammenarbeit mit der Gefässchirurgie werden eine ambulante Sprechstunde und ein umfassendes medizinisches wie invasives Behandlungsspektrum für Gefässerkrankungen angeboten.

Neben einem weiteren Ausbau und der Konsolidierung im Bereich der arteriellen Intervention standen 2011 inhaltlich folgende Teilbereiche der klinischen und interventionellen Angiologie im Vordergrund:

Venöse Thromboembolie: Die interventionelle Akutbehandlung der Lungenembolie sowie der tiefen Beinvenenthrombose konnte im Rahmen des Projektes «Thromboembolien» weiter ausgebaut werden. In diesem Zusammenhang konnten wir zwei randomisierte Studien zur Katheterlyse initiieren und hierin bereits mehrere Patientinnen und Patienten einschliessen.

Angiodysplasie: Auch im Jahre 2011 konnten wir unser Angebot für nationale und internationale Patienten weiter ausbauen, wobei die Angiologie neben der klinischen Betreuung der Patienten auch den endovaskulären Teil der multimodalen Behandlung wahrnimmt. Durch die Kollaboration mit Prof. B. Lee (Washington) und Prof. Y. S. Do (Seoul) sowie unsere mit steigender Patientenzahl wachsende Expertise konnte die Zusammenarbeit mit den Kollegen der im Angiodysplasie-Board mitwirkenden Disziplinen weiter gedeihen.

Renale Denervation: Die Katheterablation sympathischer Fasern im Bereich der Nierenarterien wird auf internationalen Kongressen momentan viel diskutiert: Die Behandlung hat ein grosses Potenzial für Patienten mit medikamentös schlecht kontrollierbarer arterieller Hypertonie. Diese neue Behandlungsmethode ist in unserer Klinik bereits gut etabliert. Aufgrund der positiven Erfahrungen hoffen wir, diese – nach initial eher konservativer Indikationsstellung – künftig einem breiteren Patientenspektrum zugänglich machen zu können.

Klinikleitung

- Prof. Dr. med. Iris Baumgartner, Direktorin und Chefärztin
- Prof. Dr. med. Dai-Do Do, Chefarzt Katheterinterventionen
- Marianne Gandon, Leiterin Pflegedienst, Bettenstation
- Madeleine Burren, Leiterin Pflegepersonal/MPAs, Poliklinik

Die Universitätsklinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie vereint das gesamte Fachspektrum unter einem Dach, einschliesslich der Tumoren des Bewegungsapparates und der Kinderorthopädie. Als Tertiärzentrum weist die Klinik eine hohe internationale Reputation aus.

Insbesondere in den Hauptschwerpunkten der Hüft- und Beckenchirurgie, der Wirbelsäulenchirurgie, der Sport- und Kniechirurgie sowie der komplexen Unfallverletzungen geniesst die Klinik international einen guten Ruf. Weitere Subspezialitäten wie Schulter- und Fusschirurgie werden von renommierten Experten auf international hohem Niveau betrieben. Im Jahr 2011 betrug die Anzahl der stationären Eingriffe über 4600 Fälle. Gleichzeitig wurden in der Klinik insgesamt über 13 000 ambulante Konsultationen durchgeführt.

Der Teamleiter Fusschirurgie PD Fabian Krause sowie der Oberarzt Dr. med. Lorin Benneker erlangten die Venia Docendi für das Fach Orthopädische Chirurgie und Traumatologie. Zudem wurde anlässlich der Fakultätssitzung vom 21. Dezember 2011 positiv über den Habilitationsantrag von Dr. Matthias Zumstein abgestimmt.

Wir wurden im gesamten Jahr von 46 internationalen Fellows besucht, die den Experten hautnah über die Schulter schauten und an wissenschaftlichen Projekten mitarbeiteten.

Unsere Ärzte erhielten an der AO World Spine Conference in Barcelona den Hansjörg Wyss Start-up Award von AO Spine International für ihre wissenschaftlichen Leistungen und am 12th European Federation of National Associations of Orthopaedics and Traumatology (EFORT) Congress in Kopenhagen den Golden Free Paper Award. Zusätzlich erlangten sie von der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie in Berlin diverse Preise wie den Wilhelm-Roux-Preis 2011, den Innovationspreis und den 3. Posterpreis am Deutschen Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie in Berlin.

- **Prof. Dr. med. Klaus-Arno Siebenrock**, Direktor und Chefarzt, Teamleiter Hüft- und Beckenchirurgie
- Dr. med. Matthias Zumstein, Teamleiter Sport und Kniechirurgie
- PD Dr. med. Richard Walter Nyffeler, Teamleiter Obere Extremitäten
- Dr. med. Ulrich Seidel, Teamleiter Wirbelsäulenchirurgie
- Prof. Dr. med. Marius Keel, Co-Teamleiter Wirbelsäulen- und Beckenchirurgie
- PD Dr. med. Fabian Krause, Teamleiter Fusschirurgie
- Elsi Müller, Leiterin Pflegedienst
- Christine Matzner, Leiterin Operationspflegebereich

Universitätsklinik für Plastische- und Handchirurgie



Franziska Müller, Leiterin Pflegedienst PD Esther Vögelin, Direktorin (geschäftsführend) und Chefärztin Prof. Andrej Banic, Direktor und Chefarzt

Universitätspoliklinik für Osteoporose



Prof. Kurt Lippuner, Direktor und Chefarzt

Als Universitätsklinik und tertiäres Behandlungszentrum deckt die Klinik das ganze Spektrum der Plastischen Chirurgie (PLWC) und der Handchirurgie (HCH) ab. 2011 wurden in der HCH 1554 und in der PLWC 1663 Operationen durchgeführt. Insgesamt betrug die Bettenbelegung über 89 % mit 935 Austritten.

Ultraschalltage zur Fortbildung und zum Erwerb des Fähigkeitsausweises (SGUM) wurden auch im Jahr 2011 auf der HCH fortgeführt. Zwei Handchirurgen unserer Klinik haben die europäische Facharztprüfung in Oslo (FESSH Diploma) bestanden und ein Plastischer Chirurg hat die europäische Facharztprüfung in Marseille (EBOPRAS Diploma) erfolgreich bestanden.

Die Forschungsfortschritte waren ebenfalls bezeichnend. Für ein Replantations- bzw. Transplantationsforschungsprojekt hat unsere Klinik erfolgreich einen Grant des Schweizerischen Nationalfonds (SNF) angeworben. Ein weiteres interdisziplinäres SNF-Projekt und zwei KTI-geförderte Projekte sind bereits im Gange. Diese Erfolge wurden auch anerkannt durch die Verleihung der Auszeichnungen für den besten klinischen Vortrag wie auch des Forschungspreises 2011 an die Mitarbeiter der Klinik anlässlich des Jahreskongresses der SGPRÄC.

Krankheitsbedingte Ausfälle im Pflegefachteam konnten 2011 dank einer aussergewöhnlich grossen Bereitschaft der anderen Teammitglieder zur Beschäftigungsgraderhöhung gut kompensiert werden, so dass es weder zu Einbussen in der Arbeitsqualität noch zu negativen Bewertungen in Patientenfeedbacks gekommen ist. Durch eine strukturell-organisatorische Massnahme wurde 2011 in der Klinik die Kontinuität der Betreuungsqualität der Lernenden HF und FaGe durch die verschiedenen Berufsbildnerinnen optimiert.

Klinikleitung

- **Prof. Dr. med. Andrej Banic,** Direktor und Chefarzt Plastische Chirurgie
- PD Dr. med. Esther Vögelin, Geschäftsführende Direktorin und Chefärztin Handchirurgie
- Franziska Müller, Leiterin Pflegedienst
- Karin Hostettler, Chefarztsekretärin PLWC
- Barbara Mann Wyrsch, Chefarztsekretärin HCH

Die Universitätspoliklinik für Osteoporose hat im vergangenen Jahr ihre Kultur- und Strategiearbeit erfolgreich gestartet. Der Ende Jahr finalisierte und mittlerweile unterzeichnete Leistungsauftrag 2012 bis 2015 der Spitalleitung ist ein Meilenstein und gibt der Klinik eine gute und klare Grundlage für ihre Arbeit in den kommenden Jahren.

Die Universitätspoliklinik für Osteoporose sieht sich als erfahrenen und spezialisierten Dienstleister auf dem Gebiet der Knochenkrankheiten. Im Sinne einer multidisziplinären Zusammenarbeit geben wir Antworten auf Fragestellungen, die in verschiedenen Fachgebieten der Medizin ihren Ursprung haben und an uns getragen werden.

2011 haben wir mit zwei Veranstaltungen unseren Kultur- und Strategieprozess gestartet. Das ertragreiche Rohmaterial wurde zu Grundlagenpapieren verarbeitet, die im kommenden Jahr allen Mitarbeitenden als übergeordnete Werte vermittelt werden (Leitbild, Vision, Strategieziele Osteoporose). Die nachhaltige Identifikation mit der Arbeit im Bereich Osteoporose wird dadurch zusätzlich unterstützt. Damit sind im vergangenen Jahr normative Grundsteine für eine kontinuierliche Entwicklung gelegt worden, die sich nicht zuletzt auch in der im Leistungsauftrag angesagten Personalentwicklung widerspiegeln werden. Wichtige angeschnittene Themen, wie das kundenorientierte Handeln als Teil der Qualitätsanforderung in der täglichen Arbeit, bewegen uns weiterhin. Das vormalige Innovationsprojekt der mobilen Osteoporose-Kompetenz wurde im vergangenen Jahr konsolidiert. Die statistischen Zahlen aus diesem Angebot sind stabil. Eine betriebswirtschaftliche Überprüfung des Vertragswerkes mit den Partnerspitälern wurde in die Wege geleitet und ist noch im Gange.

Unsere Zusammenarbeit mit der WHO, die zum ersten international validierten Risikorechner für Osteoporose, FRAX®, und zur Etablierung kosteneffizienter Behandlungsschwellenwerte für die Schweiz führte, rundet unseren Jahresrückblick 2011 ab.

- Prof. Dr. med. Kurt Lippuner, Direktor und Chefarzt
- Barbara Lippuner-Neuenschwander, Leiterin Administration/ Klinikorganisation
- Romain Perrelet, Leiter Med. Technik/IT/Labor

DKNS

Departement Kopforgane und Nervensystem

Universitätsklinik für Augenheilkunde



Prof. Sebastian Wolf, Direktor und Chefarzt **Margrit Omlin,** Leiterin Pflegedienst

Universitätsklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten (HNO), Kopf- und Halschirurgie



Regula Sollberger, Leiterin Pflegedienst Prof. Marco-Domenico Caversaccio, Direktor und Chefarzt

Die Universitätsklinik für Augenheilkunde ist ein Kompetenzzentrum für Diagnostik, Therapie und Erforschung von Erkrankungen des Auges. Schwerpunkte der klinischen Tätigkeit liegen in der Behandlung von Netzhaut- und Hornhauterkrankungen und des Glaukoms. Wissenschaftlicher Schwerpunkt ist die Diagnostik und Therapie von degenerativen Netzhauterkrankungen.

Im stationären Bereich konnte 2011 die Bettenstation durch Zusammenlegen der kleinen, dezentralen Stationszimmer in ein grosses zentrales Stationszimmer räumlich optimiert werden. Dadurch wurde eine Verbesserung der Prozesse im stationären Pflegebereich ermöglicht, welche dringend erforderlich war, da die Fallzahlen deutlich angestiegen sind. In der Poliklinik wurden über 30 000 Konsultationen belegt. Parallel dazu wurden verschiedene Projekte zur Steigerung der Patientenzufriedenheit durchgeführt. Hierzu gehörte die Realisation einer Fotowand mit den Porträts aller Mitarbeitenden. Die Patientinnen und Patienten wissen eine solche Informationsquelle sehr zu schätzen und können sich über die einzelnen Mitarbeitenden auch nach dem Kontakt nochmals informieren.

Im Bereich der OP-Ambulanz wurden die Fallzahlen der behandelten Patienten weiter gesteigert. Im Jahr 2011 wurden erstmals mehr als 4000 intravitreale Injektionen durchgeführt. Das Feedback der Patienten zur medizinischen Kompetenz und zu den organisatorischen Abläufen in diesem Bereich war wiederum sehr positiv. Die externen Zuweiser werden regelmässig mittels Info-Flyern über Neuerungen an der Klinik informiert.

Die Klinik war auch im Jahr 2011 wieder Gastklinik für zahlreiche internationale Fellows, die insbesondere vom International Council of Ophthalmology (ICO) finanziert wurden. Im Bereich Forschung fanden zahlreiche hochrangige Publikationen internationale Anerkennung. PD Dr. med. Ute Wolf-Schnurrbusch, Leiterin des Bern Photographic Reading Center an der Universitätsklinik für Augenheilkunde, gratulieren wir herzlich zur Habilitation. Detaillierte Angaben zu den Projekten und Studien finden Sie auf unserer Website www.augenheilkunde.insel.ch.

Klinikleitung

- Prof. Dr.-Ing. Dr. med. Sebastian Wolf, Direktor und Chefarzt
- Prof. Dr. med. Beatrice Früh, Abteilungsleiterin und Stv. Chefärztin
- Prof. Dr. med. Carsten Framme, Leitender Arzt
- Margrit Omlin, Leiterin Pflegedienst
- Olivia Sinon, Leiterin OPS-Pflege
- Christina Rust, Chefarztsekretärin

Die HNO-Universitätsklinik ist ein Kompetenzzentrum für Diagnostik, Therapie und Erforschung von Erkrankungen im Kopf- und Halsbereich. Eine enge Forschungskollaboration existiert mit dem Institut für Chirurgische Technologie und Biomechanik sowie dem ARTORG Center der Universität Bern.

Schwerpunkte der Klinik sind die international anerkannte Forschung im Bereich der computerunterstützten Chirurgie sowie die zur hochspezialisierten Medizin zählende Cochlea-Implantation (CI) bei hochgradig schwerhörigen und ertaubten Patientinnen und Patienten. Das Berner CI-Robotikprojekt erhielt den diesjährigen Posterpreis der Kommission für Technologie und Innovation (KTI). Neue Prototypen des ursprünglich in Bern entwickelten implantierbaren Hörgerätes «Direct Acoustic Cochlear Stimulation» haben sich etabliert und wurden in internationalen Studien eingesetzt.

Eine qualitativ hochstehende Patientenversorgung konnte trotz des Umbaus der HNO-Operationsräume jederzeit gewährleistet werden. Als Ergänzung zu den drei neuen Sälen wurde ein Multimedia-OP-Saal eingerichtet, der für die Ausbildung und für die minimalinvasive Chirurgie mit Endoskopie und Mikroskopie genutzt wird.

Im Herbst begann der interdisziplinäre Studiengang Certificate of Advanced Studies (CAS) «Singstimme», eine Kooperation mit der Musikhochschule Bern. Ziel dieses im deutschsprachigen Europa einzigartigen CAS ist eine pädagogisch-therapeutisch-medizinisch optimierte Betreuung professioneller Sängerinnen und Sänger. Abgeschlossen wurde das interdisziplinäre Projekt zur Evaluation familiendynamischer Aspekte des Stotterns, indem es gelang, die Redeflussstörung Stottern in den Zusammenhang einer familiären Kommunikationsstörung zu stellen.

Ein Highlight im Jahre 2011 war, neben vielen wissenschaftlichen Publikationen, die Veröffentlichung eines Buches über knochenverankerte Hörgeräte von Prof. Martin Kompis und Prof. Marco-Domenico Caversaccio.

- Prof. Dr. med. Marco-Domenico Caversaccio, Direktor und Chefarzt
- Prof. Dr. med. Peter Zbären, Chefarzt und Stv. Klinikleiter
- Prof. Dr. Dr. med. Martin Kompis, Leiter Audiologie
- Prof. Dr. med. Eberhard Seifert, Leiter Phoniatrie
- Bernd Werle, Leiter Operationspflegebereich
- Regula Sollberger, Leiterin Pflegedienst

Universitätsklinik für Schädel-, Kiefer- und Gesichtschirurgie



Regula Sollberger, Leiterin Pflegedienst Prof. Tateyuki lizuka, Direktor und Chefarzt

Universitätsklinik für Neurologie



Rosmarie Wyss, Leiterin Pflegedienst Prof. Christian W. Hess, Direktor und Chefarzt

Das Jahr 2011 verlief für unsere Universitätsklinik erfolgreich. Im Kernbereich der Kieferchirurgie – unter anderem in den Behandlungen von Gesichtsverletzungen, angeborenen und erworbenen Fehlstellungen, von gut- und bösartigen Tumoren sowie entzündlichen Krankheiten im Gesichtsbereich – waren wir sehr aktiv.

Die Klinik konnte zudem zwei neue Spezialsprechstunden ins Leistungsangebot aufnehmen, nämlich die

- Schlafapnoesprechstunde, zusammen mit den Universitätskliniken für HNO und Pneumologie;
- Sprechstunde für Orthognathe Chirurgie (Orthognathie/ Chirurgie-Seminar), zusammen mit der Klinik für Kieferorthopädie der Zahnmedizinischen Kliniken der Universität Bern.

Ebenso kam es zu einer Erweiterung der Sprechstunde für Bisphosphonat-Kiefernekrosen mit zunehmend intensivierter Zusammenarbeit mit den Onkologen. So konnten wir im ambulanten Bereich eine Leistungssteigerung um rund 12 % ausweisen.

Im Sommer wurde unsere Operationsabteilung vollständig renoviert und modernisiert, was uns nun optimale Voraussetzungen und sehr gute Entwicklungsmöglichkeiten bei hochqualitativen, spitzen- und tertiärmedizinischen Operationen ermöglicht.

Unser Forschungsschwerpunkt fokussiert auf die «Knochenneubildung unter Manipulation der Knochenhaut, mittels Knochentransplantation und Biomaterialien». Diverse wichtige Teilprojekte wurden bereits erfolgreich abgeschlossen, andere, wie die Entwicklung von neuen Osteosynthese-Systemen, werden intensiv weiterbearbeitet. Ebenso beteiligen wir uns aktiv in der Lehre wie bei Aus- und Weiterbildungen für Humanmedizin- und Zahnmedizinstudenten sowie für Ärzte und Zahnärzte.

Im Dezember rundeten wir das vergangene Jahr mit der traditionellen Fortbildungsveranstaltung «Rund ums Gesicht» mit über 250 Teilnehmenden ab.

Klinikleitung

- Prof. Dr. Dr. med. Tateyuki lizuka, Klinikdirektor und Chefarzt
- Regula Sollberger, Leiterin Pflegedienst
- Bernd Werle, Leitung Operationspflegebereich
- Caroline Zürcher, Direktionssekretärin
- Anita Slutaj, Administrative Leitung Poliklinik

Für die Neurologie stand auch das Jahr 2011 unter dem Motto der Erweiterung der klinischen Dienstleistung im Rahmen des multidisziplinären Schwerpunktes Neuro, womit man den stark wachsenden Erfordernissen gerecht werden will. Im Berichtsjahr stand die neurologische Notfallversorgung im Zentrum.

Das Konzept Notfallprozess Neurologie, umgesetzt im Frühjahr 2011, erreichte bereits im Sommer volle Kapazität. Durch die personelle Verstärkung mit ärztlichen und administrativen Stellenpunkten und die Schaffung einer leitenden Stelle im neurologischen Notfalldienst konnte eine erhebliche Prozessoptimierung erzielt werden. Das neurologische Notfallteam, welches ins Notfallzentrum (DINA) integriert ist, erreichte dadurch wesentlich effizientere Notfallabklärungen, ein besseres notfallneurologisches Teaching in der Weiterbildung der Assistenzärzte und eine genauere tarifliche Erfassung der Leistungen.

Als Nebeneffekt konnte ein erheblicher Anstieg der im Notfall behandelten neurologischen Patientinnen und Patienten festgestellt werden: Die durchschnittliche Anzahl Patienten nahm im zweiten Halbjahr gegenüber 2010 um 20 % auf über 300 Patienten pro Monat zu. Hirnschläge machen den Hauptanteil aus und sind nochmals markant angestiegen. Mit 257 Behandlungen wurden gegenüber dem Vorjahr 28 % mehr notfallmässige aktive Gefäss-Rekanalisationen (Auflösung oder Entfernung des verstopfenden Gerinnsels im Gefäss) durchgeführt. 40 % davon waren intraarterielle Lysen oder mechanische Entfernungen des Koagulums, wie sie von den Neuroradiologen durchgeführt werden.

Der Druck auf die beiden neurologischen Bettenstationen (Akut-Bettenstation und Neurorehabilitation der Abteilung für kognitive und restorative Neurologie) ist durch die steigenden Patientenzahlen weiter angewachsen. Auch die Anzahl Patienten in der Tagesklinik FANI hat sich nochmals stark gesteigert, auf 170 Behandlungen monatlich. Die Hälfte dieser halbstationären Behandlungen waren Natalizumab-Infusionen gegen Multiple Sklerose, rund ein Viertel waren hochdosierte intravenöse Immunglobulin-Gaben gegen Immunneuropathien (Nervenentzündungen).

- Prof. Dr. med. Christian W. Hess, Direktor und Chefarzt
- Rosmarie Wyss, Leiterin Pflegedienst
- Prof. Dr. med. Heinrich Mattle, Chefarzt Poliklinik und Leiter Neurovaskuläres Labor
- Prof. Dr. med. René Müri, Abteilungsleiter Kognitive und Restorative Neurologie
- Prof. Dr. med. Matthias Sturzenegger, Leiter Akut-Bettenstation und Notfallbereich

DOLS

Departement Hämatologie, Onkologie, Infektiologie, Labormedizin und Spitalpharmazie

Universitätsklinik für Hämatologie und Hämatologisches Zentrallabor





Barbara Weiss, Leiterin Pflegedienst Prof. Andreas Raabe, Direktor und Chefarzt



Christiane Jeanneret, Leitende Chef-Biomedizinische Analytikerin Prof. Bernhard Lämmle, Direktor und Chefarzt

Die Universitätsklinik für Neurochirurgie bietet das gesamte Spektrum an operativen Behandlungen des Gehirns und der Wirbelsäule. Forschungsschwerpunkte liegen auf den Gebieten der restorativen Neurowissenschaft sowie der modernen intraoperativen Technologien, mit dem Ziel, Operationen an Gehirn und Wirbelsäule noch sicherer zu machen.

Im zurückliegenden Jahr wurden mit den Planungen des Neurozentrums, der umfangreichen Erweiterung der neurochirurgischen Bettenstation und der drei interdisziplinären Hochpräzisionsoperationssäle drei grosse Meilensteine für die Zukunft gesetzt. Damit haben sich die neurologischen Fachgebiete, einer der Schwerpunkte am Inselspital, auf die steigende Zahl an Patientenzuweisungen eingestellt. Andererseits wird langfristig eine Strategie umgesetzt, die bessere Medizin, Betreuung und besseren Service durch zunehmende Spezialisierung und Interdisziplinarität erreichen soll.

Schwerpunkte der Klinik sind mikrochirurgische Operationen unter Einsatz moderner intraoperativer Technologien wie Bildgebung, Navigation, Fluoreszenzdiagnostik und kontinuierlicher Funktionsüberwachung. Schweizweit betrachtet, werden hier das komplexe intraoperative Neuromonitoring und Mapping bei Hirntumoren sowie Wachoperationen zur Überwachung der Sprachfunktion am häufigsten durchgeführt. Weitere Schwerpunkte sind Operationen an Hirngefässen, mikrochirurgische und endoskopische Operationen von Bandscheibenvorfällen und Spinalkanalstenosen sowie die tiefe Hirnstimulation.

Moderne Neurochirurgie ist Spezialisierung auf höchstem Niveau. Entsprechend unserer Philosophie, operieren wir so minimalinvasiv wie möglich, mit der erforderlichen Effektivität und der höchstmöglichen Sicherheit für unsere Patientinnen und Patienten. Die Erforschung und Weiterentwicklung intraoperativer Techniken, die sich diesen Prinzipien – Gewebeschonung, Radikalität und Sicherheit – widmen, ist der wichtigste wissenschaftliche Schwerpunkt unserer Klinik.

Klinikleitung

- Prof. Dr. med. Andreas Raabe, Direktor und Chefarzt
- PD Dr. med. Jürgen Beck, Stv. Chefarzt
- Prof. Dr. med. Michael Markus Reinert, Stv. Chefarzt
- Jürgen Schmidt, Leiter OP Pflege
- Barbara Weiss, Leiterin Pflegedienst

Die UKH-HZL hat 2011 Margrit Schmid, Executive Master of Business Administration, als Klinikmanagerin engagiert. Ziel ist die Professionalisierung des Managements und die Entlastung des Direktors und der Kaderpersonen, die sich vermehrt der Dienstleistung, der Lehre und der Forschung widmen sollen.

Im Rahmen des interdisziplinären Stammzelltransplantationsprogramms des Inselspitals haben wir zusammen mit der Med. Onkologie und der Pädiatrischen Hämato-Onkologie mehr als 100 autologe Stammzelltransplantationen durchgeführt. Besonders involviert waren das Aphereseteam der Blutspendedienst SRK Bern AG (ärztliche Leitung therapeutische Apherese PD Dr. med. Behrouz Mansouri) und das Stammzelllabor (Prof. Gabriela Baerlocher). Bern ist das grösste Zentrum für die autologe Stammzelltransplantation in der Schweiz.

Ebenfalls interdisziplinär (zusammen mit Notfall, Anästhesie, Chirurgie und Geburtshilfe) wurden diagnostische und therapeutische Algorithmen bei schweren Blutungen implementiert (s. als Beispiel P. Schmid et al. Swiss Medical Weekly 2011;141:w13213). Die von Prof. Lorenzo Alberio über die letzten 10 Jahre entwickelte diagnostische und therapeutische Strategie der Heparin-induzierten Thrombozytopenie bei 1291 Patientinnen und Patienten (V. Nellen et al. doi:10.3324/Haematologica 2011.048074) verbindet die klinische Beurteilung mit der Laboranalytik und erlaubt so eine optimale Diagnostik und Therapie. Es zeigte sich, dass auch mit einem «Communauté Européenne (CE)»-Qualitätslabel versehene diagnostische Tests zwingend inhouse überprüft werden müssen, um gefährliche Fehldiagnosen zu vermeiden.

Dr. med. Monica Schaller Tschan, Hämostaseforschungslabor, erhielt ein ehrenvolles Marie Heim-Voegtlin-Stipendium von 208000 CHF.

- Prof. Dr. med. Bernhard Lämmle, Direktor und Chefarzt
- Margrit Schmid, EMBA, Klinikmanagerin
- Dr. med. Franziska Demarmels Biasiutti, Stv. Chefärztin, Leiterin Bereich Klinik
- Christiane Jeanneret, Leitende Chef-BMA, Co-Bereichsleiterin Morphologie
- Prof. Dr. med. Lorenzo Alberio, Co-Bereichsleiter Hämostase
- Prof. Dr. med. Gabriela Baerlocher, Co-Bereichsleiterin Stammzelllabor
- Marco Vogt, Co-Bereichsleiter Transfusionsmedizin

Universitätsklinik für Radio-Onkologie

Prof. Daniel M. Aebersold, Direktor und Chefarzt **Esther Squaratti-Heinzmann,** Leiterin Pflegedienst

Universitätsklinik für Medizinische Onkologie



Esther Squaratti-Heinzmann, Leiterin Pflegedienst Prof. Martin F. Fey, Direktor und Chefarzt

Die Universitätsklinik für Radio-Onkologie verfolgte den Weg einer qualitativ hochstehenden, innovativen und forschungsorientierten Strahlentherapie zusammen mit ihren Partnern konsequent weiter. Die Neubesetzung der Leitung der Abteilung für Medizinische Strahlenphysik war eine wichtige Weichenstellung.

Die Universitätsklinik für Radio-Onkologie stellte auch 2011 die lückenlose Abdeckung mit einer qualitativ hochstehenden und innovativen Strahlentherapie sicher. Im Sommer 2011 erfolgte die Stabsübergabe des langjährigen Leiters der Abteilung für Medizinische Strahlenphysik Dr. phil. nat. Roberto Mini an seinen Nachfolger Dr. Peter Manser. Diese interne Besetzung mit einem hervorragenden Kandidaten stellt die Tradition einer engagierten, qualitätsbewussten und innovativen Medizinphysik am Inselspital sicher. Dies bleibt einer der Schlüsselfaktoren für das erfolgreiche und sichere Angebot tertiärmedizinischer Leistungen.

Ein Schwergewicht unserer strukturellen Aktivitäten bildete die Schaffung einer dedizierten universitären Station für Palliative Care im Inselspital. Die baulichen, administrativen und personellen Herausforderungen wurden im Jahr 2011 erfolgreich gemeistert, so dass Anfang 2012 dieses neue tertiärmedizinische Angebot zur Verfügung steht.

Dr. med. Alessia Pica, die das Angebot stereotaktischer Radiochirurgie im Hirnbereich kontinuierlich ausgebaut und vertieft hat, erhielt von der medizinischen Fakultät die Venia Legendi. Damit wird der Schwerpunkt Neuroonkologie im Inselspital weiter gestärkt. Auch das Strahlenbiologische Labor hat 2011 eine Auszeichnung erhalten: Am Tag der Klinischen Forschung wurde der Forschungspreis der Alumni MedBern an Dr. phil. nat. Michaela Medova verliehen.

Die kontinuierliche Aufbauarbeit einer professionellen klinischen Forschung trug 2011 eine ausserordentliche Frucht: Als Leading House lancierte die Universitätsklinik für Radio-Onkologie unter der Leitung von Dr. med. Pirus Ghadjar erfolgreich eine internationale Phase-III-Studie für operierte Prostata-Karzinom-Patienten.

Klinikleitung

- Prof. Dr. med. Daniel M. Aebersold, Direktor und Chefarzt
- Dr. med. Kristina Lössl. Stv. Chefärztin
- Esther Squaratti-Heinzmann, Leiterin Pflegedienst
- Dr. sc. nat. Peter Manser, Abteilungsleiter Medizinphysik
- Markus Reist, Leitender Chef-MTRA
- Tonia Spycher, Klinikmanagerin
- Beatrice Scheidegger, Direktionssekretärin

Die Universitätsklinik und Poliklinik für Medizinische Onkologie setzt sich für die Entwicklung neuer Konzepte in der multimodalen Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Krebserkrankungen ein. Sie engagiert sich für Qualität in Klinik und Forschung sowie für eine breite Weiterbildung der ärztlichen Fachanwärter für den FMH in Medizinischer Onkologie.

Im Berichtsjahr wurde Prof. Adrian Ochsenbein zum Chefarzt ernannt; er leitet die Poliklinik und den externen Konsiliardienst unserer Klinik.

Unter zahlreichen, in Vernetzung mit andern Kliniken erzielten Leistungen sind hervorzuheben: die Zunahme der Spezialsprechstunden für Beratung von Familien mit genetischer Tumorprädisposition, das zertifizierte Programm zur Hochdosistherapie mit Rücktransfusion autologer hämatopoetischer Stammzellen (hauptsächlich in der hämatologischen Onkologie), die gemeinsam mit der Frauenklinik organisierten Sprechstunden für gynäkologische Onkologie und die Zusammenarbeit mit dem Zentrum für Viszerale Medizin.

Die kompetente Arbeit unserer Onkologie-Pflege unter der Leitung von Esther Squaratti-Heinzmann wirkt sich nachhaltig auf die Patientenzufriedenheit in Poliklinik und Bettenstation aus. Frau Squaratti-Heinzmann erwarb einen Master of Advanced Studies in Health Care Management an der Zürcher Fachhochschule.

Unter den besonders erfreulichen Publikationen in angesehenen Fachzeitschriften sind Publikationen in Blood (vor allem klinische und experimentelle Studien zu akuten Leukämien; Proff. Martin Fey und Thomas Pabst sowie PD Dr. phil. nat. Mario Tschan), im New England Journal of Medicine (klinische Studien zur Therapie akuter Leukämien; Proff. Martin Fey und Thomas Pabst), und im Lancet Oncology (BIG 1-98 Studie zur Hormontherapie des Mammakarzinoms; Dr. med. Manuela Rabaglio) hervorzuheben, daneben ist die experimentelle Forschung in Tumor-Immunologie (Prof. Adrian Ochsenbein) zu erwähnen. Dr. med. Oliver Gautschi (nun am Kantonsspital Luzern) habilitierte im Berichtsjahr, und Prof. Adrian Ochsenbein erhielt für sein Forschungs-Œuvre den renommierten Robert-Wenner-Preis 2011 der Krebsliga Schweiz.

- Prof. Dr. med. Martin F. Fey, Klinikdirektor und Chefarzt
- Prof. Dr. med. Adrian Ochsenbein, Chefarzt
- Esther Squaratti-Heinzmann, Leiterin Pflegedienst

Universitätsklinik für Infektiologie

Prof. Kathrin Mühlemann, Administrative Klinikleiterin und Chefärztin a.i. **Prof. Martin Täuber,** Direktor und Chefarzt

Universitätsinstitut für Klinische Chemie



Esther Hofmann, Leitende Chef-Biomedizinische Analytikerin PD Georg Martin Fiedler, Direktor und Chefarzt

Die Klinik gliedert sich in die Bereiche infektiologisches Ambulatorium (Poliklinik für Infektiologie, HIV und Reisemedizin), infektiologischer Konsiliardienst, Spitalhygiene und pädiatrische Infektiologie. Sie arbeitet eng mit dem Institut für Infektionskrankheiten der Universität Bern zusammen, welches die experimentelle Forschung und die Koordination der Lehre abdeckt.

Die weiterhin zunehmende Antibiotikaresistenz bei gramnegativen Bazillen war auch in diesem Berichtsjahr ein wichtiges Thema. Diese Erreger können bei hospitalisierten Patientinnen und Patienten schwere Infektionen auslösen. Im Gegensatz zum früher vorherrschenden Resistenzproblem mit Methicillin-resistenten Staphylococci aurei (MRSA) werden multiresistente gramnegative Bazillen häufiger schon ausserhalb des Spitals erworben. Eine Übertragung im Spital ist aber ebenfalls möglich. Zwar sind die Resistenzraten in der Schweiz immer noch tiefer als in den meisten anderen Ländern, der Trend ist aber eindeutig zunehmend. Trotz aktiver Forschung sind neue Antibiotika, welche auch die hochresistenten Keime abtöten können, in naher Zukunft nicht zu erwarten. Dies bedeutet, dass die enge Überwachung von Problemkeimen, der gezielte und sparsame Umgang mit Antibiotika und das Ausschöpfen der zur Verfügung stehenden Medikamente bei schweren Infektionen unsere besten Waffen sind. Die enge Zusammenarbeit zwischen dem infektiologischen Konsiliardienst, der Spitalhygiene und dem universitären Institut für Infektionskrankheiten ist eine Voraussetzung, um unsere Patienten bestmöglich zu behandeln.

Die Behandlung der HIV-Infektion bleibt ein Schwerpunkt der Poliklinik für Infektiologie. Die antiretroviralen Kombinationstherapien verbessern das Überleben deutlich, und die Forschung versucht, die Langzeitnebenwirkungen dieser Behandlungen zu minimieren.

Klinikleitung

- Prof. Dr. med. Martin Täuber, Direktor und Chefarzt (bis 30.9.2011)
- Prof. Dr. med. et phil. Kathrin Susann Mühlemann, Administrative Klinikleiterin und Chefärztin a.i. (seit 1.10.2011)
- Prof. Dr. med. Hansjakob Furrer, Chefarzt a.i. (seit 1.10.2011), Leitung Poliklinik für Infektiologie, HIV und Reisemedizin

Das Universitätsinstitut für Klinische Chemie (UKC) erbringt die labormedizinische Versorgung für Patientinnen und Patienten des Inselspitals und externer Einsender. Unter der Leitung des neuen Institutsdirektors wurde 2011 eine umfassende Neugestaltung des Institutes initiiert.

Die im Berichtsjahr eingeleitete Neugestaltung des Institutes hat zum Ziel, eine innovative und effiziente Labormedizin sowie eine interdisziplinäre Forschung zum Wohle unserer Patienten zu gewährleisten.

Im Zentrum der zukünftigen Institutsstruktur stehen die Abteilungen «Proben- und Befundmanagement» und «Core-Lab». Erstere ist kompetenter Ansprechpartner für alle Einsender. Das «Core-Lab» gewährleistet rund um die Uhr eine rasche und effiziente Laboranalytik und interagiert mit den verschiedenen Spezialabteilungen des Institutes.

Als innovative Analysenplattform wird die Massenspektrometrie von uns weiterentwickelt. Sie ermöglicht eine sehr sensitive und spezifische Analytik klinisch relevanter Biomoleküle und wird zukünftig für eine optimale Überwachung von Patienten nach Organtransplantationen eingesetzt werden. Als integrative Querschnittsdisziplin initiiert und fördert das UKC interdisziplinäre Forschungsprojekte. Hierfür haben wir eine interdisziplinäre Clinical Metabolomics Facility gegründet und darin modernste Analyseplattformen für Diagnostik, Methodenentwicklung und klinische Forschung zusammengeführt. Zudem haben wir ein labormedizinisches Studienkompetenzzentrum etabliert, um alle Partner bei klinischen Studien zu unterstützen.

In der Forschung hat sich das Institut auf die Bereiche «Pharmacogenomics», «Inborn Errors of Metabolism» und «Clinical Metabolomics» fokussiert. Alle drei Schwerpunkte stehen in einem engen Bezug zueinander, haben eine hohe klinische Relevanz und bieten zahlreiche Anknüpfungspunkte für nationale und internationale Forschungskooperationen.

Institutsleitung

- PD Dr. med. Georg Martin Fiedler, MBA, Direktor und Chefarzt
- Prof. Dr. phil. nat. Carlo R. Largiadèr, Stv. Direktor
- Dr. med. Jean Marc Nuoffer (Oberarzt), Co-Leiter Spezialanalytik/ Forschung und Leiter interdisziplinäres Stoffwechselteam
- Dr. med. Alexander Leichtle (Oberarzt), Klinisches Studienmanagement/Clinical Trials
- Esther Hofmann, Leitende Chef-BMA
- Barbara Keller, Direktionsassistentin

Universitätsinstitut für Immunologie



Prof. Beda M. Stadler, Direktor

Institut für Spitalpharmazie



Dr. Jeannette Goette, Direktorin

Das Universitätsinstitut für Immunologie (IIB) hat seine Routinediagnostik neu organisiert und strebt ein einheitliches Qualitätsmanagementsystem für das Zentrum für Labormedizin an. Trotz dieser vermehrten Aufgaben des Mittelbaus für die Dienstleistung konnte ein hoher Forschungsoutput beibehalten werden.

Die Labormedizin wird für die Klinik immer wichtiger. In den letzten Jahren ist die Analysenliste nicht nur länger, sondern auch komplexer geworden. Das IIB führt zum grössten Teil Laboruntersuchungen durch, die ein umfassendes Sachverständnis benötigen. Um diesen neuen Anforderungen gerecht zu werden, wurde die Dienstleistung reorganisiert und die Aufgaben wurden auf vier Akademiker, die jeweils selber noch forschen, verteilt. Damit wird nicht nur die Qualität der Dienstleistung besser überwacht, sondern es stehen kompetente Gesprächspartner für die Kliniken zur Verfügung. Es sind dies Dr. phil. nat. Monique Vogel für die Allergiediagnostik, Dr. phil. nat. Michaela Fux für die zelluläre Immunologie/Flowzytometrie, Dr. phil. nat. Michael Horn für die Autoimmundiagnostik und Dr. phil. nat. Urs Wirthmüller für die Transplantationsimmunologie. Mit diesem Schritt wird die Forschung bewusst näher an die Dienstleistung gerückt - in der Hoffnung, dass sich in den nächsten Jahren beide gegenseitig befruchten.

Der Aufbau des Zentrums für Labormedizin schreitet weiter voran. Gemeinsam mit dem Universitätsinstitut für Klinische Chemie ist das IIB daran, ein institutsübergreifendes Qualitätsmanagementsystem (QMS) aufzubauen. Damit sollen für das Laborzentrum in Zukunft höchste Qualitätsansprüche gelten.

Neben der Lehre bleibt vor allem die international kompetitive Forschung ein Schwerpunkt, welche es jungen Medizinern ermöglicht, ihre Karriere im Ausland fortzusetzen.

Institutsleitung

- Prof. Dr. phil. nat. Beda M. Stadler, Direktor
- Prof. Dr. med. Clemens A. Dahinden, Leitender Arzt und Stv. Direktor
- Rodoljub Pavlovic, Leitender BMA HF

2011 – das Jahr der Neuerungen im Institut für Spitalpharmazie: Im September konnte nach langer Planungs-, Realisierungs- und Qualifizierungsphase der Neubau für die sterile und aseptische Produktion von Arzneimitteln in Betrieb genommen und im Bereich der Klinikbetreuung Logistik konnte mit der Befüllung des vollautomatischen Kommissionierautomaten begonnen werden.

Anfang 2005 begann mit der Planung «Instandsetzung Spitalpharmazie» ein hochkomplexes und herausforderndes Projekt im Inselspital. Ziel war es, am bestehenden Standort das gesamte Institut für Spitalpharmazie, welches sich im über 100-jährigen, denkmalgeschützten Haus Freiburgstrasse 4 befindet, total zu sanieren. Insbesondere die Produktionsräumlichkeiten erfüllten die Anforderungen an die Herstellung von Arzneimitteln seit längerem nicht mehr. Zur Unterbringung der aseptischen und sterilen Produktion wurde ein Neubau angebaut. Vor dem Bezug der neuen «Sterilproduktion» im September 2011 mussten die Räumlichkeiten und Anlagen GMPkonform (Good Manufacturing Practice, Richtlinie der guten Herstellungspraxis) qualifiziert, alle Prozesse neu definiert und geschult sowie der Umzug minutiös vorbereitet werden, um den Produktionsunterbruch so kurz wie möglich zu halten und die Versorgungssicherheit zu gewährleisten. Die Herstell- und Reinigungsprozesse müssen kontinuierlich validiert und die Reinraumbedingungen laufend überwacht werden, um die Qualitätsansprüche für die aseptische und sterile Produktion von Arzneimitteln zu erfüllen. So sind die Voraussetzungen geschaffen, dass das Institut für Spitalpharmazie im Handel nicht erhältliche, essentielle Arzneimittel, patientenspezifische Spezialanfertigungen sowie klinische Prüfpräparate für das Inselspital und bei Bedarf für andere Spitäler herstellen kann.

Ebenfalls im Herbst 2011 waren die Installation und die Qualifizierung so weit fortgeschritten, dass mit der Inbetriebnahme des vollautomatischen Kommissionierautomaten begonnen werden konnte. Nach gewissen Anfangsschwierigkeiten zeichnen sich nun Prozessverbesserungen und Lagereinsparpotenziale ab. Mit dieser Innovation im schweizerischen Spitalapothekenumfeld beschreitet das Inselspital Neuland in der Automatisierung des Logistikprozesses.

Institutsleitung

- Dr. sc. nat. Jeannette Goette, Direktorin und Chefapothekerin
- Dr. pharm. Niklaus Hugi, Leiter Qualitätssicherung/ Stv. Chefapotheker
- Dr. pharm. Maria Engracia Hernández Perni, Bereichsleiterin Produktion
- Dr. rer. nat. Vroni Huber, Bereichsleiterin Qualitätskontrolle
- Dr. pharm. Svenja Landweer, Bereichsleiterin Klinikbetreuung

DMLL

Departement Magen-Darm, Leber- und Lungenkrankheiten

Universitätsklinik für Viszerale Chirurgie und Medizin



Prof. Andrew Macpherson, Direktor (geschäftsführend) und Chefarzt Cornelia Herta Klüver, Leiterin Pflegedienst Prof. Jean-François Dufour, Direktor und Chefarzt Prof. Daniel Candinas, Direktor und Chefarzt

Universitätsklinik für Thoraxchirurgie

Nicole Mellenberger, Leiterin Pflegedienst Prof. Ralph Schmid, Direktor und Chefarzt

Die Universitätsklinik für Viszerale Chirurgie und Medizin verbindet die Disziplinen Gastroenterologie und Hepatologie mit der Viszeralen Chirurgie interdisziplinär in einer Klinikstruktur. Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen des Verdauungstrakts (Magen-Darm, Leber, Pankreas) und des endokrinen Systems sowie Transplantationspatienten (Leber, Nieren) werden hier ganzheitlich behandelt.

Als Nachfolger von Prof. Dr. med. Jürg Reichen wurde Prof. Jean-François Dufour Anfang 2011 zum neuen Direktor der UVCM und Chefarzt Hepatologie ernannt. Nach seinem Studium an der Universität Genf in Medizin und Mathematik hat er als Assistenzarzt mehrere Jahre in Genf und Bern gearbeitet. In Boston betrieb er vier Jahre Grundlagenforschung im physiologischen Departement der Universität und absolvierte anschliessend seine klinische Ausbildung in Gastroenterologie und Hepatologie am New England Medical Center. Nach seiner Rückkehr nach Bern 1997 wirkte er als Oberarzt, bevor er im Jahr 2000 habilitierte und 2004 Leitender Arzt wurde. Im Zentrum seiner jetzigen Forschungstätigkeit stehen molekulare Mechanismen der Hepatokarzinogenese und der nichtalkoholischen Steatohepatitis.

Der Bereich Hepatologie führt die Schwerpunkte Leberzellkrebs, virale Hepatitis, cholangiozelluläres Karzinom, Leberverfettung und portale Hypertonie.

Die Schwerpunkte des Bereichs Gastroenterologie sind die diagnostische und therapeutische Endoskopie, die photodynamische Therapie und die Behandlung entzündlicher und funktioneller Darmerkrankungen.

Komplexe Tumoroperationen (Leber, Pankreas, Ösophagus, Kolorektum), Organtransplantationen und minimalinvasive Eingriffe an den endokrinen Organen sind die Schwerpunkte des Bereichs Viszerale Chirurgie. Das integrierte Forschungsprogramm untersucht tumorbiologische Aspekte und implementiert und verbessert laufend computergesteuerte Operationsverfahren in der Leberchirurgie.

Klinikleitung

- Prof. Dr. med. Andrew Macpherson, Geschäftsführender Direktor und Chefarzt Gastroenterologie
- Prof. Dr. med. Dr. h.c. Daniel Candinas, Direktor und Chefarzt Viszeral- und Transplantationschirurgie
- **Prof. Dr. med. Jean-François Dufour,** Direktor und Chefarzt Hepatologie
- Prof. Dr. med. Beat Gloor, Chefarzt Viszeralchirurgie
- Elisabeth von Ah, Departementsmanagerin DMLL
- Cornelia Herta Klüver, Leiterin Pflegedienst

Die Universitätsklinik für Thoraxchirurgie konnte ihre Aktivität im Jahre 2011 weiter steigern und ihre Schwerpunkte in Klinik und Forschung weiter vertiefen. Insbesondere die minimalinvasive Chirurgie, videoassistiert oder mittels des DaVinci-Robotersystems, für mediastinale Pathologien und Lungentumoren wurde stark ausgebaut.

Die Universitätsklinik für Thoraxchirurgie konnte 2011 erneut ein Wachstum von über 15 % ausweisen. Dies resultiert einerseits aus einer höheren Anzahl behandelter Patientinnen und Patienten, andererseits ist aber auch der Schweregrad der Behandlungen angestiegen.

Technisch konnte die minimalinvasive Thoraxchirurgie durch die Anschaffung des neusten Robotersystems DaVinci Si als Schwerpunkt weiter ausgebaut werden. Das neue System weist eine verbesserte 3-D-Bildgebung auf und neue Instrumente, um komplexere Eingriffe durchzuführen.

Das elektronisch basierte Tumorboard wurde erneut optimiert und ist nun als allseits akzeptiertes Kommunikationssystem zur Koordination der interdisziplinären Behandlung der Patienten etabliert. Die interne Organisation der Klinik wurde Ende 2011 vollständig umgestellt, um den Alltagsbetrieb von der Ausbildung der Assistenten zu entkoppeln, indem die administrativen Arbeiten auf der Abteilung durch Medizinische Praxisassistenten/-innen (MPA) unter der Leitung einer designierten Oberärztin routiniert und speditiv erledigt werden. Umgekehrt werden die Assistenten entlastet und können sich wieder vermehrt ihrer ärztlichen Weiterbildung und der Forschung widmen. Erfreulich entwickelten sich auch die Kollaborationen mit kantonalen und extrakantonalen Spitälern, die durch vermehrte Zusammenarbeit eine weitere Zentralisierung der Thoraxchirurgie ermöglichten.

Die neue Forschungsabteilung an der Murtenstrasse 50 hat sich gut etabliert, und neben den bisherigen Gebieten der Stammzell- und Apoptoseforschung haben wir mit der ARTORG-Professur «Lunge» auf dem Gebiet der Einzelzellenanalyse mittels Microfluidics grosse Fortschritte gemacht.

- Prof. Dr. med. Ralph Schmid, Direktor und Chefarzt
- Nicole Mellenberger, Leiterin Pflegedienst
- Elisabeth von Ah, Departementsmanagerin DMLL

DRNN

Departement Radiologie, Neuroradiologie und Nuklearmedizin

Universitätsklinik für Pneumologie

Universitätsinstitut für Diagnostische, Interventionelle und Pädiatrische Radiologie



Nicole Mellenberger, Leiterin Pflegedienst Prof. Thomas Geiser, Direktor und Chefarzt



Dieter Fiechter, Leitender Chef-MTRA **Prof. Peter Vock,** Direktor und Chefarzt

Die Universitätsklinik für Pneumologie kann auf ein erfolgreiches Jahr zurückblicken – die Untersuchungszahlen haben sowohl im stationären wie auch im ambulanten Bereich weiter zugenommen, wobei uns Patientinnen und Patienten mit komplexen Lungenerkrankungen zunehmend beschäftigt haben.

Zu den Fällen mit komplexen Lungenerkrankungen zählt man Patienten mit malignen Lungentumoren, mit fortgeschrittener chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) oder komplexem Asthma, mit Lungenfibrosen, mit pulmonaler Hypertonie sowie nicht-invasiv beatmete Patienten und zunehmend Patienten nach einer Lungentransplantation, welche in Bern betreut werden. Im Poliklinikbereich wurden unter neuer medizinisch-technischer Leitung von Franziska Gilgen strukturelle Optimierungen vorgenommen, um den steigenden Patientenzahlen auch in Zukunft gerecht zu werden. Sowohl im Bereich Schlafmedizin/nicht-invasive Ventilation als auch in der Bronchoskopie wurden neue innovative Verfahren zur Therapieoptimierung eingeführt. Die Klinik hat sich in der Aus-, Weiter- und Fortbildung engagiert und in Zusammenarbeit mit dem Institut für Anatomie einen Hands-on-Kurs in Bronchoskopie durchgeführt.

In der Forschung haben wir Anfang Jahr die neuen Laborräumlichkeiten im Forschungsgebäude an der Murtenstrasse 50 bezogen, die experimentelle und translationale Forschung weiter ausgebaut und die Zusammenarbeit mit der neu geschaffenen Forschungsgruppe «ARTORG Lunge» etabliert. Dr. med. Manuela Funke ist nach einem mehrjährigen Forschungsaufenthalt an der Harvard University zum Team gestossen und wird ihre Forschungsarbeiten auf dem Gebiet der interstitiellen Lungenerkrankungen weiterführen. Dr. med. Philippe Dumont wurde zum Leiter der Pneumologie am Kantonsspital Fribourg gewählt und Dr. med. Christophe von Garnier hat sich im Jahr 2011 habilitiert und wurde zum Leitenden Arzt befördert.

Klinikleitung

- Prof. Dr. med. Thomas Geiser, Direktor und Chefarzt
- Prof. Dr. med. Matthias Gugger, Chefarzt
- Nicole Mellenberger, Leiterin Pflegedienst

2011 war für das Universitätsinstitut für Diagnostische, Interventionelle und Pädiatrische Radiologie (DIPR) ein Jahr mit intensiven Vorbereitungen: Planung des INO-Bezuges, der damit verbundenen Geräteanschaffungen, der DRG-Einführung, der Wahl des Nachfolgers für den Institutsdirektor und einer Ersatzlösung für die Geräte in der Frauenradiologie.

Das DIPR hatte mit dem Wechsel ins INO-Provisorium 2007 bereits Erfahrungen im Umzug gesammelt, das Jahr 2011 erforderte indessen nochmals sehr zeitintensive Vorbereitungen, Koordinationen mit den internen und externen Planern, den Benutzerprozessen und den Schwester-Teilprojekten. Dabei wurde Prof. Peter Vock als TP4.1-Leiter von Dieter Fiechter sehr unterstützt und im Hinblick auf seinen Rücktritt nach und nach abgelöst. Per Ende Jahr konnte grünes Licht für den Bezug des INO-Definitivums Anfang Januar gegeben werden, die neuen CT- und MR-Geräte waren ausgewählt, ebenso das neue Skelettröntgensystem. Vorbereitungsmassnahmen für die Einführung des DRG-Systems wurden getroffen.

Im Nachfolgeverfahren für den Institutsdirektor fand nach der Ausschreibung im Mai 2011 ein Symposium mit den ausgewählten Kandidaten statt, worauf die intensive Kommissionsarbeit begann, welche zum Vorschlag an die Fakultät und im Dezember 2011 zur Wahl von Prof. Dr. Dr. rer. physiol. Johannes Heverhagen als Institutsdirektor per 1. März 2012 führte. Dr. Peter Wolf, seit Februar 2011 als Interimsmanager eine sehr wichtige Verstärkung in der Institutsleitung, unterstützte alle diese Aufgaben und nahm das Projekt der Erneuerung der Frauenradiologie mit einer Reihe von Alternativszenarien in Angriff. In Absprache mit der Ärztlichen Direktion und der Leitung der Frauenklinik konnte das DIPR per Ende Jahr der Spitalleitung einen Antrag vorlegen, der nach Genehmigung 2012 eine moderne Infrastruktur der Frauenradiologie gewährleisten wird.

Institutsleitung

- Prof. Dr. med. Peter Vock, Direktor und Chefarzt
- Dr. med. Peter Wolf, Interimsmanager
- Prof. Dr. med. Joachim Kettenbach, Stv. Direktor und Chefarzt
- Prof. Dr. med. Dr. sc. nat. Christoph Boesch, Leiter AMSM
- Dr. med. Rainer Wolf, Leiter Kinderradiologie
- Dieter Fiechter, Leitender Chef-MTRA

Universitätsinstitut für Diagnostische und Interventionelle Neuroradiologie



PD Christoph Ozdoba, Leitender Arzt Michela Mordasini, Leitende Chef-MTRA Prof. Gerhard Schroth, Direktor und Chefarzt

Universitätsklinik für Nuklearmedizin



Prof. Thomas Krause, Direktor und Chefarzt **Patrick Madl**, Leitender Chef-MTRA

1992 wurden im Inselspital die beiden ersten Schlaganfälle in der Schweiz mit dem Hirnkatheter behandelt. Jetzt, 20 Jahre später, sind es mehr als tausend Schlaganfälle, die pro Jahr im Inselspital diagnostiziert und behandelt werden. Dazu steht im Universitätsinstitut für Diagnostische und Interventionelle Neuroradiologie (DIN) ein Team rund um die Uhr bereit.

Zur erfolgreichen Steuerung dieser Patientenströme wird ein teleradiologisches Stroke-Netzwerk aufgebaut, über das wir 24 Stunden am Tag, 7 Tage die Woche mit externen Spitälern verbunden sind. Neue Techniken, wie der «Express-Stent», haben zu einer Verkürzung der Eingriffsdauer und einer Verbesserung der klinischen Ergebnisse geführt. Die Zuweisung an das Universitäre Neurozentrum Bern im Inselspital für solche und andere «hochspezialisierte» neurovaskuläre Abklärungen und Behandlungen unter Leitung von PD Dr. med. Jan Gralla nimmt stetig, aber gut gesteuert und kontrolliert zu.

Mit der Einführung des SCAN (Support Center for Advanced Neuroimaging) unter der Leitung von PD Dr. med. Roland Wiest wurde die Grundlage geschaffen, um klinische Bilddaten zu quantifizieren und damit für wissenschaftliche Auswertungen verfügbar zu machen. Zahlreiche, durch Drittmittel finanzierte Mitarbeitende beschäftigen sich dort damit, Forschungsergebnisse direkt in die Routine zu überführen und unsere Mitarbeitenden in den Techniken der funktionellen und molekularen Bildgebung auszubilden.

Intern steht uns ein moderner Gerätepark mit drei MR- und zwei Angio- und CT-Geräten zur Verfügung, die alle an PACS und SCAN angeschlossen sind, wo die Bilddaten in Ruhe und ohne Verzögerung des Routinebetriebes ausgewertet werden. Der weltweit erste CT mit neuer, strahlensparender Detektortechnologie wird im Frühjahr 2012 unter Leitung von PD Christoph Ozdoba in Betrieb gehen.

Diese gute Infrastruktur mit enger und transparenter Verzahnung von Forschung und Routine ist einer der Gründe, dass erfahrene und erfolgreiche Mitarbeiter dem Inselspital trotz hoher Arbeitsbelastung treu geblieben sind.

Institutsleitung

- \bullet Prof. Dr. med. Gerhard Schroth, Direktor und Chefarzt
- PD Dr. med. Christoph Ozdoba, Leitender Arzt
- Michela Mordasini, Leitende Chef-MTRA

Für die Universitätsklinik für Nuklearmedizin stand das Jahr 2011 ganz im Zeichen der Neustrukturierung und Neuorientierung im Hinblick auf die zukünftig zur Verfügung stehende neue Bettenstation sowie die erstmals in Bern vorhandene eigene Radiopharmazie.

Die Universitätsklinik für Nuklearmedizin ist ein Kompetenzzentrum für die nuklearmedizinische Diagnostik und Therapie. Sie versorgt die Patientinnen und Patienten des Inselspitals und auch Patienten in einem weitreichenden Einzugsgebiet über den Kanton hinaus mit allen für eine nuklearmedizinische Klinik üblichen Leistungen.

Im kommenden Jahr wird die Universitätsklinik für Nuklearmedizin ihre neue Bettenstation beziehen können. Ausserdem wird erstmalig eine Radiopharmazie am Standort Bern durch die SWAN Isotopen AG und zusätzlich auch durch die Abteilung für Radiochemie der Universität betrieben. Dies erlaubt es sowohl die Routineleistung als auch das Forschungsangebot zu intensivieren. Um den zukünftigen Anforderungen gerecht zu werden, hat die Nuklearmedizin neben der fachlichen Begleitung des Bettenneubaus ihre abteilungsinternen Umstrukturierungen vorangetrieben.

Auch das angebotene Untersuchungs- und Behandlungsportfolio konnte 2011 weiter ergänzt werden. Ab sofort sind wir in der Lage, Hybridbildgebung z.B. als Angio-PET-CT oder Angio-SPECT-CT anzubieten. Ferner konnten wir zusammen mit den klinischen Partnern und insbesondere dem Universitätsinstitut für Diagnostische, Interventionelle und Pädiatrische Radiologie (DIPR) die Infrastruktur für die Selektive Interne Radiotherapie (SIRT) aufbauen. Mehr als 20 Patienten mit hepatozellulärem Karzinom bzw. Lebermetastasen bei anderweitigen Tumoren konnten bisher therapiert werden.

Auch die Forschung wurde im Hinblick auf die kommenden Möglichkeiten ausgerichtet. Ein Forschungslabor unter Leitung von PD Dr. med. Martin Alexander Walter wurde im Laufe des Jahres erfolgreich aufgebaut. Der Hauptfokus unserer Entwicklung liegt derzeit im Bereich Nanopartikel-basierter Radiopharmazeutika für die Diagnostik und die Therapie.

- Prof. Dr. med. Thomas Krause, Direktor und Chefarzt
- Dr. med. Bernd Klaeser, Stv. Direktor
- Patrick Madl, Leitender Chef-MTRA
- Dr. rer. nat. Michael Hentschel, Leitender Medizin-Physiker
- Doris Riedo, Chefarztsekretärin

Klinik, welcher vorübergehend departementale Funktionen zukommen

Universitätsklinik für Allgemeine Innere Medizin



Marianne Papalini, Leiterin Pflegedienst Prof. Drahomir Aujesky, Direktor und Chefarzt

Schwerpunktereignisse 2011 waren die konsequente Ausrichtung auf patientenzentrierte Medizin, der Aufbau eines attraktiven Weiterbildungsprogramms für Generalisten sowie das erfolgreiche Einwerben von kompetitiven Drittmitteln für allgemeininternistische klinische Forschung.

Das Core Business der Universitätsklinik für Allgemeine Innere Medizin (KAIM) bleiben das Management von multimorbiden, komplexen Patientinnen und Patienten sowie die Abklärung von unklaren Beschwerden. 2011 war geprägt durch die Ausrichtung auf eine patientenzentrierte, d.h. auf die Bedürfnisse des Patienten fokussierte Medizin. Nicht nur die absolute Lebensdauer und Organpathologien, sondern auch Lebensqualität, Symptomlast und Funktionsstatus sind für den Patienten wichtig. Als universitäre Grundversorgerklinik lehrt und praktiziert die KAIM die horizontale Patientenbetreuung, die durch Integration verschiedener Behandlungen, Personalisierung je nach individueller Patientensituation und Priorisierung zur Minimierung der Behandlungslast gekennzeichnet ist. Ein wichtiger Teil davon ist die Zusammenarbeit und Kommunikation mit den Hausärzten. Diese haben die Möglichkeit, an den Patientenvisiten der KAIM teilzunehmen.

Der Aufbau eines klar strukturierten und gut organisierten Weiterbildungsprogramms für ambulant und stationär tätige Generalisten hat sich gelohnt: Die KAIM erreichte in der FMH-Evaluation der Weiterbildungsstätten 2010/2011 einen Spitzenplatz unter den Schweizer allgemeininternistischen Universitätskliniken.

2011 gelang der Aufbau einer kompetitiven allgemeininternistischen Forschung, eine Notwendigkeit für die Akademisierung der Grundversorgung. Prestigeprojekte der KAIM umfassen die vom Schweizerischen Nationalfonds (SNF) unterstützte Swiss Venous Thromboembolism Cohort of Elderly Patients (3,7 Mio. CHF) und eine von der EU finanzierte, randomisierte Studie zur subklinischen Hypothyreose (1,5 Mio. CHF).

Weitere Höhepunkte waren die Rekrutierung von PD Nicolas Rodondi als Chefarzt und Leiter der Medizinischen Poliklinik sowie die erfolgreiche Organisation der Berner Tage der Klinik (BETAKLI) 2011.

- Prof. Dr. med. Drahomir Aujesky, MSc, Direktor und Chefarzt
- Marianne Papalini, Leiterin Pflegedienst
- Dr. med. Martin Perrig, MME, Stv. Chefarzt
- PD Dr. med. Nicolas Rodondi, MAS, Chefarzt Medizinische Poliklinik
- Prof. Dr. med. Roland von Känel, Chefarzt Psychosomatik
- Prof. Dr. med. Andreas Stuck, Chefarzt Geriatrie
- Eva Ernst, Departementsmanagerin

«Die Tarifverhandlungen 2012 mit tarifsuisse, der Tochterfirma von santésuisse, waren destruktiv, weil keine Gespräche im Sinne von Verhandlungen geführt werden konnten. Das gute Jahresergebnis 2011 ermöglicht uns trotzdem, mit Zuversicht in das Zeitalter der neuen Spitalfinanzierung zu starten.»

Gerold Bolinger, Direktor Dienste

Finanzbericht

Erfolgsrechnung Sparte Spitalbetrieb (Geschäftsjahr 2011 und Vorjahr)

	2011	Vorjahr	Abweichung 2	zum Vorjahr
	TCHF	TCHF	in TCHF	in%
Nettoertrag aus betrieblichen Leistungen				
Pflege-, Behandlungs- und Aufenthaltstaxen	399 659	388 087	11 572	3,0%
Erträge aus Inkasso von Arzthonoraren	43 164	42 603	561	1,3%
Erträge aus medizinischen Nebenleistungen	109 685	102 307	7 378	7,2%
Erträge aus Spezialuntersuchungen und Therapien	83 070	83 396	-326	-0,4%
Erträge aus ärztlichen Beratungen und Konsilien	52 324	48 918	3 406	7,0%
Übrige Erträge aus Leistungen an Patienten	3 908	3 215	693	21,6%
Übrige Erträge aus Leistungen an Personal und Dritte	30 397	29 283	1 114	3,8%
Erlösminderungen	-16 080	-13 408	-2 672	19,9%
	706 127	684 401	21 726	3,2%
Ertrag stationäre Leistungen Kanton	242 305	230 244	12 061	5,2%
Ertrag ambulante Leistungen Kanton	12 608	12 151	457	3,8%
Ertrag für Investitionen Kanton	43 321	42 770	551	1,3%
Ertrag übrige nicht patientenbezogene Leistungen Kanton	15 222	21 199	-5 977	-28,2%
Abgeltung Lehre und Forschung	97 465	94 850	2 615	2,8%
	1 117 048	1 085 615	31 433	2,9%
Betriebsaufwand				
Personalaufwand				
Besoldungen und Sozialleistungen Inselspital	-624 942	-601 918	-23 024	3,8%
Besoldungen und Sozialleistungen Universität	-11 133	-9 971	-1 162	11,7%
Auszahlungen an Vertragsärzte, Begünstigte sowie Einlagen in wissenschaftliche Fonds	-44 166	-43 986	-180	0,4%
Personalnebenkosten	-5 265	-7 521	2 256	-30,0%
Medizinischer Bedarf	-205 696	-200 795	-4 901	2,4%
Lebensmittelaufwand	-9 637	-10 093	456	-4,5%
Haushaltaufwand	-12 299	-12 063	-236	2,0%
Unterhalt und Reparaturen Mobilien und Immobilien	-25 204	-24 542	-662	2,7%
Aufwand für Anlagennutzung	-19 748	-13 571	-6 177	45,5%
Abschreibungen	-32 298	-15 522	-16 776	108,1%
Äufnung Rückstellung Investitionspool	-12 445	-71 425	58 980	-82,6%
Aufwand für Energie und Wasser	-8 672	-9 037	365	-4,0%
Verwaltungs- und Informatikaufwand	-52 559	-45 138	-7 421	16,4%
Versicherungsprämien, Gebühren, Abgaben und übriger Betriebsaufwand	-12 576	-13 846	1 270	-9,2%
	-1 076 640	-1 079 428	2 788	-0,3%
Betriebsergebnis	40 408	6 187	34 221	553,1%
Nicht betrieblicher und ausserordentlicher Erfolg				
Zinsertrag Dritte und Nahestehende	636	742	-106	-14,3%
Zinsaufwand Dritte	-39	-276	237	-85,9%
Kursdifferenzen	-17	132	-149	-112,9%
Gewinn aus Veräusserung von Sachanlagevermögen	1 422	198	1 224	618,2%
Ausserordentlicher Ertrag	1 370	4 497	-3 127	-69,5%
Ausserordentlicher Aufwand	-1 081	-764	-317	41,5%
	2 291	4 529	-2 238	-49,4%
Jahresergebnis	42 699	10 716	31 983	298,5%
				.,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,

Bilanz Sparte Spitalbetrieb (per 31.12.2011 und Vorjahr)

	31.12.2011	Voriahr	Abweichung z	um Voriahr
Aktiven	TCHF	TCHF	in TCHF	in%
Umlaufvermögen	Term	TCIII	III TCTII	11170
Flüssige Mittel				
Kassen	101	73	28	38,4%
Post	69 708	69 488	220	0,3%
Banken	139 580	94 901	44 679	47,1%
Forderungen				· ·
Patientenguthaben	156 862	132 979	23 883	18,0%
./. Delkredere	-5 139	-6 852	1 713	-25,0%
Andere kurzfristige Forderungen Dritte	3 470	5 761	-2 291	-39,8%
Andere kurzfristige Forderungen Kanton, Bund	1 251	1 242	9	0,7%
Andere kurzfristige Forderungen Nahestehende	1 668	13 314	-11 646	-87,5%
Vorräte				
Bruttoinventarwert Vorräte	22 940	19 009	3 931	20,7%
Wertberichtigung Vorräte	-1 177	-1 469	292	-19,9%
Aktive Rechnungsabgrenzung	11 801	15 512	-3 711	-23,9%
	401 065	343 958	57 107	16,6%
Anlagevermögen				
Sachanlagen				
Grundstück und Gebäude	11 347	1 479	9 868	667,2%
Kranken- und Wirtschaftsmobiliar	718	1 046	-328	-31,4%
Medizinische Instrumente und Apparate	15 764	11 461	4 303	37,5%
Wasch-, Küchen- und Werkstattmobiliar	117	171	-54	-31,6%
Motorfahrzeuge	159	200	-41	-20,5%
EDV-Geräte	1 768	653	1 115	170,8%
Software	2 425	512	1 913	373,6%
	32 298	15 522	16 776	108,1%
/ Dalasta as Laurellia associa	22.200	45 522	46 776	400.40/
./. Belastung Investitionspools	-32 298	-15 522	-16 776	108,1%
Anlagen im Bau	44 240	6 40 4	5.064	04.00/
Vorauszahlungen an Projekte Kanton	11 248	6 184	5 064	81,9%
Anlagen in Bau aus Investitionssockel	27 270	18 390	8 880	48,3%
Anzahlungen an Lieferanten (Sachanlagen)	451	1 708	-1 257	-73,6%
Langfristige Forderungen	2 222	7 400	2.760	F2 40/
Langfristige Forderungen Dritte	3 333	7 102	-3 769 10 275	-53,1%
Langfristige Forderungen Nahestehende Total Aktiven	23 105 466 472	12 830 390 172	76 300	80,1% 19,6%
Total Aktivell	400 472	330 172	76 300	19,0 /0
Passiven				
Kurzfristiges Fremdkapital				
Sonstige kurzfristige Verbindlichkeiten				
Lieferantenkreditoren	64 055	47 469	16 586	34,9%
Andere kurzfristige Verbindlichkeiten Dritte	123 908	107 082	16 826	15,7%
Andere kurzfristige Verbindlichkeiten Kanton, Bund	24 109	14 241	9 868	69,3%
Andere kurzfristige Verbindlichkeiten Nahestehende	2 599	21 493	-18 894	-87,9%
Passive Rechnungsabgrenzung				
Übrige passive Rechnungsabgrenzung	3 878	2 140	1 738	81,2%
	218 549	192 425	26 124	13,6%
Langfristiges Fremdkapital				
Rückstellung Investitionspools	86 057	89 152	-3 095	-3,5%
Rückstellung allgemein	45 091	37 614	7 477	19,9%
Rückstellung Ferien/Dienstaltersgeschenke	27 313	24 219	3 094	12,8%
	158 461	150 985	7 476	5,0%
Eigenkapital				
Freie Reserven	25 246	19 897	5 349	26,9%
Gebundene Reserve aus JLV	21 507	16 149	5 358	33,2%
Gewinnvortrag	10	_	10	100,0%
	46 763	36 046	10 717	29,7%
Jahresergebnis	42 699	10 716	31 983	298,5%
Total Passiven	466 472	390 172	76 300	19,6%

Kommentar

Die Sparte Spitalbetrieb der Inselspital-Stiftung schliesst das Geschäftsjahr 2011 mit einem Gewinn von CHF 42,7 Mio. ab.

Die Verbesserung im Vorjahresvergleich (Gewinn von CHF 10,7 Mio.) ist im Wesentlichen auf eine Steigerung des Nettoertrags aus betrieblichen Leistungen im Umfang von CHF 31,4 Mio. (+2,9 %) bei gleichbleibendem Betriebsaufwand zurückzuführen.

Der stationäre Ertrag (inkl. Abgeltung durch den Kanton) erhöhte sich gegenüber dem Vorjahr um CHF 23,6 Mio. (+3,8 %). Die Zunahme ist insbesondere auf eine Erhöhung der für die stationäre Abgeltung relevanten Fallschwere (Case Mix Index) zurückzuführen.

Der gesamtschweizerische Trend des Ertragswachstums im ambulanten Bereich setzte sich im Jahr 2011 auch im Inselspital unvermindert fort. Die fakturierten Taxpunkte TARMED stiegen um 6,6 Mio. auf insgesamt 157,2 Mio. Taxpunkte (+4,4 %). Der gesamte ambulante Ertrag (exkl. ambulante Zusatzabgeltung durch den Kanton Bern) stieg um CHF 10,5 Mio. (+4,5 %) auf CHF 245,1 Mio.

Seit dem 1. Januar 2010 befindet sich das Inselspital bezüglich TARMED in einem vertragslosen Zustand. Die Übernahme der finanziellen Risiken einer allfälligen Taxpunktwertsenkung wurde im Rahmen der Jahresleistungsverträge 2010 und 2011 zwischen der Inselspital-Stiftung und der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern geregelt. Im Umfang des finanziellen Risikos der Inselspital-Stiftung wird seit 2010 eine entsprechende Rückstellung in der Jahresrechnung gebildet.

Der Personalaufwand stieg im Vergleich zum Vorjahr um CHF 23,0 Mio. auf CHF 624,9 Mio. (+3,8 %). Im Jahr 2011 wurden Lohnerhöhungen von 1,7 % (0,7 % Teuerung und 1,0 % individuelle Lohnerhöhungen) gewährt. Zudem wurde im Oktober 2011 eine Lohnrunde mit strukturellen Lohnmassnahmen für einzelne Berufsgruppen durchgeführt. Aufgrund der im Vergleich zum Jahr 2010 substanzielleren Lohnmassnahmen stieg auch der Einkauf in die Pensionskasse (Leistungsprimat) markant an.

Wesentlich zur Stabilisierung des Betriebsaufwands gegenüber dem Vorjahr haben die geringeren Investitionsrückstellungen beigetragen. Dies ist darauf zurückzuführen, dass im Jahr 2011 in deutlich geringerem Umfang Rückstellungen für beschlossene Investitionsgeschäfte gebildet werden mussten.

Leistungsbericht

Leistungsstatistik nach Hauptdiagnosekategorien (MDC)

(Auswertungszeitpunkt 22.2.2012)

	MDC	Fälle 2011	Fälle 2010	Ø AD 2011	Ø AD 2010	Case Mix 2011	Case Mix 2010	CMI 2011	CMI 2010	Anteil CM 2011	Anteil CM 2010
0	Diverse	3	4	12.7	11.8	10.0	13.4	3.346	3.346	0,0 %	0,0%
1	Krankheiten und Störungen des Nervensystems	3 841	3 689	7.7	7.3	6 008.5	5 141.3	1.564	1.394	10,8 %	9,8%
2	Krankheiten und Störungen des Auges	1 421	1 173	4.3	4.4	916.1	785.8	0.645	0.670	1,7 %	1,5 %
3	Krankheiten und Störungen von Ohr, Nase, Mund und Hals	1 889	2 002	5.3	5.1	1 892.0	1 901.5	1.002	0.950	3,4 %	3,6%
4	Krankheiten und Störungen des Atmungssystems	1 834	1 996	7.9	7.9	2 380.6	2 256.1	1.298	1.130	4,3 %	4,3 %
5	Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	6 806	6 629	6.3	6.4	13 633.6	13 076.8	2.003	1.973	24,6%	25,0%
6	Krankheiten und Störungen des Verdauungstraktes	2 114	2 157	8.4	8.7	2 693.3	2 575.5	1.274	1.194	4,9 %	4,9 %
7	Krankheiten und Störungen der Leber, der Gallenwege und des Pankreas	747	711	10.5	11.6	1 250.5	1 232.1	1.674	1.733	2,3 %	2,4%
8	Krankheiten und Störungen des Bewegungsapparates und des Bindegewebes	4 622	4 589	7.7	7.7	5 355.4	5 235.2	1.159	1.141	9,7 %	10,0 %
9	Krankheiten und Störungen der Haut, des Unterhautgewebes/Mammae	1 266	1 303	6.7	7.0	1 141.6	1 199.6	0.902	0.921	2,1 %	2,3 %
10	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten und Störungen	760	713	9.5	10.0	992.7	932.6	1.306	1.308	1,8 %	1,8 %
11	Krankheiten und Störungen der Niere und der Harnwege	2 253	2 231	6.0	6.4	2 011.0	2 029.0	0.893	0.909	3,6%	3,9 %
12	Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane	390	469	6.6	6.3	335.6	387.0	0.861	0.825	0,6%	0,7 %
13	Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane	758	832	7.0	6.1	861.8	859.5	1.137	1.033	1,6%	1,6%
14	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	1 954	1 991	7.5	7.1	1 596.9	1 576.7	0.817	0.792	2,9 %	3,0 %
15	Neonatologie	1 833	1 879	11.5	11.0	3 388.5	3 092.4	1.849	1.646	6,1 %	5,9%
16	Hämatologische und immunologische Krankheiten und Störungen	415	306	7.6	7.8	446.0	314.4	1.075	1.027	0,8%	0,6%
17	Myeloproliferative Erkrankungen und Störungen und wenig differenzierte Neoplasien	1 531	1 417	7.5	7.4	1 989.3	1 623.2	1.299	1.146	3,6%	3,1 %
18	Infektiöse und parasitäre Krankheiten (systematisch oder nicht klar lokalisierbar)	700	744	12.3	11.0	1 523.3	1 194.2	2.176	1.605	2,7 %	2,3 %
19	Krankheiten und Störungen der Psyche	429	445	17.1	18.0	586.1	639.4	1.366	1.437	1,1 %	1,2 %
20	Durch Alkohol-/Drogenkonsum verursachte										
	organisch-psychische Störungen	72	51	6.6	7.3	41.8	33.8	0.581	0.663	0,1 %	0,1 %
21	Verletzungen, Vergiftungen und toxische Wirkung von Drogen und Arzneimitteln	760	782	7.1	6.9	855.4	851.7	1.126	1.089	1,5 %	1,6%
22	Verbrennungen	67	64	10.1	7.1	171.2	100.8	2.555	1.574	0,3 %	0,2 %
23	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und Kontakte mit Gesundheitsanbietern	414	502	4.5	4.5	264.5	328.7	0.639	0.655	0,5 %	0,6%
24	HIV-Infektionen	7	5	20.3	24.2	15.0	13.0	2.139	2.598	0,0 %	0,0 %
25	Mehrere, bedeutende Traumata (Polytraumata)	201	191	12.8	13.6	676.9	618.5	3.368	3.238	1,2 %	1,2 %
26	Tracheotomien und Transplantationen	463	442	22.2	24.0	4 130.1	4 049.7	8.920	9.162	7,5 %	7,7 %
27	Todesfall oder Verlegung am ersten Aufenthaltstag	714	647	1.0	1.0		196.4	0.332	0.304	0,4%	0,4%
28	Nicht verrechenbarer Spitalaufenthalt	1	-	11.0	-	1.0	-	1.033	_	0,0 %	0,0 %
	Total DRG-Austritte codiert	38 265	37 964	7.6	7.6	55 405.9	52 258.5	1.448	1.377	100,0 %	100,0 %
	Nicht codierte DRG-Austritte	1	1	_	_						
	Neurorehabilitation	120	118	53.7	52.1						
	Gesamttotal	38 386	38 083	7.7	7.7						

MDC = Major Diagnostic Category

CMI = Case Mix Index

DRG = Diagnosis Related Groups

AD = Aufenthaltsdauer

2011 CostWeight-Modell 6.0 2010 CostWeight-Modell 6.0

Hitlisten der Top-20-DRG (Auswertungszeitpunkt 22.2.2012)

	Top-20-DRG nach Anzahl Austritten 2011	Fälle	Ø AD	Case Mix	
					Index
112	Perkutane kardiovaskuläre Eingriffe ohne akuten Myokardinfarkt, Herzinsuffizienz (/-versagen) oder Schock	1 084	2.4	1 099.0	1.014
629	Neugeborenes, Geburtsgewicht > 2499 g, ohne bedeutenden Eingriff, mit normaler	1 004	2.7	1 000.0	1.014
	Neugeborenen-Diagnose	824	5.1	233.6	0.283
808	Perkutaner kardiovaskulärer Eingriff bei akutem Myokardinfarkt, Herzinsuffizienz (/-versagen)	700	2.0	4.040.2	4 467
125	oder Schock Kreislaufstörungen, ausgenommen akuter Myokardinfarkt, mit Herzkatheter ohne komplexe Diagnostik	709 659	3.0	1 040.3	1.467
125 14	Spezifische cerebrovaskuläre Störungen, ausgenommen transitorische ischämische Attacken	516	7.6	315.1 536.3	1.039
	Verlegung innert weniger als 24 Stunden nach dem Eintritt, ohne operativen Eingriff	478	1.0	96.6	0.202
373		476	4.9	264.2	0.555
410	Chemotherapie, Alter > 17, ohne Leukämie	447	3.2	241.5	0.540
1	Kraniotomie, Alter > 17, ausgenommen nach Trauma	414	7.7	941.4	2.274
323	Harnsteine, mit KK, und/oder ESWL (extrakorporale Stosswellenlithotripsie)	406	3.4	192.2	0.473
36	Eingriffe an der Retina	368	4.1	278.3	0.756
479	Andere vaskuläre Eingriffe, ohne KK	350	3.4	344.1	0.983
775	Bronchitis und Asthma, Alter < 18, ohne KK	350	4.1	187.6	0.536
124	Kreislaufstörungen, ausgenommen akuter Myokardinfarkt, mit Herzkatheter und komplexer Diagnostik	322	3.3	236.8	0.736
758	Eingriffe an Rücken und Hals, ausgenommen Arthrodese der Wirbelsäule, ohne KK	318	5.7	313.8	0.987
371	Kaiserschnitt, ohne KK	304	9.2	360.2	1.185
55	Verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals	297	3.7	207.9	0.700
42	Eingriffe am Auge, ausgenommen an der Retina, Iris und Linse	287	4.5	185.0	0.644
107	Koronarer Bypass, ohne Herzkatheter	266	10.6	792.4	2.979
1231	Lokale Exzision und Entfernung von internen Fixationsimplantaten, ausgenommen				
	Hüfte und Femur, mit Mehrfacheingriffen	240	5.3	175.1	0.730
	Total Top-20-DRG-Austritte	9 115		8 041.4	
	Total codierte Fälle (ohne Neurorehabilitation)	38 265	7.6	55 405.9	1.448
	Anteil Top 20 in %	23,8%	7.0	14,5 %	
				,	
	T 20 DDC	Ezil.	Ø 45	C M:	C Mi
	Top-20-DRG nach Höhe des Case Mix 2011*	Fälle	Ø AD	Case Mix	
545					Index
_	Herzklappeneingriffe, mit schweren KK	Fälle 176	Ø AD	Case Mix 1 221.5	
_					Index
112	Herzklappeneingriffe, mit schweren KK Perkutane kardiovaskuläre Eingriffe ohne akuten Myokardinfarkt, Herzinsuffizienz (/-versagen) oder Schock Perkutaner kardiovaskulärer Eingriff bei akutem Myokardinfarkt, Herzinsuffizienz	176 1 084	19.2	1 221.5	6.940 1.014
808	Herzklappeneingriffe, mit schweren KK Perkutane kardiovaskuläre Eingriffe ohne akuten Myokardinfarkt, Herzinsuffizienz (/-versagen) oder Schock Perkutaner kardiovaskulärer Eingriff bei akutem Myokardinfarkt, Herzinsuffizienz (/-versagen) oder Schock	176 1 084 709	19.2 2.4 3.0	1 221.5 1 099.0 1 040.3	1.014 1.467
112 808	Herzklappeneingriffe, mit schweren KK Perkutane kardiovaskuläre Eingriffe ohne akuten Myokardinfarkt, Herzinsuffizienz (/-versagen) oder Schock Perkutaner kardiovaskulärer Eingriff bei akutem Myokardinfarkt, Herzinsuffizienz (/-versagen) oder Schock Kraniotomie, Alter > 17, ausgenommen nach Trauma	176 1 084	19.2	1 221.5	6.940 1.014
112 808	Herzklappeneingriffe, mit schweren KK Perkutane kardiovaskuläre Eingriffe ohne akuten Myokardinfarkt, Herzinsuffizienz (/-versagen) oder Schock Perkutaner kardiovaskulärer Eingriff bei akutem Myokardinfarkt, Herzinsuffizienz (/-versagen) oder Schock Kraniotomie, Alter > 17, ausgenommen nach Trauma Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, mit Nebeneingriff (Operationsraum),	176 1 084 709 414	19.2 2.4 3.0 7.7	1 221.5 1 099.0 1 040.3 941.4	1.014 1.467 2.274
112 808 1 882	Herzklappeneingriffe, mit schweren KK Perkutane kardiovaskuläre Eingriffe ohne akuten Myokardinfarkt, Herzinsuffizienz (/-versagen) oder Schock Perkutaner kardiovaskulärer Eingriff bei akutem Myokardinfarkt, Herzinsuffizienz (/-versagen) oder Schock Kraniotomie, Alter > 17, ausgenommen nach Trauma Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, mit Nebeneingriff (Operationsraum), mit katastrophalen KK	176 1 084 709 414 197	19.2 2.4 3.0 7.7 11.8	1 221.5 1 099.0 1 040.3 941.4 853.1	1.014 1.467 2.274
112 808 1 882	Herzklappeneingriffe, mit schweren KK Perkutane kardiovaskuläre Eingriffe ohne akuten Myokardinfarkt, Herzinsuffizienz (/-versagen) oder Schock Perkutaner kardiovaskulärer Eingriff bei akutem Myokardinfarkt, Herzinsuffizienz (/-versagen) oder Schock Kraniotomie, Alter > 17, ausgenommen nach Trauma Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, mit Nebeneingriff (Operationsraum), mit katastrophalen KK Koronarer Bypass, ohne Herzkatheter	176 1 084 709 414	19.2 2.4 3.0 7.7	1 221.5 1 099.0 1 040.3 941.4	1.014 1.467 2.274
112 808 1 882	Herzklappeneingriffe, mit schweren KK Perkutane kardiovaskuläre Eingriffe ohne akuten Myokardinfarkt, Herzinsuffizienz (/-versagen) oder Schock Perkutaner kardiovaskulärer Eingriff bei akutem Myokardinfarkt, Herzinsuffizienz (/-versagen) oder Schock Kraniotomie, Alter > 17, ausgenommen nach Trauma Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, mit Nebeneingriff (Operationsraum), mit katastrophalen KK	176 1 084 709 414 197	19.2 2.4 3.0 7.7 11.8	1 221.5 1 099.0 1 040.3 941.4 853.1	1.014 1.467 2.274
112 808 1 882 107 876	Herzklappeneingriffe, mit schweren KK Perkutane kardiovaskuläre Eingriffe ohne akuten Myokardinfarkt, Herzinsuffizienz (/-versagen) oder Schock Perkutaner kardiovaskulärer Eingriff bei akutem Myokardinfarkt, Herzinsuffizienz (/-versagen) oder Schock Kraniotomie, Alter > 17, ausgenommen nach Trauma Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, mit Nebeneingriff (Operationsraum), mit katastrophalen KK Koronarer Bypass, ohne Herzkatheter Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mit Eingriff (Operationsraum),	176 1 084 709 414 197 266	19.2 2.4 3.0 7.7 11.8 10.6	1 221.5 1 099.0 1 040.3 941.4 853.1 792.4	1.014 1.467 2.274 4.331 2.979
112 808 1 882 107 876	Herzklappeneingriffe, mit schweren KK Perkutane kardiovaskuläre Eingriffe ohne akuten Myokardinfarkt, Herzinsuffizienz (/-versagen) oder Schock Perkutaner kardiovaskulärer Eingriff bei akutem Myokardinfarkt, Herzinsuffizienz (/-versagen) oder Schock Kraniotomie, Alter > 17, ausgenommen nach Trauma Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, mit Nebeneingriff (Operationsraum), mit katastrophalen KK Koronarer Bypass, ohne Herzkatheter Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mit Eingriff (Operationsraum), mit katastrophalen KK	176 1 084 709 414 197 266 113	19.2 2.4 3.0 7.7 11.8 10.6	1 221.5 1 099.0 1 040.3 941.4 853.1 792.4 693.6	1.014 1.467 2.274 4.331 2.979
112 808 1 882 107 876 1974 530	Herzklappeneingriffe, mit schweren KK Perkutane kardiovaskuläre Eingriffe ohne akuten Myokardinfarkt, Herzinsuffizienz (/-versagen) oder Schock Perkutaner kardiovaskulärer Eingriff bei akutem Myokardinfarkt, Herzinsuffizienz (/-versagen) oder Schock Kraniotomie, Alter > 17, ausgenommen nach Trauma Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, mit Nebeneingriff (Operationsraum), mit katastrophalen KK Koronarer Bypass, ohne Herzkatheter Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mit Eingriff (Operationsraum), mit katastrophalen KK Herzklappeneingriffe, ohne Herzkatheter, mit KK, mit Mehrfacheingriffen	176 1 084 709 414 197 266 113 119	19.2 2.4 3.0 7.7 11.8 10.6 14.7 12.5	1 221.5 1 099.0 1 040.3 941.4 853.1 792.4 693.6 578.3	1.014 1.467 2.274 4.331 2.979 6.138 4.859
112 808 1 882 107 876 1974 530	Herzklappeneingriffe, mit schweren KK Perkutane kardiovaskuläre Eingriffe ohne akuten Myokardinfarkt, Herzinsuffizienz (/-versagen) oder Schock Perkutaner kardiovaskulärer Eingriff bei akutem Myokardinfarkt, Herzinsuffizienz (/-versagen) oder Schock Kraniotomie, Alter > 17, ausgenommen nach Trauma Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, mit Nebeneingriff (Operationsraum), mit katastrophalen KK Koronarer Bypass, ohne Herzkatheter Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mit Eingriff (Operationsraum), mit katastrophalen KK Herzklappeneingriffe, ohne Herzkatheter, mit KK, mit Mehrfacheingriffen Kraniotomie, mit schweren KK	176 1 084 709 414 197 266 113 119 155	19.2 2.4 3.0 7.7 11.8 10.6 14.7 12.5 12.7	1 221.5 1 099.0 1 040.3 941.4 853.1 792.4 693.6 578.3 571.5	1.014 1.467 2.274 4.331 2.979 6.138 4.859 3.687
112 808 1 882 107 876 1974 530 1001	Herzklappeneingriffe, mit schweren KK Perkutane kardiovaskuläre Eingriffe ohne akuten Myokardinfarkt, Herzinsuffizienz (/-versagen) oder Schock Perkutaner kardiovaskulärer Eingriff bei akutem Myokardinfarkt, Herzinsuffizienz (/-versagen) oder Schock Kraniotomie, Alter > 17, ausgenommen nach Trauma Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, mit Nebeneingriff (Operationsraum), mit katastrophalen KK Koronarer Bypass, ohne Herzkatheter Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mit Eingriff (Operationsraum), mit katastrophalen KK Herzklappeneingriffe, ohne Herzkatheter, mit KK, mit Mehrfacheingriffen Kraniotomie, mit schweren KK Kraniotomie, Alter > 17, ausgenommen nach Trauma, mit Mehrfacheingriffen	176 1 084 709 414 197 266 113 119 155 190	19.2 2.4 3.0 7.7 11.8 10.6 14.7 12.5 12.7	1 221.5 1 099.0 1 040.3 941.4 853.1 792.4 693.6 578.3 571.5 564.0	1.014 1.467 2.274 4.331 2.979 6.138 4.859 3.687 2.968
112 808 1 882 107 876 1974 530 1001 104	Herzklappeneingriffe, mit schweren KK Perkutane kardiovaskuläre Eingriffe ohne akuten Myokardinfarkt, Herzinsuffizienz (/-versagen) oder Schock Perkutaner kardiovaskulärer Eingriff bei akutem Myokardinfarkt, Herzinsuffizienz (/-versagen) oder Schock Kraniotomie, Alter > 17, ausgenommen nach Trauma Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, mit Nebeneingriff (Operationsraum), mit katastrophalen KK Koronarer Bypass, ohne Herzkatheter Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mit Eingriff (Operationsraum), mit katastrophalen KK Herzklappeneingriffe, ohne Herzkatheter, mit KK, mit Mehrfacheingriffen Kraniotomie, mit schweren KK Kraniotomie, Alter > 17, ausgenommen nach Trauma, mit Mehrfacheingriffen Herzklappeneingriffe, mit Herzkatheter	176 1 084 709 414 197 266 113 119 155 190 115	19.2 2.4 3.0 7.7 11.8 10.6 14.7 12.5 12.7 10.0 11.6	1 221.5 1 099.0 1 040.3 941.4 853.1 792.4 693.6 578.3 571.5 564.0 552.2	1.014 1.467 2.274 4.331 2.979 6.138 4.859 3.687 2.968 4.801
112 808 1 882 107 876 1974 530 1001 104 14	Herzklappeneingriffe, mit schweren KK Perkutane kardiovaskuläre Eingriffe ohne akuten Myokardinfarkt, Herzinsuffizienz (/-versagen) oder Schock Perkutaner kardiovaskulärer Eingriff bei akutem Myokardinfarkt, Herzinsuffizienz (/-versagen) oder Schock Kraniotomie, Alter > 17, ausgenommen nach Trauma Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, mit Nebeneingriff (Operationsraum), mit katastrophalen KK Koronarer Bypass, ohne Herzkatheter Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mit Eingriff (Operationsraum), mit katastrophalen KK Herzklappeneingriffe, ohne Herzkatheter, mit KK, mit Mehrfacheingriffen Kraniotomie, mit schweren KK Kraniotomie, Alter > 17, ausgenommen nach Trauma, mit Mehrfacheingriffen Herzklappeneingriffe, mit Herzkatheter Spezifische cerebrovaskuläre Störungen, ausgenommen transitorische ischämische Attacken	176 1 084 709 414 197 266 113 119 155 190 115 516	19.2 2.4 3.0 7.7 11.8 10.6 14.7 12.5 12.7 10.0 11.6 7.6	1 221.5 1 099.0 1 040.3 941.4 853.1 792.4 693.6 578.3 571.5 564.0 552.2 536.3	1.014 1.467 2.274 4.331 2.979 6.138 4.859 3.687 2.968 4.801 1.039
112 808 1 882 107 876 1974 530 1001 104 14 607	Herzklappeneingriffe, mit schweren KK Perkutane kardiovaskuläre Eingriffe ohne akuten Myokardinfarkt, Herzinsuffizienz (/-versagen) oder Schock Perkutaner kardiovaskulärer Eingriff bei akutem Myokardinfarkt, Herzinsuffizienz (/-versagen) oder Schock Kraniotomie, Alter > 17, ausgenommen nach Trauma Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, mit Nebeneingriff (Operationsraum), mit katastrophalen KK Koronarer Bypass, ohne Herzkatheter Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mit Eingriff (Operationsraum), mit katastrophalen KK Herzklappeneingriffe, ohne Herzkatheter, mit KK, mit Mehrfacheingriffen Kraniotomie, mit schweren KK Kraniotomie, Alter > 17, ausgenommen nach Trauma, mit Mehrfacheingriffen Herzklappeneingriffe, mit Herzkatheter Spezifische cerebrovaskuläre Störungen, ausgenommen transitorische ischämische Attacken Neugeborenes, Geburtsgewicht 1000–499 g, ohne bedeutenden Eingriff, lebend aus der Klinik entlassen	176 1 084 709 414 197 266 113 119 155 190 115 516 74	19.2 2.4 3.0 7.7 11.8 10.6 14.7 12.5 12.7 10.0 11.6 7.6 33.1	1 221.5 1 099.0 1 040.3 941.4 853.1 792.4 693.6 578.3 571.5 564.0 552.2 536.3 523.3	1.014 1.467 2.274 4.331 2.979 6.138 4.859 3.687 2.968 4.801 1.039 7.072
112 808 1 882 107 876 1974 530 1001 104 14 607 974 602	Herzklappeneingriffe, mit schweren KK Perkutane kardiovaskuläre Eingriffe ohne akuten Myokardinfarkt, Herzinsuffizienz (/-versagen) oder Schock Perkutaner kardiovaskulärer Eingriff bei akutem Myokardinfarkt, Herzinsuffizienz (/-versagen) oder Schock Kraniotomie, Alter > 17, ausgenommen nach Trauma Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, mit Nebeneingriff (Operationsraum), mit katastrophalen KK Koronarer Bypass, ohne Herzkatheter Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mit Eingriff (Operationsraum), mit katastrophalen KK Herzklappeneingriffe, ohne Herzkatheter, mit KK, mit Mehrfacheingriffen Kraniotomie, mit schweren KK Kraniotomie, Alter > 17, ausgenommen nach Trauma, mit Mehrfacheingriffen Herzklappeneingriffe, mit Herzkatheter Spezifische cerebrovaskuläre Störungen, ausgenommen transitorische ischämische Attacken Neugeborenes, Geburtsgewicht 1000–499g, ohne bedeutenden Eingriff, lebend aus der Klinik entlassen Herzklappeneingriffe, ohne Herzkatheter mit KK	176 1 084 709 414 197 266 113 119 155 190 115 516 74 126	19.2 2.4 3.0 7.7 11.8 10.6 14.7 12.5 12.7 10.0 11.6 7.6 33.1 10.6	1 221.5 1 099.0 1 040.3 941.4 853.1 792.4 693.6 578.3 571.5 564.0 552.2 536.3 523.3 496.9	1.014 1.467 2.274 4.331 2.979 6.138 4.859 3.687 2.968 4.801 1.039 7.072 3.944
112 808 1 882 107 876 1974 530 1001 104 14 607 974 602	Herzklappeneingriffe, mit schweren KK Perkutane kardiovaskuläre Eingriffe ohne akuten Myokardinfarkt, Herzinsuffizienz (/-versagen) oder Schock Perkutaner kardiovaskulärer Eingriff bei akutem Myokardinfarkt, Herzinsuffizienz (/-versagen) oder Schock Kraniotomie, Alter > 17, ausgenommen nach Trauma Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, mit Nebeneingriff (Operationsraum), mit katastrophalen KK Koronarer Bypass, ohne Herzkatheter Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mit Eingriff (Operationsraum), mit katastrophalen KK Herzklappeneingriffe, ohne Herzkatheter, mit KK, mit Mehrfacheingriffen Kraniotomie, mit schweren KK Kraniotomie, Alter > 17, ausgenommen nach Trauma, mit Mehrfacheingriffen Herzklappeneingriffe, mit Herzkatheter Spezifische cerebrovaskuläre Störungen, ausgenommen transitorische ischämische Attacken Neugeborenes, Geburtsgewicht 1000–499g, ohne bedeutenden Eingriff, lebend aus der Klinik entlassen Herzklappeneingriffe, ohne Herzkatheter mit KK Neugeborenes, Geburtsgewicht < 750 g, lebend aus der Klinik entlassen	176 1 084 709 414 197 266 113 119 155 190 115 516 74 126 21	19.2 2.4 3.0 7.7 11.8 10.6 14.7 12.5 12.7 10.0 11.6 7.6 33.1 10.6 86.3	1 221.5 1 099.0 1 040.3 941.4 853.1 792.4 693.6 578.3 571.5 564.0 552.2 536.3 496.9 474.6	1.014 1.467 2.274 4.331 2.979 6.138 4.859 3.687 2.968 4.801 1.039 7.072 3.944 22.601
112 808 1 882 107 876 1974 530 1001 104 14 607 974 602 546	Herzklappeneingriffe, mit schweren KK Perkutane kardiovaskuläre Eingriffe ohne akuten Myokardinfarkt, Herzinsuffizienz (/-versagen) oder Schock Perkutaner kardiovaskulärer Eingriff bei akutem Myokardinfarkt, Herzinsuffizienz (/-versagen) oder Schock Kraniotomie, Alter > 17, ausgenommen nach Trauma Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, mit Nebeneingriff (Operationsraum), mit katastrophalen KK Koronarer Bypass, ohne Herzkatheter Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mit Eingriff (Operationsraum), mit katastrophalen KK Herzklappeneingriffe, ohne Herzkatheter, mit KK, mit Mehrfacheingriffen Kraniotomie, mit schweren KK Kraniotomie, Alter > 17, ausgenommen nach Trauma, mit Mehrfacheingriffen Herzklappeneingriffe, mit Herzkatheter Spezifische cerebrovaskuläre Störungen, ausgenommen transitorische ischämische Attacken Neugeborenes, Geburtsgewicht 1000–499 g, ohne bedeutenden Eingriff, lebend aus der Klinik entlassen Herzklappeneingriffe, ohne Herzkatheter mit KK Neugeborenes, Geburtsgewicht < 750 g, lebend aus der Klinik entlassen Koronarer Bypass, mit schweren KK	176 1 084 709 414 197 266 113 119 155 190 115 516 74 126 21 85	19.2 2.4 3.0 7.7 11.8 10.6 14.7 12.5 12.7 10.0 11.6 7.6 33.1 10.6 86.3 16.2	1 221.5 1 099.0 1 040.3 941.4 853.1 792.4 693.6 578.3 571.5 564.0 552.2 536.3 496.9 474.6 460.0	1.014 1.467 2.274 4.331 2.979 6.138 4.859 3.687 2.968 4.801 1.039 7.072 3.944 22.601 5.412
112 808 1 882 107 876 1974 530 1001 104 14 607 974 602 546 106	Herzklappeneingriffe, mit schweren KK Perkutane kardiovaskuläre Eingriffe ohne akuten Myokardinfarkt, Herzinsuffizienz (/-versagen) oder Schock Perkutaner kardiovaskulärer Eingriff bei akutem Myokardinfarkt, Herzinsuffizienz (/-versagen) oder Schock Kraniotomie, Alter > 17, ausgenommen nach Trauma Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, mit Nebeneingriff (Operationsraum), mit katastrophalen KK Koronarer Bypass, ohne Herzkatheter Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mit Eingriff (Operationsraum), mit katastrophalen KK Herzklappeneingriffe, ohne Herzkatheter, mit KK, mit Mehrfacheingriffen Kraniotomie, mit schweren KK Kraniotomie, Alter > 17, ausgenommen nach Trauma, mit Mehrfacheingriffen Herzklappeneingriffe, mit Herzkatheter Spezifische cerebrovaskuläre Störungen, ausgenommen transitorische ischämische Attacken Neugeborenes, Geburtsgewicht 1000–499g, ohne bedeutenden Eingriff, lebend aus der Klinik entlassen Herzklappeneingriffe, ohne Herzkatheter mit KK Neugeborenes, Geburtsgewicht < 750 g, lebend aus der Klinik entlassen Koronarer Bypass, mit schweren KK	176 1 084 709 414 197 266 113 119 155 190 115 516 74 126 21 85 113	19.2 2.4 3.0 7.7 11.8 10.6 14.7 12.5 12.7 10.0 11.6 7.6 33.1 10.6 86.3 16.2 12.6	1 221.5 1 099.0 1 040.3 941.4 853.1 792.4 693.6 578.3 571.5 564.0 552.2 536.3 496.9 474.6 460.0 453.8	1.014 1.467 2.274 4.331 2.979 6.138 4.859 3.687 2.968 4.801 1.039 7.072 3.944 22.601 5.412 4.016
112 808 1 882 107 876 1974 530 1001 104 14 607 974 602 546 106 906	Herzklappeneingriffe, mit schweren KK Perkutane kardiovaskuläre Eingriffe ohne akuten Myokardinfarkt, Herzinsuffizienz (/-versagen) oder Schock Perkutaner kardiovaskulärer Eingriff bei akutem Myokardinfarkt, Herzinsuffizienz (/-versagen) oder Schock Kraniotomie, Alter > 17, ausgenommen nach Trauma Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, mit Nebeneingriff (Operationsraum), mit katastrophalen KK Koronarer Bypass, ohne Herzkatheter Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mit Eingriff (Operationsraum), mit katastrophalen KK Herzklappeneingriffe, ohne Herzkatheter, mit KK, mit Mehrfacheingriffen Kraniotomie, mit schweren KK Kraniotomie, Alter > 17, ausgenommen nach Trauma, mit Mehrfacheingriffen Herzklappeneingriffe, mit Herzkatheter Spezifische cerebrovaskuläre Störungen, ausgenommen transitorische ischämische Attacken Neugeborenes, Geburtsgewicht 1000–499g, ohne bedeutenden Eingriff, lebend aus der Klinik entlassen Herzklappeneingriffe, ohne Herzkatheter mit KK Neugeborenes, Geburtsgewicht < 750 g, lebend aus der Klinik entlassen Koronarer Bypass, mit schweren KK Koronarer Bypass, mit Herzkatheter Autologe Knochenmarktransplantation (Phase B: Transplantation)	176 1 084 709 414 197 266 113 119 155 190 115 516 74 126 21 85 113 95	19.2 2.4 3.0 7.7 11.8 10.6 14.7 12.5 12.7 10.0 11.6 7.6 33.1 10.6 86.3 16.2 12.6 22.1	1 221.5 1 099.0 1 040.3 941.4 853.1 792.4 693.6 578.3 571.5 564.0 552.2 536.3 496.9 474.6 460.0 453.8 453.3	1.014 1.467 2.274 4.331 2.979 6.138 4.859 3.687 2.968 4.801 1.039 7.072 3.944 22.601 5.412 4.016 4.772
112 808 1 882 107 876 1974 530 1001 104 14 607 974 602 546 106 906 550	Herzklappeneingriffe, mit schweren KK Perkutane kardiovaskuläre Eingriffe ohne akuten Myokardinfarkt, Herzinsuffizienz (/-versagen) oder Schock Perkutaner kardiovaskulärer Eingriff bei akutem Myokardinfarkt, Herzinsuffizienz (/-versagen) oder Schock Kraniotomie, Alter > 17, ausgenommen nach Trauma Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, mit Nebeneingriff (Operationsraum), mit katastrophalen KK Koronarer Bypass, ohne Herzkatheter Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mit Eingriff (Operationsraum), mit katastrophalen KK Herzklappeneingriffe, ohne Herzkatheter, mit KK, mit Mehrfacheingriffen Kraniotomie, mit schweren KK Kraniotomie, Alter > 17, ausgenommen nach Trauma, mit Mehrfacheingriffen Herzklappeneingriffe, mit Herzkatheter Spezifische cerebrovaskuläre Störungen, ausgenommen transitorische ischämische Attacken Neugeborenes, Geburtsgewicht 1000–499 g, ohne bedeutenden Eingriff, lebend aus der Klinik entlassen Herzklappeneingriffe, ohne Herzkatheter mit KK Neugeborenes, Geburtsgewicht < 750 g, lebend aus der Klinik entlassen Koronarer Bypass, mit schweren KK Koronarer Bypass, mit Herzkatheter Autologe Knochenmarktransplantation (Phase B: Transplantation) Andere vaskuläre Eingriffe, mit schweren KK Infektiöse und parasitäre Krankheiten (systemisch oder nicht klar lokalisierbar)	176 1 084 709 414 197 266 113 119 155 190 115 516 74 126 21 85 113 95 197 44	19.2 2.4 3.0 7.7 11.8 10.6 14.7 12.5 12.7 10.0 11.6 7.6 33.1 10.6 86.3 16.2 12.6 22.1 7.4 32.3	1 221.5 1 099.0 1 040.3 941.4 853.1 792.4 693.6 578.3 571.5 564.0 552.2 536.3 496.9 474.6 460.0 453.8 453.3 417.9 406.3	Index 6.940 1.014 1.467 2.274 4.331 2.979 6.138 4.859 3.687 2.968 4.801 1.039 7.072 3.944 22.601 5.412 4.016 4.772 2.121 9.235
112 808 1 882 107 876 1974 530 1001 104 14 607 974 602 546 106 906 550	Herzklappeneingriffe, mit schweren KK Perkutane kardiovaskuläre Eingriffe ohne akuten Myokardinfarkt, Herzinsuffizienz (/-versagen) oder Schock Perkutaner kardiovaskulärer Eingriff bei akutem Myokardinfarkt, Herzinsuffizienz (/-versagen) oder Schock Kraniotomie, Alter > 17, ausgenommen nach Trauma Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, mit Nebeneingriff (Operationsraum), mit katastrophalen KK Koronarer Bypass, ohne Herzkatheter Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mit Eingriff (Operationsraum), mit katastrophalen KK Herzklappeneingriffe, ohne Herzkatheter, mit KK, mit Mehrfacheingriffen Kraniotomie, mit schweren KK Kraniotomie, Alter > 17, ausgenommen nach Trauma, mit Mehrfacheingriffen Herzklappeneingriffe, mit Herzkatheter Spezifische cerebrovaskuläre Störungen, ausgenommen transitorische ischämische Attacken Neugeborenes, Geburtsgewicht 1000–499 g, ohne bedeutenden Eingriff, lebend aus der Klinik entlassen Herzklappeneingriffe, ohne Herzkatheter mit KK Neugeborenes, Geburtsgewicht < 750 g, lebend aus der Klinik entlassen Koronarer Bypass, mit schweren KK Koronarer Bypass, mit Herzkatheter Autologe Knochenmarktransplantation (Phase B: Transplantation) Andere vaskuläre Eingriffe, mit schweren KK Infektiöse und parasitäre Krankheiten (systemisch oder nicht klar lokalisierbar)	176 1 084 709 414 197 266 113 119 155 190 115 516 74 126 21 85 113 95 197 44 4809	19.2 2.4 3.0 7.7 11.8 10.6 14.7 12.5 12.7 10.0 11.6 7.6 33.1 10.6 86.3 16.2 12.6 22.1 7.4 32.3	1 221.5 1 099.0 1 040.3 941.4 853.1 792.4 693.6 578.3 571.5 564.0 552.2 536.3 496.9 474.6 460.0 453.8 453.3 417.9 406.3	Index 6.940 1.014 1.467 2.274 4.331 2.979 6.138 4.859 3.687 2.968 4.801 1.039 7.072 3.944 22.601 5.412 4.016 4.772 2.121 9.235
112 808 1 882 107 876 1974 530 1001 104 14 607 974 602 546 106 906 550	Herzklappeneingriffe, mit schweren KK Perkutane kardiovaskuläre Eingriffe ohne akuten Myokardinfarkt, Herzinsuffizienz (/-versagen) oder Schock Perkutaner kardiovaskulärer Eingriff bei akutem Myokardinfarkt, Herzinsuffizienz (/-versagen) oder Schock Kraniotomie, Alter > 17, ausgenommen nach Trauma Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, mit Nebeneingriff (Operationsraum), mit katastrophalen KK Koronarer Bypass, ohne Herzkatheter Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mit Eingriff (Operationsraum), mit katastrophalen KK Herzklappeneingriffe, ohne Herzkatheter, mit KK, mit Mehrfacheingriffen Kraniotomie, mit schweren KK Kraniotomie, Alter > 17, ausgenommen nach Trauma, mit Mehrfacheingriffen Herzklappeneingriffe, mit Herzkatheter Spezifische cerebrovaskuläre Störungen, ausgenommen transitorische ischämische Attacken Neugeborenes, Geburtsgewicht 1000–499 g, ohne bedeutenden Eingriff, lebend aus der Klinik entlassen Herzklappeneingriffe, ohne Herzkatheter mit KK Neugeborenes, Geburtsgewicht < 750 g, lebend aus der Klinik entlassen Koronarer Bypass, mit schweren KK Koronarer Bypass, mit Herzkatheter Autologe Knochenmarktransplantation (Phase B: Transplantation) Andere vaskuläre Eingriffe, mit schweren KK Infektiöse und parasitäre Krankheiten (systemisch oder nicht klar lokalisierbar)	176 1 084 709 414 197 266 113 119 155 190 115 516 74 126 21 85 113 95 197 44	19.2 2.4 3.0 7.7 11.8 10.6 14.7 12.5 12.7 10.0 11.6 7.6 33.1 10.6 86.3 16.2 12.6 22.1 7.4 32.3	1 221.5 1 099.0 1 040.3 941.4 853.1 792.4 693.6 578.3 571.5 564.0 552.2 536.3 496.9 474.6 460.0 453.8 453.3 417.9 406.3	1.014 1.467 2.274 4.331 2.979 6.138 4.859 3.687 2.968 4.801 1.039 7.072 3.944 22.601 5.412 4.016 4.772 2.121 9.235

Leistungsstatistik der Universitätskliniken 2011

(Auswertungszeitpunkt 22.2.2012)

Universitätskliniken	Fälle	Fälle	Case Mix	Case Mix	CMI	СМІ	Pflegetage	Ø AD
	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2011
Universitäres Notfallzentrum	604	618	163.8	164.5	0.271	0.266	719	1.2
Universitätsklinik für Allgemeine Innere Medizin	3 308	2 921	4 673.3	4 606.4	1.413	1.577	41 459	12.5
Universitätsklinik für Angiologie	556	484	670.4	562.2	1.206	1.162	1 921	3.5
Universitätsklinik für Augenheilkunde	1 319	1 082	855.1	729.1	0.648	0.674	5 391	4.1
Universitätsklinik für Dermatologie	504	538	502.4	526.1	0.997	0.978	3 572	7.1
Universitätsklinik für Frauenheilkunde (Geburtshilfe)	2 760	2 735	1 877.3	1 776.6	0.680	0.654	19 424	7.0
Universitätsklinik für Frauenheilkunde (Gynäkologie)	1 290	1 390	1 222.9	1 245.7	0.948	0.896	7 492	5.8
Universitätsklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, Kopf- und Halschirurgie	1 216	1 271	1 508.6	1 501.5	1.241	1.181	6 572	5.4
Universitätsklinik für Herz- und Gefässchirurgie	1 739	1 688	6 346.6	6 357.0	3.650	3.766	21 666	12.5
Universitätsklinik für Intensivmedizin	780	763	2 494.7	2 447.9	3.198	3.208	4 847	6.2
Universitätsklinik für Kardiologie	3 977	4 013	5 464.0	5 136.9	1.374	1.280	14 178	3.6
Universitätsklinik für Kinderchirurgie	1 781	2 022	2 033.4	1 985.6	1.142	0.982	11 821	6.6
Universitätsklinik für Kinderheilkunde	3 189	3 273	5 302.3	4 648.8	1.663	1.428	29 596	9.3
Universitätsklinik für Medizinische Onkologie	778	806	1 528.6	1 355.9	1.965	1.682	8 683	11.2
Universitätsklinik für Nephrologie und Hypertonie	851	804	1 411.7	1 348.9	1.659	1.678	7 798	9.2
Universitätsklinik für Neurochirurgie	1 953	1 747	3 979.9	3 069.1	2.038	1.757	14 286	7.3
Universitätsklinik für Neurologie	1 347	1 392	1 472.8	1 435.8	1.093	1.031	9 893	7.3
Universitätsklinik für Orthopädische Chirurgie	2 414	2 416	3 431.9	3 246.1	1.422	1.344	20 635	8.5
Universitätsklinik für Plastische- und Handchirurgie	935	966	935.9	863.1	1.001	0.893	5 135	5.5
Universitätsklinik für Pneumologie	387	459	717.4	609.0	1.854	1.327	3 927	10.1
Universitätsklinik für Radio-Onkologie	520	549	659.5	653.2	1.268	1.190	5 154	9.9
Universitätsklinik für Rheumatologie, Klinische Immunologie und Allergologie	529	606	537.3	601.6	1.016	0.993	4 927	9.3
Universitätsklinik für Schädel-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	580	627	588.6	608.0	1.015	0.970	2 990	5.2
Universitätsklinik für Thoraxchirurgie	518	497	1 034.5	858.0	1.997	1.726	4 294	8.3
Universitätsklinik für Urologie	2 275	2 242	2 013.1	1 938.0	0.885	0.864	13 219	5.8
Universitätsklinik für Viszerale Chirurgie und Medizin	2 155	2 055	3 979.8	3 983.2	1.847	1.938	20 739	9.6
Zwischensumme	38 265	37 964	55 405.9	52 258.5	1.448	1.377	290 338	7.6
Uncodiert	1	1						
Neurorehabilitation	120	118					6 447	53.7
Total	38 386	38 083	55 405.9	52 258.5	1.448	1.377	296 785	7.7

Bei dieser Betrachtungsweise werden nur die stationären Austritte der jeweiligen Kliniken betrachtet, interne Verlegungen werden nicht berücksichtigt. Aus diesem Grund kann die Anzahl der behandelten Patienten einzelner Kliniken deutlich höher ausfallen.

Wichtige Kennwerte

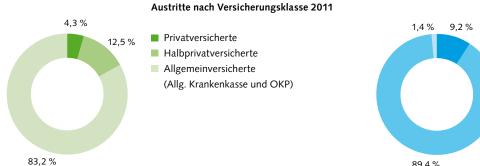
(Auswertungszeitpunkt 22.2.2012)

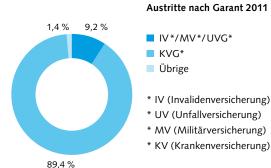
Ambulant/teilstationär (verrechenbare TP)

	2011	2010
TARMED TP	157 164 209	150 597 842
Labor TP	23 345 775	25 716 480
Physiotherapie TP	1 696 221	1 691 118
Ergotherapie TP	657 594	719 471
Ernährungsberatung TP	440 404	421 265
Diabetesberatung TP	106 408	91 024
Logopädie TP	440 767	414 980

Wichtige Kennwerte

(Auswertungszeitpunkt 22.2.2012)





Kommentar Leistungszahlen 2011

Für das Jahr 2011 weist das Inselspital 38 265 stationäre Fälle auf (ohne Patientinnen und Patienten der Neurorehabilitation). Die Anzahl der Pflegetage stieg entsprechend der gesteigerten Fallzahl um 2376 Tage. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer beträgt wie im Vorjahr 7,6 Tage. Der Case Mix Index (CMI) wurde um 0.071 gesteigert und beträgt im Berichtsjahr 1.448. Der Case Mix nahm um 6,0 % auf 55 405.9 Case-Mix-Punkte zu. Diese Steigerung lässt sich einerseits durch eine Zunahme der Komplexität der behandelten Patienten und andererseits durch eine Optimierung der Dokumentation und Kodierung erklären. Aus diesem Grund nahm sowohl die Anzahl der Nebendiagnosen wie auch die Anzahl der Behandlungen pro Fall im Vergleich zur Vorperiode zu. Die Komplexitätszunahme ist unter anderem auf den Patientenzuwachs bei der Altersgruppe über 60 Jahre bei gleichzeitigem Rückgang bei den jüngeren Altersgruppen zurückzuführen. Bei den ambulanten Leistungen verzeichnet das Inselspital eine Steigerung von 4,4 % im Vergleich zur Auswertungsperiode 2010.

Bei einer Betrachtung der Auswertung der Hauptdiagnosekategorien (MDC, Major Diagnostic Categories) fällt eine positive Entwicklung im Bereich des Inselspital-Schwerpunkts Neurologie auf. So weist der Bereich «Krankheiten und Störungen des Nervensystems» (MDC 1) eine Case-Mix-Zunahme um 16,9 % auf; dies wurde insbesondere durch eine Erhöhung des Case Mix Index um 0.17 Punkte erreicht. Erstmalig wird auch der prozentuale Anteil am Case Mix des Gesamtspitals ausgewiesen, welcher wichtige Anhaltspunkte zur wirtschaftlichen Bedeutung der einzelnen stationären Patientengruppen für das Inselspital liefert. So wurden 35,4 % aller Case-Mix-Punkte durch Patienten der zwei Schwerpunkte Herz-Kreislauf und Neurologie (MDC 1 und 5) generiert.

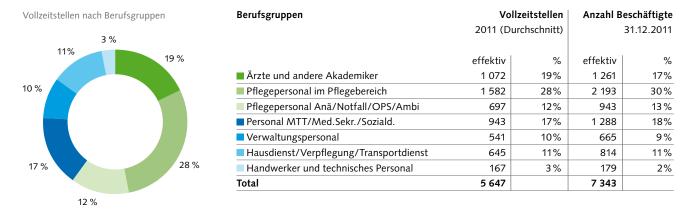
Neben der klassischen Darstellung der Top-20-DRG der höchsten Fallzahlen wird zusätzlich die Hitliste der 20 DRG mit dem höchsten Case Mix dargestellt – das heisst, neben den Fallzahlen wird nun auch die wirtschaftliche Bedeutung der DRG für das Inselspital berücksichtigt. Die Top-20-DRG nach Case Mix bilden 23,7 % aller generierten Case-Mix-Punkte ab und beinhalten 12,6 % der Gesamtfallzahlen. Es fällt auf, dass nicht nur DRG mit grossen Fallzahlen, sondern auch DRG mit niedrigen Fallzahlen, aber besonders hoher Bewertung des CMI eine grosse wirtschaftliche Bedeutung für das Inselspital haben. Das Beispiel der DRG 602 (Neugeborenes, Geburtsgewicht < 750 g) mit nur 21 Fällen, welche einen Case Mix von 474.6 Punkten ergeben, illustriert dies anschaulich.

In sieben Kliniken konnte eine Case-Mix-Steigerung von mehr als 10% im Vergleich zum Vorjahr erreicht werden. Dies sind die Universitätskliniken für Angiologie, Augenheilkunde, Kinderheilkunde, Medizinische Onkologie, Neurochirurgie, Pneumologie und Thoraxchirurgie. Die Verteilung der Austritte nach Versicherungsklassen und nach Garant ist im Vergleich zum Vorjahr nahezu unverändert geblieben.

Statistik Personal

Personalbestand nach Berufsgruppen

Prozentuale Verteilung Personalbestand per 31.12.2011 nach Berufsgruppen (Vollzeitstellen)

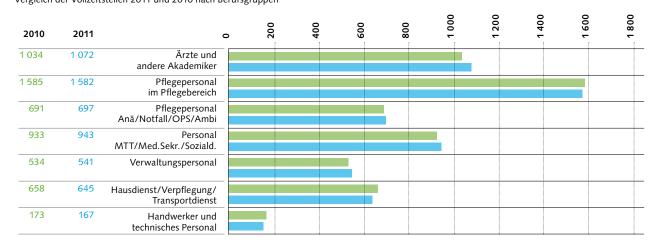


Personalbestand nach Geschlecht und Nationalität

(Anzahl Mitarbeitende unabhängig vom Beschäftigungsgrad/nur Inselstellen und nur die Hauptanstellung)

Nach Geschlecht	Nach Nationalität		Personalbestand 1.1.2011	Personalbestand 31.12.2011
75 %	77 %	Nach Geschlecht		
Frauen	Schweiz	Frauen	5 398	5 506
		Männer	1 803	1 837
		Nach Nationalität		
25 % Männer	23 % Ausland	Schweiz	5 583	5 654
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	Ausianu	Ausland	1 618	1 689
		Total	7 201	7 343

Veränderung Personalbestand nach Berufsgruppen 2010–2011 Vergleich der Vollzeitstellen 2011 und 2010 nach Berufsgruppen



Ein- und Austritte

Es werden nur Eintritte ins Inselspital und Austritte aus dem Inselspital auf der Hauptzuordnung berücksichtigt, das heisst keine internen Stellenwechsel (Anzahl Mitarbeitende unabhängig vom Beschäftigungsgrad).

	Eintritte 2011	Austritte 2011
Nach Geschlecht		
Frauen	903	865
Männer	344	333
Nach Nationalität		
Schweiz	921	902
Ausland	326	296
Total	1 247	1 198

«Der dritte Masterplan auf der Kreuzmatte – dem heutigen Standort des Inselspitals – nach 1880 und 1957 wird dem Inselspital, der Medizinischen Fakultät, der Universität Bern sowie der Hauptstadtregion Schweiz für die Zukunft viele Chancen eröffnen. Ich freue mich auf den ersten Spatenstich im Jahr 2015.»

Bernhard Leu, Direktor Betrieb

Qualitätsmanagement im Inselspital

Was verstehen wir unter Qualität?

Wer bestimmt, was Qualität ist? Im Gesundheitswesen sind dies äusserst viele Beteiligte! Neben den Gesundheitsfachpersonen, den Politikerinnen und Politikern (respektive den Regulierern), den Versicherern und Kantonen (respektive den Finanzierern) und den Medien (respektive der breiten Öffentlichkeit) sind dies natürlich in erster Linie die Patientinnen und Patienten selbst. Deshalb ist die Erfassung der Patientenzufriedenheit ein wichtiges Element des Qualitätsmanagements. Sie kann uns helfen, allfällige Differenzen zwischen Erwartetem und effektiv Erfahrenem zu erfassen. Im November 2011 wurde sie zum ersten Mal in allen Spitälern der Schweiz durch einen einheitlichen Fragebogen erfasst. Erste Auswertungen werden 2012 vorliegen.

«Nicht alles, was zählt, kann gezählt werden, und nicht alles, was gezählt werden kann, zählt.»

Albert Einstein (1879-1955)

Kann Qualität direkt gemessen und bewertet werden?

Messen heisst, einer Qualität eine Quantität zuzuordnen. Die Qualität selbst kann dabei aber nicht direkt bestimmt werden. Damit bleibt auch eine Vergleichbarkeit von Qualitäten problematisch. Heute wird die Qualität in erster Linie mittels Kennzahlen der Prozess- und Ergebnisqualität erfasst. Einige der wichtigsten Vor- und Nachteile solcher Kennzahlen sind hier tabellarisch zusammengefasst. Trotz vieler Probleme ist kaum bestritten, dass die Veröffentlichung von Qualitätskennzahlen – neben dem unerwünschten Risiko von Vermeidungsstrategien – auch die erwünschte Qualitätsverbesserung stimuliert.

Das Qualitätsmanagement des Inselspitals fokussiert auf den Patientenprozess. Unverzichtbare Basis ist dabei das Sicherstellen einer optimalen Patientensicherheit. Angesichts des breiten Spektrums an hochspezialisierten medizinischen Leistungen mit ausgeprägter Interdisziplinarität ist dies täglich eine neue Herausforderung. Ein wichtiges Instrument bleibt dabei ein gut funktionierendes Fehlermeldesystem. Das Erfassen und Bearbeiten kritischer Ereignisse ist aber nur dann effizient, wenn es gelingt, eine entsprechende Betriebskultur zu entwickeln. Nicht nach Schuldigen zu suchen, ist das Grundprinzip; dazu gehört aber auch, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aller Stufen Verantwortung wahrnehmen. Ein illustratives Beispiel einer Fehlermeldung, die dank konsequentem Handeln aller Beteiligten zu einer Verbesserung der Patientensicherheit geführt hat, ist auf Seite 78 dargestellt.

Prozesskennzahlen	Ergebniskennzahlen
– Betreffen nur Teilaspekte des Betreuungsprozesses	+ Umfassen alle Bereiche der Patientenbehandlung
+ Interpretation einfach (direkter Bezug zum Betreuungsprozess)	– Interpretation in Bezug auf konkrete Prozess- verbesserung schwierig
+ Reagieren empfindlich auf Unterschiede in der Betreuungsqualität	+ Endpunkt für den Patienten relevant
+ Im Einzelfall einfach zu messen	+ Einfach zu erfassen («Routinedaten»)
Erhebung oft aufwendig (vgl. fachspezifische «Register»)	– Definitionen von «Routinedaten» ändern (SwissDRG als «lernendes System»)
+ Unmittelbare Interpretation möglich	– Anpassung notwendig (Risikokorrektur, Kalibration)
+ Messung auch bei relativ kleiner Fallzahl und kleinem Zeitintervall möglich	– Probleme bei zu geringer Patientenzahl (statistische «Power»)

Vor- und Nachteile von Prozess- und Ergebniskennzahlen.

Prozess- und Ergebniskennzahlen

Die Verwendung von **Sterblichkeitsraten** als Ergebniskennzahlen ist sinnvoll, falls die implizite Annahme zutrifft, dass solche Kennzahlen einen Zusammenhang mit der Betreuungsqualität des Patienten haben. Sterblichkeitsraten werden seit wenigen Jahren durch das Bundesamt für Gesundheit (BAG) berechnet und publiziert. 2012 werden erstmals die Daten aller Spitäler veröffentlicht, wobei zu beachten ist, dass es sich dabei aus verfahrenstechnischen Gründen um die Daten des Jahres 2009 handelt. Das Inselspital stützt sich deshalb primär auf die Ergebnisdarstellung gemäss der Initiative Qualitätsmedizin (IQM), die auch aktuellere Zahlen umfasst.

Die Erfassung von Todesfällen erlaubt aber auch, direkt Probleme im Betreuungsprozess zu erkennen. Unter anderem aus diesem Grund sind sogenannte «Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen» seit Jahren Routine in vielen Kliniken. Im Jahr 2011 wurde im Inselspital mit IQ^M Peer Review erstmals ein weiterentwickeltes Verfahren durchgeführt. Auf Seite 77 erfahren Sie mehr über dieses vielversprechende neue Instrument.

Wie oben dargestellt, kann «die Qualität» nicht nur durch einige wenige Ergebniskennzahlen charakterisiert werden. Deshalb werden auch **Prozesskennzahlen** erfasst, ausgewertet und weiterentwickelt. Auf Seite 79 erfahren Sie mehr dazu.

Gezielte Verbesserungsmassnahmen und Transparenz

Defizite zu erkennen, ist der erste Schritt. Qualitätsmanagement beinhaltet aber auch kritische Wertung der gewonnenen Erkenntnisse und, wo sinnvoll und notwendig, Planung sowie Umsetzung von Verbesserungsmassnahmen. Das Beispiel «Overflow-Management im Universitären Notfallzentrum (Erwachsene) des Inselspitals» (vgl. Seiten 18–21), das 2011 einen Swiss Quality Award erhalten hat, illustriert dies vorzüglich.

Viele weitere Massnahmen des Qualitätsmanagements im Inselspital können hier nicht oder lediglich stichwortartig erwähnt werden. Zu letzteren gehören die Zertifizierung der Universitätsklinik für Frauenheilkunde als Gynäkologisches Krebszentrum, die Akkreditierung der Dermato-Histopathologie sowie die Weiterentwicklung der Concret-Zertifizierung®.

> «Qualitätsverbesserung heisst nicht dauerndes Neuerfinden von Qualitätskennzahlen, sondern Erkennen von Lücken und Problemen im Kerngeschäft der Patientenbetreuung und darauf basiertes Planen und Umsetzen von Verbesserungsmassnahmen.»

Prof. Hans Ulrich Rothen, Vorsitzender der Qualitätskommission Inselspital

Transparenz erlaubt es allen Beteiligten, sich ein Bild über die erbrachten Leistungen zu machen. Einige wichtige Kennzahlen sind deshalb im vorliegenden Jahresbericht dargestellt (vgl. Seiten 69–72). In Ergänzung dazu wird jährlich ein standardisierter Qualitätsbericht gemäss den Vorgaben von QABE (Qualitätsentwicklung in der Akutversorgung bei Spitälern im Kanton Bern) und H+ (die Spitäler der Schweiz) veröffentlicht. Er kann über die Website des Inselspitals (www.insel.ch) eingesehen und heruntergeladen werden.

Von der Analyse von Kennzahlen ...

Betreffend Qualität der Leistungserbringung besteht im Allgemeinen eine grosse Übereinstimmung, dass sie in irgendeiner Form «gemessen» werden solle. Dies leuchtet ein, denn nur so ist es möglich, einen Fortschritt einzuleiten und das Erreichte zu festigen. Bei der Frage, wie dies konkret geschehen soll, besteht jedoch schon deutlich weniger Einigkeit und entsprechende Bemühungen gleichen nicht selten einer Quadratur des Kreises.

Ein vielversprechender Ansatz wurde im Jahr 2008 in Deutschland mit der Gründung der Initiative Qualitätsmedizin (IQM) gestartet (www.initiative-qualitaetsmedizin.de). Dabei handelt es sich um einen freiwilligen Zusammenschluss von Akutspitälern und Universitätskliniken, die sich zum Ziel gesetzt haben, nach einer einheitlichen Methode einen ständigen Prozess der Messung und Verbesserung zu begehen. Der Ausgangspunkt dazu ist die Analyse von Qualitätskennzahlen. Diese werden im Internet publiziert und unter den Mitgliederspitälern verglichen. Als konkretes Instrument zur Verbesserung dient die Fallbesprechung von Patientenakten, die nach genauen Vorgaben organisiert und durchgeführt wird (im Fachjargon: Peer Review).



Seit 2010 ist das Inselspital Mitglied der IQ^M. Weitere Mitglieder in der Schweiz sind die Universitätsspitäler Basel und Zürich und seit kurzem auch die Hirslanden-Gruppe.

... über die Analyse von Prozessen ...

Am 7. April 2011 wurde an der Universitätsklinik für Intensivmedizin (KIM) erstmals in der Schweiz eine Fallbesprechung nach IQ^M-Methodik durchgeführt. Dabei ging es um die Analyse und die Beurteilung von Behandlungsprozessen, welche durch unabhängige Gutachter (Peer Reviewer) erfolgte. Diese Reviewer sind speziell geschulte Fachleute aus anderen IQ^M-Mitgliederspitälern. Im vorliegenden

Fall waren es drei Chefärzte aus Deutschland. Sie analysierten 18 Krankengeschichten von Patientinnen und Patienten der KIM, welche folgende Gemeinsamkeit hatten: Sie waren alle aufgrund einer Blutvergiftung (Sepsis) verstorben.

Insgesamt befanden die externen Reviewer, dass die intensivmedizinische Patientenversorgung in der KIM ein überdurchschnittlich hohes Niveau aufweist. Die pflegerische Dokumentation wurde als vorbildlich bezeichnet. Bei der ärztlichen Dokumentation wurde eine deutliche Verbesserung im Verlauf der Jahre 2007 bis 2010 gesehen und sie wurde ebenfalls für sehr gut befunden. Die täglichen diagnostischen und therapeutischen Überlegungen wurden als gut nachvollziehbar und die Entscheidungen zum Therapieabbruch als vorbildlich dokumentiert erachtet.

... bis hin zum Festlegen von Verbesserungsmassnahmen

Bei den verbesserungswürdigen Punkten ging es um Themen wie adäquate Kombination von Vasoaktiva (Medikamente zur Beeinflussung der Gefässspannung), Volumentherapie (Steuerung des Flüssigkeitshaushalts), primäre Antibiotikatherapie, Fokussuche bei Infektionen, Timing beim Hinzuziehen eines Intensivmediziners auf der Normalstation und Einsatz der Echokardiographie (Ultraschalluntersuchungen des Herzens). Erfreulicherweise gab es in den analysierten Fällen keine Hinweise auf Schnittstellenprobleme zwischen Intensivmedizin und anderen involvierten Kliniken im Hause.

Aufgrund der positiven Gesamteinschätzung und da nur «kleinere» Auffälligkeiten ein Verbesserungspotenzial aufwiesen, wurde als konkreter Verbesserungsvorschlag einzig die vermehrte Integration der Echokardiographie in die Routine der Klinik festgelegt. Diese Verbesserung ist inzwischen umgesetzt. Die Klinikleitung und auch die Ärztliche Direktion haben diese Kommentare mit Befriedigung zur Kenntnis genommen. Alle Beteiligten haben die Besprechung als ausgesprochen aufschlussreich und gewinnbringend empfunden.

Wie geht es weiter?

Das Inselspital hat im Rahmen von IQ^M in den letzten zwei Jahren die ersten Peer Reviewer der Schweiz benannt und ausbilden lassen. Damit kann die Expertise unseres Spitals auch anderen Beteiligten zur Verfügung gestellt werden. Im Inselspital selbst werden Peer Reviews bei Bedarf auch in Zukunft dazu beitragen, dass Behandlungsabläufe nachhaltig verbessert werden.

Ableitung von konkreten Verbesserungen aus dem anonymen Fehlermeldesystem

Im Inselspital wird seit 2004 ein Fehlermeldesystem unter der Bezeichnung «CIRS-EBKE» (Critical Incident Reporting System – Erfassen und Bearbeiten kritischer Ereignisse) intensiv betrieben. Alleine im Jahr 2011 meldeten die Mitarbeitenden des Inselspitals über 1600 Fälle, insgesamt sind nahezu 11 000 Meldungen in der Datenbank vorhanden. Diese Zahl ist jedoch nicht mit einer entsprechend hohen Zahl an Risiken oder Problemen gleichzusetzen, sondern zeigt vielmehr die Bereitschaft der Mitarbeitenden, sich für die Patientensicherheit zu engagieren. Die hohe Qualität der Meldeinhalte widerspiegelt sich unter anderem in der Tatsache, dass 72 % der Fälle auch zu Konsequenzen führen (siehe nebenstehende Grafik).

Grundsätzlich gilt dabei das Prinzip, dass die Kliniken ihre Fälle weitgehend eigenverantwortlich bearbeiten. Durch diese dezentrale Organisationsform ist eine schnelle und fachkundige Reaktion sichergestellt. Darüber hinaus werden jedoch auch Fälle von übergeordneter Bedeutung spitalweit bearbeitet. Ein Beispiel aus dem Jahr 2011 zeigt sehr eindrucksvoll, wie dabei auch einzelne Meldungen Verbesserungen der Patientensicherheit nach sich ziehen können.



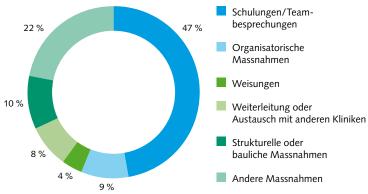
Durch den Schutzbügel bleibt die Funktion des Hebels erhalten, ein versehentliches Auslösen wird jedoch sicher verhindert

Konkret war es ein Fall aus der Universitätsklinik für Intensivmedizin (KIM), bei dem zwar kein Patient geschädigt, allerdings ein Risiko offenbar wurde. An den elektrisch betriebenen Patientenbetten befindet sich an der Unterseite ein Hebel, der im Notfall dazu dient, das Kopfteil schnell herunterzulassen, um ohne Zeitverzögerung mit den Notfallmassnahmen beginnen zu können. In einer CIRS-EBKE-Meldung wurde jedoch auf die Möglichkeit einer versehentlichen Auslösung dieses Hebels hingewiesen. Gerade bei Patienten der Intensivmedizin droht dabei die Gefahr von Schädigungen durch plötzliche Zugbelastungen an den Beatmungs- oder Infusionsschläu-

chen. Die Klinik leitete diese wichtige Information weiter und regte dringend eine Lösung des Problems an. Bei einer daraufhin durchgeführten informellen Umfrage in anderen Spitälern wurde bestätigt, dass sich ähnliche Fälle bereits anderenorts ereignet hatten. In diesem Rahmen fand dabei zugleich ein Informationsaustausch über dieses Risiko statt, von dem auch andere Spitäler profitieren konnten.

Vertreter der Klinik, der Ärztlichen Direktion, der Direktion Pflege/MTT und der Direktion Betrieb entwickelten gemeinsam mit dem Hersteller einen Schutzbügel. Einerseits konnte so die Funktion des schnellen Herunterlassens weiterhin sichergestellt werden, andererseits ist dank der neuen Anordnung ein versehentliches Auslösen des Hebels ausgeschlossen. Der neue Bügel bietet darüber hinaus auch noch einen praktischen Mehrwert: An ihm können zum Beispiel Drainagebeutel sicher und ergonomisch günstig angebracht werden. Im Inselspital wurde die Nachrüstung der über 1000 Betten auf Entscheid der Spitalleitung durch eigene Mittel finanziert.

Dieses Beispiel zeigt, dass einzelne Meldungen im CIRS-EBKE-Meldesystem zu entscheidenden Verbesserungen führen können. CIRS-EBKE ist ein wichtiges Instrument der kontinuierlichen Verbesserung unserer Betreuungsqualität.



CIRS-EBKE-Meldungen: Art der abgeleiteten Massnahmen. 72% der Meldungen ziehen Konsequenzen nach sich.

Qualitätsmessungen

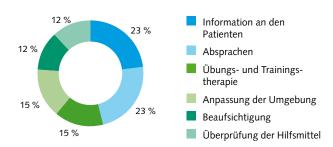
Die «Nationale Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus» ist eine von insgesamt sechs Qualitätsmessungen, die das Inselspital 2011 in Zusammenarbeit mit dem Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) durchgeführt hat. Die Messmethodik wurde in Kooperation mit der Universität Maastricht entwickelt und 2011 erstmalig flächendeckend in der Schweiz eingesetzt. An einem national festgelegten Stichtag untersuchten die Pflegenden alle hospitalisierten Patienten auf die beiden Ereignisse «Sturz» und «Dekubitus». Aus vergleichbaren Universitäts- und Kantonsspitälern haben insgesamt 5645¹ Patienten an der Messung teilgenommen. Im Inselspital waren es 298 Patienten.

Stürze: Die Quote der Patienten, die während ihres Spitalaufenthaltes gestürzt sind, lag in den mit dem Inselspital vergleichbaren Spitälern¹ bei 4,3 % (im Inselspital bei 2,0 %). In absoluten Werten ausgedrückt, heisst das für das Inselspital: Von den 298 erfassten Patienten sind insgesamt 36 innerhalb der letzen 30 Tage vor dem Stichtag gestürzt; davon stützten nur 6 Patienten während ihres Aufenthalts im Inselspital, die anderen 30 Stürze ereigneten sich vor dem Spitaleintritt.

Anzahl Stürze 40 35 30 25 20 15 Stürze ausserhalb des 10 Inselspitals 5 Stürze im Inselspital gestürzte letzte 30 Tage) gestürzt > 3 x gestürzt **Fotal**

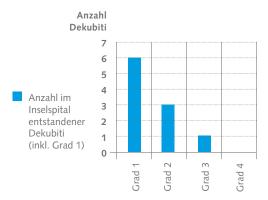
Stürze innerhalb der letzten 30 Tage vor dem Stichtag.

Die Erhebung ergab, dass folgende Massnahmen im Inselspital angewendet werden, um Stürze zu verhindern:



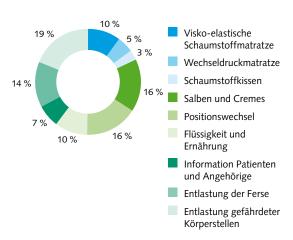
Präventivmassnahmen zur Sturzvermeidung.

Dekubitus (Druckgeschwür): Die Dekubitusrate der im Spital erworbenen Dekubiti (ohne Grad 1) lag bei den Vergleichsspitälern¹ bei 2,1 % und im Inselspital bei 1,3 %. Bezogen auf das Inselspital und in absoluten Zahlen dargestellt, zeigt sich folgendes Bild: Es wurden am Erhebungstag insgesamt 10 im Inselspital erworbene Dekubiti festgestellt. 6 von diesen 10 Druckgeschwüren konnten dem Grad 1 zugerechnet werden, 3 dem Grad 2 und einer dem Grad 3.



Grad 1: Lokale Rötung ohne Hautläsionen Grad 2: Oberflächenschädigung der Haut Grad 3: Schädigung aller Hautschichten Grad 4: Tiefe Hautschädigung, die bis in den Knochen reicht

Um Druckgeschwüre bei Patienten im Inselspital zu verhindern, werden laut dieser Messung folgende Präventivmassnahmen durchgeführt:



Präventivmassnahmen zur Dekubitusvermeidung.

¹ Vorläufige Daten des Instituts LPZ, Universität Maastricht (Stand Februar 2012).

Impressum

Herausgeber Inselspital, Universitätsspital Bern, 3010 Bern, www.insel.ch

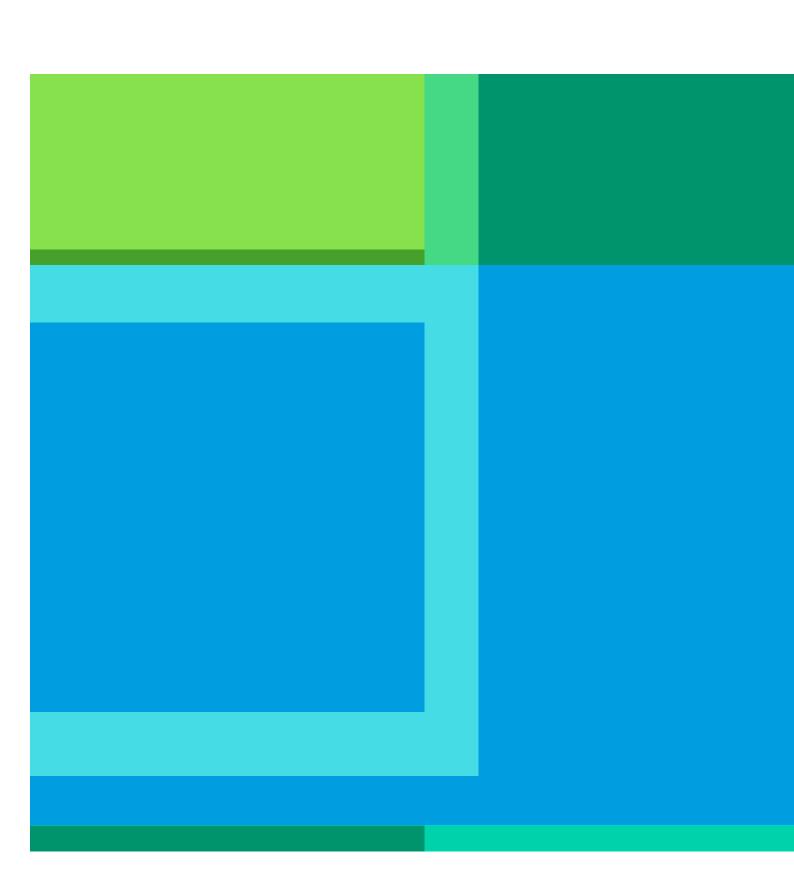
Konzept und Redaktion Fachstelle Kommunikation und Medien Inselspital

Konzept und Realisation Push'n'Pull · Deutschweiz, Corporate Design & Corporate Publishing

Fotos Marco Zanoni Annette Boutellier FotoGrafikZentrum Inselspital Dr. med. Istvan Vajtai, Institut für Pathologie, Universität Bern Luftbild Seite 34: swissimage © 2012 swisstopo (BA120117)

Produktion Rub Graf-Lehmann AG, Bern

© Inselspital, Universitätsspital Bern



Inselspital Universitätsspital Bern CH-3010 Bern www.insel.ch

