

Jahresbericht 2013

 **INSELSPITAL**
UNIVERSITÄTSSPITAL BERN
HOPITAL UNIVERSITAIRE DE BERNE
BERN UNIVERSITY HOSPITAL



Vorwort

Verwaltungsratspräsident	5	
Vorsitzender Geschäftsleitung	9	

Thema

Masterplan	10	
Viszerale Chirurgie und Medizin – Klinik an zwei Standorten	14	
Herz- und Gefäßchirurgie	18	
Notfallzentrum	22	
Palliative Care	26	
Pädiatrische Schmerztherapie	30	
Infektiologie	34	

Management

Verwaltungsrat	39	
Geschäftsleitung	40	
Erweiterte Geschäftsleitung	41	
Organigramm	42	
Gesellschaften der Inselspital-Stiftung	44	

Kliniken und Institute	46	
-------------------------------------	----	---

Finanzen	66	
-----------------------	----	---

Leistungen	70	
-------------------------	----	---

Mitarbeitende	75	
----------------------------	----	---

Qualität	79	
-----------------------	----	---

Umwelt	85	
---------------------	----	---

Alle Personenbezeichnungen gelten (wo sinnvoll) für beide Geschlechter.

«Der Zusammenschluss ist eine einmalige Chance für den Kanton und den Wirtschaftsstandort Bern: Wir haben ein solid verankertes Netz von Spitälern, hoch qualifiziertes und motiviertes Personal mit einem hervorragenden Leistungsausweis.»

Joseph Rohrer, Verwaltungsratspräsident

Vorwort des Verwaltungsratspräsidenten

2013 – Schritt für Schritt zum Zusammenschluss

Das Projekt des Regierungsrates zur Stärkung des Medizinalstandorts Bern (SMSB) kommt Schritt für Schritt voran. Im vergangenen Jahr traf der Verwaltungsrat Entscheide wie die Gründung der Spital Management Bern AG oder die Investition von 20 Millionen Franken in den Operationssaal des Spitals Aarberg. Damit hat er seinen festen Willen unter Beweis gestellt, den Zusammenschluss des Inselspitals Bern (ISB) mit dem Spital Netz Bern (SNBe) voranzutreiben. Allerdings formierte sich nach der Schliessung der Geburtsabteilung im Spital Riggisberg auf politischer Ebene Widerstand gegen die wirtschaftlich notwendigen Veränderungen im Bereich der öffentlichen Spitäler. Der Verwaltungsrat hatte sich 2013 in einem wachsenden Spannungsfeld zwischen unternehmerischer Verantwortung und politischer Akzeptanz zu bewegen. Die entsprechenden Herausforderungen an die strategische Führung dürften in den kommenden Jahren nicht kleiner werden.

Warum ein Zusammenschluss?

Immer wieder werden wir von den Mitarbeitenden gefragt, warum dieser Zusammenschluss eigentlich nötig sei. Ich kann diese Frage nachvollziehen. Auch wir konfrontieren uns immer wieder mit der Frage, wie viele Veränderungen nötig sind und wo Bestehendes nicht angetastet werden darf. Um die Notwendigkeit der geplanten Veränderungen zu illustrieren, möchte ich etwas grundsätzlicher werden.

Am Anfang des Projekts SMSB steht die Spitalfinanzierung des Bundes, die seit Anfang 2012 in Kraft ist und das neue System der Fallpauschalen für die ganze Schweiz regelt. Nicht mehr die Institution Spital wird finanziert, sondern die Leistungen an den Patienten. Bei der Vergütung wird kein Unterschied mehr zwischen privaten und öffentlichen Spitälern gemacht. Voraussetzung ist nur, dass die Leistungen auf den Spitallisten der Kantone aufgeführt sind.

Die Patientinnen und Patienten wissen also, wo welche Leistungen zu welchen Preisen angeboten werden. Sie können frei entscheiden, in welchen Spitälern sie sich behandeln lassen wollen. Eine Schlüsselrolle haben die Kantone und die Versicherer, welche die Leistungen nach einem definierten Schlüssel gemeinsam finanzieren. Sie machen Druck, damit die Leistungen effizient und preiswerter erbracht werden. Die Spitalfinanzierung soll den Wettbewerb zwischen den Spitälern antreiben.

Gesetzlich verordnete Effizienzsteigerung

Massstab für die Vergütung ist die Basisvergütung in Franken bei einem durchschnittlichen Patienten. Diese Baserate wird mit den Versicherern und den Kantonen verhandelt. Wenn sie sinkt, dann sinken auch die Erlöse pro Patienten. Zusätzlich steigt der Druck auf ineffiziente und qualitativ ungenügende Spitäler, weil sie ihre Kosten nicht mehr decken können und die Leistungen von der Spitalliste gestrichen werden. Wenn wir im Jahr 2017 nicht in den roten Zahlen landen wollen – denn die Baserate wird massiv sinken –, dann werden wir Effizienzgewinne von jährlich rund 120 Millionen Franken erzielen müssen. Sinkt die Baserate nur um 100 Franken, dann verlieren wir 7 Millionen Franken.

Der Wettbewerb zwischen den Spitälern funktioniert aber noch nicht so, wie er sollte, weil die öffentlichen Spitäler Leistungen im öffentlichen Interesse für Millionen von Franken erbringen, die nicht abgegolten werden. So bezahlen wir die Weiterbildung der Assistenzärzte fast ausschliesslich selber. Die 10 000 Franken jährlich, die der Kanton an die Ausbil-

dung zahlt, sind nur ein Tropfen auf den heissen Stein. Oder die BEWA, die Bewachungsstation des Kantons Bern auf dem Inselareal, der Notfall oder die Vorhalteleistungen für den Katastrophenfall, nur um einige wenige Beispiele zu nennen. Ungeachtet dessen treiben wir den Zusammenschluss voran. Wir haben die einzigartige Chance für eine medizinische Versorgung aus einer Hand, welche eine Behandlung in der bestmöglichen Qualität, zum günstigsten Preis und am geeignetsten Ort garantiert. Die schweren/komplizierten Fälle werden im Inselspital behandelt, weil nur so die teureren Betten kostendeckend bewirtschaftet werden können. Die mittleren und leichteren Fälle werden in den Portal- und Stadtspitälern betreut. Diese Behandlungspfade funktionieren im Gegenverkehr: Insgesamt sind letztes Jahr rund 750 Patienten des Inselspitals an SNBe-Standorte überwiesen worden, in umgekehrter Richtung waren es etwa 590 Patienten.

«Der Verwaltungsrat hatte sich 2013 in einem wachsenden Spannungsfeld zwischen unternehmerischer Verantwortung und politischer Akzeptanz zu bewegen. Die entsprechenden Herausforderungen an die strategische Führung dürften in den kommenden Jahren nicht kleiner werden.»

Joseph Rohrer, Verwaltungsratspräsident

Jedes Spital hat seine Aufgabe

Was sind in diesem abgestuften Versorgungsmodell die Perspektiven der verschiedenen Spitäler? Das Inselspital ist in der Spitzenmedizin bereits heute schweizweit führend. So werden jährlich rund 30 000 Herz- und Gefässbehandlungen durchgeführt. Mit dem Bau eines Herz- und Gefässzentrums wollen wir diese Position ausbauen. Auch in den strategischen Schwerpunkten Neuro und Onkologie wird die Wettbewerbsfähigkeit des Inselspitals national und international gestärkt. Diese Leistungen werden koordiniert und teilweise gemeinsam mit den Stadt- und Portalspitälern angeboten.

Die Stadtspitäler Ziegler und Tiefenau haben als Zentrumsspitäler der umfassenden Grundversorgung in Chirurgie und Medizin ein klar positioniertes Leistungsangebot gegenüber den Patienten und Zuweisenden. Die Stadtspitäler zeichnen sich dadurch aus, dass sie eine sehr enge Zusammenarbeit mit den Hausärztinnen und Hausärzten, Ärztenetzwerken und Notfalldienstkreisen suchen, um Zuweisungen sicherzustellen.

Die Spitäler Riggisberg, Aarberg und Münsingen sind zuständig für die wohnortsnahe stationäre Betreuung und Nachbetreuung, sofern diese nicht durch niedergelassene Ärzte oder Hausärzte übernommen wird, und richten sich primär auf kurze Akut-Hospitalisationen sowie die Notfallbehandlung aus. Für den Standort Riggisberg ist ein dauerhaft defizitäres Spital zulasten der anderen Standorte nicht tragbar. Die Problematik muss unter Einbezug der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, der Ärztesgesellschaft und der Gemeindebehörden der Region angepackt werden.

An allen Standorten wird rund um die Uhr, an sieben Tagen die Woche (24/7) die Notfallversorgung sichergestellt. Im Notfallzentrum des Inselspitals wird das gesamte Spektrum über alle Disziplinen angeboten. Bei den Stadtspitälern werden Notfallbehandlungen entsprechend den vorhandenen Kliniken/Fachbereichen angeboten. In

den Spitälern Aarberg und Münsingen wird weiterhin eine Notfallstation betrieben. Im Spital Riggisberg ist im Tagbetrieb eine Notfallbehandlung möglich, im Nachtbetrieb ist eine Aufnahme jederzeit sichergestellt.

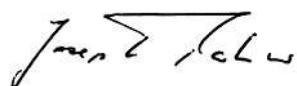
Um eine einheitliche und koordinierte Führung des ISB und der SNBe-Spitäler sicherzustellen, haben wir seit dem 1. Januar 2014 die Geschäftsführung an die gemeinsam gegründete Spital Management Bern AG delegiert. Im weiteren Verlauf der Transformationsphase gilt es, die beteiligten Spitäler bei den wichtigsten medizinischen und betriebswirtschaftlichen Prozessen zusammenzuführen. Dies betrifft selbstverständlich die Kernprozesse rund um die Patienten, aber auch weitere Funktionen mit Blick auf Recht, Finanzen, Personal, IT/Technik. Diese Integration kann nur in Zusammenarbeit mit den Zuweisenden erfolgreich realisiert werden.

Zusammenschluss als einmalige Chance

Der Zusammenschluss ist eine einmalige Chance für den Kanton und den Wirtschaftsstandort Bern: Wir haben ein solid verankertes Netz von Spitälern, hoch qualifiziertes und motiviertes Personal mit einem hervorragenden Leistungsausweis. Diese Stärken muss der Verwaltungsrat weiter ausbauen, damit die öffentlichen Spitäler in der Grossregion Bern ihre Aufgaben im Dienst der Bevölkerung auch auf lange Sicht wahrnehmen können. Damit der Wettbewerb der Spitäler aber in Zukunft fair verläuft, braucht es eine inner- und interkantonale Harmonisierung der Rahmenbedingungen. Dabei geht es sowohl um die Finanzierung der Ausbildung von Assistenzärzten als auch um die oben erwähnten Service-public-Leistungen, die von den öffentlichen Spitälern erbracht werden. Gibt es hier keine Lösungen, werden die öffentlichen Spitäler geschwächt. Eine Schwächung wäre auch eine künstliche Erhaltung von Spitalstrukturen, die nicht mit unternehmenseigenen Mitteln finanziert werden und für die es nicht genügend medizinisches Fachpersonal gibt.

In der neuen Spitalwelt ist die Vernetzung der Königsweg. In Zukunft dürfte die Kooperation zwischen den Akteuren inner- und ausserhalb des Kantons enger werden. Ich erwähne unsere strategische Allianz mit dem Universitätsspital Basel oder die Zusammenarbeit mit Hirslanden Aarau in der Herzchirurgie. Die Vernetzung mit den Hausärzten wird dichter werden. Auch der Dialog, den wir mit der Bevölkerung, der Politik und der Wirtschaft vorantreiben, ist Teil dieser Vernetzung.

Zum Abschluss ein Dank an das Personal, das jahrein, jahraus hervorragende Arbeit im Dienste der Patienten, aber auch des Gesamtunternehmens leistet. Die Ärzteschaft, die Pflegenden und das technisch-administrative Personal sind unser wichtigstes Kapital. Ohne ihre Loyalität und ihr Engagement wäre der laufende Veränderungsprozess nicht machbar. Der Verwaltungsrat freut sich, gemeinsam mit ihnen diesen Weg weiterzugehen.



Joseph Rohrer

Verwaltungsratspräsident

«Wir verstehen die Zusammenführung nicht nur als Herausforderung, sondern als Chance, uns auf die Erfordernisse der Zukunft auszurichten.»

Dr. Urs Birchler, Vorsitzender Geschäftsleitung

Vorwort des Vorsitzenden Geschäftsleitung

Die Zusammenführung von Inselspital und Spital Netz Bern setzt voraus, dass wir in neuen Modellen denken, die zu innovativen Konzepten führen. Das Modell der abgestuften Gesundheitsversorgung im Gesamtunternehmen beinhaltet, dass zentrale Kliniken jeweils als eine organisatorische Einheit im Inselspital und an einem oder an beiden Stadtspitälern betrieben werden. Das erfordert neue Formen der Organisation, der Patientenpfade, der personellen Zusammenarbeit, der Support- und Führungsprozesse (siehe dazu den Beitrag «Eine Klinik. Zwei Standorte. Zwei Erfolgsgeschichten.» auf Seite 15 ff.). Wir verstehen die Zusammenführung nicht nur als Herausforderung, sondern als Chance, uns auf die Erfordernisse der Zukunft auszurichten. Die Beiträge in unserem Jahresbericht zeigen einen kleinen Ausschnitt der Breite und Tiefe des Leistungsportfolios. Werden die Jahresberichte von Inselspital und Spital Netz Bern nebeneinander betrachtet, wird das Gesamtspektrum eindrücklich sichtbar: Unser Gesamtunternehmen ist der Partner der Hausärztinnen und Hausärzte in der Region und in der Stadt Bern, der Partner für Spezialsprechstunden, der Partner für andere Spitäler im Kanton Bern und für ausserkantonale Spitäler, der Partner für die hoch spezialisierte Medizin (gemäss IVHSM) inkl. Transplantationsmedizin in der Hauptstadtregion Schweiz und darüber hinaus.

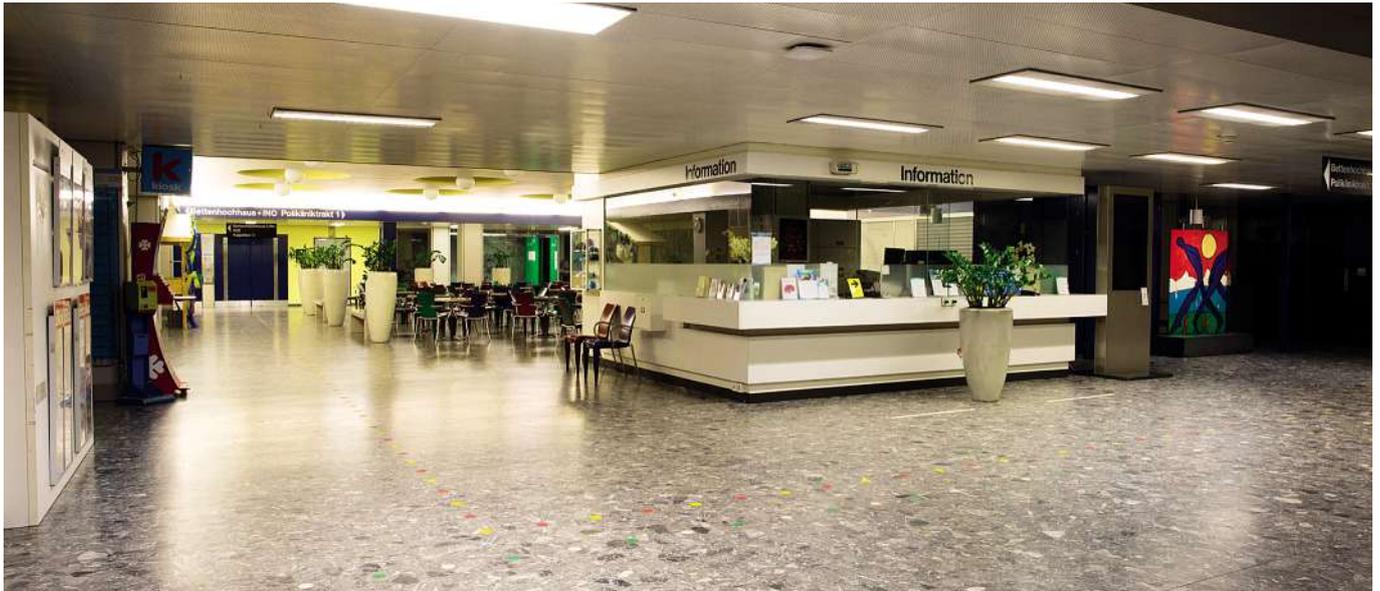
Das Thema Masterplan (Seite 11 ff.) ist für das Inselspital eine die Zukunft gestaltende starke Kraft. Eines von mehreren Zielen des Masterplans ist, dem Schwerpunkt Herz-Gefässe mit einer neuen prozessorientierten Infrastruktur zusätzliche Entwicklungsmöglichkeiten zu bieten. Der Beitrag «Berner Innovationen revolutionieren die Herz-Lungen-Maschine» (Seite 19 ff.) beweist, dass das Inselspital die Zukunftsgestaltung auch auf Innovationen in Prozessen und Produkten abstützt. Die Notfallmedizin ist für eine gute Versorgung der Bevölkerung ein ganz wesentlicher Faktor. Der Beitrag «Erstklassige Notfallmedizin mit Top-Service» (Seite 23 ff.) weist überzeugend darauf hin. Das Akutspital, gerade auch das Universitätsspital, muss die kurativen Grenzen akzeptieren und den betroffenen Patienten mit der palliativen Medizin einen Weg anbieten, der das Potenzial der Behandlung in der letzten Lebensphase erweitert. Der Bericht «Wo Patienten ihre Zukunft selbst in die Hand nehmen» (Seite 27 ff.) beschreibt dieses Angebot im Inselspital. Zum Inselspital gehört integral auch die Kinderklinik. Für die Schmerzbehandlung bei Kindern gibt es verschiedene Möglichkeiten, die nur dann genügend genutzt werden, wenn die Kinder mit ihren Schmerzsymptomen ernst genommen werden (Seite 31 ff.). Der Beitrag «Schutz vor unliebsamen Reisesouvenirs» (Seite 35 ff.) zeigt, wie die Infektiologie als universitäre, forschungsstarke Medizin uns Menschen die Lebensqualität erhalten oder wiederherstellen kann.

Die hochstehenden Leistungen von Inselspital und Spital Netz Bern, auch in Zeiten der Neuausrichtung durch das Zusammenführungsprogramm, sind nur möglich dank der fachlichen Kompetenz, dem grossen Engagement und der Loyalität von gut 10 000 Mitarbeitenden.



Urs Birchler

Dr. oec. publ.
Vorsitzender Geschäftsleitung



1.38 Uhr



8.27 Uhr



Tageslauf vor den Kulissen.

15.48 Uhr

Der Masterplan für das Inselspital von morgen

Was in 129 Jahren zu einem Flickenteppich heranwuchs, wird umgekrempelt: Das Inselspital-Areal soll für die Zukunft fit gemacht werden. Das heisst kürzere Wege, einfachere Abläufe und eine noch bessere Betreuung der Patientinnen und Patienten. Erreicht wird das ambitionierte Ziel mit einer innovativen Raumstrategie, die einzigartig ist.

Als das Inselspital 1884 seinen heutigen Standort bezog, bot es Platz für gerade einmal 340 Betten. Seither hat sich auf dem 180 000 Quadratmeter grossen Areal viel getan. Heute betreut das Universitätsspital jährlich rund 40 000 stationäre Patienten und führt rund 520 000 ambulante Konsultationen durch. Mit der Zahl der Behandlungen ist auch die Menge der Gebäude gestiegen. Ein Blick auf den Lageplan macht die Nachteile dieses Wachstums deutlich: Er zeigt einen unübersichtlichen Flickenteppich an Gebäuden mit mehr als 50 Patienteneingängen. Entsprechend lang sind die Wege, die ein Patient während seines Aufenthalts im Inselspital zurücklegt: Für alle Untersuchungen und Behandlungen ist eine Strecke von durchschnittlich 1100 Metern notwendig. Was für den Patienten unbequem und für die Mitarbeitenden, die ihn begleiten, zeitaufwendig ist, erweist sich für das Inselspital als Kostenfalle, sagt Andreas Walter, Projektleiter Masterplan: «Die Verzettelung der Infrastruktur hat dazu geführt, dass die Kosten pro Patienten immer weiter angestiegen sind. Das liegt nicht zuletzt daran, dass wichtige Funktionen wie Radiologie und Operationssäle an mehreren Standorten angeboten werden, die alle vollständig ausgerüstet sein müssen.» Seine Aufgabe war es deshalb, eine Strategie zu entwickeln, die den Weg zu einem profitablen Wachstum zurückfinden würde: Das war die Geburtsstunde des Masterplans, der sich aus einem betrieblichen und einem räumlichen Masterplan zusammensetzt. Ersterer beinhaltet die Strategie des Inselspitals, die auf die drei Angebotsschwerpunkte Herz und Gefässe, Neurodisziplinen und Tumorbehandlung setzt, Letzterer stellt dar, wie die dafür notwendige räumliche Infrastruktur bis 2060 bereitgestellt werden kann.

«Der Masterplan gibt uns die Möglichkeit, sehr flexibel auf neue Entwicklungen zu reagieren.»

Andreas Walter,
Projektleiter Masterplan

Bauen mit Fruchtfolge und Knetmasse

Der räumliche Masterplan wurde vom Münchner Architekturbüro Henn unter Einbezug der Bauherren sowie von Vertretern aus Politik und Städtebau entwickelt. Er zeigt eine homogene städtebauliche Entwicklung auf, die vom Istzustand des Areals völlig losgelöst ist. Das Besondere am Vorschlag des Architekturbüros: Er legt nicht fest, welche Kliniken und Schwerpunkte an welchen Standorten zu errichten sind. «Der Masterplan gibt uns die Möglichkeit, sehr flexibel auf neue Entwicklungen zu reagieren. Damit entschärft sich die schwierige Zukunftsschau – denn wer weiss schon, wie die Bedürfnisse der Kliniken in zwanzig Jahren aussehen?», erklärt Herr Walter.

Das Architekturbüro hat das Areal des Inselspitals in 18 Baufelder unterteilt. Auf den Baufeldern herrscht das Prinzip der «Fruchtfolge»: An einem Ort wird gearbeitet, am andern für die Zukunft gebaut und das dritte Baufeld liegt als Planungsreserve für die Zukunft brach, bis es seinerseits überbaut und ein Baufeld mit veralteten Gebäuden wieder frei wird. Damit ist der durchgehende Betrieb während der Bauarbeiten sichergestellt. Wird die Fläche der Baufelder optimal ausgenutzt, kann das Inselspital seine Bruttogeschossfläche auf 550 000 Quadratmeter erweitern, was beinahe eine Verdoppelung bedeutet. Wie dies geschehen wird, soll von Fall zu Fall entschieden werden, denn auch hier ist Flexibilität Trumpf: «Das Volumen eines Baufelds ist zwar vorgegeben, kann aber wie eine Knetmasse unterschiedlich geformt werden. Nach dem Prinzip «form follows function» entstehen so je nach Nutzung und Funktion andere Kubaturen. Derzeit bauen wir eher gedrungene Häuser, weil wir viele Sockelgeschosse und wenige, dafür grössere Bettengeschosse benötigen», sagt Herr Walter. Damit die einzelnen Gebäude optimal miteinander verbunden sind, ist für die Bildgebung, die Operationssäle, die Intensivstationen sowie die Logistik je ein durchgängiges Orientierungsniveau vorgesehen, was auf dem hügeligen Gelände kein einfaches Unterfangen darstellt. Zwischen den Baufeldern werden sogenannte Freiräume ausgeschieden, die einen ruhenden Pol inmitten der dynamischen Dreifelderwirtschaft bilden. Sie setzen sich aus Grünflächen und historisch wertvollen, denkmalgeschützten Gebäuden wie dem Imhoof-Pavillon

oder den Insel-Kapellen zusammen. Die Freiflächen sind über grüne Adern, die das ganze Areal durchziehen, miteinander verbunden und sollen in ihrer jetzigen Form erhalten bleiben. Als Ruheinseln für Patienten, Angehörige, Mitarbeitende und Anwohner werden sie wesentlich zur angestrebten Quartiersbildung beitragen. Der gesamte räumliche Masterplan wird in einem Regelwerk festgehalten. Er bildet den rechtlichen Rahmen für die Überbauungen und gelangt im Frühjahr 2015 vor das Berner Stimmvolk.

Das INO als Gravitationszentrum

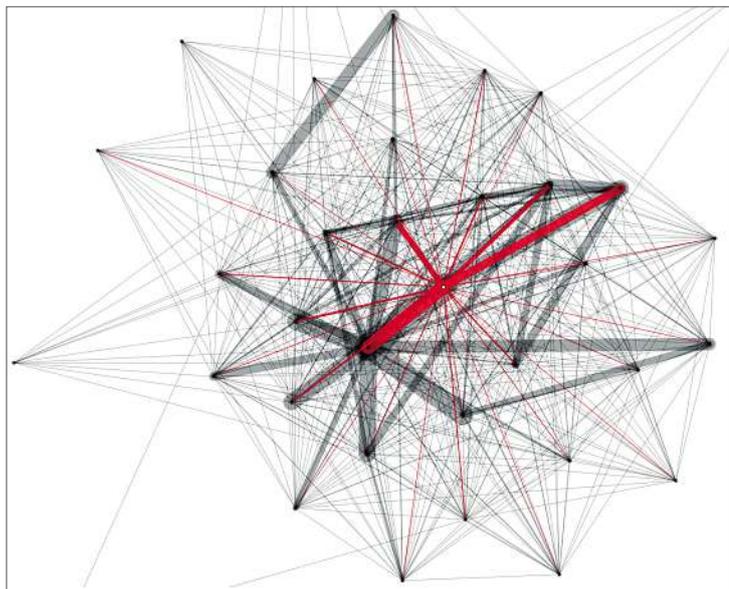
Der Entscheid, wie die Kliniken auf die Baufelder verteilt werden sollten, war eine Herausforderung, erinnert sich Herr Walter: «Wir mussten viele Konzepte über Bord werfen, bis wir die Lösung fanden.» Als Erstes galt es, Abschied zu nehmen von der Idee, die drei Schwerpunkte des Insspitals prozessual und räumlich zu autonomisieren. Umfangreiche Analysen der Patientendaten zeigten, dass die Behandlungen in mehreren Kliniken erbracht werden, weshalb deren räumliche Trennung wenig sinnvoll ist. Als Nächstes evaluierten Herr Walter und sein Team die Wege, welche die Patienten im Insspital zurücklegen. Insbesondere bei den rund 40 000 stationären Patienten kam einiges zusammen: Sie werden zwischen 335 Organisationseinheiten insgesamt 180 000-mal verlegt. Die Analyse zeigte zudem einmal mehr, dass das Universitäre Notfallzentrum die wichtigste Eingangspforte des Insspitals darstellt und sich der Grossteil der Patienten von dort auf die einzelnen Kliniken verteilt. Diese organisatorische Sicht wurde um eine chronologische und eine morphologische ergänzt, sodass die langen Patientenwege quer über den Campus sichtbar gemacht wurden.

Diese Analysen und ihre Visualisierungen waren zwar aufschlussreich, förderten jedoch noch keinen Lösungsansatz zutage. Dies änderte sich erst mit der systemischen Sicht, bei der nicht mehr die Kliniken, sondern der Patient im Fokus stand, erklärt Herr Walter: «Wir überlegten uns, wie sich das Spital als Ganzes organisieren würde, um seine Patienten zu behandeln. So sahen wir, welche Kliniken viele Patienten untereinander austauschen

und welche wenige.» Daraus ergab sich das sogenannte Gravitationsmodell. Es zeigt, dass das Intensivbehandlungs-, Notfall- und Operationszentrum (INO), die Radiologie und die Labordienstleistungen nicht nur untereinander, sondern auch mit den drei Schwerpunkten und den übrigen Kliniken am stärksten vernetzt sind; sie üben Kernfunktionen aus, die für sämtliche medizinischen Disziplinen unentbehrlich sind. Was dies für die Zukunft bedeutet, liegt auf der Hand: «Das INO, die Radiologie und die Labordienstleistungen müssen nicht nur prozessual, sondern auch räumlich im Mittelpunkt stehen. Um sie herum gruppieren sich die drei Schwerpunkte sowie die weiteren Kliniken mit ihrem universitären Leistungsangebot», sagt Herr Walter. Dieser pragmatische, sich am Berufsalltag der Mitarbeitenden orientierende Lösungsvorschlag fand denn auch sofort breite Zustimmung.

Das Szenario 2025

Der Masterplan sieht vor, das neu erstellte INO als Gravitationszentrum des universitären Netzwerks zu entwickeln und von dort aus die Konsolidierung



Gravitationsmodell: systemische Karte der Patientenwege.

der Infrastruktur voranzutreiben. Allerdings weist das INO für diese Strategie ein paar Defizite auf: Es ist zu kompakt gebaut, sodass zu wenig Anschlüsse zu den Kliniken und den Patientenprozessen bestehen. Zudem reichen seine Kapazitäten nicht aus, um die Konsolidierung und das erwartete Wachstum bewältigen zu können. Um zusätzliche Flächen zu schaffen, muss das INO deshalb gewissermassen in die Breite wachsen – hin zum Neurozentrum, zum Schweizerischen Herz- und Gefässzentrum (SHGZ) und zum Comprehensive Cancer Center (CCC), mit denen es sich verbinden muss. Wie dies konkret geschehen soll, ist in weiten Teilen bereits festgelegt. So wird 2015 in einem bestehenden Gebäude östlich des INO das Neurozentrum mit den Disziplinen Neurologie, Neurochirurgie und Neuroradiologie seine Türen öffnen. Dort ist genügend Wachstumspotenzial vorhanden, um beispielsweise der zunehmenden Kombination aus Diagnostik und Intervention in der Neuroradiologie Rechnung zu tragen. Die Anbindung ans INO und die interdisziplinäre Falltriage ermöglichen eine Best-Practice-Therapie für Patienten, die einen neurologischen Notfall erleiden. Viel Raum wird auch die patientennahe Forschung einnehmen.

Elf Jahre bis zur effizienten Interdisziplinarität

Im Jahr 2020 werden die Herz- und Gefässchirurgie, die Kardiologie und die Angiologie das neue Schweizerische Herz- und Gefässzentrum beziehen, das auf dem südlich des INO gelegenen Baufeld entsteht. Seine chirurgischen und interventionellen Fachspezialisten werden auf einem einzigen Geschoss mit einer Fläche von 4500 Quadratmetern arbeiten. Die Nähe zueinander ermöglicht es ihnen, Patienten interdisziplinär und rasch zu behandeln, was nicht nur Wartezeiten verkürzt, sondern auch die Zahl der Patiententransfers um 20 % reduziert. Diese zukunftsweisende Form der Zusammenarbeit, die auch die Spezialisten des INO miteinbezieht, gilt als europaweite Innovation und positioniert das SHGZ national an die Spitze. Die nicht durch das SHGZ genutzte übrige Gebäudefläche, die rund 50–60 % des Gebäudes ausmacht, dient der Konsolidierung weiterer derzeit auf dem Campus verteilten Kliniken im stationären und ambulanten Bereich. Auch der neue Haupteingang des Iselpitals wird sich dort befinden. Als letzter Schwerpunkt wird 2025 das Comprehensive Cancer Center fertiggestellt. Es entsteht auf dem Baufeld nördlich des INO und umfasst nebst Bestrahlung, Chemotherapie, Tumorboard und palliativer Betreuung auch die patientennahe Forschung. Gleich daneben wird ein Organzentrum erstellt, welches Kliniken wie die Urologie oder die viszerale Chirurgie und Medizin aufnehmen soll. Die Nähe zum CCC bietet sich an, weil diese Kliniken auch zahlreiche Tumorpatienten behandeln.

Mit der Inbetriebnahme des Comprehensive Cancer Center ist der Konsolidierungsprozess abgeschlossen. Ab diesem Zeitpunkt sind mit Ausnahme des Frau-Mutter-Kind-Zentrums alle akutmedizinischen Leistungen über das INO miteinander vernetzt. Dann wird das innovative Konzept des Masterplans mit konsolidierten und gleichzeitig flexiblen Strukturen und einer einmaligen interdisziplinären Zusammenarbeit voll zum Tragen kommen: Medizinische Spitzenleistungen, Wachstum und Wirtschaftlichkeit gehen wieder Hand in Hand, was die Behandlungsqualität nachhaltig sichert.



Das Szenario 2025.



8.37 Uhr



14.12 Uhr



Notfallstation Spital Tiefenau – ein stetes Kommen und Gehen.

1.49 Uhr

Eine Klinik. Zwei Standorte. Zwei Erfolgsgeschichten.

Inhalte, Prozesse, Beteiligte. In dieser Reihenfolge und nach diesem Motto arbeitet die Universitätsklinik für Viszerale Chirurgie und Medizin (UVCM) seit letztem August erfolgreich an zwei Standorten: am Standort Tiefenau und im Inselspital. Dabei steht der Patient und mit ihm die Inhalte und Prozesse im Zentrum. Das erfolgreiche Netzwerk zwischen den beiden Spitälern funktioniert dank pragmatischer Organisation bestens.

Als erste Klinik setzt die Universitätsklinik für Viszerale Chirurgie und Medizin (UVCM) die Grundidee im Projekt Stärkung des Medizinalstandorts Bern (SMSB) um: klar definierte Patientenpfade. Dabei wird strategisch nach «3 Ws» gearbeitet: was, wie und wer. Was in die Praxis übersetzt bedeutet: Was braucht der Patient, wie kann die Infrastruktur an beiden Orten optimal ausgelastet werden, sodass die Behandlung nach Prozessen orientiert durchgeführt werden kann? «Wir wollen keinen «Personenkult» betreiben und setzen die Arbeitsverteilung, das Wer, nicht an den Anfang», sagt Prof. Daniel Inderbitzin, Leitender Arzt UVCM im Inselspital sowie Leiter und Chefarzt der Chirurgischen Klinik am Standort Tiefenau. Dieses vernetzte und patientenzentrierte Handeln verlangt von allen Beteiligten gleiche Vorstellungen von Behandlungsmethoden sowie Vertrauen unter Kollegen und partnerschaftliches Vorgehen. Dabei geht es immer um den Patienten, um sein Wohl und um seine bestmögliche Behandlung. Starre Konzepte sowie bewegungsarme Systeme haben in einer erfolgreichen Vernetzung keinen Platz. «Wir sind überzeugt, dass wir auch die strukturellen Herausforderungen in Zukunft werden meistern können. Dafür setzen wir uns mit viel persönlichem Engagement ein und nehmen auch Hürden in Kauf», sagt Prof. Daniel Candinas, Klinikdirektor und Chefarzt UVCM im Inselspital. Anfangshürden wie eine noch nicht flächendeckend angepasste Informatiktechnologie. Hürden aber auch im Sinn von Wegen, die nicht nur von Patienten – je nach situativer Lage – innerhalb der Klinik vom Spital Tiefenau ins Inselspital und umgekehrt gemacht werden, sondern auch von der Ärzteschaft. Das bedingt sowohl gelebte und praktische Mobilität im Spitalalltag wie auch im Denken:

«Wir setzen uns mit viel persönlichem Engagement ein und nehmen dafür auch Hürden in Kauf.»

Prof. Daniel Candinas, Direktor und Chefarzt,
Universitätsklinik für Viszerale Chirurgie und Medizin
(UVCM) Inselspital

agil und flexibel werden und bleiben, Denkmuster und vorgefasste Meinungen durchbrechen. Das gilt ebenso für Patienten, die sich von Klischees über dieses oder jenes Spital zu trennen und den Schritt in die ihnen meist «unbekannte» Spitalwelt zu wagen haben – wie etwa Lea Reist* aus Kehrsatz.

«Ich fühlte mich als hoffnungslosen Fall.»

Die 52-jährige Servicefachfrau und Mutter zweier erwachsener Kinder hatte während ihrer aktiven Berufszeit im Gastgewerbe sehr oft schwere Lasten zu tragen. Das, ist Frau Reist überzeugt, habe sich zusätzlich auf ihre schon familiär bedingte Schwachstelle Bauch und Unterleib ausgewirkt. «Bereits meine Mutter und meine Grossmutter waren angeschlagen. Und ich selber habe bei psychischen Problemen immer über die Bauchorgane reagiert. Vieles konnte ich wohl «nicht so recht verdauen» oder es hat mir sprichwörtlich «auf den Magen geschlagen.» Nach der operativen Entfernung einer gutartigen Geschwulst in der Bauchgegend vor gut 15 Jahren, nach zwei Kaiserschnitten und «diversen» Leistenbrüchen traten ab 2011 massive Darmprobleme auf, die sich zu Beginn «nur» durch äusserst starke Schmerzen äusserten, letztlich aber mit erbrochenem Blut und Blut im Stuhl endeten und zu einer weiteren Operation führten, wo der Familienfrau in der Universitätsklinik für Viszerale Chirurgie und Medizin im Inselspital eine weitere gutartige Geschwulst zwischen Dickdarm und Leber sowie zusätzlich ein Stück Dickdarm entfernt werden mussten. Nach dem vierwöchigen Spitalaufenthalt und den anschliessenden rund fünf Wochen Rehabilitation daheim – «in eine Rehaklinik wollte ich nicht» – nahm Frau Reist auch ihre diversen Putzarbeiten wieder auf. Da ihre Leber beschädigt und ziemlich angegriffen war, musste die Gastroenterologin ihren Lebensstil dem in Mitleidenschaft gezogenen Organ zuliebe ändern.

Im März 2013 verlor die geschiedene Frau, die gemeinsam mit dem 17-jährigen Sohn lebt, ihren langjährigen Lebenspartner im Kampf gegen Bauchspeicheldrüsenkrebs. «Alles ging sehr schnell, ein Jahr nach der Diagnosestellung starb er. Während Monaten wurde im Spital Tiefenau alles für ihn versucht. – Der Verlust warf auch mich wieder zurück. Im April letzten Jahres hatte ich wieder Blut im Stuhl und wurde über meine Hausärztin sofort ins Spital Tiefenau eingewiesen.» Die vor Jahren zusammengenähten Darmteile bluteten immer wieder neu, was zu Operation und Reoperation führte. Doch infolge ihrer Lebererkrankung konnte das Blut nicht mehr ungehindert von den Därfen durch die Leber in den Blutkreislauf und letztlich zurück zum Herzen fließen: Das Blut wurde in die Bauchorgane zurückgestaut.

Künstlich geschaffene Verbindung

Die über sechsmonatige Spitalzeit von Frau Reist, mit Beginn im Spital Tiefenau und Ende im Inselspital, war geprägt von Ratlosigkeit und langem Warten. «Ich galt als unheilbar krank und wurde – so kam es mir jedenfalls vor – während Wochen mit den Worten getröstet: Die Leber müsse sich zuerst erholen, das Risiko eines zu massiven Blutverlusts bei einem erneuten Eingriff sei zu gross.» Für Frau Reist schien es keine Heilung zu geben. Doch ohne erneute Operation konnte sie nur mit künstlicher Ernährung leben. Ein Leben, das ihr nicht mehr lebenswert schien. Die Leber der Patientin war in so schlechter Verfassung, dass die Stelle der zusammengenähten Därfen stets neu riss und auseinanderbrach. Was zur Folge hatte, dass Stuhlgang in die freie Bauchhöhle floss und die Patientin lebensbedrohlich schwächte. Als Prof. Inderbitzin Frau Reist im August letzten Jahres als Leiter der Chirurgischen Klinik im Spital Tiefenau übernahm, war aus der optimistischen und trotz harter Lebensumstände nie klagenden Patientin ein Mensch ohne Hoffnung geworden. Und als die konservativen Massnahmen wie Stabilisierung der Ernährungssituation auch nicht weiterhalfen, entschied er sich trotz aller zuvor schlechten Prognosen für eine erneute Operation im Inselspital. Der Verlegung

voraus ging eine Phase der Vertrauensbildung. «Die Information, dass ich im Inselspital reoperiert werden müsse, löste in mir Angst aus. Das Spital Tiefenau war mir schon ein bisschen vertraut und überblickbar. Zudem war für mich der Begriff ‹Insel› gleichbedeutend mit ‹todkrank›. Zum Glück habe ich mich vom Gegenteil überzeugen lassen.»

«Für mich war ‹Insel› gleichbedeutend mit ‹todkrank›. Zum Glück habe ich mich vom Gegenteil überzeugen lassen.»

Lea Reist, Patientin, Kehrsatz

Im Inselspital erhält Frau Reist eine künstliche Verbindung zwischen dem Blutkreislauf der Därfen und dem Systemkreislauf der Leber. Die permanent angiografisch geschaffene Verbindung TIPSS (Transjugulärer intrahepatischer portosystemischer Stent-Shunt) zwischen der Pfortader und der Lebervene sorgt dafür, dass ein gewisser Teil des Blutflusses von der Pfortader nicht in die Leber, sondern direkt in den grossen Blutkreislauf fliesst. Diese hoch spezialisierte Medizin hat der schwer kranken Patientin das Leben gerettet und ihr ein würdiges Dasein zurückgegeben. Nach dem Eingriff im Inselspital kehrte Frau Reist in das Spital Tiefenau zurück. Infolge Problemen mit dem Stoma musste sie noch einmal zurück ins Inselspital verlegt werden. Von dort konnte sie nach über einem halben Jahr Spitalaufenthalt nach Hause zurückkehren. Die Hoffnung, dass dereinst gar die künstlichen Darmausgänge rückgängig gemacht werden und sie ihre Arbeit als Reinigungskraft wieder aufnehmen kann, hat sie nicht aufgegeben.

«Alle waren megageduldig und nett!»

Die bald 20-jährige Leonora Kozhani aus Biel liebt ihren Beruf. Als Coiffeuse steht die wache junge Frau mitten im Leben; still sein und nichts tun ist nicht ihr Ding. Doch dazu war sie noch einige Zeit nach der Operation im Spital Tiefenau verurteilt. Aber immerhin schmerzfrei, was ihr nach über

«Auch wenn der Blinddarm nicht entzündet war, waren die Schmerzen nach der Operation weg. Dass mir letztlich eine Nervenkrankheit des Blinddarms zu schaffen machte, hätte ich nicht gedacht.»

Leonora Kozhani, Patientin, Biel

einem Jahr fast ständiger Blasen- und Unterbauchbeschwerden wie ein Traum vorkam. «Ein Jahr litt ich unter Blasenentzündung, schluckte Unmengen an Antibiotika, fühlte mich von meinem Hausarzt auch etwas unverstanden. Nach x Untersuchungen und einem ersten Spitalaufenthalt in der Universitätsklinik für Urologie im Insspital mit anschließender ambulanter Kathetertherapie konnte ich mit den Schmerzen einigermassen leben, doch weggingen sie nie.» Den ersten Fast-Zusammenbruch mit stechenden Schmerzen konnte Frau Kozhani noch wegstecken. Dem zweiten war sie dann ausgeliefert: Während ihrer Arbeit verspürte sie so starke Schmerzen im rechten Unterbauch, dass ihr übel wurde und sie sich nicht mehr aufrecht halten konnte. Die stellvertretende Chefin des Coiffeurgeschäfts in Lyss alarmierte den Rettungsdienst, der die junge Frau mit Verdacht auf Blinddarmentzündung ins Notfallzentrum des Insspitals fuhr.

«Wir betreiben keinen Personenkult und leben den Prozess. Das WER kommt bei uns am Schluss.»

Prof. Daniel Inderbitzin, Leitender Arzt UVC
Insspital, Leiter und Chefarzt der Chirurgischen
Klinik am Standort Tiefenau

Nach erfolgter Anamnese, Blutuntersuchung, Ultraschall- sowie gynäkologischer Untersuchung und Verabreichung von Schmerzmitteln im 20-Minuten-Rhythmus und dennoch nicht eindeutiger Diagnose wurde ihr eine Bauchspiegelung vorgeschlagen, die aufgrund damals enger OP-Kapazitäten im Insspital im Spital Tiefenau stattfinden sollte. Am nächsten Tag wurde Frau Kozhani aufgrund der

immer noch stark anhaltenden Schmerzen mit der Ambulanz verlegt. «Das Spital Tiefenau kannte ich nicht. Und das machte mir etwas Sorgen. Aber es waren alle meganett und hilfsbereit», so die junge Frau.

Pathologische Veränderung des Wurmfortsatzes

Die laproskopische Untersuchung der Bauchhöhle mit Dünndarm, Gallenblase und Blinddarm zeigte keine eindeutigen Entzündungen. Und auch der entfernte Blinddarm selber schien nicht entzündet. Doch die Schmerzen waren nach dem Eingriff verschwunden. «Da die Schmerzen nicht eindeutig vom Blinddarm stammten, liessen wir diesen anschliessend von Pathologen auf Nervenveränderungen untersuchen», so Prof. Inderbitzin, der bereits bei Übernahme der Patientin den Verdacht einer Nervenkrankheit des Blinddarms hegte. Die nicht entzündliche pathologische Veränderung des Wurmfortsatzes tritt eher selten auf, sorgt aber oft für jahrelange zum Teil schwer definierbare Schmerzen. Dank des gelebten Netzwerkes innerhalb der Klinik konnte Frau Kozhanis nicht alltägliche Krankheit aufgedeckt und erfolgreich behandelt werden.

* Name von der Redaktion geändert



10.03 Uhr



10.49 Uhr



Die kleine Herz-Lungen-Maschine in einer Herz-Bypass-Operation: Vorbereitung in der ersten Operationsphase / im Einsatz während des Herzstillstandes / Standby bis der Brustkorb wieder verschlossen ist.

11.53 Uhr

Berner Innovationen revolutionieren die Herz-Lungen-Maschine

Eine Herzoperation mit einer Herz-Lungen-Maschine stellt für den Körper eine grosse Belastungsprobe dar. Damit sich die Patientinnen und Patienten schneller von der Operation erholen, hat der Leitende Kardiotechniker Dr. h. c. Erich Gygax die Herz-Lungen-Maschine und ihre Handhabung neu konzipiert. Mit grossem Erfolg: Das neue Verfahren wird vom Inselspital weltweit gelehrt.

Die herkömmliche Herz-Lungen-Maschine (HLM) ist vor allem eins: gigantisch gross. Über einen Meter breit und fast genauso hoch, machen ihre Dimensionen allein deutlich, welch einem Kraftakt die maschinelle Übernahme der Herz- und Lungenfunktion eines Menschen gleichkommt. Die erste HLM wurde 1812 vom französischen Arzt César le Gallois entwickelt, doch sollte sehr viel Zeit bis zu ihrem Einsatz im Operationssaal verstreichen: Die erste Herzoperation mithilfe einer HLM fand erst 1953 in Minnesota statt. Prinzip und Technik des Geräts blieben danach lange weitgehend unverändert.

Fünf Pumpen für drei Organe

Die Herz-Lungen-Maschine besteht aus fünf Pumpen, die jeweils zwei Rollen antreiben. Die erste Pumpe übernimmt die Herzfunktion: Über eine Kanüle im rechten Vorhof wird das verbrauchte Blut des Patienten in die Herz-Lungen-Maschine abgeleitet. Die Pumpe führt das Blut über ein Reservoir, das als Zwischenlager dient, in ein zweites System, jenes der künstlichen Lunge. Sie besteht aus einem Gehäuse mit hauchdünnen Röhrchen, die ausgebreitet die Grösse eines Fussballfeldes einnehmen würden. In ihnen fliesst Sauerstoff, der vom vorbeifliessenden Blut aufgenommen wird. Nach der Anreicherung mit Sauerstoff und der Elimination des Kohlendioxides gelangt das Blut via Hauptschlagader wieder in den Patienten zurück, sodass eine normale Sauerstoffversorgung erhalten bleibt. Hier kommt eine weitere Hauptfunktion der HLM zum Tragen: Sie kühlt die Patienten auf eine definierte

«Die von uns entwickelte kleine Herz-Lungen-Maschine schneidet durchweg deutlich besser ab als das herkömmliche Modell.»

Dr. h. c. Erich Gygax, Leitender Kardiotechniker, Universitätsklinik für Herz- und Gefässchirurgie

Körpertemperatur herunter, die zwischen 18 und 34 °C liegt. In der Folge sinkt der Sauerstoffbedarf des Körpers und der Endorgane, sodass er weniger sauerstoffgesättigtes Blut benötigt. Ihre Expertise rund ums Kühlen und Aufwärmen prädestiniert die Kardiotechniker und Herzchirurgen notabene auch für die Behandlung von unterkühlten Lawinenofern und Verunglückten, die aus Gletscherspalten geborgen wurden, weil das Aufwärmen nach denselben Prinzipien wie bei Herzpatienten erfolgt.

Das ist aber noch nicht alles, was beim Einsatz der HLM geschieht: Das Herz muss in der Regel für den geplanten Eingriff stillgelegt werden. Dies geschieht mit einer kaliumreichen Infusionslösung, die über eine zweite Pumpe ins Herz infundiert wird. Da ihre lähmende Wirkung mit der Zeit nachlässt, muss dieser Vorgang alle 20 bis 30 Minuten wiederholt werden. Zwei weitere Pumpensysteme führen Blut aus dem Operationsfeld ab, entlüften nach dem Eingriff das Herz und schützen die Herzkammern. Ein weiteres Pumpensystem ist mit einer Art künstlichen Niere verbunden, welche überschüssige Flüssigkeit (z. B. Spülflüssigkeit) herausfiltert, die während eines Eingriffs anfallen kann. Sie ist ebenfalls Bestandteil der Herz-Lungen-Maschine.

Kleiner und weniger

Dass ein solches Verfahren nicht spurlos an den Patienten vorübergeht, versteht sich von selbst. Jedes der vielen Details der herkömmlichen Herz-Lungen-Maschine könnte man – zum Wohle des Patienten – optimieren, dachte sich Dr. h. c. Erich Gygax schon früh in seiner Karriere. Der Leitende Kardiotechniker und passionierte Tüftler, der daheim grosse Modellschiffe von A bis Z selbst baut und die selbst gedrehten Tuae schon mal über eine Strecke von 50 Metern durchs ganze Haus zieht, entwickelte deshalb im Laufe der Jahre mehrere Verbesserungen, die in ihrem Zusammenspiel offene Herzoperationen mit der HLM revolutionierten.

Als Erstes hat Herr Gygax die Rollenpumpen mit Zentrifugalpumpen ersetzt. Diese schädigen das Blut auch bei vollem Betrieb weniger, da sie keinen

Pressdruck ausüben. Beim Einsatz von Rollenpumpen werden viele rote Blutkörperchen mechanisch verletzt, sodass am Ende der Operation etwas Blut im Urin nachweisbar sein kann. Zur weiteren Schonung des Blutes hat Herr Gygax die strukturelle Oberfläche im Oxygenations- und Schlauchsystem der HLM reduziert, ohne dass der Sauerstoffgehalt des Blutes dadurch beeinträchtigt wird. «Bei den Verbesserungen der Herz-Lungen-Maschine dreht sich alles ums Prinzip ‹weniger ist mehr›», sagt Herr Gygax. Das gilt ganz besonders beim Reservoir: «Weil sich das Blut darin ähnlich verhält wie bei einem Kontakt mit Aussenluft und es wie bei einer oberflächlichen Hautwunde zu gerinnen beginnt, muss es medikamentös behandelt werden.» Eine schädliche und in ihrem Ausmass unnötige Prozedur, fand der Leitende Kardiotechniker des Inselspitals, der deswegen nach einer Alternative suchte. Fündig wurde er im menschlichen Blutkreislauf. Bei einer medikamentösen und mechanischen Öffnung des Venensystems vergrössert sich dessen Kapazität, sodass bis zu 60 % des Blutes, das bei der herkömmlichen HLM im Reservoir bleibt, in den Beinen und in der Leber «versteckt» werden kann. Das Ergebnis dieser jahrelangen Entwicklungsarbeit ist die sogenannte MECC, die Mini-Herz-Lungen-Maschine, die ihrem Namen alle Ehre macht: Sie ist deutlich kleiner als ihre Vorgängerin. Auch für die beiden Flüssigkeiten, die dem Patienten zugeführt werden, hat sich Herr Gygax einiges einfallen lassen. Das Volumen der Lösung, die das Blut aus dem Körper spült, konnte von ca. zwei Litern auf ca. 0,7 Liter reduziert werden. Noch mehr Einsparpotenzial fand der Leitende Kardiotechniker bei der Infusionslösung, die das Herz stilllegt: Während andere Spitäler ein bis drei Liter benötigen, kommt man im Inselspital mit lediglich 100 Millilitern aus.

Weltweite Nachfrage

Sämtliche Entwicklungen nahmen ihren Anfang im Labor der Kardiotechnik. Dort probte und testete Herr Gygax so lange, bis die Neuerungen erstmals an jenen Patienten angewandt werden konnten, die sich dazu einverstanden erklärten. Sicherheitshalber wurde parallel stets die herkömmliche Herz-Lungen-

Maschine vorbereitet, damit man bei Schwierigkeiten sofort hätte umstellen können. Bis die neuen Verfahren standardmässig eingesetzt werden durften, mussten für jedes Krankheitsbild Studien durchgeführt werden, welche die Vorteile gegenüber der alten Methode belegten. Je häufiger eine Erkrankung auftritt, desto schneller waren die erforderlichen Fallzahlen beisammen – mit stets demselben Resultat: «Die von uns entwickelte kleine Herz-Lungen-Maschine schneidet durchweg deutlich besser ab als das herkömmliche Modell», sagt Herr Gygax. Seit ihrer Premiere vor 13 Jahren wurde die kleine HLM mittlerweile an 8000 Patientinnen und Patienten eingesetzt, von denen die meisten eine Bypassoperation oder eine neue Aortenklappe erhielten. Bis die Überlegenheit der kleinen HLM auch für seltenere Diagnosen bewiesen ist, dürfte jedoch noch einige Zeit verstreichen.

«Die kleine Herz-Lungen-Maschine setzt ein enormes Wissen über die Physiologie der Blutgefässe voraus. Denn die Blutmenge und die Blutverteilung im Körper hängen vom Krankheitsbild und Alter eines Menschen ab, sodass sie stark variieren.»

Dr. h. c. Erich Gygax, Leitender Kardiotechniker,
Universitätsklinik für Herz- und Gefässchirurgie

Nichtsdestotrotz steigt die weltweite Nachfrage nach ihr ständig, sodass Herr Gygax zusammen mit den Berner Herzchirurgen immer wieder internationale Schulungen durchführt, damit Kardiotechniker und Herzchirurgen den Umgang mit ihr erlernen: «Die kleine Herz-Lungen-Maschine setzt ein enormes Wissen über die Physiologie der Blutgefässe voraus. Denn die Blutmenge und die Blutverteilung im Körper hängen vom Krankheitsbild und Alter eines Menschen ab, sodass sie stark variieren. Bei einem Neugeborenen mit einer Blutmenge von 200 Millilitern muss man ganz anders rechnen als bei Erwachsenen mit ihren rund vier Litern Blut. Fehler können wir uns nicht leisten, denn sie hätten den Tod des Patienten zur Folge», erklärt Herr Gygax, der für seine Errungenschaften mit dem Ehren-

dokortitel der Universität Bern ausgezeichnet wurde. Er bringt sein Wissen auch bei den industriellen Herstellern der Herz-Lungen-Maschinen ein, die bei der Produktion auf sein Know-how angewiesen sind. Die jüngste Neuerung, die spezielle Infusionslösung für den Herzstillstand, hat ihren Siegeszug ebenfalls bereits angetreten: Sie steht kurz vor der Zulassung zum Weltmarkt.

«Herzchirurgie ist Teamarbeit. Ich muss dem Kardiotechniker blind vertrauen können, weil er einen unmittelbaren Anteil am Überleben des Patienten hat.»

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

Erfolgsfaktor Teamgeist

Eine weitere Innovation, die auf das Konto verzierter Kardiotechniker, Herzchirurgen und Kardiologen geht, sind die Miniaturkunstherzen, die einer kleinen Pumpe ähneln. Ursprünglich wurden sie als Überbrückung für Patienten entwickelt, die auf eine Herztransplantation warteten – im Fachjargon «bridge to transplant» genannt. Sie ersetzen das Herz denn auch nicht, sondern wirken unterstützend. Aufgrund der fehlenden Spendebereitschaft und des grossen Mangels an transplantierbaren Herzen verbleiben die Minipumpen jedoch immer länger im Körper. Bei Patienten, die kein Spenderherz erhalten, werden Kunstherzen heutzutage gar als sogenannte Destinationstherapie verwendet und bleiben bis zum Tod des Patienten im Körper. Wie lange das im besten Fall sein kann, ist wegen fehlender Langzeitergebnisse allerdings noch ungewiss: Das Kunstherz, das am längsten in Betrieb ist, wurde erst vor fünf Jahren eingesetzt.

Damit solch spektakuläre Entwicklungen möglich werden, braucht es mehr als Talent und Herzblut, sagt Dr. h. c. Gyax: «Der Schlüssel zum Erfolg ist Teamgeist. Das Klima hier ist von gegenseitigem Vertrauen geprägt – vor allem bei den Chirurgen und Anästhesisten im Operationssaal und in der Zu-

sammenarbeit mit der Spitalleitung. Das Inselspital ist in dieser Hinsicht einzigartig.» Dieser Ansicht ist auch Prof. Thierry Carrel, Direktor der Universitätsklinik für Herz- und Gefässchirurgie, der mit Herrn Gyax schon viele Jahre zusammenarbeitet: «Herzchirurgie ist Teamarbeit. Ich muss dem Kardiotechniker blind vertrauen können, weil er einen unmittelbaren Anteil am Überleben des Patienten hat.» Das gute Arbeitsklima ist ein wesentlicher Grund dafür, dass Mitarbeitende lange bleiben und die Erfahrung sammeln können, die für eine erfolgreiche Herzchirurgie entscheidend ist. Wie eingespielt die Berner Herzchirurgen und Kardiotechniker sind, zeigt sich bei der Arbeit im OP. Sie verläuft hochkonzentriert, jeder weiss genau, was er zu tun hat. Dies sei mit ein Grund dafür, weshalb die Herzchirurgie im Inselspital so erfolgreich ist: «Man muss sich während einer Operation perfekt absprechen, sonst entstehen Missverständnisse, die zu Fehlern führen könnten. Jahrelange Zusammenarbeit hilft, sich auf das Wesentliche zu konzentrieren», sagt Herr Gyax, der schon an der nächsten Innovation tüftelt: einem auf Tausenden von Datensätzen basierenden Algorithmus, mit dem sich genau berechnen lässt, wie sich das Blut bei chronischen Krankheiten im Körper verteilt. Fortsetzung folgt.



16.31 Uhr



16.33 Uhr



An einem sonnigen Winternachmittag herrscht Betrieb auf der Helikopterplattform.

16.40 Uhr

Erstklassige Notfallmedizin mit Top-Service

Von wegen Halbgötter in Weiss: Auf der Notfallstation erwarten Patientinnen und Patienten heute nebst medizinischer Exzellenz rund um die Uhr, an sieben Tagen die Woche, einen hervorragenden Service. Dass das Universitäre Notfallzentrum ein Spiegelbild der Gesellschaft ist, beweist auch die steigende Zahl betagter Patienten.

Seit es Menschen gibt, haben sie sich mit der Behandlung von Krankheiten und Verletzungen beschäftigt. Der Wunsch nach Unsterblichkeit und fast vollständiger Unverletzlichkeit beflügelte sogar die Mythologie, wie das Beispiel von Achilles und seiner Ferse zeigt. Die antiken Griechen waren es auch, die als Erste in Europa Medizin systematisch zu erfassen versuchten. Im Mittelalter des «Medicus» trieben vor allem die Perser die Medizin und Chirurgie voran. Die Notfallmedizin und die Notfallchirurgie nahmen jedoch erst in den letzten rund hundert Jahren so richtig Fahrt auf: Ihre Geburtsstunde schlug auf den Schlachtfeldern der Krimkriege, der Napoleonfeldzüge und des Ersten Weltkriegs. Die moderne Notfallmedizin ist sogar noch jünger. Als Meilenstein gilt die Entdeckung des Penicillins, dank der die Behandlung von akuten Infekten möglich wurde.

«Die Beschwerden betagter Menschen dürfen nicht einfach auf ihr Alter zurückgeführt werden. Ich wehre mich gegen diesen gesellschaftlichen Reflex.»

Prof. Aristomenis Exadaktylos, Direktor und Chefarzt,
Universitäres Notfallzentrum

Der Facharzt Notfallmedizin entstand in den sogenannten Casualty Departments in England, wie die Notfallabteilungen dort früher genannt wurden. Die Casualties galten lange Zeit als Hinterhof der Spitäler, die für die Ärzte, die Casualty Officers, oft eine Sackgasse auf dem Karriereweg bedeuteten. Aufgrund des zunehmenden Ärztemangels in den Spezialfächern mussten sich die Notfallmediziner allein um ihre grossen und kleinen Patienten kümmern, und zwar rund um die Uhr. Damit sie dies mit der nötigen Umsicht tun konnten, wurden sie in den USA und andernorts als erste Ärzte von sonst durch Belegärzte betriebenen Spitälern fest angestellt, was ihren Status mit der Zeit aufwertete: Es kam zu einem Umdenken in den angelsächsischen Ländern, was mit etwas Verspätung auch in Zentraleuropa zu beobachten war. In der Folge entwickelte sich ein Facharzt für Notfallmedizin (Emergency Medicine),

der heute weltweit grosses Ansehen genießt. Eines aber hat sich nicht geändert: «Die Arbeit in einem Notfallzentrum ist ein Knochenjob, der ein hohes Engagement und eine grosse Leidenschaft der Mitarbeitenden voraussetzt. So müssen unsere Ärzte und Pflegenden bei einer 100%-Anstellung monatlich je sieben Früh-, Spät- und Nachtdienste sowie ein bis zwei Wochenendeinsätze leisten. In diesem Sinne sind wir immer noch Casualty Officers, die ohne Wenn und Aber ihren Dienst leisten», sagt Prof. Aristomenis Exadaktylos, Direktor und Chefarzt des Universitären Notfallzentrums.

Ein Zentrum für alle Fälle

Faszinierend ist die Arbeit im Notfallzentrum vor allem wegen der wohl einmaligen Bandbreite an Fällen. Sie reicht vom Patienten, der sich während der Grippezeit wegen Fieber, Gliederschmerzen und Unwohlsein meldet, bis zum Schwerverletzten, der vom Helikopter eingeliefert wird. Genauso unterschiedlich wie der Schweregrad ist auch die Komplexität der Behandlung. Der einfache grippale Infekt am einen Ende der Skala wird durch einen Arzt in zwanzig Minuten behandelt, während der Schwerverletzte von einem vielköpfigen, interdisziplinären Ärzte- und Pflorgeteam Stunden oder länger betreut werden kann. Genauso unterschiedlich wie der Schweregrad der Erkrankungen ist die soziale Herkunft der Patienten: Im Notfallzentrum werden Menschen aus allen sozialen Schichten und in allen möglichen Lebenssituationen behandelt.

Mit ein Grund für die Grösse dieses Spannungsbogens ist die Tatsache, dass sich das klassische Hausarztmodell, bei dem der Arzt seine Patienten gleichsam von der Wiege bis zur Bahre begleitet, verändert. Es macht grösseren Gemeinschaftspraxen Platz, sodass die persönliche Bindung zum Hausarzt geringer wird. Zudem sind viele Menschen mit Migrationshintergrund nicht mit dem Schweizer Hausarztssystem vertraut, weswegen sie sich bei gesundheitlichen Problemen gleich in die Obhut eines an ein Spital angeschlossenen Notfallzentrums begeben. Die Folge dieser Entwicklungen ist eine Zunahme der sogenannten Walk-in-Patienten.

So können von den insgesamt ca. 35 000 Patienten, welche die Teams im Universitären Notfallzentrum jedes Jahr behandeln, ganze $\frac{2}{3}$ innerhalb von 24 Stunden wieder entlassen werden. Mit den 10 000 Patienten, die in die Kliniken verlegt werden, ist das Universitäre Notfallzentrum allerdings immer noch der grösste Zuweiser stationärer Patienten innerhalb des Inselpitals.

Das Alter als Herausforderung

Zugenommen hat auch die Zahl der Patienten jenseits des Pensionsalters, welche im Notfallzentrum behandelt werden. Sie stellen für den untersuchenden Arzt eine besondere Herausforderung dar, weil sie komplexere Krankheitsbilder aufweisen und oft einen fragileren Gesundheitszustand besitzen als jüngere Patienten. Bei ihnen gilt es, in kurzer Zeit die relevanten Informationen aus einer teils jahrzehntelangen Krankheitsgeschichte sowie aus umfangreichen Medikamentenlisten mit einer ganzen Reihe von Nebenwirkungen zusammenzutragen, damit man sie richtig einschätzen und behandeln kann. Dabei wirkt sich erschwerend aus, dass ältere Menschen eine kleinere Toleranzschwelle für falsche oder unterlassene Behandlungen besitzen: Ein unentdeckter oder nicht richtig behandelter Herzinfarkt etwa ist bei über 75-Jährigen mit einem viel höheren Mortalitätsrisiko verbunden als bei einer jüngeren Vergleichsgruppe.

Ein Beispiel wie aus dem Lehrbuch, das Prof. Exadaktylos immer wieder in Vorlesungen bringt, ist der Fall einer 86-jährigen Frau, die wegen «Allgemeinzustandsverschlechterung» nicht mehr gehen konnte. Nachdem sie von einer Reihe von Ärzten untersucht worden war, die alle keine Ursache für die Beschwerden fanden und deshalb erklärten, die Patientin gehöre als Pflegenotfall in ein Altersheim, wurde sie im Inselpital hospitalisiert – wo sich herausstellte, dass die Achillessehne der Frau gerissen war. «Die Beschwerden betagter Menschen dürfen nicht einfach auf ihr Alter zurückgeführt werden. Ich wehre mich gegen diesen gesellschaftlichen Reflex», erklärt Prof. Exadaktylos.

Servicegedanke wird immer wichtiger

Dass das Notfallzentrum gesellschaftliche Trends widerspiegelt, zeigt sich auch anhand der immer höheren Ansprüche, die Patienten stellen. Ein zentraler Faktor ist zeitliche Flexibilität, da sich viele abends nach der Arbeit zur Untersuchung in den Notfall begeben. «Eine Krankenversicherung ist 24 Stunden am Tag gültig. Patienten erwarten deshalb immer mehr, dass sie auch ausserhalb der klassischen Öffnungszeiten einer Arztpraxis behandelt werden», so Prof. Exadaktylos. Dafür seien sie bereit, eine bestimmte Wartezeit, wie sie in Notfallzentren unausweichlich ist, auf sich zu nehmen – sofern sie transparent kommuniziert werde: «Das Bild der Halbgötter in Weiss gehört der Vergangenheit an. Für die Patienten sind heute Freundlichkeit, eine gute Kommunikation und der Kaffee für die Angehörigen genauso wichtig wie die medizinischen Leistungen, deren Qualität sie voraussetzen. Gerade in einem universitären Notfallzentrum geht die Fehlertoleranz gegen Null», sagt Prof. Exadaktylos. Er vergleicht das Notfallzentrum mit einer Fluggesellschaft, bei der die Qualität der Flugzeuge sowie die Ausbildung der Piloten als selbstverständlich gelten und die Airline an Pünktlichkeit, Beinfreiheit und dem Essen an Bord gemessen wird.

«Das Bild der Halbgötter in Weiss gehört der Vergangenheit an. Für die Patientinnen und Patienten sind heute Freundlichkeit, eine gute Kommunikation und der Kaffee für die Angehörigen genauso wichtig wie die medizinischen Leistungen, deren Qualität sie voraussetzen. Gerade in einem universitären Notfallzentrum geht die Fehlertoleranz gegen Null.»

Prof. Aristomenis Exadaktylos, Direktor und Chefarzt, Universitäres Notfallzentrum

Um den medizinischen und gesellschaftlichen Anforderungen gerecht zu werden, verfügt das Universitäre Notfallzentrum über einen sogenannten Fast Track. Diese räumlich abgetrennte Spur wurde für Patienten eingerichtet, die nur eine kurze Behandlung benötigen und das Spital danach gleich wieder verlassen können. So lässt sich sicherstellen, dass leichte Fälle nicht das Wartezimmer überfüllen und die Kapazitäten im Notfallzentrum selbst für Patienten mit schwereren Erkrankungen ausreichen. Aus Sicherheitsgründen wird die Triage immer von einer breit ausgebildeten Pflegefachperson vorgenommen. «Wir müssen bei der Triage sofort erkennen, woran jemand leidet. Ein Patient mit Schulterschmerzen kann eine Zerrung haben – oder aber einen Herzinfarkt», sagt Prof. Exadaktylos.

«Wir müssen bei der Triage sofort erkennen, woran jemand leidet. Ein Patient mit Schulterschmerzen kann eine Zerrung haben – oder aber einen Herzinfarkt.»

Prof. Aristomenis Exadaktylos, Direktor und Chefarzt,
Universitäres Notfallzentrum

Ausgeklügelte Koordination erforderlich

Der Betrieb des Notfallzentrums kommt einer organisatorischen Meisterleistung gleich. «Es ist, als würde man einen Flughafen führen, ohne den Flugplan der Airlines zu kennen. Man weiss nicht, wie viele Flugzeuge im Anflug sind, geschweige denn, wann sie wieder abfliegen. Genauso ungewiss ist, wann der letzte Passagier oder der Pilot aufkreuzt. Aber wenn er kommt, muss es losgehen. So wie bei uns die OP beginnt, wenn alle Untersuchungsergebnisse vorliegen», erläutert Prof. Exadaktylos die Schwierigkeiten der Arbeit in einem Notfallzentrum. Immerhin bringt das elektronische, von anderen Kliniken einsehbare Patientenleitsystem, das «Real Time Patient Tracking», eine gewisse Klarheit: Es zeigt an, was mit einem Patienten passiert und

wann etwa eine Verlegung ansteht und somit ein Platz frei werden sollte. Dieses Monitoring, an dessen Stelle früher Tafeln zum Einsatz kamen, hat die Qualität und Sicherheit des Patientenmanagements massgeblich verbessert.

In den letzten Jahren hat sich die Konkurrenz auf dem Platz Bern weiter verschärft: Weil die Zuweisenden die Wahl zwischen acht Notfallstationen haben, gehört deren Betreuung mit zu den wichtigsten Aufgaben eines Notfallchefarztes. Dasselbe gilt für die Beziehungspflege mit potenziellen Patienten, die sich in vielen Fällen selbst aussuchen können, wo sie sich behandeln lassen möchten. Das Universitäre Notfallzentrum betreibt deshalb nicht nur eine eigene Website, sondern beteiligt sich auch aktiv auf der Facebook-Seite des Inselspitals (www.facebook.com/inselspital) – und beweist damit, dass es Trends nicht nur widerspiegelt, sondern auch versucht, diese für sich zu nützen.



9.54 Uhr



13.26 Uhr



Tagesablauf im Palliativzentrum aus der Perspektive des Patienten.

14.40 Uhr

Wo Patienten ihre Zukunft selbst in die Hand nehmen

Noch ist sie das Mauerblümchen der medizinischen Disziplinen, dabei schafft sie mehr Lebensqualität – und trägt damit sogar zur Kostensenkung bei: Palliative Care ist alles andere als die Verwaltung der Hoffnungslosigkeit. Ein Besuch im SWAN-Haus, wo 2012 das Universitäre Zentrum für Palliative Care Inselspital eröffnet wurde.

Auf der Palliativstation mit zehn Betten im C-Stock des SWAN-Hauses scheinen die Uhren langsamer zu ticken als in der restlichen Welt. Von Hektik ist wenig zu spüren; die Atmosphäre ist ruhig, fast schon beschaulich. Der liebevoll geschmückte Korridor erinnert mehr an ein Privathaus als an ein Spital. Der Eindruck der Intimität setzt sich in den Zimmern fort. Ärzte, Pflegepersonal und Therapeuten kommen bei den Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen zu Besuch wie alte Freunde. Auch oder gerade weil das, was sie miteinander besprechen, oft nicht leicht ist: Wer hier ein Zimmer bezieht, legt den Fokus mehr auf die Vorausplanung des Lebensendes als auf Heilung.

«Wir behandeln immer den ganzen Menschen samt seinem Umfeld – das Universitäre Zentrum für Palliative Care ist eine Art biopsychosoziale und spirituelle Intensivstation.»

Monica Fliedner, Pflegeexpertin Onkologie / Palliative Care und Co-Leiterin, Universitäres Zentrum für Palliative Care

Auch sonst ist im Anfang Februar 2012 eröffneten Palliativzentrum (PZI), zu dem neben der Palliativstation ebenfalls ein beratender Konsiliardienst für das Inselspital und Umgebung (sog. ACP-Team¹) und eine ambulante Sprechstunde gehören, einiges anders. Hier werden Probleme statt Diagnosen behandelt. Als Vorgehensbasis dient den Mitarbeitenden des Palliativzentrums das vom Ärztlichen Leiter Dr. Steffen Eychmüller entwickelte, vierteilige Modell SENS. Es umfasst die Aspekte Symptombehandlung, Entscheidungsfindung, Netzwerkorganisation und Support der Angehörigen. Indem es den Krankheitsverlauf und die weiteren Probleme antizipiert, stellt es eine Art Leitfaden für die praktische Vorausplanung dar.

Das zweite Novum: Mit am Planen sind nicht nur Ärzte und Pflegefachpersonen, sondern auch Sozialberater, Seelsorger, Psychoonkologen, Musiktherapeuten, Physiotherapeuten, Ernährungstherapeuten und Freiwillige. Die verschiedenen Berufsgruppen arbeiten eng zusammen, um den oft sehr

komplexen Problemen gerecht werden zu können. Die Anforderungen an das Behandlungsteam sind hoch. «Im Pflegebereich ist ein hoher Anteil spezialisierter Pflegefachpersonen notwendig, um diese anspruchsvolle Arbeit «rund um die Uhr» gewährleisten zu können» sagt Daria Kolly, Stationsleiterin Pflege der Palliativstation. Monica Fliedner, Pflegeexpertin Onkologie / Palliative Care und Co-Leiterin des Palliativzentrums, ergänzt: «Wir ziehen alle am selben Strick. Interprofessionalität wird in der Palliative Care grossgeschrieben: Auch Patienten und Angehörige sollen und müssen ihre Kompetenzen einbringen.»

Dr. Eychmüller hat SENS aus rein pragmatischen Gründen entwickelt: «Die Diagnose «fortgeschrittener Tumor» gibt uns keine Handlungsanleitung. Deshalb schauen wir mit dem Patienten, was ihn beschäftigt und wie wir seinen Stress lindern können, um seinen Alltag zu verbessern.» Das Spektrum der Probleme, die angegangen werden, ist entsprechend breit: Es reicht von körperlichen über psychische Symptome bis hin zu spirituellen, finanziellen oder sozialen Problemen. Zudem besteht zwischen den Problemen eine Wechselwirkung, erklärt Frau Fliedner: «Neulich behandelten wir die Schmerzen eines Patienten, woraufhin kurze Zeit später Atemnot in den Vordergrund trat. Als dem Patienten, der unter dem Kontaktabbruch mit einem seiner Kinder litt, bewusst wurde, dass ihm die Zeit davonläuft, hat sich diese Atemnot noch verschlimmert. Solche Dominoeffekte, welche die Intensität der Symptome verstärken, sind typisch. Wir behandeln deshalb immer den ganzen Menschen samt seinem Umfeld – das Palliativzentrum ist eine Art biopsychosoziale und spirituelle Intensivstation.» In diesem Fall hat Frau Fliedner die Frau des Patienten darin geschult, wie sie bei einer weiteren Atemnot ihres Mannes reagieren sollte. Denn wer für den Notfall gerüstet ist, kann mit schwierigen Situationen besser umgehen. Ein Kontakt mit dem Sohn konnte hingegen nicht hergestellt werden, aber das Umfeld war informiert und so weit wie möglich involviert.

¹ ACP steht für «advance care planning», d.h. frühzeitige und umfassende Planung gemeinsam mit den Beteiligten

Spitzen-Care und Spitzenmedizin an einem Ort

Die Auseinandersetzung mit der eigenen Endlichkeit ist nicht einfach, weiss Dr. Eychmüller: «Gerade in einem Universitätsspital hoffen viele Patienten, dass es für sie doch noch eine Therapie gibt. Für manche ist es deshalb erst einmal ein Schock, wenn wir mit ihnen stattdessen darüber sprechen, wie sie am besten mit ihrer unheilbaren Erkrankung umgehen können. Denn sie befürchten, dass sie keine Optionen mehr haben, wenn es keine zusätzliche Behandlung mehr gibt. Doch das Gegenteil ist der Fall: Wir geben den Patienten das Steuer wieder in die Hand.» Die Mitarbeitenden des Palliativzentrums tun dies, indem sie mit dem Patienten und dessen Angehörigen offen über die anstehenden Fragen sprechen: Wie soll die verbleibende Lebenszeit sinnvoll genutzt werden? Was will der Patient noch erledigen oder erreichen? Welche organisatorischen Massnahmen sind nötig, damit der Patient wieder in seine vertraute Umgebung zurückkehren kann – wie sieht beispielsweise die Notfallkette aus, falls sich nachts Komplikationen ergeben? Und: Wo will der Patient sterben? Durch die Beschäftigung mit diesen Fragen erfahren der Patient und seine Angehörigen die Situation wieder als handhabbar. Zugleich wirkt

es entlastend, wenn sich nicht mehr alles um die Krankheit dreht, sondern wieder der Mensch und sein Alltag im Zentrum stehen. Parallel zur Betreuung im Palliativzentrum läuft die diagnosespezifische Therapie durch die Konsiliarärzte – vor allem Onkologen und Neurologen – weiter. Sie umfasst auch spitzenmedizinische Leistungen, wie sie nur in einem Universitätsspital erbracht werden können. Deshalb ist die palliative Vorgehensweise eher als komplementärer Ansatz denn als eigentlicher Paradigmenwechsel zu verstehen, auch wenn der Gegensatz kurativ-palliativ in vielen Köpfen fest verankert ist und Palliative Care primär mit Sterben assoziiert wird. Der Realität wird dieses Bild jedoch nicht gerecht, erklärt Dr. Eychmüller: «Eine grosse Zahl der Patienten im Inselspital ist de facto palliativ. Nur spricht man meistens nicht darüber. Anstatt eine ‹Schlechtwetterplanung› zu machen, tanzt man gemeinsam um den Abgrund herum.» Der eigentliche Unterschied zwischen der Palliativmedizin und -pflege sowie der diagnosespezifischen Behandlung betrifft deshalb in erster Linie die Art und Weise, wie man sich mit dem Unausweichlichen auseinandersetzt. Der proaktive Weg lohnt sich: Palliative Care wirkt sich erwiesenermassen positiv auf die Lebensqualität und auf die Lebensdauer aus, da entsprechend betreute Patienten weniger oft über den Notfall eingeliefert

Patientengeschichte Palliativzentrum

Vor zehn Tagen geriet ich in Atemnot. Meine Frau rief Dr. Eychmüller an, den wir bereits von einem früheren Aufenthalt im Palliativzentrum her kannten. Er wies uns an, sofort den Notfall des Inselspitals aufzusuchen. Als ich dort ankam, hatte sich mein Zustand weiter verschlechtert. Es wurde eine Lungenentzündung diagnostiziert. Der Behandlung mit Sauerstoff und Antibiotika folgte eine Stabilisierungsphase, sodass ich ins Palliativzentrum verlegt werden konnte. In den folgenden Tagen durfte ich die friedliche, menschliche und würdige Begleitung der Pflegenden sehr schätzen. Wo sonst hätte ich als Tetra-Patient mit komplexen Therapien und Pflegebedürfnissen eine derartige Unterstützung erhalten können? Dr. Eychmüller und seine Assistentinnen nahmen sich die nötige Zeit, um mit mir und meiner

Frau über die Zeit nach dem Aufenthalt und über die möglichen Behandlungen im Falle von weiteren Komplikationen zu sprechen. Während meines Aufenthalts wurden auch verschiedene Untersuchungen und Kontrollen durch Spezialisten aus der Insel, wie Urologen, Pneumologen und Neurochirurgen, durchgeführt, sodass ich nach einiger Zeit wieder nach Hause zurück konnte, wo meine Frau und die Spitex die Pflege wieder übernommen haben. Ich war glücklich und dankbar, von einer solchen Institution wie dem Palliativzentrum profitiert zu haben. Mit meinem Motorrad bin ich vor meinem Unfall umgerechnet mehrmals um den Äquator gefahren. Auch mit dem Segelflugzeug und mit dem Segelschiff war ich unterwegs, ich kenne die Luft und das Meer. Diese Nähe zur Natur ist die Quelle meines Widerstands.

Heinz Kägi (72)*

werden müssen. Zudem verzichten sie häufig auf Behandlungen, bei denen das Gleichgewicht zwischen Wirkung und Nebenwirkungen nicht mehr stimmt, sodass letztere teils sogar überwiegen. Die Palliativmedizin und -pflege gilt deshalb auch international als zukunftsweisendes Modell für die Behandlung chronisch kranker Menschen.

Viel Netzwerkarbeit nötig

Nichtsdestotrotz fristet Palliative Care hierzulande noch immer ein Schattendasein: Trotz einer guten Zusammenarbeit mit dem Onkologie- und Palliative-Care-Team SEOP der Spitex sowie mit der Stiftung Diaconis Palliative Care muss das Netzwerk mit der ambulanten Pflege und den Hausärzten zum grössten Teil erst noch aufgebaut werden: Von den 173 Patienten, die das Palliativzentrum im ersten Betriebsjahr betreute, wurden 80 % von Kliniken des Inseleospitals dorthin verlegt und nur 20 % von extern zugewiesen. Dabei müsste das Verhältnis zwischen externen und internen Zuweisungen genau umgekehrt sein, wie der Vergleich mit Ländern zeigt, in denen sich Palliative Care gut etabliert hat. Auch denken viele Zuweisende, dass nur Patienten mit einer Krebsdiagnose im Palliativzentrum behandelt werden. In anderen Ländern, wie beispielsweise Indien oder den USA, leiden jedoch mehr als 60 % der Patienten in Palliative Care nicht an Krebs. Ein Patient bleibt im Durchschnitt knapp 13 Tage im Palliativzentrum, und nur sechs von zehn Patienten können wieder entlassen werden,

«Wer sich in seinen letzten beiden Lebenswochen einer akutmedizinischen Behandlung unterzieht, erhält die Kosten vergütet. Wer die Zeit zu Hause verbringen will, muss die Kosten für die ambulante Pflege selbst übernehmen. Dabei brächten Investitionen in die häusliche Betreuung nicht nur mehr Lebensqualität, sondern wären auch günstiger.»

Dr. Steffen Eychmüller, Ärztlicher Leiter,
Universitäres Zentrum für Palliative Care

da die notwendigen Supportdienste gerade in der Peripherie des Kantons Bern fehlen. Die primäre Aufgabe des Palliativezentrums, die Patienten zu stabilisieren, sodass sie nach Hause oder ins Heim zurückkehren können, kann so nur bedingt erfüllt werden.

Defizitär trotz kostensenkendem Effekt

Finanziell hat das Palliativzentrum, das sich auch in der Ausbildung von Medizinstudenten und in Forschungsprojekten engagiert, einen schweren Stand. Die durchschnittlichen Kosten pro Aufenthalt im Palliativzentrum belaufen sich auf rund 16 500 Franken. Nur ein Teil davon ist durch die Krankenkassenversicherungen und den Kanton gedeckt: Im Schnitt verursacht jeder Aufenthalt auf der Station ein Defizit von rund 12 700 Franken. Die roten Zahlen gefährden den Fortbestand des Zentrums, was angesichts seines volkswirtschaftlichen Nutzens wie eine Ironie des Schicksals scheint.

Ein Umdenken ist dringend erforderlich, da die heutige Finanzierung im Gesundheitswesen Anreize für möglichst viele Behandlungen schafft, sagt Dr. Eychmüller: «Wer sich in seinen letzten beiden Lebenswochen einer akutmedizinischen Behandlung unterzieht, erhält die Kosten vergütet. Wer die Zeit zu Hause verbringen will, muss die Kosten für die ambulante Pflege selbst übernehmen. Dabei brächten Investitionen in die häusliche Betreuung nicht nur mehr Lebensqualität, sondern wären auch günstiger.» Doch bis diese Art der «Spitzen-Care» am Lebensende nicht nur im Inselehospital, sondern in der ganzen Schweiz Fuss gefasst hat und vollständig in das Gesundheitssystem integriert ist, dürfte noch viel Überzeugungsarbeit notwendig sein.

www.palliativzentrum.insel.ch

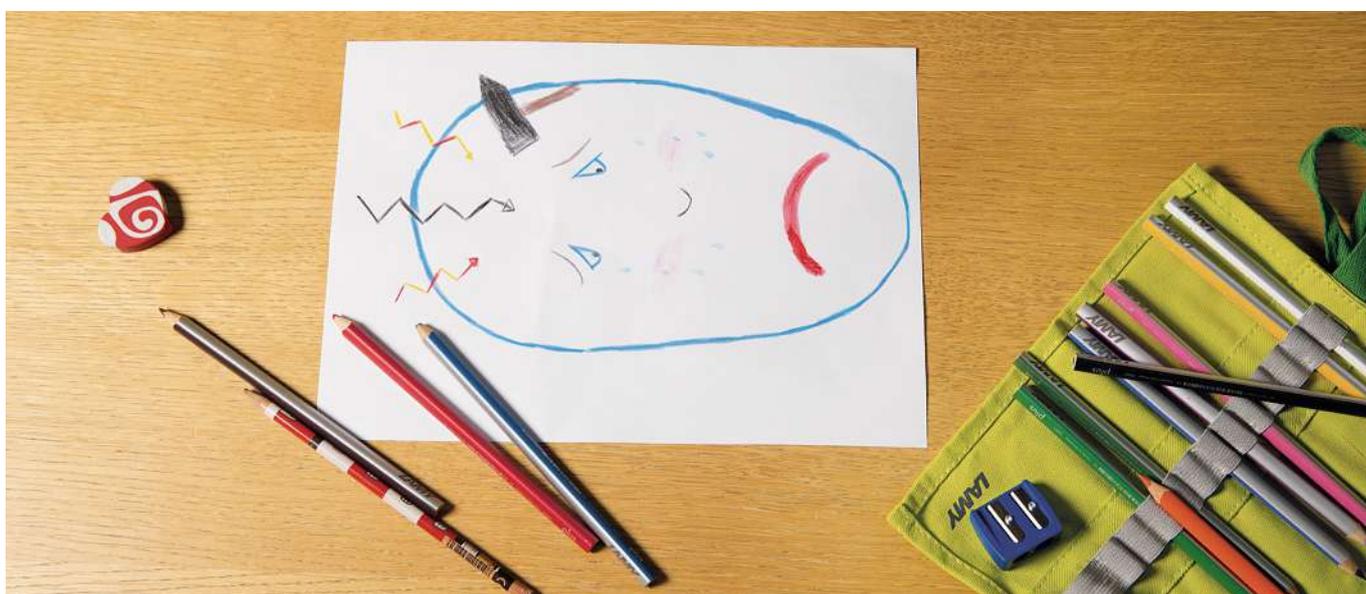
* Name von der Redaktion geändert



15.38 Uhr



15.49 Uhr



Eine junge Patientin zeichnet ihre Kopfschmerzen.

15.54 Uhr

Lernen, trotz Schmerzen normal zu leben

Immer mehr Kinder und Jugendliche leiden an chronischen Kopf- und Bauchschmerzen. Der Leidensdruck ist so erheblich, dass er von der kindlichen Entwicklung über die Schule und Ausbildung alle Facetten des Alltags der Patientinnen und Patienten und ihrer Familien beeinträchtigt.

Das Phänomen chronische Schmerzen bei Kindern ist nicht neu, doch wurde es lange nicht ausreichend beachtet: Heute weiss man, dass auch schon Früh- und Neugeborene Schmerzen empfinden können. Leidet ein Kind längere Zeit unter starken Schmerzen, entwickelt sich ein sogenanntes Schmerzgedächtnis, welches das Nervensystem für Schmerzreize sensibilisiert. «Anhaltende Schmerzen im Kindesalter führen oft zu chronischen Schmerzen im Erwachsenenalter», sagt Dr. Christian Wüthrich, Leitender Arzt Kinder- und Jugendpsychiatrie im Inselspital. Die Zahl der Betroffenen ist gross. Gemäss europäischen Studien sind allein um die 40 % aller Schulkinder von regelmässigen Kopfschmerzen betroffen. Um Schmerzgeplagten zu helfen und ihren Medikamentengebrauch einzudämmen, haben Dr. Wüthrich und Dr. Ilca Wilhelm, Oberärztin der Universitätsklinik für Anästhesiologie und Schmerztherapie, im Frühling 2013 eine Schmerzsprechstunde für Kinder und Jugendliche ins Leben gerufen. Weil Schmerzen das Resultat komplexer Wechselwirkungen zwischen Körper, Psyche und Emotionen sind, wird die Sprechstunde immer von der Schmerztherapeutin und dem Kinderpsychiater gemeinsam geführt.

«Die meisten unserer Patienten wurden bereits von Fachärzten mehrerer Disziplinen untersucht. Wir wirken hier unterstützend, indem wir uns auf das Symptom Schmerz und seine Folgen konzentrieren.»

Dr. Ilca Wilhelm, Oberärztin,
Universitätsklinik für Anästhesiologie und
Schmerztherapie

Lange Leidenszeit

Die Patienten, die in diese Sprechstunde in die Kinderklinik kommen, sind von unterschiedlichen Schmerzen geplagt. Bei den jüngeren konzentrieren sich Schmerzen vor allem auf den Bauchbereich. Die meisten der 12- bis 18-Jährigen sind von Kopfweh betroffen, gefolgt von Bauchweh und Rückenweh.

Doch unabhängig davon, wo sich der Schmerz im Einzelfall manifestiert, gehört er in der Regel schon viele Monate zum Leben dieser Kinder und Jugendlichen. Entsprechend gross ist die Anzahl ihrer Arztbesuche, erklärt Dr. Wilhelm: «Die meisten unserer Patienten wurden bereits von Fachärzten mehrerer Disziplinen untersucht. Wir wirken hier unterstützend, indem wir uns auf das Symptom Schmerz und seine Folgen konzentrieren.»

In der ersten Sitzung machen Dr. Wilhelm und Dr. Wüthrich jeweils eine Bestandesaufnahme und prüfen, welche Abklärungen vorgenommen wurden. In den wenigen Fällen, in denen eine Untersuchung fehlt, wird diese noch nachgeholt. Meist jedoch sind Bildgebung und Bluttests bereits vorhanden. Ein gemäss europäischen Normen standardisierter Schmerzfragebogen, den die jungen Patienten und ihre Eltern separat ausfüllen, zeigt den Schweregrad der Erkrankung auf. Der Fragebogen lässt auch Rückschlüsse auf Depressivität, Angststörungen und das Ausmass des sozialen Rückzugs zu, die für chronische Schmerzerkrankungen typisch sind: Die Kinder bleiben dem Unterricht fern, verlieren den Kontakt zu ihren Schulfreundinnen und -freunden, pflegen immer weniger Hobbys und werden dadurch zunehmend isoliert. Auch das Familienleben wird oft auf den Kopf gestellt: Gespräche und Abläufe werden in vielen Fällen von der Schmerzerkrankung dominiert. So erkundigen sich Eltern immer wieder nach dem Befinden ihres Kindes und akzeptieren, dass das Kind seine «Ämtli» oder auch seine Hausaufgaben nicht mehr machen kann. Eine Abwärtsspirale, die man rechtzeitig durchbrechen sollte, sagt Dr. Wüthrich: «Kinderärzte sollten Kinder nicht länger als drei Wochen vom Unterricht dispensieren. Anschliessend muss eine erneute Evaluation der Gesamtsituation erfolgen. Schulen ihrerseits sollten reagieren, wenn Kinder dem Unterricht länger fernbleiben.»

Schmerzen als eigene Erkrankung

Beim ersten Treffen wird der Behandlungsansatz vorgestellt. Dabei heisst es für die Eltern erst einmal umdenken. Denn bei chronischen Schmerzerkrankungen hat sich der Schmerz üblicherweise selbstständig, sodass er in der Regel nicht mehr auf eine bestimmte physische Erkrankung zurückzuführen ist. Stattdessen spielen psychosoziale Faktoren für die Schmerzen eine ebenso wichtige Rolle. Dies zu akzeptieren, ist für Eltern meist nicht einfach.

Bei der Behandlung schlagen Dr. Wüthrich und Dr. Wilhelm einen pragmatischen Weg ein: «Wir lehren die Kinder und Jugendlichen, wie sie mit ihren Schmerzen besser umgehen können. Die Reintegration ins Alltagsleben trotz Schmerzen ist dabei ein zentrales Ziel», sagt Dr. Wilhelm. Das gilt übrigens auch für jene wenigen Patienten, bei denen durchaus eine organische Ursache vorhanden ist. Beispielsweise bei jenen, die an Migräne leiden – auch sie müssen lernen, wie sie mit ihrer Krankheit

besser umgehen können. Selbstwirksamkeit heisst das Schlüsselwort: Aktiv gegen den Schmerz wirksam zu werden, anstatt sich weiterhin in der passiven Opferrolle zu erleben. Damit unterscheidet sich die Therapie im Insepsital erheblich von der rein medikamentösen Therapie, die trotz aufwendiger und teurer Diagnostik vielerorts für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit chronischen Schmerzen zum Einsatz kommt und die mit erheblichen Nebenwirkungen verbunden sein kann.

«Kinderärzte sollten Kinder nicht länger als drei Wochen vom Unterricht dispensieren. Anschliessend muss eine erneute Evaluation der Gesamtsituation erfolgen. Schulen ihrerseits sollten reagieren, wenn Kinder dem Unterricht länger fernbleiben.»

Dr. Christian Wüthrich, Leitender Arzt Kinder- und Jugendpsychiatrie, Universitätsklinik für Kinderheilkunde

Patientengeschichten

Die 12-jährige Agnes* leidet seit sechs Jahren an chronischen Spannungskopfschmerzen. In dieser Zeit war sie bereits bei mehreren Ärzten verschiedener Fachrichtungen in Behandlung. Seit sechs Monaten ist sie nicht mehr zur Schule gegangen. Die Mutter musste ihre Teilzeitbeschäftigung kündigen, damit sie ihre Tochter zu Hause betreuen kann. Agnes schläft tagsüber viel, hat keinen Kontakt zu Gleichaltrigen mehr und gab auch ihre Hobbys auf. Sie nimmt fast täglich Medikamente ein.

Nicht besser geht es dem aus Albanien stammenden 14-jährigen Ben*. Er leidet – wie er sagt, schon seit der Geburt – an Bauchschmerzen, die vor allem morgens und abends auftreten. Tagsüber, wenn Ben abgelenkt ist, werden sie schwächer. Weil Ben Angst davor hat, alleine zu schlafen, teilt er sich mit seinem vier Jahre jüngeren Bruder ein Bett. Bens Vater befürchtet, dass er wie viele andere in der Familie an einer schwerwiegenden Darmerkrankung leidet. Dass zur Abklärung der Schmerzen multiple Untersuchungen vorgenommen wurden, bestätigt

ihn in dieser Überzeugung. Aufgrund seiner mangelhaften Deutschkenntnisse versteht er nicht, dass die Untersuchungen keine körperliche Ursache für die Schmerzen finden konnten.

Agnes besucht die Gruppentherapie, bei der sie übt, wie sie vor dem Schlafengehen regelmässig Muskelrelaxationsübungen machen kann. Weiter wird Agnes gezeigt, welche Akupressurpunkte sie bei Kopfschmerzen drücken kann. Sie besucht zudem eine Tanztherapiegruppe, nimmt weniger oft Medikamente und findet zu einem regelmässigen Schlaf-Wach-Rhythmus zurück. Sie wird in die Schule reintegriert, wo sie eine Klasse tiefer einsteigen kann. Schulfehltag gibt es keine mehr. Auch das Familienleben normalisiert sich wieder. Bei Ben sieht die Situation ähnlich aus: Er und sein Vater lernen in einem psychologischen Verhaltenstraining in gemeinsamen Sitzungen, wie sie mit ihren Ängsten umgehen können. Die Familie versteht, dass die vielen Untersuchungen keine körperliche Krankheit feststellen konnten. Ben erhält ein TENS-Gerät, um aktiv etwas gegen seine Schmerzen tun zu können.

Von Gleichaltrigen lernen

Den Patienten wird eine einmal wöchentlich stattfindende ambulante Gruppentherapie angeboten, bei der nebst Dr. Wilhelm und Dr. Wüthrich auch ein Physiotherapeut teilnimmt. Die Therapie besteht im Wesentlichen aus einem psychologischen Training, bei dem die Kinder und Jugendlichen sich bewusst werden, was ihre Schmerzen auslöst. Zudem lernen sie, wie sie ihre Aufmerksamkeit vom Schmerz weglenken und sich entspannen können. Das geschieht mit verschiedenen Körperwahrnehmungs- und Entspannungsverfahren wie z. B. der progressiven Muskelrelaxation, aber auch mit der Anwendung von Akupressurpunkten oder der transkutanen elektrischen Nervenstimulation (TENS). Letztere ist eine Art Elektrotherapie, bei der die Patienten an der schmerzenden Stelle Elektroden anbringen, deren Vibrationen die Ausschüttung von Endorphinen anregen und die Durchblutung im Schmerzgebiet fördern. Das Gute daran: Das Gehirn erhält zur Abwechslung angenehme Reize aus der sich ansonsten nur durch Schmerzen bemerkbar machenden Region. Zu Hause führen die Kinder und Jugendlichen ein Schmerztagebuch, in dem sie ihre Erfahrungen dokumentieren. Dr. Wilhelm und Dr. Wüthrich ziehen ein positives erstes Fazit: Das gegenseitige Lernen voneinander und der Erfahrungsaustausch mit Gleichgesinnten motiviert die jungen Patienten, die Verantwortung für ihren Schmerz zu übernehmen, sodass sie die Rückkehr in ihr altes Leben finden.

«Wir lehren die Kinder und Jugendlichen, wie sie mit ihren Schmerzen besser umgehen können. Die Reintegration in das Alltagsleben trotz Schmerzen ist dabei ein zentrales Ziel.»

Dr. Ilca Wilhelm, Oberärztin, Universitätsklinik für Anästhesiologie und Schmerztherapie

Familienverhalten ist entscheidend

Damit die Rückkehr zu einem normalen Alltag gelingt, muss sich auch im familiären Umfeld einiges ändern. Um Eltern auf ihre neue Rolle vorzubereiten, führen Dr. Wilhelm und Dr. Wüthrich für sie Informationsveranstaltungen durch. Dort werden Regeln für das Zusammenleben daheim festgelegt, damit sich neue, positive Verhaltensmuster entwickeln können. «Wir zeigen Eltern, welche ihrer Verhaltensweisen hilfreich sind und welche nicht. Es geht nicht darum, das Verhalten zu werten», sagt Dr. Wüthrich. So wird Eltern empfohlen, ihr Kind nicht mehr zu fragen, ob es Schmerzen hat, während umgekehrt das Kind seine Schmerzen immer thematisieren darf. Ist ein Kind gerade am Spielen oder mit etwas anderem beschäftigt, das ihm Freude macht, kann die Erinnerung an den Schmerz die momentane Freude kaputt machen. Zudem kann die dauernde Thematisierung der Schmerzen dazu führen, dass das Kind vor allem über Schmerzen Aufmerksamkeit erhält, was wiederum das Schmerzerleben und Schmerzverhalten verstärken kann.

Auch ihre Vorbildrolle wird den Eltern bewusst gemacht. Wer sein Kind bei Schmerzen sofort aufs Sofa schickt, sendet eine andere Botschaft aus als jemand, der ihm empfiehlt, aktiv etwas gegen die Schmerzen zu unternehmen. Auch wer einen Marathonlauf durch die Ärzteschaft unternimmt, teilt seinem Kind indirekt mit, es sei sehr krank. Mit gutem Beispiel voranzugehen, ist besonders bei Migränepatienten wichtig, weil Migräne oft über Generationen weitervererbt wird. Lernt das Kind frühzeitig einen konstruktiven Umgang mit dieser Krankheit, die es sein Leben lang begleiten dürfte, gewinnt es viel an Lebensqualität. Und Lebensqualität ist genau das, was Dr. Wilhelm und Dr. Wüthrich ihren Patienten Stück für Stück zurückgeben: Ist der erste Meilenstein – das normale Leben trotz und mit Schmerzen – erst einmal erreicht, reduzieren sich nämlich oft auch die Schmerzen.



16.30 Uhr



16.41 Uhr



Individuelle Impf- und Reiseberatung für einen unbeschwerten Urlaub.

16.49 Uhr

Schutz vor unliebsamen Reisesouvenirs

Damit Touristinnen und Touristen ihren Urlaub möglichst unbeschwert geniessen können, bieten ihnen die Infektiologen und Tropenmediziner des Inseleospitals eine massgeschneiderte reisemedizinische Beratung an. Auch wer mit Krankheitserregern aus den Ferien zurückkehrt, ist bei den Spezialisten gut aufgehoben: Sie sind rund um die Uhr verfügbar, sodass zeitkritische Erkrankungen wie Malaria sofort diagnostiziert und behandelt werden können.

Die Spezialistinnen und Spezialisten der reisemedizinischen Beratung des Inseleospitals betreuten im Jahr 2013 rund 4500 Ferienreisende in über 8000 Konsultationen. Dabei benutzten sie ein neues Schema in der Beratung, das die Reiseart und die Reisegebiete stärker berücksichtigt. Denn es macht einen Unterschied, ob jemand auf eigene Faust durch ein Land wie Laos oder Brasilien zieht oder ob er mit einer Reisegruppe unterwegs ist. Ebenso wichtig sind die besuchten Regionen: Wer sich vorwiegend in einem Ferienresort aufhält, ist weniger gefährdet als jemand, der im selben Land entlegene Dschungelgebiete aufsucht. Damit vor Reisebeginn alle notwendigen Impfungen aufgefrischt oder gemacht werden können, empfiehlt sich eine rechtzeitige Konsultation, die im Idealfall vier bis sechs Wochen vor Abflug stattfindet.

«Impfungen und Medikamente allein machen eine Reise nicht sicher. Wir klären unsere Patientinnen und Patienten deshalb auch über nötige Vorsichtsmassnahmen auf.»

Prof. Hansjakob Furrer, Klinikleiter und Chefarzt,
Universitätsklinik für Infektiologie

Im Vergleich zur klassischen Impfcheckliste bietet das neue Schema klare Vorteile, sagt Prof. Hansjakob Furrer, Klinikleiter und Chefarzt der Universitätsklinik für Infektiologie: «Impfungen und Medikamente allein machen eine Reise nicht sicher. Wir klären unsere Patientinnen und Patienten deshalb auch über nötige Vorsichtsmassnahmen auf. So besteht beispielsweise die effektivste Prophylaxe vor vielen Tropenkrankheiten darin, sich gar nicht erst von Mücken stechen zu lassen.» Das geschieht am besten durch das Tragen von langer, heller und imprägnierter Kleidung sowie die konsequente Verwendung von Moskitonetzen. In der Beratung wird den Reisenden auch das Credo «cook it, peel it or forget it» in Erinnerung gerufen, mit der sich der klassische Reisedurchfall vermeiden lässt. Daneben bringen die Beraterinnen und Berater auch Heikles aufs Tapet: Sie weisen auf die Risiken ungeschützten Geschlechtsverkehrs in Ländern mit hoher HIV-

Rate hin und geben ihren Patienten schon mal ein Pack Kondome mit auf den Weg. Dass Ferien auch in sexueller Hinsicht gerne einer Auszeit gleichkommen, beweist die hohe Neuansteckungsrate: 15 % aller HIV-Infizierungen finden im Ausland statt.

Fieber umgehend abklären lassen

Das Treffen aller empfohlenen Vorsichtsmassnahmen und die Einnahme von Medikamenten oder einer Malariaphylaxe führen jedoch nicht zu einem hundertprozentigen Schutz. So schützt eine Typhusimpfung nur in 60 % der Fälle auch wirklich vor der Erkrankung. Malariaerreger wiederum können sich in der Leber einnisten, nach dem Absetzen der Prophylaxe erwachen und eine Malariakerkrankung auslösen. «Tritt nach einem Aufenthalt in den Tropen – selbst Wochen später – Fieber auf, ist schnelles Handeln angezeigt. Bei einer Malariakerkrankung sollte die Behandlung noch an dem Tag einsetzen, an dem ein Patient erstmals an Fieber leidet. Nur so lässt sich ein schwerer Krankheitsverlauf vermeiden, der im schlimmsten Fall zum Tod führt», erklärt Prof. Furrer. In dieser zeitkritischen Situation kommt der Vorteil des Inseleospitals zum Tragen: Weil Labordienste rund um die Uhr in Anspruch genommen werden können und jederzeit ein Infektiologe zur Verfügung steht, lässt sich relativ schnell feststellen, woran ein Patient erkrankt ist. Das ist im Falle von Malaria unter Umständen komplizierter, als man meinen möchte: Da sich Malariaerreger nicht dauernd im Blut aufhalten und sich bei manchen Malariakerkrankungen ohnehin nur eine geringe Konzentration der Erreger im Blut befindet, führt der Test zuweilen zu einem falschen negativen Resultat, sodass er nach ein paar Stunden wiederholt werden muss. Was für die Abklärung gilt, trifft bei der Behandlung erst recht zu, so Prof. Furrer: «Die Patienten profitieren davon, dass die Notfallärzte im Inseleospital rund um die Uhr auf ein hoch spezialisiertes Team in Labordiagnostik, Infektiologie / Tropenmedizin, Intensivmedizin, Blutkrankheiten und Innerer Medizin zurückgreifen können.»

Kleine Lebewesen, grosse Herausforderung

Gefragt ist die Expertise der Infektiologen auch im Fall von multiresistenten Bakterien. Sie werden von bis zu 70 % aller Touristen, die den indischen Subkontinent oder andere Gebiete des südasiatischen Raums bereisen, mit nach Hause gebracht. Das allein wäre noch kein Grund zur Sorge, denn die Bakterien nisten sich im Darm ein, und der ist bestens für die Beherrschung von Milliarden Bakterien aller Art eingerichtet. Erkrankt ein Mensch mit multiresistenten Bakterien aber an etwas Ernsthaftem wie einer Lungenentzündung, sodass ein Spitalaufenthalt ansteht, kann dies zu schweren Komplikationen führen. Muss der Patient nämlich Antibiotika einnehmen, werden mit Ausnahme der multiresistenten Bakterien die meisten übrigen Bakterien abgetötet, sodass sich die multiresistenten ungehindert vermehren können. Erhält der Patient eine Infusion oder einen Katheter, wird der natürliche Schutz der Haut unterbrochen. In der Folge können die multiresistenten Darmbakterien – die sich aller Hygienemassnahmen zum Trotz auch auf der Haut befinden – ins Blut gelangen und eine schwere Infektion auslösen, die schwierig zu bekämpfen ist. Zwar stehen den Infektiologen Reservkombinationen aus verschiedenen Antibiotika zur Verfügung, doch sind diese oft mit erheblichen Nebenwirkungen behaftet. Prof. Furrer

plädiert deshalb für einen vernünftigen Umgang mit Antibiotika: «Weil immer mehr Menschen in der Schweiz multiresistente Bakterien aufweisen, sollten Antibiotika so kurz wie möglich und nur falls wirklich nötig verabreicht werden.»

«Die Patientinnen und Patienten profitieren davon, dass die Notfallärzte im Insepsital rund um die Uhr auf ein hoch spezialisiertes Team in Labordiagnostik, Infektiologie/Tropenmedizin, Intensivmedizin, Blutkrankheiten und Innerer Medizin zurückgreifen können.»

Prof. Hansjakob Furrer, Klinikleiter und Chefarzt, Universitätsklinik für Infektiologie

Austausch mit internationalen und nationalen Experten

Ihr Know-how rund um Infektionskrankheiten verdanken die fünf bis sechs Oberärzte und die sieben Assistenzärzte, die in der Beratung eingesetzt werden, ihrer breiten Ausbildung, die viel Praxiserfahrung miteinschliesst. So hat die Oberärztin Dr. Cornelia Staehelin gerade einen mehrmonatigen Aufenthalt am Spital des Christian Medical College

Souvenir aus Madagaskar

Kurz nach seiner Rückkehr von einer dreiwöchigen Reise nach Madagaskar entwickelt ein 70-jähriger Mann, der weder eine reisemedizinische Beratung aufgesucht noch eine Malariaphylaxe eingenommen hatte, Fieber, Übelkeit, Erbrechen sowie Bauchschmerzen. Bei zunehmendem Unwohlsein, Schwächegefühl und Schwindel stellt er sich drei Tage später in sehr schlechtem Zustand auf dem City-Notfall vor. Von dort wird er sofort auf die Notfallstation des Insepsitals überwiesen. In der Blutuntersuchung zeigt sich eine Malaria mit Plasmodium falciparum, einem in Madagaskar häufig vorkommenden Erreger, der die schwerste Malaria überhaupt hervorruft. 14 % der roten Blutzellen sind vom Malariaerreger befallen, was unbehandelt fast immer den Tod be-

deutet; selbst mit Behandlung ist das Todesrisiko gross. Schon auf dem Notfall des Insepsitals stimmt der Patient, der ein Herz-Kreislauf- und Nierenversagen entwickelt, einer intravenösen Behandlung u. a. mit Artesunat zu. Dieses Medikament, das sich in Studien bei schwerer Malaria als besonders wirksam erwiesen hat, ist zwar in der Schweiz noch nicht für den Handel zugelassen, wird aber im Insepsital mit einer Sonderbewilligung für besonders schwere Fälle an Lager gehalten. Der Patient wird auf die Intensivstation verlegt. Sein Leben kann dank der Behandlung der Malaria und der intensivmedizinischen Behandlung des Kreislaufs, der Gerinnung und der Nierenfunktionsstörung gerettet werden. Fünf Tage später kann der Patient das Spital verlassen, wird aber in der Poliklinik für Infektiologie und Reisemedizin weiter betreut, bis er sich vollständig erholt hat.

im südindischen Vellore absolviert. Das Spital leistete in der medizinischen Geschichte des Landes Pionierarbeit und entwickelte beispielsweise den Goldstandard bei der Behandlung von Leprapatienten. Aufgrund seiner Reputation reisen Patienten aus allen Landesteilen an, um sich dort behandeln zu lassen. Das Spital bietet jedoch nicht nur Spitzenmedizin: Mit kleineren Spitälern und speziellen Entwicklungsinitiativen in und um Vellore wird sichergestellt, dass trotz Andrang aus dem ganzen Land auch die medizinische Grundversorgung für die umliegende Bevölkerung gewährleistet wird. Dr. Staehelin verschaffte sich am Spital somit einen vertieften Einblick in die «Landkarte» der indischen Tropenkrankheiten wie auch ins nationale Gesundheitssystem, sodass sie Indienreisenden entsprechende Empfehlungen abgeben kann. Während ihres Aufenthalts wurde sie auch mit der Ursache für die Entstehung multiresis-

tenter Bakterien konfrontiert: «In Indien kann jedes beliebige Antibiotikum rezeptfrei bezogen werden. Diese unregulierte Abgabe führte zu einem massiven Überkonsum von Antibiotika und damit zur Resistenzbildung von Bakterien. Paradoxerweise sterben dort gleichzeitig Tausende von Kindern jährlich an Krankheiten, die mit Antibiotika hätten geheilt werden können.»

Überhaupt sind die Mitarbeitenden der reisemedizinischen Beratung gut mit anderen Spezialisten vernetzt. So ist der Chefarzt des Schweizerischen Tropeninstituts Prof. Christoph Hatz in einem 10%-Pensum im Inselehospital angestellt, um den Know-how-Transfer zwischen den beiden Institutionen sicherzustellen. Prof. Furrer wiederum ist Mitglied der Expertengruppe Reisemedizin, zu der Vertreter aus England, Deutschland, Österreich, Italien und Frankreich gehören. Die Gruppe sorgt für eine einheitliche Beurteilung der Gefahren und entsprechende Richtlinien. Diese werden im BAG-Bulletin, mit dem Hausärzte informiert werden, und auf den Websites www.safetravel.ch und www.tropimed.com publiziert. Viele Gründe also, weshalb Ferienreisende in der reisemedizinischen Beratung des Inseleospitals gut aufgehoben sind.

«In Indien kann jedes beliebige Antibiotikum rezeptfrei bezogen werden. Diese unregulierte Abgabe führte zu einem massiven Überkonsum von Antibiotika und damit zur Resistenzbildung von Bakterien.»

Dr. Cornelia Staehelin, Oberärztin,
Universitätsklinik für Infektiologie

Souvenir aus Südamerika

Zehn Tage nach einer dreiwöchigen Reise nach Kolumbien und Brasilien kommt eine 29-jährige Frau wegen Fieber, Kopf- und Rückenschmerzen in die Notfallstation, wo mittels einer Blutuntersuchung eine Malaria und ein Denguefieber ausgeschlossen werden. Bei recht gutem Allgemeinzustand wird die Frau wieder nach Hause entlassen, mit der Aufforderung, sich bei anhaltenden Beschwerden wieder zu melden. Im Verlauf der nächsten vier Tage tritt Fieber bis 39,5 °C auf, und die Kopf- und Rückenschmerzen nehmen zu. Es liegt ein ganz feiner Hautausschlag vor, welcher unter anderem an einen Typhus denken lässt, obwohl die Patientin dagegen geimpft ist. Typhus-Salmonellen werden via unsaubere Nahrung oder Trinken aufgenommen.

Die Erkrankung beginnt häufig schleichend, wird aber zunehmend schwerer und führt unbehandelt in ca. 20 % der Fälle zum Tod. Das Blut der Patientin wird auf Bakterien kultiviert, schon am nächsten Tag können Typhus-Salmonellen nachgewiesen werden. Eine Behandlung mit einem intravenösen Antibiotikum wird begonnen. Die Resistenztestung der Salmonellen zeigt zwei Tage später, dass auch ein Antibiotikum in Tablettenform zur Behandlung gebraucht werden kann, weshalb die Behandlung umgestellt und 14 Tage fortgeführt wird.

«Die hochstehenden Leistungen von Inselspital und Spital Netz Bern sind nur möglich dank der fachlichen Kompetenz, dem grossen Engagement und der Loyalität von gut 10 000 Mitarbeitenden.»

Dr. Urs Birchler, Vorsitzender Geschäftsleitung

Verwaltungsrat

Stand 31.12.2013



Joseph Rohrer

Unternehmer,
Meggen,
Präsident



Daniel Hoffet

Rechtsanwalt,
Kappelen,
Vizepräsident



Peter Rychiger

Unternehmer,
Steffisburg,
Vizepräsident



Frida Alder

Bern



Peter Bieri

Oberdiessbach



Michèle Etienne

Dr. rer. pol.,
Unternehmerin,
Schüpfen



**Brigitta Fahrländer-
Schneeberger**

Dr. med., Hausärztin,
Bern



Heinz Hänni

Dr. rer. pol.,
Geschäftsführer,
Bern



Margret Kiener Nellen

Lic. oec., Fürsprecherin,
Nationalrätin,
Bolligen



Peter Siegenthaler

Lic. rer. pol., Dr. h. c., ehem.
Direktor der Eidg. Finanz-
verwaltung, Bremgarten



Martin Täuber

Prof. Dr. med.,
Rektor Universität Bern,
Bern

Stabsstellen des
Verwaltungsrats:

Daniel Slongo, lic. phil. I,
Sekretariat
Max Häubi, lic. oec. HSG/
Dipl. Wirtschaftsprüfer,
Interne Revision

Geschäftsleitung Stand 31.12.2013



Urs Birchler

Dr. oec. publ.,
Vorsitzender
Geschäftsleitung



Andreas Tobler

Prof. Dr. med.,
Ärztlicher Direktor



Matthias Gugger

Prof. Dr. med.,
Direktor Lehre und Forschung



Ulrich von Allmen

Direktor Pflege,
medizinisch-technische und
medizinisch-therapeutische
Bereiche



Franz Bieri

Betriebsökonom FH/
Dipl. Wirtschaftsprüfer,
Direktor Betrieb



Gerold Bolinger

Betriebsökonom FH/
Dipl. Wirtschaftsprüfer,
Direktor Dienste



Bernhard Leu

Dipl. Architekt FH/NDS BWL,
Direktor Infrastruktur



Markus Lüdi

Betriebsökonom,
Direktor Personal



Bruno Haudenschild

Leiter Portalspitäler,
Rehabilitation, Langzeitpflege
mit beratender Stimme



Peter Eggli

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

Leiter Stabsbereiche:
Michael Stettler
mit beratender Stimme,
traktandenbezogen

Sekretariat:
Patrizia Gamboni,
Assistentin Vorsitzender
Geschäftsleitung

Erweiterte Geschäftsleitung Stand 31.12.2013

Mitglieder der Geschäftsleitung zuzüglich der nachstehenden Departementsvorsitzenden

Prof. Dr. med. Jukka Takala, Vorsitzender Departement Intensivmedizin, Notfallmedizin
und Anästhesiologie (DINA)
Irène Klöti-Aegler, Stv. Vorsitzende

Prof. Dr. med. Michael Mueller, Vorsitzender Departement Frau, Kind und Endokrinologie (DFKE)
Heidi Blaser, Stv. Vorsitzende

Prof. Dr. med. George Thalmann, Vorsitzender Departement Dermatologie, Urologie, Rheumatologie
und Nephrologie (DURN)
Christa Mermod, Stv. Vorsitzende

Prof. Dr. med. Iris Baumgartner, Vorsitzende Departement Herz und Gefässe (DHGE)
Marlise Reichen, Stv. Vorsitzende

Prof. Dr. med. Esther Vögelin, Vorsitzende Departement Orthopädische-, Plastische-,
Handchirurgie und Osteoporose (DOPH)
Christine Matzner, Stv. Vorsitzende a.i.

Prof. Dr. med. Sebastian Wolf, Vorsitzender Departement Kopforgane und Nervensystem (DKNS)
Regula Sollberger, Stv. Vorsitzende

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

Prof. Dr. med. Ralph Schmid, Vorsitzender Departement Magen-Darm, Leber- und
Lungenkrankheiten (DMLL)
Nicole Mellenberger, Stv. Vorsitzende

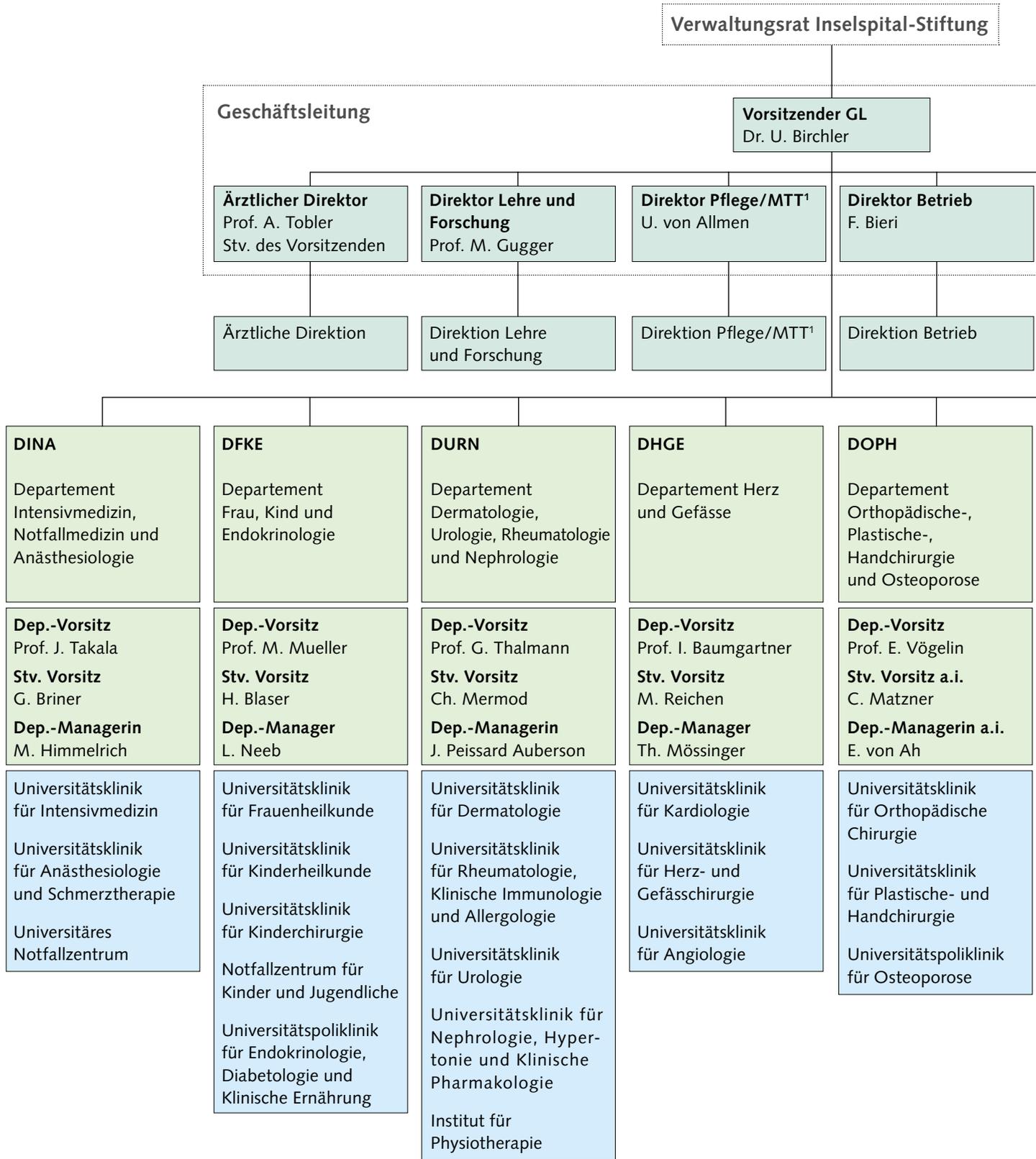
Prof. Dr. med. Gerhard Schroth, Vorsitzender Departement Radiologie, Neuroradiologie
und Nuklearmedizin (DRNN)
Dieter Fiechter, Stv. Vorsitzender

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

Teilnahme mit beratender Stimme:

Peter Gerber, Standortleiter Spital Tiefenau und Spital Ziegler

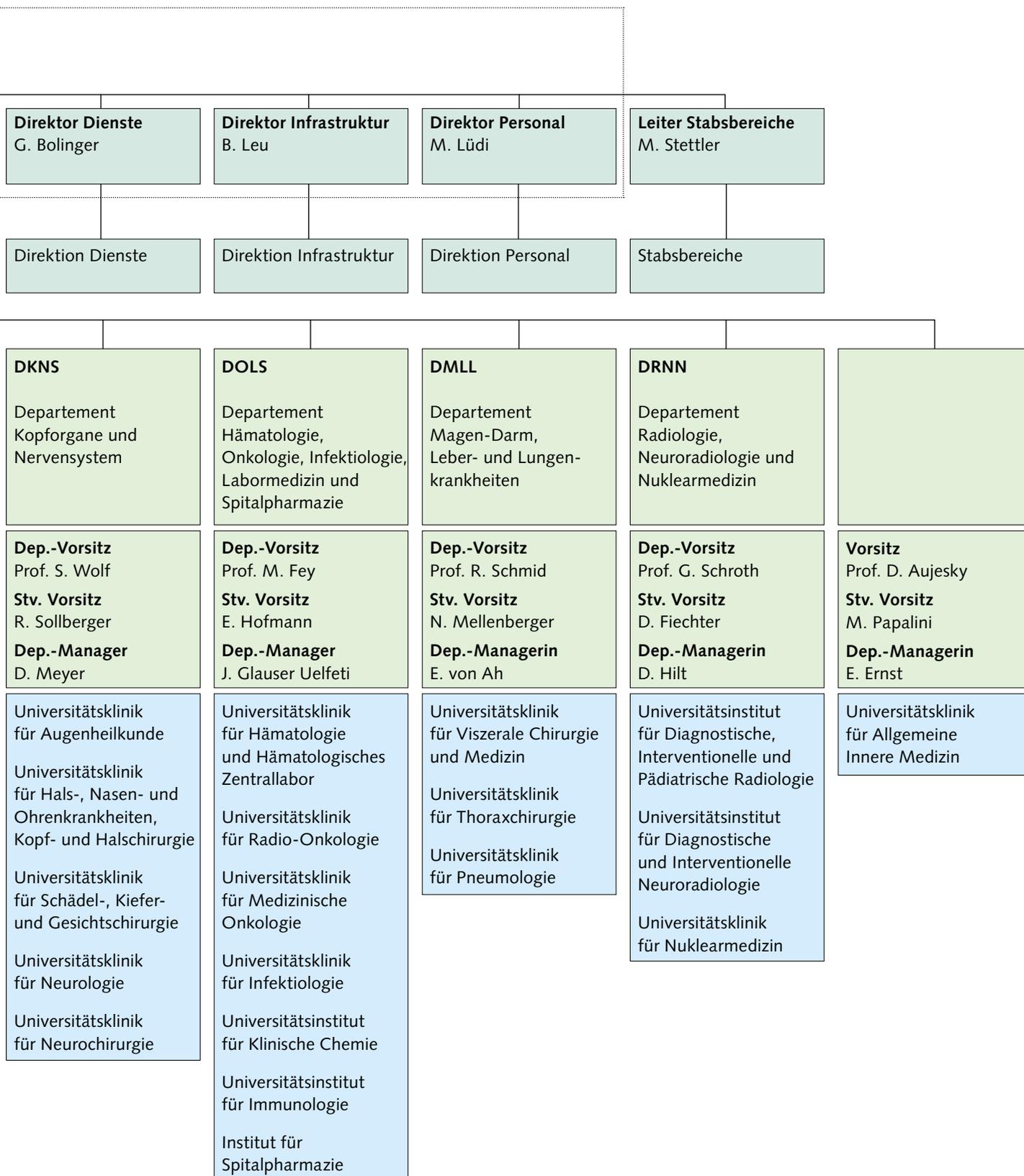
Organigramm



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

Die Geschäftsleitung und die Departementvorsitzenden bilden die erweiterte Geschäftsleitung.

Der Dekan der Medizinischen Fakultät sowie der Leiter Portalspitäler (SNBe) können an den Sitzungen der Geschäftsleitung und der erweiterten Geschäftsleitung teilnehmen (mit beratender Stimme); der Standortleiter Spital Tiefenau und Spital Ziegler kann an der Sitzung der erweiterten Geschäftsleitung teilnehmen (mit beratender Stimme).



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.

Mandate der Inselspital-Stiftung:

VRP B. Leu; VR G. Bolinger

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.

Mandate der Inselspital-Stiftung:

VR Prof. A. Tobler; VR Prof. J. Heverhagen

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.

Mandate der Inselspital-Stiftung:

VR Dr. U. Birchler; VR Prof. H. Zimmermann

Mammographie Screening Zentrum Bern AG

Zweck: Errichtung und Betrieb eines Mammographie-Screening-Instituts. Die Gesellschaft kann im In- und Ausland Zweigniederlassungen errichten, sich bei anderen Unternehmungen beteiligen sowie gleichartige oder verwandte Unternehmungen errichten oder erwerben. Sie kann im In- und Ausland Liegenschaften erwerben, veräussern, verwalten und vermieten.

Mandate der Inselspital-Stiftung:

VR S. Janz; VR Dr. F. Schimmann

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.

Mandate der Inselspital-Stiftung:

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.

Mandate der Inselspital-Stiftung:

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.

Mandate der Inselspital-Stiftung:

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.

Mandate der Inselspital-Stiftung:

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.

Mandate der Inselspital-Stiftung:

VRP P. Rychiger; VR Dr. U. Birchler; VR Prof. A. Tobler;

VR Prof. M. Täufer

(auch Vertreter der Universität Bern)

• SWAN Isotopen AG

Mandate der Inselspital-Stiftung:

VRP P. Rychiger; VR Dr. U. Birchler; VR Prof. M. Täufer

(auch Vertreter der Universität Bern)

• SWAN Hadron AG

Mandate der Inselspital-Stiftung:

VRP P. Rychiger; VR Dr. U. Birchler; VR Prof. A. Tobler;

VR Prof. M. Täufer

(auch Vertreter der Universität Bern)

Localmed Aare AG

Zweck: Betreiben von medizinischen Versorgungszentren inklusive Apotheken sowie die damit verbundene Erbringung von infrastrukturellen, administrativen und personellen Dienstleistungen; kann Zweigniederlassungen errichten, sich an anderen Unternehmen beteiligen, gleichartige oder verwandte Unternehmen erwerben oder sich mit solchen zusammenschliessen.

Mandate der Inselspital-Stiftung:

VRP Dr. U. Birchler; VR Prof. A. Tobler

«Der Zusammenschluss der ortsverbundenen Spitäler Aarberg, Münsingen, Riggisberg, der in der Agglomeration Bern verwurzelten Stadtpitäler Tiefenau und Ziegler und der Insel als Universitätsspital ist für die Patientinnen und Patienten Gewähr für die optimale Behandlung am richtigen Ort zur richtigen Zeit. Die verschiedenen Versorgungsstufen von der stationären Grundversorgung bis zur Spitzenmedizin sind in beide Richtungen durchlässig. Dieses abgestufte und gleichzeitig durchlässige Versorgungsangebot in einem Spitalverbund ist – in Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten – in der Schweiz einmalig.»

Prof. Andreas Tobler, Ärztlicher Direktor

Departement Intensivmedizin, Notfallmedizin
und Anästhesiologie

Universitätsklinik für Anästhesiologie und Schmerztherapie



Prof. Frank Stüber, Direktor und Chefarzt
Irène Klöti-Aegler, Leiterin Pflegedienst

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

2013 steht weiter im Zeichen der effizienten Nutzung der vorhandenen strukturellen wie auch personellen Ressourcen im Bereich der operativen Medizin. Endlich können OP-Statuten nun auch in den peripheren Operationsbereichen erstellt werden, was die Planung erheblich erleichtert. Mit Frau Klöti-Aegler hat im Februar eine führungserfahrene Pflegefachfrau die Leitung der KAS-Pflege übernommen, womit eine neue Ära der Anästhesiepflege beginnt. Die OP-Kapazitäten treten in eine neue Ausbauphase mit Inbetriebnahme des Hybridsaals, welcher interdisziplinär genutzt wird. Mit grossem Engagement meistert das KAS-Team verschiedene Umzugsprojekte (ZAWR, BHH D-Ost, Kinder-OP, Wechselstellung). Das Team der Schmerztherapie der KAS erhält mit PD Dr. med. Andreas Siegenthaler eine neue Leitung und entwickelt das Angebot der stationären wie auch ambulanten Schmerztherapie weiter. Auch die Zentrale Anästhesiesprechstunde (ZAS) entwickelt sich in der neuen Raumstruktur des PKT-1 positiv und evaluiert über 11 000 Patienten.

Die Angebote der Lehre und der Aus- und Weiterbildung werden vermehrt wahrgenommen, das Ranking des KAS-Blockpraktikums liegt in der Gunst der Studierenden zum wiederholten Male ganz oben. Entsprechend erfreulich entwickeln sich die Zahlen der Bewerbenden. Auch das intrafakultäre Forschungsranking zeigt aufsteigende Tendenz, trotz reduzierter Ressourcen. Das Jahr 2013 ist somit ein Jahr der Veränderung mit klarer positiver Ausrichtung auf 2014.

Klinikleitung

- **Prof. Dr. med. Frank Stüber**, Direktor und Chefarzt
- **Irène Klöti-Aegler**, Leiterin Pflegedienst
- **Prof. Dr. med. Robert Greif**, Leiter POB (Peripherer Operationsbereich)
- **PD Dr. med. Lutz Lehmann**, Leiter INO und Stv. Chefarzt

Universitätsklinik für Intensivmedizin



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

Nach dem Umzug der Universitätsklinik für Intensivmedizin ins INO konnte 2013 der Umbau des Stockwerks E im Bettenhochhaus für die Intermediate-Care-(IMC-)Plattform in Angriff genommen werden. Der Umbau erfolgte wiederum bei laufendem Betrieb, daher musste er in zwei Etappen durchgeführt werden.

Noch während des Umbaus der IMC-Plattform, der Ende Januar 2014 abgeschlossen sein wird, wurde die IMC Nephrologie in die IMC-Plattform integriert, gleichzeitig wurde die Neuro-IMC um zwei Betten erweitert. Spätestens ab Anfang März 2014 wird die IIMC-Plattform, welche die Neuro-IMC und eine interdisziplinäre IMC – inklusive Nephrologie und Innere Medizin – beinhaltet, und in welche auch die Akutdialyse räumlich integriert wurde, voll funktionsfähig sein.

Ein weiterer Schwerpunkt war die Einführung einer neuen Gerätegeneration für die Unterstützung bei akutem schwerem Herz- oder Lungenversagen, die extrakorporale Membranoxygenation (ECMO). Im Jahr 2013 wurde das aktuell neueste ECMO-Gerät in unserer Klinik eingeführt. Die entsprechenden Behandlungskonzepte wurden in enger Zusammenarbeit mit der Universitätsklinik für Anästhesiologie und Schmerztherapie, der Universitätsklinik für Kardiologie, der Universitätsklinik für Herz- und Gefässchirurgie sowie dem Universitären Notfallzentrum ausgearbeitet. Basierend darauf wurde eine umfassende, stufengerechte Schulung des gesamten Personals unserer Klinik durchgeführt. In Ergänzung dazu wurde für das gemeinsame Forum Intensivmedizin Bern-Basel vom November 2013 das Thema «Extracorporeal membrane oxygenation – an update» gewählt.

Im Bereich Weiterbildung konnte im Herbst 2013 am 22. FCCS-Kurs (Fundamental Critical Care Support) der 500. Teilnehmer begrüsst werden. Mit diesem Kurs, der seit 2003 durchgeführt wird, bietet unsere Klinik, in enger Zusammenarbeit mit den Leiterinnen und Leitern der Intensivstationen des Kantons Bern, eine Einführung in die Intensivmedizin an. Die Teilnehmenden rekrutieren sich aus dem ganzen Kanton Bern, teilweise aus anderen Kantonen und vereinzelt sogar aus dem Ausland.

Klinikleitung

- **Prof. Dr. med. Jukka Takala**, Direktor und 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
- **Sandra Pfister**, Klinikmanagerin
- **Felix Zürcher**, Leiter Logistik

DFKE

Departement Frau, Kind
und Endokrinologie

Universitätsklinik für Frauenheilkunde

Universitäres Notfallzentrum



Petra Fuchs, Leiterin Pflegedienst (ab 1.11.2013)
Prof. Aristomenis Exadaktylos, Direktor und Chefarzt
Gabi Briner, Leiterin Pflegedienst (bis 31.10.2013)



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

«Ein Ding hat immer drei Seiten: eine, die du siehst, eine, die ich sehe, und eine, die keiner von uns beiden sieht.» (*Chinesisches Sprichwort*) Ziel muss es sein, unseren Kritikern genauso gut zuzuhören wie jenen, die uns loben, denn nur so können wir uns stetig verbessern und unseren Patientinnen und Patienten besser zur Seite stehen.

18 Monate im neuen, modernen Notfallzentrum und ein Jahr mit einem frisch gewählten und höchst motivierten Chefarzt: Ein guter Grund also, uns und Sie davon zu überzeugen, was wir vergangenes Jahr alles sehr gut gemacht haben? Nur schon die herausragende Leistung, welche das gesamte Team tagtäglich und rund um die Uhr mit viel Herzblut vollbracht hat, spricht dafür. Trotzdem lohnt es sich, das Jahr 2013 auch von einer anderen Seite zu beleuchten. Etwa indem wir die Anregungen und die konstruktive Kritik von unseren Patienten, von zuweisenden Kolleginnen und Kollegen sowie Partnern miteinbeziehen in unsere Jahresbilanz. Denn es sind diese Rückmeldungen, die uns nachhaltig dabei unterstützen, noch besser zu werden. Unser Ziel ist es, auch im Jahr 2014 unseren Kritikern gut und offen zuzuhören. Sie sind es, die uns die «verborgenen Seiten» der notfallmedizinischen Versorgung aufzeigen. Seiten, die aus unserer Perspektive nicht immer umfassend erkennbar sind.

Nur dank einer offenen und ehrlichen Auseinandersetzung mit den Feedbacks wird das Universitäre Notfallzentrum seine einmalige Position in einer hochkompetitiven Spitallandschaft weiterhin behaupten können. Wir sind überzeugt, dass unsere Diagnostik und unsere Behandlungen höchstem internationalem Standard entsprechen. Dabei ist die Kommunikation mit Patienten, Angehörigen, Mitarbeitenden und Zuweisenden das Alpha und das Omega des Erfolges. Darum werden wir uns weiterhin für eine vermittelnde und reflektierende Kommunikationskultur einsetzen. Dies nicht nur im Insepspital, sondern auch in der sich neu ordnenden Notfall- und Spitallandschaft am Standort Bern. Damit stellen wir sicher, dass sich unsere Patienten auch in Zukunft auf die exzellenten klinischen Dienstleistungen des Universitären Notfallzentrums verlassen können.

Klinikleitung

- **Prof. Dr. med. Aristomenis Exadaktylos**, Direktor und Chefarzt
- **Gabi Briner**, Leiterin Pflegedienst (bis 31.10.2013)
- **Petra Fuchs**, Leiterin Pflegedienst (ab 1.11.2013)
- **Dr. med. Monika Haberkern**, Leiterin Notfall Medizin
- **Dr. med. Beat Lehmann**, Leiter Notfall Chirurgie
- **Dr. med. Monika Brodmann**, Leiterin Bildung
- **Dr. med. Luca Martinolli**, Leiter Prozessmanagement
- **Dr. med. Marc Lüthi**, Leiter Notfallpraxis
- **Marie-Therese Probst**, Pflegeexpertin
- **Martina Siffert**, Teamleiterin Pflege
- **Peter Burkhardt**, Leiter Klinikmanagement

Wir dürfen auf ein erfolgreiches Jahr 2013 in der Frauenklinik zurückblicken. In allen drei Fachbereichen Geburtshilfe, Gynäkologie und gynäkologische Endokrinologie sind die Zahlen weiter gestiegen.

In der Geschichte der Universitätsklinik für Frauenheilkunde gab es seit 33 Jahren nicht mehr so viele Geburten wie 2013. Es fanden 1454 Geburten statt. Da 94 davon Mehrlingsgeburten waren, kamen in diesem Jahr 1559 Kinder in der Frauenklinik zu Welt. Auch im Perinatalzentrum nahmen die Konsultationen weiterhin zu.

Der Bereich «Endokrinologie und Reproduktionsmedizin» verzeichnete ebenfalls einen Zuwachs, sowohl in den spezialisierten Sprechstunden für Frauen mit hormonellen Problemen in der Prä- sowie in der Postmenopause wie auch in der Kinderwunschsprechstunde. Neben den Routinetechniken der Reproduktionsmedizin wurden in der Frauenklinik innovative Behandlungsformen wie die künstliche Befruchtung ohne oder fast ohne Hormonstimulation sowie noch weitere moderne Therapien angeboten.

Wie erwähnt, konnten auch die Gynäkologie und die gynäkologische Onkologie mehr Konsultationen verzeichnen. Schon im letzten Jahr konnte eine Zunahme der Anzahl der behandelten Patientinnen in unserem durch die DKG (Deutsche Krebsgesellschaft) zertifizierten gynäkologischen Krebszentrum festgestellt werden. Dieser Trend wurde 2013 bestätigt. Die Zunahme in den verschiedenen Fachbereichen konnte nur dank der intensiven Unterstützung der ambulanten Polikliniken erreicht werden.

Wichtiger als die reinen Zahlen ist das Erreichen unserer Ziele. Das Ziel einer hochqualifizierten, qualitativen, patientenorientierten und individuellen Behandlung haben wir erreicht; das dokumentierten die Rückmeldungen unserer Patientinnen.

Die unter anderem durch den Schweizerischen Nationalfonds (SNF) unterstützte Forschungstätigkeit konnte auch in diesem Jahr auf hohem Niveau in allen Fachteilbereichen/Pflegebereichen weiter ausgebaut werden. Ein Höhepunkt war sicher, dass alle am Jahreskongress der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe vergebenen Preise (bestes Video, beste freie Mitteilung, bestes Poster usw.) an die Frauenklinik Bern gingen.

Klinikleitung

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

Universitätsklinik für Kinderheilkunde



Heidi Baumgartner, Leiterin Pflegedienst
Prof. Christoph Aebi, Direktor und Chefarzt

In der einzigen Grossklinik für Kindermedizin in Kanton und Region Bern kommt der Lehre, der Weitergabe von Wissen und Können, zentrale Bedeutung zu. Dieser Jahresbericht stellt unsere Lehrstrategie und unsere Lehrleistungen dar. Über Nachwuchssorgen haben wir (noch) nicht zu klagen. Kern unserer Anstrengungen ist die kontinuierliche Qualitätsverbesserung.

Die Pflege von Kindern unterscheidet sich grundsätzlich von der Erwachsenenpflege. Frisch diplomierte Pflegefachleute haben ungenügende Kenntnisse in pädiatrischer Pflege. Eine aufwendige Aufgabe unseres Pflegeteams ist denn auch, neuen Mitarbeitenden pädiatrisches Pflegewissen zu vermitteln und Nachwuchskräfte zu motivieren, sich für bestimmte Gebiete zu spezialisieren: Denn die zunehmende Spezialisierung macht auch vor der Pflege nicht Halt und ist in Bereichen wie Intensivmedizin, Neonatologie, Diabetologie usw. Garant für hochstehende Qualität.

Auch in der Weiterbildung unseres Pools von Assistenzärztinnen und -ärzten (ca. 38 Vollzeitstellen) gilt es, einerseits genügend Kinderärzte für die Praxis weiterzubilden und andererseits sicherzustellen, dass wir in den ca. 20 Subspezialitäten der Kinder- und Jugendmedizin genügend und qualitativ hervorragend ausgebildete Nachwuchskräfte haben. Der Markt an solchen Spezialisten ist so dünn, dass die Klinik gut daran tut, selber für deren Weiterbildung zu sorgen. Dazu sind oft mehrjährige Auslandsaufenthalte notwendig.

Weiter engagieren wir uns vermehrt in der kontinuierlichen Fortbildung von bereits erfahrenen Kinderärzten: regional, indem wir seit 2013 in enger Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Pädiatern eine Serie von Minisymposien anbieten, national durch aktive Teilnahme an Fortbildungssymposien (allgemeine Pädiatrie, Vakzinologie, Pneumologie etc.) sowie international durch Teilnahme an und Organisation von diversen Veranstaltungen (z.B. European Postgraduate Seminars in pädiatrischer Endokrinologie und neonatologischer/pädiatrischer Intensivmedizin in Bern). Obwohl essenziell für die Qualitätsentwicklung, führen unsere Mitarbeitenden diese Aktivitäten grösstenteils freiwillig und ausserhalb der regulären Arbeitszeiten durch.

Klinikleitung

- Prof. Dr. med. Christoph Aebi, Direktor und Chefarzt
- Dr. med. Denis Bachmann, Stv. Direktor
- Dr. Carmen Casaulta, Leiterin stationärer Bereich
- Prof. Dr. med. Martin Schöni, Chefarzt und Leiter ambulanter Bereich
- Heidi Baumgartner, Leiterin Pflegedienst
- Céline Moser, Direktionsassistentin

Universitätsklinik für Kinderchirurgie



Heidi Blaser, Leiterin Pflegedienst
Prof. Steffen Berger, Direktor und Chefarzt

Die Universitätsklinik für Kinderchirurgie bietet als integraler Bestandteil der Kinderkliniken kinderchirurgische Grundversorgung und das gesamte Spektrum der kinderchirurgischen Spezialgebiete an.

Die gute Zusammenarbeit mit der Pädiatrie und dem Kinder-Notfallzentrum sowie den chirurgischen Kliniken im Inselspital gewährleistet ein sehr breites Spektrum der kinderchirurgischen Universitätsklinik. Eine spezialisierte Kinderanästhesie, Kinderradiologie und Kinderintensivmedizin tragen zur hohen Qualität einer echten Kinderklinik bei. Die räumliche Nähe zu den Organspezialistinnen und -spezialisten der Erwachsenenmedizin vereinfacht deren Bezug für tertiärmedizinische Fragestellungen im Vergleich zu anderen, alleinstehenden Kinderkliniken.

Prof. Dr. med. Steffen Berger wurde im Februar 2013 zum Ordinarius für Kinderchirurgie und Klinikdirektor berufen. Nachfolger für Dr. med. Theddy Slongo in der Leitung des Bereichs Kindertraumatologie und Kinderorthopädie ist Dr. med. Kai Ziebarth. Für die Leitung des Teilgebietes Kinderurologie konnte mit Dr. med. Mazen Zeino ein erfahrener Urologe und Kinderurologe gewonnen werden. Im Mai 2013 öffnete die neue kinderchirurgische Wochenklinik, in der Patientinnen und Patienten mit kurzzeitigen Hospitalisationen und für ambulante Operationen von Montagfrüh bis Freitagabend betreut werden.

Im Jahr 2013 mussten im Rahmen der Sanierung des Kinderspitals mehrere Einheiten der kinderchirurgischen Klinik umziehen:

- Nach 6-jährigem Exil in der Frauenklinik konnten die kinderchirurgischen Bettenstationen im Mai 2013 wieder in die Kinderklinik zurückziehen.
- Im November 2013 begann die Auslagerung der kinderchirurgischen OP-Abteilung und der postoperativen Überwachungseinheit in die ehemaligen OP-Räumlichkeiten der neurochirurgischen Klinik. Bis September 2014 ist die komplette Erneuerung des kinderchirurgischen OP-Traktes geplant.
- Zeitgleich wird die kinderchirurgische Poliklinik saniert, die für die Bauphase innerhalb der Kinderklinik ausgelagert wurde.

Klinikleitung

- Prof. Dr. med. Steffen Berger, Direktor und Chefarzt
- Heidi Blaser, Leiterin Pflegedienst
- Dana Stalder, Leiterin OP-Pflege
- Ursula Güder, Direktionsassistentin

Notfallzentrum für Kinder und Jugendliche



Dr. Daniel Garcia, Direktor und Chefarzt
Franziska Hermann Marina, Leiterin Pflegedienst

Im ersten Jahr der Eigenständigkeit konnte das Notfallzentrum für Kinder und Jugendliche (NZKJ) auch dank der neuen Führungs- und Organisationsstrukturen eine erneute Zunahme der Notfallkonsultationen um über 6 % erfolgreich bewältigen und die Wartezeiten weiter verringern.

Das erste Jahr als selbstständige Organisationseinheit stand im Zeichen des Aufbaus und des sanften Wandels. Die Schlüsselpositionen der Klinik konnten mit Franziska Hermann Marina als Leiterin Pflegedienst und Ursula Ruth Zimmermann als Direktionssekretärin optimal besetzt werden.

Die Stellen im pflegerischen und ärztlichen Bereich konnten alle besetzt werden, eine Situation, die bei diesen Mangelberufen nicht selbstverständlich ist. Kurzfristige personelle Engpässe konnten dank der guten Zusammenarbeit mit der Universitätsklinik für Kinderheilkunde und der Universitätsklinik für Kinderchirurgie jeweils unkompliziert behoben werden.

Das Angebot wurde mit der Vergrößerung des Notfallambulatoriums, neuen Sedationsformen, einer zentralen Monitorisierung der Beobachtungsstation und einem Ultraschallgerät erweitert. Es wurde ein strukturiertes Fortbildungsangebot in Notfallmedizin für die Assistenzärzte eingeführt. Anlässlich einer Retraite des Kaders im Herbst wurde eine Vision entwickelt, welche die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten und des Personals weiter annähern soll. Zu deren Umsetzung wurden mehrere interdisziplinäre Arbeitsgruppen eingesetzt.

Das Jahr 2014 wird im Zeichen des weiteren kontinuierlichen Aufbaus stehen, vorgesehen ist u. a. die Einführung des elektronischen Patientendossiers zur Optimierung der Patientenberichte. Mit der Integration der Traumapatienten soll das Behandlungsangebot weiter ergänzt werden.

Mit der Schaffung des neuen Schwerpunktes Kindernotfallmedizin FMH strebt das Notfallzentrum die Zertifizierung als Weiterbildungsstätte der Kategorie A an.

Klinikleitung

- **Dr. med. Daniel Garcia**, Direktor und Chefarzt
- **Franziska Hermann Marina**, Leiterin Pflegedienst
- **Ursula Ruth Zimmermann**, Direktionssekretärin

Universitätspoliklinik für Endokrinologie, Diabetologie und Klinische Ernährung



Anna-Barbara Sterchi, Leiterin Ernährungsberatung
Prof. Peter Diem, 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 Essstörungen und Adipositas. Dabei legen wir besonderes Gewicht auf die Stärkung des tertiärmedizinischen Charakters unserer Tätigkeit.

Das Jahr 2013 war charakterisiert durch die Überprüfung unserer Prozesse und die Optimierung der ökonomischen Basis unserer Tätigkeit. In diesem Kontext sind folgende Hauptthemen besonders zu erwähnen:

- Die Sparzwänge im Zusammenhang mit der neuen Spitalfinanzierung und der Einführung der SwissDRG stellen eine zunehmende Belastung für die Zusammenarbeit mit den Kliniken des Inselspitals dar. Deshalb überarbeiten wir unsere Dienstleistung in den wichtigsten Partnerkliniken.
- Der Bereich Adipositas/Esstörung steht unter einer neuen ärztlichen Leitung (PD Dr. med. Zeno Stanga), welche bestrebt ist, die Zusammenarbeit mit anderen Bereichen des Inselspitals und mit externen Partnern zu stärken und die ökonomische Basis des Bereichs zu verbessern.
- In der Diabetestherapie eröffnet die kontinuierliche Blutzuckermessung neue Möglichkeiten. Wir setzen diese Option denn auch bei einer wachsenden Zahl von Patientinnen und Patienten ein. Sie erlaubt ein umfassendes Monitoring der Stoffwechsellage und hilft, Lösungen für eine Therapieoptimierung zu finden. In Kombination mit einer Insulinpumpentherapie kann die kontinuierliche Blutzuckermessung auch bei sehr labilem Diabetes helfen, eine bessere Einstellung zu erzielen.
- In Zusammenarbeit mit der Diabetologie des Kantonsspitals St. Gallen haben wir ein spitalbasiertes Diabetes-Register (SWISS-DIAB) aufgebaut. Ziel ist unter anderem die Erfassung der Therapiequalität und deren Optimierung.

In der Diabetesforschung zeigt die Unterstützung durch einen EU-Grant vielversprechende Erfolge in unserer Zusammenarbeit mit dem ARTORG Center for Biomedical Engineering Research. Zudem konnten zwei zusätzliche Forschungsbereiche gestärkt werden:

- Einbezug von Bern in ein internationales, durch die EU unterstütztes Programm (FP7: Beta-Cure), das zum Ziel hat, die Darstellung der Beta-Zelle mit verschiedensten Technologien voranzutreiben.
- Der Schweizerische Nationalfonds (SNF) unterstützt Projekte zu Sport und Diabetes mellitus Typ 1.

Klinikleitung

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

DURN

Departement Dermatologie, Urologie,
Rheumatologie und Nephrologie

Universitätsklinik für Dermatologie



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

Die Universitätsklinik für Dermatologie übernimmt die Diagnostik und Behandlung des gesamten Spektrums der Erkrankungen der Haut, der angrenzenden Schleimhäute, der Haare und Nägel sowie der Geschlechtskrankheiten.

Bereit für die Zukunft: Unsere Klinik stellt sich den gegenwärtigen Herausforderungen auf medizinischer, ökonomischer und gesellschaftlicher Ebene. Dabei ist ein gewisser Wandel der Erkrankungen und der Ansprüche zu verzeichnen. Welche Ziele in den nächsten Jahren verfolgt werden sollen, haben Kadermitarbeitende in einem Workshop definiert, der von der Porsche Consulting AG supervisiert wurde. Die Verbesserung der Prozesse im stationären und ambulanten Bereich mit den wichtigsten Krankheitsgruppen als Schwerpunkt bleibt prioritär. Unangepasste logistische Strukturen erschweren jedoch die Arbeit und müssen berücksichtigt und überwunden werden.

Unsere ambulanten Spezialsprechstunden (Hauttumoren, Mohs-Chirurgie, entzündliche und autoimmune Hauterkrankungen, ästhetische Dermatologie, Nagel- und Haarerkrankungen) stossen auf grosse Nachfrage. Die Etablierung eines nationalen Kompetenzzentrums für Hautfragilitätssyndrome wird in Zusammenarbeit mit der medizinischen Kinderklinik weiter vorangetrieben. Neu gibt es den «Checkpoint: Gesundheits-Netzwerk für Männer» nun auch in Bern. Die Universitätskliniken für Infektiologie und Dermatologie des Inselspitals bieten mit ihrer neuen Internetsite www.checkpoint-be.ch schnellen und unkomplizierten Zugang zu Beratungs- und Fachstellen an.

Basierend auf den etablierten Strukturen und Prozessen mit dem Tumorboard als interdisziplinäre Schnittstelle wird 2014 das Hauttumorzentrum gegründet und zertifiziert.

Dermatopathologiesektor: Nach der ISO/IEC-Akkreditierung der Dermatopathologie liegt jetzt der Schwerpunkt in der Optimierung der Zusammenarbeit mit externen Kundinnen und Kunden sowie der Erweiterung des Kundenstammes.

2014 wird unser innovatives und einzigartiges webbasiertes Onlineberatungssystem Teledermatologie in 4 Sprachen nach intensiver Vorarbeit seine Funktion aufnehmen.

Klinikleitung

- **Prof. Dr. med. Luca Borradori**, Direktor und Chefarzt
- **Prof. Dr. med. Nikhil Yawalkar**, Stv. Chefarzt
- **Therese Zürcher**, Leiterin Pflegedienst
- **Hans-Wilhelm Klötgen**, Verantwortlicher Oberarzt stationärer Bereich / Tagesklinik / Wundzentrum
- **Monika Schenk**, Direktionssekretärin
- **Janine Sprecher**, Klinikadministratorin

Universitätsklinik für Urologie



Prof. George N. Thalmann, Direktor und Chefarzt
Prof. Fiona Burkhard, Stv. Chefärztin
Herold Bumann, Leiter Pflegedienst

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

Das Jahr 2013 stand ganz im Zeichen der Zertifizierung der Urologischen Universitätsklinik gemäss Onkozeit – einerseits als erstes und einziges universitäres Zentrum für Uro-Onkologie in der Schweiz und andererseits als Prostata-Organzentrum im Inselspital Bern. Mit Blick auf die Etablierung eines Comprehensive Cancer Centers im Inselspital Bern haben wir damit eine wichtige Grundlage schaffen können.

Ferner wurde unsere Klinik vom European Board of Urology EBU für weitere fünf Jahre als EBU Certified Training Centre ausgezeichnet.

Trotz wirtschaftlich schwierigem Umfeld ist es uns dank dem national wie international guten Ruf der Klinik erneut gelungen, einen überdurchschnittlichen Anteil an Patienten aus anderen Kantonen und aus dem Ausland in unserer Klinik behandeln zu können.

Zwei Oberärzte weilten im Berichtsjahr im Rahmen eines Forschungs- und Ausbildungsaufenthaltes in den Vereinigten Staaten und auch im nächsten Jahr können wir diese Tradition fortführen. Daneben haben wir auch laufend Ärztinnen und Ärzte aus dem Ausland zur Aus- und Weiterbildung bei uns zu Gast. Die Resultate und Erkenntnisse aus der Forschungstätigkeit der Klinik werden regelmässig in renommierten Zeitschriften veröffentlicht und an internationalen Kongressen präsentiert und ausgezeichnet.

Auch der akademische Nachwuchs wurde gefördert; so führten wiederum zwei Dissertationen zu einem medizinischen Dokortitel. Zudem wurde PD Dr. med. Pascal Zehnder erfolgreich habilitiert. Prof. Dr. med. George Thalmann wurde zum Generalsekretär der Association of Academic European Urologists ernannt.

Klinikleitung

- **Prof. Dr. med. George N. Thalmann**, Direktor und Chefarzt
- **Prof. Dr. med. Fiona Burkhard**, Stv. Chefärztin
- **Christine Nicolaidou**, Leitung OP
- **Herold Bumann**, Leiter Pflegedienst
- **PD Dr. med. Martin Spahn**, Leitender Arzt
- **Hugo Morgeneegg-Marti**, Klinikadministrator

Universitätsklinik für Rheumatologie, Klinische Immunologie und Allergologie



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

Weiterentwicklung der Innovationsprojekte und Prozessoptimierung 2012 sowie Registerstudien als neuer Meilenstein prägten das Jahr 2013 in der Universitätsklinik für Rheumatologie, Klinische Immunologie und Allergologie (RIA).

Patientinnen und Patienten mit muskuloskelettalen Erkrankungen sind in besonderem Mass in der Erwerbsfähigkeit sowie in ihrer Mobilität und Selbstversorgung eingeschränkt. Im Frühling des Jahres 2013 wurde «BAI-Reha», ein interdisziplinäres ambulantes Rehabilitationsprojekt für Patienten mit chronischen, komplexen Schmerzen des Bewegungsapparates, erfolgreich gestartet. Es bestätigte sich, dass ein interprofessionelles Programm unter Einbeziehung von psychologischen und sozialmedizinischen Aspekten der Betroffenen nach der stationären Abklärung eine neue Perspektive bietet.

Die kontinuierliche Weiterentwicklung der Patienten- und Arbeitsprozesse in unserer Klinik hat im Jahr 2013 die Poliklinik für Rheumatologie und Klinische Immunologie erreicht. In einem Projekt mit Unterstützung des Prozessmanagements der Direktion Pflege/MTT wurden der gesamte Patientenprozess analysiert, Problemkreise definiert und in Arbeitsgruppen Lösungsvarianten besprochen. Im kommenden Jahr werden die Änderungen sukzessive umgesetzt. Wir sind überzeugt, dass wir dadurch unsere Universitätspolikliniken im Inselspital auch zukünftig sehr kundenfreundlich und nachfragegerecht ausrichten können.

Unsere klinische Forschung und Grundlagenforschung beschäftigte sich erfolgreich mit Fragen zum Thema Arzneimittelallergien, mit der Funktion eines speziellen Wachstumsfaktors, mit der regulatorischen Rolle von Lymphozyten, aber auch mit der Wirksamkeit von Biologika in neuen Indikationen und der renalen Sicherheit von nicht-steroidalen Antirheumatika.

Klinikleitung

- Prof. Dr. med. Peter M. Villiger, Direktor und Chefarzt
- Prof. Dr. med. Michael Seitz, Stv. Chefarzt
- Prof. Dr. med. Werner J. Pichler, Stv. Chefarzt
- PD Dr. med. Daniel Aeberli, Leitender Arzt
- Prof. Dr. med. Arthur Helbling, Leitender Arzt
- Prof. Dr. med. Burkhard Möller, Leitender Arzt
- PD Dr. med. Stephan Reichenbach, Leitender Arzt
- Christa Mermod, Leiterin Pflegedienst

Universitätsklinik für Nephrologie, Hypertonie und Klinische Pharmakologie



Prof. Bruno Vogt, Direktor und Chefarzt
Christa Mermod, Leiterin Pflegedienst

Als Universitätsklinik für Nephrologie, Hypertonie und Klinische Pharmakologie legen wir neben den organzentrierten Aktivitäten besonderen Wert auf optimale Patientenbetreuung.

Seit Januar 2013 ist die Klinische Pharmakologie neu ganz in unsere Klinik integriert worden. Fachlich wird sie durch Prof. Dr. med. Stephan Krähenbühl (Basel) und Dr. med. Adrian Derungs (OA I, Inselspital) geleitet. Die Klinische Pharmakologie hat im Inselspital gut Fuss gefasst und spielt eine entscheidende Rolle für eine optimale Patientenbetreuung bei uns im Haus und bei den zuweisenden Ärzten.

Mit Frau Christa Mermod als Leiterin Pflegedienst konnte dieses Jahr entscheidend an der Entwicklung der Klinik gearbeitet werden. Im Vordergrund steht die kontinuierliche Herausforderung der heutigen Zeit, die Pflege optimal zu organisieren und Ressourcen optimal einzusetzen, um den weiter zunehmenden Spardruck möglichst gut abfangen zu können. Leider musste Ende Juni 2013 die Intermediate Care Unit (IMC) geschlossen werden; wegen der kleinen Grösse der Einheit konnte sie nicht mehr effizient betrieben werden.

Im Bereich Nephrologie stehen die extrakorporellen Behandlungsmethoden, wie z.B. die Hämodialyse, im Vordergrund. Dabei nehmen Prävention, Abklärung und Behandlung von Nierenerkrankungen sowie die Betreuung von Patientinnen und Patienten vor und nach Nierentransplantationen einen wichtigen Platz ein.

Im Bereich der arteriellen Hypertonie steht die Abklärung der hormonellen Ursachen im Zentrum. Therapeutisch liegt der Fokus auf der schwer einstellbaren Hypertonie. Patientinnen mit Hypertonie in der Schwangerschaft oder Präeklampsie werden interdisziplinär mit der Universitätsklinik für Frauenheilkunde abgeklärt und behandelt.

Unsere Klinikstruktur erlaubt es, Patienten ambulant und stationär durch das gleiche Team zu behandeln. Dies ist in der Nephrologie umso mehr von Bedeutung, als es sich mehrheitlich um Langzeitbehandlungen handelt. So können einheitliche diagnostisch-therapeutische Konzepte im Interesse der Patienten angewandt werden.

Grundlagenforschung und klinische Forschungsprojekte werden zum grossen Teil durch den Schweizerischen Nationalfonds (SNF), die Kommission für Technologie und Innovation (KTI) sowie durch Partner aus der Industrie unterstützt.

Klinikleitung

- Prof. Dr. med. Bruno Vogt, Direktor und Chefarzt
- Christa Mermod, Leiterin Pflegedienst
- Prof. Dr. med. Dominik E. Uehlinger, Chefarzt für extrakorporelle Blutreinigungsverfahren
- Prof. Dr. med. Stephan Krähenbühl, Chefarzt Klinische Pharmakologie
- Melanie Frei, Direktionsassistentin

Institut für Physiotherapie



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

Die Physiotherapie im Inselspital ist eine selbstständige Disziplin im Bereich der Therapien, die zusammen mit Medizin und Pflege die drei Säulen der Schulmedizin bildet. Sie ist auf die Behebung von körperlichen und psychosomatischen Funktionsstörungen sowie von Schmerzen ausgerichtet.

Das Institut für Physiotherapie ist seit 5 Jahren erfolgreich unterwegs. Im vergangenen Jahr konnte mit zwei neuen interdisziplinären ambulanten Gruppenangeboten gestartet werden, dem ambulanten interprofessionellen Schmerzprogramm der Rheumatologie und dem onkologischen Rehabilitationsprogramm, einer Zusammenarbeit mit der Kardiovaskulären Prävention, Rehabilitation und Sportmedizin (KARE) und der Medizinischen Onkologie.

Im Rahmen des Projektes «Stärkung des Medizinalstandorts Bern» (SMSB) hat die erweiterte Institutsleitung u. a. die leitenden Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten der beiden Stadtspitäler Tiefenau und Ziegler zur jährlichen Klausur des Instituts eingeladen. Grundfragen des Transformationsprozesses wurden diskutiert sowie Leistungsangebote und Fachkonzepte vorgestellt. Im Teilprojekt Medizin-Physiotherapie wurde intensiv an einer Organisationsstruktur für die zukünftige Zusammenarbeit der Physiotherapie im Rahmen von SMSB gearbeitet.

Die Physiotherapie wurde aktiv in den Planungsprozess innerhalb des Masterplans respektive ins neue Herzzentrum miteinbezogen. Die zukünftigen Bedürfnisse der Physiotherapie wurden in die Testplanung aufgenommen.

Mit Erfolg hat Martin Verra seine Doktor-Thesis «Tailored pain management for biopsychosocial subgroups of patients with chronic musculoskeletal pain» verteidigt und erhielt von der Universität Maastricht (NL) den PhD.

Die Ankündigung der Schliessung der stationären Psychosomatik im September war ein ausserordentlich einschneidendes Ereignis für das Institut und insbesondere für das Team Physiotherapie Lory. Nicht allen Physiotherapeuten konnte eine Stelle innerhalb des Instituts angeboten werden, was die Institutsleitung ausdrücklich bedauert.

Institutsleitung

- **Martin L. Verra, PhD**, Direktor
- **Irène Thaler**, Schwerpunktleiterin Neuro
- **Nicola Donev**, Schwerpunktleiter Cardio
- **Balz Winteler**, Schwerpunktleiter Muskuloskeletal
- **Joachim Schmidt**, Schwerpunktleiter Respiratory
- **Isabelle Fankhauser und Sandra Frauchiger**, Co-Schwerpunktleiterinnen Pädiatrie

DHGE

Departement Herz und Gefässe

Universitätsklinik für Kardiologie



Daniela Habegger, Leiterin Pflegedienst
Prof. Bernhard Meier, Direktor und Chefarzt

Die Universitätsklinik für Kardiologie wurde mit der Kardiologie des Spital Tiefenau und des Spital Ziegler (Spital Netz Bern AG) fusioniert. Dies macht sie als Anbieter attraktiver mit derzeit zwei Standorten für stationäre und invasive Kardiologie (Inselspital und Spital Tiefenau) und einem für ambulante Kardiologie (Spital Ziegler). Noch ist die anspruchsvolle Logistik in der Optimierungsphase.

Zusammen mit der erweiterten Intermediär-Pflegestation sowie zusätzlichen Herzkatheterlabor-Kapazitäten im Inselspital selbst (Hybridraum, unausgelasteter Raum der Radiologie) kann die Universitätsklinik für Kardiologie erstmals der Nachfrage für invasive (koronare, strukturelle und elektrophysiologische) Eingriffe ohne Wartezeit gerecht werden.

Die Akademisierung des Pflegebereichs mit Förderung der Pflegeforschung erlaubt es, den Forschungs- und Lehrauftrag einer Universitätsklinik noch besser zu erfüllen. Dies fördert zudem akademische Karrieren. In der Universitätsklinik für Kardiologie sind derzeit 1 Ordinarius, 1 emeritierter Ordinarius, 4 Extraordinarii, 6 assoziierte Professoren, 1 Titularprofessor und 10 Privatdozenten tätig. Vor 20 Jahren war es ein einziger Ordinarius ohne weitere akademische Titelträger.

Die Inselspital-Kardiologie hat seit Längerem quantitativ und qualitativ Modellcharakter für kardiologische Dienstleistung und klinische Forschung in der Schweiz und dadurch international den am weitesten reichenden Ruf.

Wir profitieren von einer optimalen Einbettung in ein leistungsorientiertes und modernes akademisches Zentrumspital. Wir sind unseren Partnern innerhalb des Inselspitals und neuerdings auch des Spital Netz Bern sowie unseren auswärtigen Zuweisenden in Dankbarkeit verbunden.

Klinikleitung

- **Prof. Dr. med. Bernhard Meier**, Direktor und Chefarzt
- **Prof. Dr. med. Michael Billinger**, Stv. Direktor und Chefarzt
- **Prof. Dr. med. Paul Mohacsi**, Chefarzt
- **Prof. Dr. med. Stephan Windecker**, Chefarzt
- **Daniela Habegger**, Leiterin Pflegedienst
- **Therese Wenger**, Leiterin administratives Personal
- **Urs Studer**, Leiter medizinisches Fachpersonal

Universitätsklinik für Herz- und Gefässchirurgie



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

Im neuen, hochmodernen Hybrid-Operationssaal bieten wir für Patientinnen und Patienten sowie Anwender bestmögliche Bildgebungsverfahren, bei gleichzeitig optimalen Operationsbedingungen für komplexe Eingriffe.

Unter Durchleuchtung und mithilfe von Kathetern können unter anderem Prothesen für die Hauptschlagader im Brust- und Bauchbereich oder für die Aortenklappe eingesetzt werden. Auch Kombinationseingriffe sind möglich: Patienten mit schwieriger Anatomie der Herzkranzgefässe können in der gleichen Operation sowohl chirurgisch angelegte Bypässe als auch über Katheter eingeführte Gefässstützen (Stents) erhalten. Die Durchleuchtungsanlage im Hybrid-OP-Saal erlaubt schon während der Operation eine Bildkontrolle.

Das Inselspital und das Kinderhilfswerk Terre des hommes kooperieren im Rahmen der humanitären Allianz «Hilfe für Kinderherzen». Mit dem Zentrum für angeborene Herzfehler im Inselspital hat Terre des hommes erstmals einen Spitalpartner in der Deutschschweiz für das Hilfsprojekt gewonnen. In diesem Kompetenzzentrum arbeiten medizinische Spezialisten über Fachgebieten- und Klinikgrenzen auf dem gleichen Campus eng zusammen. In den vergangenen zwei Jahren wurden 40 Terre-des-hommes-Kinder in unserer Klinik operiert.

Unsere Klinik pflegt traditionell einen sehr hohen Anspruch in der Aus-, Fort- und Weiterbildung. In der «Vascular International»-Gruppe (Leitung Prof. Dr. med. Jürg Schmidli) haben sich Gefässchirurgen zusammengeschlossen, die Operationstechniken mit neuen innovativen Methoden an lebensescule Modellen lehren. Ziel ist eine effiziente, offene und endovaskuläre Versorgung gefässkranker Patienten.

Unsere strukturierte Weiterbildung wurde 2013 von der Europäischen Herzchirurgie-Fachgesellschaft EACTS ausgezeichnet: Prof. Dr. med. Thierry Carrel hat den Leonardo-da-Vinci-Preis für den besten Herzchirurgie-Ausbilder Europas erhalten. Mehr über die grösste Schweizer Klinik für Herz- und Gefässchirurgie auf www.herzundgefuesse.ch.

Klinikleitung

- Prof. Dr. med. Thierry Carrel, Direktor und Chefarzt
- Prof. Dr. med. Jürg Schmidli, Stv. Direktor und Chefarzt Gefässchirurgie
- PD Dr. med. Lars Englberger, Chefarzt Herzchirurgie Erwachsene
- PD Dr. med. Florian Dick, Leitender Arzt Gefässchirurgie
- Dr. med. Verena Eigenmann, Leitende Ärztin Überwachung
- 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

Universitätsklinik für Angiologie



Prof. Iris Baumgartner, Direktorin und Chefärztin
Daniela Habegger, Leiterin Pflegedienst

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. Als Tertiärzentrum geniesst die Klinik national und international ein hohes Ansehen.

Venöse Thromboembolie: Die interventionelle Behandlung der akuten Lungenembolie sowie der frischen als auch chronischen tiefen Becken-/Beinvenenthrombose hat sich 2013 weiter etabliert. Das Behandlungsangebot wird indes von Zuweisenden nicht nur aus dem Kanton Bern, sondern auch aus den umliegenden Kantonen genutzt, sodass wiederum eine Zunahme der Patientenzahlen zu verzeichnen war. Die therapeutischen Bemühungen insbesondere bei Patientinnen und Patienten mit zum Teil lebensbedrohlicher akuter Lungenembolie wurden durch sehr erfreuliche Behandlungsergebnisse sowie eine hohe Patientenzufriedenheit belohnt.

Angiodysplasie: Seit 2012 nutzt die Angiologie eine fest vereinbarte «weisse Zone» der Anästhesie, welche die komplexe Behandlung von nationalen und internationalen Patienten mit Angiodysplasien gewährleistet. Die Expertise konnte 2013 durch eine steigende Patientenzahl sowie durch die Zusammenarbeit mit den Kollegen der im Angiodysplasie-Board mitwirkenden Disziplinen und durch die internationale Kollaboration mit Prof. Lee (Washington), Prof. Do (Seoul) und Prof. Mattassi (Italien) weiter reifen. Im Rahmen eines Projektes wird ein «Europäisches Zentrum für Angiodysplasien» geplant und umgesetzt, wozu auch der Aufbau einer informativen Website gehört.

Katheterlabor: Die interventionelle Angiologie bietet ihre Dienste 24 Stunden am Tag, 7 Tage die Woche für Kathethertherapien und diagnostische Indikationen an. Sie verfügt zudem über ein eigenes «Kernteam» von nicht ärztlichem Pflegepersonal. Die Einführung eines Schichtbetriebs sowie Pikettendienstes der diplomierten Pflegefachfrauen erlaubte dank hoher Kompetenz, nicht nur die Qualität der Behandlung und die Sicherheit der Patienten, sondern auch die Anzahl der Interventionen stark zu erhöhen.

Klinikleitung

- Prof. Dr. med. Iris Baumgartner, Direktorin und Chefärztin
- Prof. Dr. med. Dai-Do Do, Chefarzt Interventionelle Angiologie
- Daniela Habegger, Leiterin Pflegedienst, Bettenstation
- Madeleine Burren, Leiterin Pflegepersonal/MPAs, Poliklinik

DOPH

Departement Orthopädische-, Plastische-, Handchirurgie und Osteoporose

Universitätsklinik für Orthopädische Chirurgie



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

Die Universitätsklinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie vereint das gesamte Fachspektrum unter einem Dach. Neben der Behandlung von Tumoren des Bewegungsapparates werden in Kooperation bzw. Rotation die Gebiete der Kinderorthopädie und Handchirurgie mit abgedeckt. Als Tertiärzentrum weist die Klinik eine hohe internationale Reputation aus.

Als Dank für die geleistete Arbeit aller Mitarbeitenden und die erfolgreichen Zahlen veranstalteten wir im November 2013 ein Klinikfest mit über 200 Teilnehmenden. Anlässlich dieses Festes wurden zwei geschätzte Mitarbeiterinnen in den Ruhestand verabschiedet: Elsi Müller, Leiterin Pflegedienst, und Christine Matzner, Leiterin Operationspflegebereich. Nachfolgerinnen sind unsere langjährigen Mitarbeiterinnen Gabrielle Cléménçon, Leiterin Pflegedienst, und Ruth Milbach, Leiterin Operationspflegebereich. 2013 betrug die Anzahl der stationären Eingriffe über 4500 Fälle und es wurden über 13 000 ambulante Konsultationen durchgeführt. Wir konnten 19 Fellows bei uns begrüßen, die u.a. an wissenschaftlichen Projekten mitarbeiteten. Die Universitätsleitung erteilte PD Dr. med. Emin Aghayev (Institut für Evaluative Forschung Orthopädie, Universität Bern) und unserem Oberarzt PD Dr. med. Frank Klenke die Venia docendi für das Fach Orthopädie. Prof. Dr. med. Moritz Tannast erhielt vom Schweizerischen Nationalfonds (SNF) eine Förderungsprofessur für das Projekt «Experimentelles Impingement am Schafsmodell». Der Hans-Neuenschwander-Fonds sprach uns Gelder für ein Forschungsprojekt zu, das zum Ziel hat, mit biologischen Methoden die Heilungsergebnisse von chronischen Rotatorenmanschettenrupturen an der Schulter zu verbessern. Dr. med. Helen Anwänder, unsere wissenschaftliche Assistenzärztin, erhielt ein SNF-Stipendium für ihren Forschungsaufenthalt in Kanada. Am Jahreskongress der Schweizerischen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie erhielt Emanuel Liechti unter der Leitung von Prof. Tannast den Maurice E. Müller Award für das beste Paper in basic science. PD Dr. med. Fabian Krause wurde zusammen mit Dr. med. Timo Schmid der Best International Paper Award am Meeting of the American Orthopaedic Foot and Ankle Society in Miami, Florida, verliehen.

Klinikleitung

- **Prof. Dr. med. Klaus-Arno Siebenrock**, Direktor und Chefarzt, Teamleiter Hüfte, Becken und Tumoren
- **Prof. Dr. med. Marius Keel**, Stv. Chefarzt, Co-Teamleiter Wirbelsäule und Becken
- **Dr. med. Ulrich Seidel**, Teamleiter Wirbelsäulenchirurgie
- **PD Dr. med. Lorin Benneker**, Stv. Leiter Wirbelsäulenchirurgie
- **Dr. med. Sandro Kohl**, Teamleiter Knie
- **PD Dr. med. Matthias Zumstein**, Teamleiter Schulter, Ellbogen + Sport
- **PD Dr. med. Fabian Krause**, Teamleiter Fuss
- **Elsi Müller**, Leiterin Pflegedienst
- **Christine Matzner**, Leiterin Operationspflegebereich

Universitätsklinik für Plastische- und Handchirurgie



Prof. Esther Vögelin, Direktorin (geschäftsführend) und Chefarztin
Prof. Mihai Constantinescu, Direktor und Chefarzt
Jutta Hockenberger, Leiterin Pflegedienst a.i. (1.9.2013–31.12.2013)

Als Universitätsklinik und tertiäres Behandlungszentrum deckt die Klinik das ganze Spektrum der Plastischen Chirurgie (PLWC) und der Handchirurgie (HCH) ab. 2013 wurden in der HCH 1724 und in der PLWC 1582 Operationen durchgeführt. Insgesamt verzeichnete die Klinik 920 stationäre Austritte.

Im Jahr 2013 übernahm Prof. Dr. med. Mihai Constantinescu als ausserordentlicher Professor und neuer Chefarzt Plastische Chirurgie gemeinsam mit Prof. Dr. med. Esther Vögelin, die zur assoziierten Professorin ernannt wurde, die Funktion des Co-Direktors. Herr PD Dr. med. Maziar Shafighi wurde als neuer Privatdozent zum Leitenden Arzt und Stellvertretenden Chefarzt der Plastischen Chirurgie befördert.

Mit professioneller Unterstützung der Direktion Pflege/MTT wurde das Projekt Optimierung Poliklinik in Angriff genommen. Unter grossem und motiviertem Einsatz der Mitarbeitenden aller Bereiche wurden Prozesse überdacht und Optimierungen in die Wege geleitet. Das Projekt machte die Komplexität unserer spezialisierten Arbeitsabläufe sichtbar und wird im Jahr 2014 abgeschlossen werden.

Die Mitarbeitenden der Klinik haben sich auch 2013 erfolgreich weitergebildet. Besonders freut sich das Ärzteteam, die Absolventinnen der schweizweit besten Facharztprüfungen des Jahres 2013 unter sich zu wissen!

Im Bereich der Forschung wurde die neu geschaffene Stelle eines Laborleiters durch Herrn Dr. Jörg Arnoldi besetzt. Für die ebenfalls neu definierte Stelle der Leitung Organisationsentwicklung und Qualitätsmanagement konnte Frau Veronika Picha gewonnen werden. Sie wird zukünftig die Klinikleitung in diesen Bereichen unterstützen.

2013 war für die Plastische- und Handchirurgie ein überaus lebhaftes, arbeitsreiches und erfolgreiches Jahr mit einer gesamthaften Zunahme der ambulant behandelten Patientinnen und Patienten (Handchirurgie + 10,3 %, Plastische Chirurgie + 12 %).

Klinikleitung

- **Prof. Dr. med. Esther Vögelin**, Direktorin (geschäftsführend) und Chefarztin Handchirurgie
- **Prof. Dr. med. Andrej Banic**, Direktor und Chefarzt Plastische Chirurgie (bis 31.1.2013)
- **Prof. Dr. med. Mihai Constantinescu**, Direktor und Chefarzt Plastische Chirurgie (seit 1.2.2013)
- **Franziska Müller**, Leiterin Pflegedienst (bis 31.8.2013)
- **Jutta Hockenberger**, Leiterin Pflegedienst a.i. (1.9.2013–31.12.2013)
- **Veronika Picha**, Leiterin Organisationsentwicklung und Qualitätsmanagement (seit 1.12.2013)
- **Barbara Mann Wyrsh**, Chefarztsekretärin HCH
- **Karin Hostettler**, Chefarztsekretärin PLWC (bis 28.2.2013)
- **Sandra Steinmann**, Chefarztsekretärin PLWC (seit 1.2.2013)

DKNS

Departement Kopforgane und
Nervensystem

Universitätspoliklinik für Osteoporose



Prof. Kurt Lippuner, Direktor und Chefarzt

Die Universitätspoliklinik für Osteoporose erbringt spezialisierte Dienstleistungen auf dem Gebiet der Knochenkrankheiten und engagiert sich in Lehre und Forschung. Verbunden mit der Anstellung von Prof. Ernst Hunziker wird neu die präklinische Forschung miteinbezogen.

Als wegweisendes Ereignis im Jahr 2013 darf die Anstellung von Prof. Dr. med. Ernst B. Hunziker zum Leiter der Grundlagenforschung der Universitätspoliklinik für Osteoporose hervorgehoben werden. Durch diese Intensivierung einer bereits mehrjährigen vorausgegangenen Zusammenarbeit auf dem Gebiet der Knochen- und Knorpelregeneration wird der Weg für eine zukunftssträchtige translationelle Forschung in der Osteoporose geebnet. Als prioritäres Projekt wird die gezielte, lokale Behandlung frakturgefährdeter, osteoporotischer Knochen vorangetrieben. Das Prozedere zur Aufnahme der neuen Forschungsgruppe in das Departement Klinische Forschung (DKF) ist im Gange.

Im Bereich der medizinisch-diagnostischen Osteoporoseforschung wurde das Nationalfondsprojekt «Inclusion of fabric in patient-specific finite element modeling of the proximal femur» gemeinsam mit dem Institut für chirurgische Technologien und Biomechanik (ISTB) der Universität Bern gestartet. Mit dem beantragten X-treme pQCT der 2. Generation soll die Weiche für den Start eines neuen Technologiezyklus gestellt und die Forschungszusammenarbeit mit dem Institut für Biomechanik sowie den Universitätskliniken für Orthopädische Chirurgie und für Plastische- und Handchirurgie weiter ausgebaut werden.

Auf dem Gebiet der Medikamentenentwicklung zur Osteoporosebehandlung profilierte sich die Klinik international erneut als Hauptzentrum der Schweiz, aktuell im Rahmen einer Frakturstudie (Phase III) mit dem Anti-Sclerostin-Antikörper Romosozumab. Durch eine erstmalige Kooperation mit ausserhalb gelegenen Satellitenzentren der Interessengemeinschaft Osteoporose konnte die weltweit kompetitive Rekrutierung in dieser Studie verbessert werden.

Im Jahr 2013 haben erneut 20 Medizinstudentinnen und -studenten das Wahlpraktikum «Osteoporose» absolviert. In einem 1:1 Teaching in mehreren Modulen lernen die angehenden Ärztinnen und Ärzte, wie man die gefährdeten Personen rechtzeitig erkennt, abklärt und behandelt und damit Frakturen verhindert. Ein wichtiger Schritt, die kostentreibende Volkskrankheit in den Griff zu bekommen!

Klinikleitung

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

Universitätsklinik für Augenheilkunde



Margrit Omlin, Leiterin Pflegedienst
Prof. Sebastian Wolf, 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 ambulanten Bereich konnten die Fallzahlen 2013 insgesamt stabil gehalten und insbesondere im Bereich der OP-Ambulanz weiter gesteigert werden. Es wurden mehr als 5000 ambulante Operationen durchgeführt. Das Feedback der Patientinnen und Patienten zu den medizinischen und organisatorischen Abläufen war sehr positiv. Zu Beginn des Jahres wurde die Betreuung der Notfallpatienten ausserhalb der regulären Poliklinik-Sprechstunden ins INO verlegt. Dank der hervorragenden Vorarbeiten und der guten Organisation fand dieser Wechsel reibungslos statt. Im stationären Bereich konnten die budgetierten Fallzahlen leicht übertroffen werden.

Zum 1. Juli wurde Herr PD Dr. med. Dr. phil. Martin Zinkernagel zum Leitenden Arzt der Poliklinik und Herr PD Dr. med. univ. Marcel Menke zum Leitenden Arzt für Netzhauterkrankungen ernannt; beide hatten sich bereits im ersten Halbjahr habilitiert und haben sich sehr schnell und erfolgreich in ihre neuen Aufgaben eingearbeitet. Erstmals werden in der Universitätsklinik für Augenheilkunde zwei MD PhD-Kandidaten (Frau Chantal Dysli, Frau Muriel Dysli) betreut.

Die Klinik führte im Weiteren fünf Preceptorship-Veranstaltungen durch, bei denen in je zweitägigen Symposien über die Behandlung der exsudativen Makuladegeneration und von retinalen Gefässerkrankungen den Teilnehmenden aus Europa, Südamerika und Asien praktische Einblicke in das Therapieangebot der Universitätsklinik für Augenheilkunde gegeben wurden. Die Klinik ist weiterhin auch als Gastklinik für zahlreiche internationale Fellows beliebt. Im Bereich Forschung fanden zahlreiche hochrangige Publikationen internationale Anerkennung. PD Dr. Jens Kowal, Leiter der ARTORG-Gruppe «Ophthalmic Technologies», und PD Dr. Volker Enzmann, Leiter experimentelle Ophthalmologie, bieten klinikintern regelmässig Forschungsdiskussionen und Vorträge an. Sie verfolgen mit ihren Teams zahlreiche interessante Projekte, zu welchen sie auf www.augenheilkunde.insel.ch und www.artorg.unibe.ch fortlaufend informieren.

Klinikleitung

- Prof. Dr.-Ing. Dr. med. Sebastian Wolf, Direktor und Chefarzt
- Prof. Dr. med. Beatrice Früh, Abteilungsleiterin und Stv. Chefärztin
- PD Dr. med. Dr. phil. Martin Zinkernagel, Leitender Arzt
- Margrit Omlin, Leiterin Pflegedienst
- Olivia Sinon, Leiterin Operationspflegebereich
- Christina Rust, Chefarztsekretärin

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



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

Die Universitätsklinik für HNO, Kopf- und Halschirurgie ist ein Kompetenzzentrum für Diagnostik, Therapie und Erforschung von Erkrankungen im Kopf- und Halsbereich. Eine enge Forschungskollaboration existiert mit dem ARTORG Center, dem Departement Klinische Forschung (DKF), dem Institut für chirurgische Technologien und Biomechanik der Universität Bern und der Hochschule der Künste Bern, Fachbereich Musik.

Schwerpunkt der Klinik ist neben der international anerkannten Forschung im Bereich der computerunterstützten Chirurgie und Robotik die zur hoch spezialisierten Medizin zählende Cochlea-Implantation (CI) bei hochgradig schwerhörigen und ertaubten Patientinnen und Patienten. Die Berner HNO-Klinik ist sowohl beim Nano-Tera-Projekt des Schweizerischen Nationalfonds (SNF) als auch an zwei europäischen Projekten (Hear-EU) beteiligt und sie ist dabei federführend beim Projekt «Nano-CI».

Der Berner HNO-Klinik wurden auch in diesem Jahr wieder einige Preise verliehen. Das CI-Robotikprojekt erhielt zusammen mit dem ARTORG Center den Hamlyn Award für Robotik des Imperial College of Science and Technology, London. Den Johanna-Dürmüller-Bol-Forschungspreis des DKF bekam Frau Dr. Marta Roccio für ihre Innenohr-Stammzellforschung. Prof. Dr. med. Marco-Domenico Caversaccio wurde die Franz-Escher-Ehrenmedaille der Schweizerischen ORL-Gesellschaft verliehen. Prof. Dr. Dr. med. Martin Kompis wurde zum Schatzmeister der European Federation of Audiological Societies ernannt.

PD Dr. med. Florian Lang, Chefarzt HNO Fribourg, ergänzt als Konsiliararzt unser Ärzteteam. Dadurch wird auch die Zusammenarbeit mit dem Kantonsspital und der Universität Fribourg gestärkt. Frau Dr. med. Simona Negoias übernahm die Forschungsleitung im Gebiet Olfaktologie-Gustologie. Unser Psychologe, Herr Dr. phil. Jürg Kollbrunner, wurde pensioniert; wir möchten ihm für seine ausgezeichnete Arbeit danken und freuen uns auf die Zusammenarbeit mit seiner Nachfolgerin, Frau Dr. phil. Daniela Blaser.

Bei den Tumorpatienten und im pflegerischen Bereich konnte durch grossen Einsatz trotz des DRG-Spardrucks eine qualitativ hochstehende Patientenversorgung sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich aufrechterhalten und weiter ausgebaut werden.

Klinikleitung

- **Prof. Dr. med. Marco-Domenico Caversaccio**, Direktor und Chefarzt
- **PD Dr. med. Roland Giger**, 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



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

Unsere Klinik ist Zentrum der Spitzen- und Tertiärmedizin und bietet ein umfassendes Leistungsspektrum für das Fach Kiefer- und Gesichtschirurgie. Wir konzentrieren uns auf die Behandlung von Erkrankungen des Gesichtsschädels. Ein kompetentes chirurgisches Team, das Gesichtsverletzungen versorgt, steht 24 Stunden mittels Notfalldienst zur Verfügung.

In der klinischen Dienstleistung konnten wir eine Zunahme der Patientinnen und Patienten mit Schlafapnoe und Bisphosphonat-Kiefernekrosen verzeichnen. Die Fallzahlen unserer Notfallversorgung (Gesichtsverletzungen und akute Infektionen) sind kontinuierlich angestiegen, sodass wir in Bezug auf die Gesichtstraumatologie eines der grössten Zentren in der Schweiz darstellen. Zur Qualitätsverbesserung bei der Behandlung von Tumorpatienten wurde erfolgreich eine neu strukturierte interdisziplinäre Sprechstunde gestartet.

Es ist sehr erfreulich, dass in diesem Jahr unsere Poliklinik vollständig renoviert und modernisiert wurde. Aufgrund der Erweiterung mit zusätzlichen Behandlungseinheiten werden wir die Kapazität der ambulanten Behandlungen steigern. Es wurden somit optimale Voraussetzungen für hochqualitative Behandlungen geschaffen.

Weiterhin beteiligen wir uns aktiv in der Lehre und bei Aus- und Weiterbildungen sowohl in der Human- wie auch in der Zahnmedizin. Nach der europäischen Hochschulreform (Bologna-Prozess) gehört unser Fachbereich zum chirurgischen Block. 2013 konnten wir unsere Lehrtätigkeit in der Medizin entwickeln und erweitern. Studentenunterricht im Fach Kiefer- und Gesichtschirurgie ist nun in den Studentengruppen 3.–6. Studienjahr vertreten.

Unsere Forschung befasst sich mit der Knochenneubildung und -transplantation sowie der Entwicklung von neuen Knochenersatzmaterialien und Osteosynthesystemen für die Rekonstruktion des Gesichtsschädels. Das Labor für Knochenforschung wurde ebenfalls modernisiert und erweitert. Mehrere Forschende aus dem Ausland haben an unseren Projekten teilgenommen, dank der Unterstützung des Swiss Government Scholarship Program und der Kooperation mit ausländischen Universitäten. Das internationale Team bestand aus Forschenden aus neun Nationen.

Klinikleitung

- **Prof. Dr. Dr. Tateyuki Iizuka**, Direktor und Chefarzt
- **Regula Sollberger**, Leiterin Pflegedienst
- **Bernhard Werle**, Leiter Operationspflegebereich
- **Caroline Zürcher**, Direktionssekretärin
- **Dr. Dr. Konstantinos Katsoulis**, Leiter Poliklinik

Universitätsklinik für Neurologie



Prof. Claudio L. Bassetti, Direktor und Chefarzt
Rosmarie Wyss, Leiterin Pflegedienst

Die Klinik blickt auf ein erfolgreiches 2013 mit wachsenden ambulanten und stationären Patientenzahlen zurück. Der Grundlagenforscher Prof. Antoine Adamantidis ist zum Extraordinarius für Systemphysiologie gewählt worden.

Die Klinik behandelte 2013 erneut mehr Patientinnen und Patienten als im Vorjahr. Die Anzahl neurologischer Notfallpatienten stieg auf 4871 Personen (+17 % gegenüber Vorjahr). Durch die Reorganisation der Poliklinik bzw. des Ambulanten Universitären Neurozentrums (ANZ) mit Ausbau des Sprechstundenangebotes nahm auch die Anzahl der ambulanten Erstbesuche zu auf 12 738 (2012: 11 464). Im stationären Bereich blieb die Anzahl der Patientenaustritte mit 1411 (2012: 1413) konstant. Die Aufenthaltsdauer blieb mit 6,2 Tagen unverändert. Die Klinik behandelte mehr schwerer erkrankte Patienten und führte mehr Komplexbehandlungen durch, was die Case-Mix-Index-Punkte um 23 % erhöhte. In der Neurorehabilitation verzeichnet die Klinik auch ein Fallwachstum um 25 %. Die Anzahl der Pflgetage hat um 6 % zugenommen (6375 Fälle), die Verweildauer nahm um 16 % ab (37 Tage).

Im Bereich der hoch spezialisierten Medizin gilt hervorzuheben, dass das Stroke-Zentrum als erstes im universitären Bereich eine Zertifizierung erhalten hat. Die Anzahl der Stroke-Patienten hat um 21 % zugenommen (1371 Fälle). Die Anzahl der neuen Tiefenhirnstimulationsoperationen bei Bewegungsstörungen ist auf 46 gestiegen (2012: 29; 2011: 14). Die Anzahl der präepilepsiechirurgischen Abklärungen betrug 26 (2012: 26; 2011: 27). In der Lehre hat die Klinik ein neues Weiterbildungscurriculum eingeführt. In der Forschung sind die Wahl von Prof. Dr. Antoine Adamantidis zum Extraordinarius und Leiter des Zentrums für experimentelle Neurologie, der Ausbau des tierexperimentellen Labors, die Bewilligung von drei neuen SNF-Projekten, die Publikation von zwei Arbeiten im New England Journal of Medicine und die Gründung eines Netzwerkes für Epilepsie, Schlaf und Bewusstsein (BENESCO) mit anderen Schweizer Kliniken zu betonen.

Klinikleitung

- **Prof. Dr. med. Claudio L. Bassetti**, Direktor und Chefarzt (Ordinarius)
- **Rosmarie Wyss**, Leiterin Pflegedienst
- **Prof. Dr. Antoine Adamantidis**, Leiter des Zentrums für experimentelle Neurologie (Extraordinarius)
- **Prof. Dr. med. Heinrich Mattle**, Chefarzt und Leiter ambulante Neurologie
- **Prof. Dr. med. René Müri**, Abteilungsleiter Kognitive und Restorative Neurologie
- **Prof. Dr. med. Mathias Sturzenegger**, Leiter stationäre und Notfall-Neurologie

Universitätsklinik für Neurochirurgie



Barbara Weiss, Leiterin Pflegedienst
Prof. Andreas Raabe, 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 Operations- und Überwachungstechniken sowie der restaurativen Neurowissenschaft. Operationen an Gehirn und Wirbelsäule sollen damit weniger invasiv und sicherer werden.

Im zurückliegenden Jahr hat sich das Neurozentrum weiterentwickelt. Steigende Zuweisungszahlen und die zunehmende Interdisziplinarität und Spezialisierung erforderten eine neue Organisation für die Zukunft der Neuromedizin in Bern. Der vom Verwaltungsrat genehmigte Ausbau der Bettenkapazitäten, der Hochpräzisionsoperationsäle sowie des ambulanten Neurozentrums ist in Angriff genommen worden.

Schwerpunkte der Klinik sind mikrochirurgische Operationen unter Einsatz moderner intraoperativer Technologien wie kontinuierlicher Funktionsüberwachung, Bildgebung, Navigation und Fluoreszenzdiagnostik. Hirntumoroperationen werden schweizweit am häufigsten im Insepsital durchgeführt. Die Forschung ist international anerkannt und hat neue Operationsverfahren hervorgebracht. Die publizierten Resektions- und Komplikationsraten unter dem Berner Operationskonzept gehören zu den besten weltweit.

Weitere Schwerpunkte sind Operationen an Hirngefässen, mikrochirurgische Operationen von Bandscheibenvorfällen und Spinalkanalstenosen sowie die tiefe Hirnstimulation, die wir ebenfalls zu einem Schweizer Zentrum der hochspezialisierten Medizin entwickelt haben.

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
- **Prof. Dr. med. Jürgen Beck**, Chefarzt
- **Barbara Weiss**, Leiterin Pflegedienst
- **Mario Graf**, Leiter Operationspflegebereich

DOLS

Departement Hämatologie, Onkologie, Infektiologie, Labormedizin und Spitalpharmazie

Universitätsklinik für Hämatologie und Hämatologisches Zentrallabor



Prof. Anne Angelillo-Scherrer, Direktorin und Chefärztin
Myriam Legros, Leitende Chef-Biomedizinische Analytikerin

Die Universitätsklinik für Hämatologie und das Hämatologische Zentrallabor sind klinisch und labordiagnostisch in allen Sparten der Hämatologie tätig. 2013 haben Prof. Anne Angelillo-Scherrer als neue Direktorin und Chefärztin sowie Myriam Legros als neue Leitende Chef-Biomedizinische Analytikerin ihre Tätigkeit aufgenommen.

Unsere Klinik steht im Zeichen des Auf- und Umbruchs. Für die Zusammenarbeit mit dem Spital Netz Bern wurde die Angebotsstrategie fokussierter auf die Kundenbedürfnisse zugeschnitten, Prozesse der Labordiagnostik analysiert und erste Schritte zur Optimierung eingeleitet. Unsere Routine- und Speziallabore können dadurch ihren wichtigen Beitrag zur Diagnostik und Therapie aller hämatologischen Erkrankungen noch besser leisten.

Grosser Wert wird auf die Aus- und Weiterbildung gelegt. Assistenzärzte erhielten nach bestandener Prüfung das Diplom zum Facharzt für Hämatologie und das Weiterbildungscurriculum wurde mit einer Rotation beim Regionalen Blutspendedienst Bern des SRK ergänzt. Studierende Biomedizinische Analytikerinnen absolvierten ihr Praktikum in unseren Labors und ein Mitarbeiter schloss sein Masterstudium in Transfusionsmedizin ab. Die Medizinische Fakultät erteilte Dr. pharm. Elisabeth Oppliger Leibundgut die Venia docendi. Die Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Klinische Krebsforschung (SAKK) wählte Prof. Dr. med. Gabriela Baerlocher in ihren Vorstand. Prof. Dr. med. Anne Angelillo-Scherrer gewann den Bayer Hemophilia Award und Dr. med. Michael Nagler den Preis für die beste patientenbezogene Arbeit des Departements Klinische Forschung (DKF) der Universität Bern. Die Schweizerische Gesellschaft für Hämatologie (SGH) zeichnete das Abstract «Telomerase-Inhibition bei Patienten mit Essentieller Thrombozythämie» von Prof. Baerlocher und PD Oppliger Leibundgut zur besten klinischen Arbeit aus und am Kongress der European Hematology Association (EHA) konnte dieses neue, vielversprechende Therapiekonzept präsentiert werden.

Klinikleitung

- **Prof. Dr. med. Anne Angelillo-Scherrer**, Direktorin und Chefärztin
- **Prof. Dr. med. Lorenzo Alberio**, Stv. Chefarzt a.i., Leiter Bereich Poliklinik, Bettenstation und Konsilien
- **Prof. Dr. med. Gabriela Baerlocher**, Co-Bereichsleiterin Stammzelllabor/Molekulare Diagnostik
- **Dr. med. Giuseppe Colucci**, Co-Bereichsleiter Hämostase
- **Dr. med. Peter Keller**, Co-Bereichsleiter Morphologie
- **PD Dr. med. Johanna Kremer**, Leiterin Hämophilia-Konsultation
- **Myriam Legros**, Leitende Chef-Biomedizinische Analytikerin, Co-Bereichsleiterin Morphologie
- **PD Dr. med. Behrouz Mansouri**, Co-Bereichsleiter Transfusionsmedizin
- **Margrit Schmid**, EMBA, Klinikmanagerin

Universitätsklinik für Radio-Onkologie



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

Die Universitätsklinik für Radio-Onkologie stellt eine umfassende, qualitätsorientierte Patientenbetreuung im Verbund mit interdisziplinären Experten und externen Allianzpartnern sicher. 2013 wurden weitere wichtige Meilensteine erreicht: Die ISO-Zertifizierung, der Ausbau spezialisierter Bestrahlungstechniken und die Eröffnung der Radio-Onkologie Solothurn AG.

Die Strategie der Universitätsklinik für Radio-Onkologie wurde im 2013 sowohl im Bereich umfassender Qualitätssicherung, als auch hinsichtlich spezialisierter Bestrahlungsverfahren und der Pflege von Allianzen konsequent weitergeführt.

Ein wichtiger Meilenstein der umfassenden Qualitätssicherung stellte die erfolgreiche ISO-Zertifizierung dar: Nach aufwendigen Vorarbeiten wurde das Zertifizierungsaudit im März 2013 erfolgreich bestanden. Damit legte die Klinik, in der Qualitätsmanagement seit jeher einen hohen Stellenwert genießt, einen weiteren zentralen Baustein für die nachhaltige Sicherung einer hochwertigen qualitätsgeleiteten Patientenbetreuung. Gleichzeitig leistet die Klinik damit einen wichtigen Beitrag zum Aufbau eines zertifizierten Krebszentrums.

Als universitärer Anbieter radio-onkologischer Therapien fühlen wir uns dem Angebot hoch spezialisierter Verfahren wie der stereotaktischen Hochpräzisionsbestrahlung sowie der interstitiellen Brachytherapie, insbesondere im Bereich der Mammakarzinome, besonders verpflichtet. Beide Bereiche erfuhren 2013 eine kontinuierliche Leistungssteigerung als Ausdruck eines hohen Engagements der beteiligten Spezialistinnen und Spezialisten und der Wertschätzung seitens der Patientinnen und Patienten und Zuweisenden.

Mit der Eröffnung der Radio-Onkologie Solothurn AG im August 2013 konnte das Netzwerk eng mit uns zusammenarbeitender Partner wesentlich erweitert werden. Neben den Patienten der Regionen Biel (Radio-Onkologiezentrum Biel – Seeland – Berner Jura AG) und Berner Oberland (Radio-Onkologie Berner Oberland AG) profitieren nun auch die Patienten der Region Solothurn von einer wohnortnahen Bestrahlungsmöglichkeit bei gleichzeitiger Sicherstellung der Qualitätsstandards und des Know-hows unserer Universitätsklinik.

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**, Leiter Abteilung für Medizinische Strahlenphysik
- **Markus Reist**, MTRA-Leiter
- **Lic. phil. nat. Tonia Spycher**, Klinikmanagerin

Universitätsklinik für Medizinische Onkologie



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

Die Universitätsklinik 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 sind nebst vielen Aktivitäten folgende Themen herauszuheben:

Die Palliative-Care-Station im sog. SWAN-Haus erweist sich unter der ärztlichen Leitung von Dr. med. Steffen Eychmüller und unter der Pflegeleitung von Frau Daria Kolly, unterstützt von der Pflegeexpertin Monika Flidner, bereits als unverzichtbares Element unserer onkologischen Kliniken und des künftigen Comprehensive Cancer Center. Den Stellenwert dieser Station erachten wir weiterhin als hoch, auch wenn sich diese Einschätzung im finanziellen Ertrag nicht widerspiegelt.

Die Spezialsprechstunden für die Beratung von Familien mit genetischer Tumoprädisposition (Dr. med. Manuela Rabaglio und Dr. med. Benno Röthlisberger) erlebten einen besonderen Boom, den man füglich als «Angelina-Jolie-Effekt» bezeichnen kann. Der Medienrummel um die bekannte amerikanische Filmschauspielerin, die eine Genmutation trägt, die ihr ein hohes Brust- und Eierstockkrebsrisiko vermittelt, führte zu einer deutlichen Zunahme der Zuweisungen.

Unser zertifiziertes Programm der Hochdosischemotherapie mit Rücktransfusion autologer hämatopoetischer Stammzellen für diverse Indikationen (vor allem Myelome) steigert seine Leistungen weiter, mit einer entsprechend hohen Belegung unserer spezialisierten Bettenstation. Wir nehmen damit die Spitzenstellung unter allen Spitalern in der Schweiz ein, die die Behandlungsmodalität anbieten.

Die experimentelle Krebsforschung in den uns vom DKF zugeteilten Räumen zeitigte auch dieses Jahr Spitzenleistungen mit Publikationen in hochrangigen Journals wie J Exp Med, BLOOD und J Clin Oncol.

Die als Pars pro Toto genannten Beispiele illustrieren die hohe Aktivität unserer Klinik in diversen Bereichen der klinischen und der experimentellen Onkologie. Wir nehmen den Bericht gerne zum Anlass, allen internen und externen Kolleginnen und Kollegen aus vielen Sparten der Medizin und aus diversen Berufsgruppen für die spannende Zusammenarbeit zu danken.

Klinikleitung

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

Universitätsklinik für Infektiologie



Prof. Hansjakob Furrer, Klinikleiter und Chefarzt a.i.

Die Klinik formierte sich nach dem tragischen Tod von Frau Prof. Kathrin Mühlemann neu. Die Spitalhygiene wird jetzt von Dr. Jonas Marschall geführt. Wir sind für Herausforderungen wie die erschreckende bakterielle Resistenzentwicklung, die Zunahme der sexuell übertragenen Krankheiten und die komplexe internationale Ausbreitung von Infektionskrankheiten gewappnet.

In Klinik und Forschung beschäftigt uns die Zunahme der gramnegativen Bakterien, welche gegen übliche Antibiotika resistent geworden sind. Sie sind eine Bedrohung für unsere Patientinnen und Patienten und unser Spital. Wir überwachen die Häufigkeit dieser multiresistenten Keime, vermeiden mit spitalhygienischen Massnahmen und einer rationalen Antibiotikaverschreibung ihre Weiterverbreitung und erforschen die molekularen Mechanismen der Resistenzentwicklung. Wir hoffen, damit die Weiterverbreitung dieser Keime im Spital zu verlangsamen. Die ZSVA gewährleistet die sichere Versorgung des Spitals mit Sterilgut.

Unser Konsiliardienst wurde als wichtige spitalweite Querschnittsfunktion ausgebaut. In Zusammenarbeit mit den anderen Kliniken helfen wir, Patienten mit komplexen Infektionskrankheiten abzuklären und zu behandeln. Dies ist besonders bei Patienten auf der Intensivstation, bei onkologischen und transplantierten Patienten wichtig, da dort komplexe und ungewöhnliche Infektionen häufig sind.

Die Betreuung von Patienten mit HIV und die Reisemedizin sind Schwerpunkte unserer Poliklinik. Der besorgniserregenden Zunahme von sexuell übertragbaren Infektionen begegnen wir gemeinsam mit der Universitätsklinik für Dermatologie und dem Universitären Notfallzentrum mit niederschweligen Abklärungs- und Behandlungsangeboten. In der klinischen Forschung der HIV- und Hepatitisinfektionen sind wir im Rahmen der Swiss HIV Cohort Study international führend. Die medizinische Versorgung von benachteiligten Menschen unterstützen wir durch unsere externen Sprechstunden in Drogensubstitutionszentren und durch unsere fachliche und wissenschaftliche Beteiligung an mehreren HIV-Programmen in Afrika. Unsere Reisemedizin berät jährlich über 4000 in tropische Länder Reisende und behandelt kranke Reiserückkehrer.

Klinikleitung

- Prof. Dr. med. Hansjakob Furrer, Klinikleiter und Chefarzt a.i.
- PD Dr. med. Andri Rauch, Leiter Poliklinik für Infektiologie und Reisemedizin
- Dr. med. Jonas Marschall, Leiter Spitalhygiene und Zentrale Sterilgutversorgungsabteilung (ZSVA)

Universitätsinstitut für Klinische Chemie



Esther Hofmann, Leitende Chef-Biomedizinische Analytikerin
Prof. Martin Fiedler, Direktor und Chefarzt

Das Universitätsinstitut für Klinische Chemie (UKC) sichert die labormedizinische Versorgung aller Patientinnen und Patienten und erfüllt eine wichtige integrative Querschnittsfunktion in der Forschung. Im Jahr 2013 wurde eine interdisziplinäre Clinical Metabolomics Facility etabliert.

Im Berichtsjahr standen die Neuausrichtung des Institutes und die Planungen für die Bildung eines «Laborverbundes Medizinalstandort Bern» im Mittelpunkt. Ziel war es, alle notwendigen Voraussetzungen für eine innovative und effiziente Labordiagnostik für den Medizinalstandort Bern sowie Plattformen für eine interdisziplinäre klinische Forschung zum Wohle unserer Patienten zu schaffen.

So konnte in Kooperation mit der Forschungsgruppe von Prof. Dr. med. Jean-François Dufour die Clinical Metabolomics Facility als interdisziplinäre Plattform für die klinische Diagnostik und Forschung in Betrieb genommen werden. Die Facility verfügt über modernste Verfahren der Massenspektrometrie. Diese ermöglichen die präzise Analytik einer Vielzahl klinisch relevanter Marker im Bereich der Medikamenten-, Hormon- und Stoffwechsellanalytik. Hierdurch werden beispielsweise die Überwachung von Patienten nach Organtransplantation und die Diagnostik von speziellen Stoffwechselerkrankungen (Orphan Diagnostics) wesentlich verbessert.

Darüber hinaus schafft die Facility alle notwendigen Voraussetzungen für eine interdisziplinäre klinische Forschung im Bereich der Metabolomanalytik, mit deren Hilfe ein vertieftes Verständnis von Stoffwechselveränderungen bei unterschiedlichsten Erkrankungen und Medikamentenreaktionen gewonnen wird. Damit verbunden ist die Hoffnung, die Labordiagnostik weiterzuentwickeln und in Zukunft eine individuellere Medikamentenbehandlung gewährleisten zu können. Somit stellt die Facility ein zentrales Bindeglied zwischen klinischer Diagnostik und Forschung dar. Mittlerweile werden zahlreiche Forschungsprojekte in Kooperation mit verschiedenen Gruppen des Inselspitals, der Universität und mit externen Kooperationspartnern innerhalb der Facility bearbeitet.

Institutsleitung

- **Prof. Dr. med. Martin Fiedler, MBA**, Direktor und Chefarzt
- **Prof. Dr. phil. nat. Carlo R. Largiadèr**, Stv. Direktor
- **PD Dr. med. Jean-Marc Nuoffer**, Leitender Arzt und Leiter des interdisziplinären Bereichs Clinical Metabolomics und Inborn Errors
- **Dr. med. Alexander Leichte**, Oberarzt und Klinisches Studienmanagement / Clinical Trials
- **Esther Hofmann**, Leitende Chef-Biomedizinische Analytikerin
- **Barbara Keller**, Direktionsassistentin

Universitätsinstitut für Immunologie



Prof. Beda M. Stadler, Direktor

Dies ist der letzte Jahresbericht des Universitätsinstituts für Immunologie (IIB) in seiner derzeitigen Zusammensetzung und Ausrichtung. Der/die neu zu wählende Direktor/-in wird die Aufgabe haben, neben der Lehre und Forschung die Immunologie in den klinischen Betrieb zu integrieren und die Labormedizin am Standort Bern zu stärken.

Da Prof. Dr. med. Clemens Dahinden im Juni 2014 pensioniert wird, hat sich der Direktor entschlossen, gleichzeitig in die Frühpension zu gehen. Geht eine Ära zu Ende, sollte einem Neuanfang nichts im Wege stehen. Das IIB als Universitätsinstitut war ein historisches Konstrukt, das überdacht werden muss. Die Immunologie ist heute ein Teil beinahe aller klinischen Fächer und methodisch ein Hauptpfeiler der Labormedizin. Die klinische Immunologie ist somit eine Subspezialität, die man neu positionieren muss.

Aus der Lehre ist die Immunologie noch lange nicht wegzudenken. Das Gebiet gehört zur Grundausbildung in der Vorklinik. Das IIB hat wichtige Beiträge zur Grundlagenforschung auf dem Gebiet der Allergien geliefert. In der Forschung bleibt somit dem Institut ein sehr produktiver Kern erhalten. Es wird sich zeigen, ob es zu einer anderen Forschungsausrichtung kommen wird. Wie es in der Vergangenheit der Fall war, wird das IIB sicher weiterhin stark mit der naturwissenschaftlichen Fakultät verbunden bleiben.

Der akademische Mittelbau ist zudem in die Labormedizin integriert und garantiert auch dort, dass das Inselspital an der medizinischen Spitze bleiben wird. Das Personal in der Dienstleistung ist hoch motiviert und effizient. Es bleibt mir nur noch, allen Mitarbeitenden für ihren unermüdlichen Einsatz zu danken.

Institutsleitung

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

DMLL

Departement Magen-Darm, Leber- und Lungenkrankheiten

Universitätsklinik für Viszerale Chirurgie und Medizin

Institut für Spitalpharmazie



Dr. Jeannette Goette, Direktorin

Im Mai 2013 konnte das Inselehospital zusammen mit dem Bauherrn, dem Amt für Grundstücke und Gebäude des Kantons Bern, nach 7-jähriger Bautätigkeit die Einweihung der totalsanierten und erweiterten Spitalpharmazie feiern. Mit dem Übergang in den «Normalbetrieb» kann sich das Institut für Spitalpharmazie nun endlich wieder stärker auf pharmazeutische Aufgaben fokussieren.

In einer umfassenden Inspektion durch das Kantonsapothekeramt und Swissmedic wurde die «neue» Spitalpharmazie Anfang 2013 auf die Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben bei der Herstellung, beim Vertrieb, beim Umgang und beim Einsatz von und mit Arzneimitteln im Inselehospital geprüft. Die Konformität der Infrastruktur und der Prozesse wurde evaluiert und als erfüllt befunden. Mit dem Abschluss der Instandsetzung standen 2013 erstmals Kapazitäten für ein Engagement in der Ausbildung von Pharmaziestudenten zur Verfügung. Eine durch das Institut betreute Masterarbeit beschäftigte sich mit dem Patientenbedarf sowie den Verordnungs- und Herstellprozessen von parenteralen Nährlösungen in der Neonatologie und Pädiatrie des Inseleospitals. Die gewonnenen Erkenntnisse können nun weiter zu Prozessverbesserungen eingesetzt werden. Im Weiteren wurde der Kurs «Institutionelle Pharmazie» in Zusammenarbeit mit der ETH Zürich im Inselehospital aufgebaut.

Als Unterstützung der Pflege und Ärzteschaft im Umgang mit und in der Anwendung von Arzneimitteln und um das Risiko von Medikationsfehlern zu verringern, wurde die Herausgabe des ISPI-Handbuchs lanciert, welches Weisungscharakter hat. Im Bereich Produktion und Qualitätskontrolle wurden verschiedene Eigenprodukte neu entwickelt, um Lieferengpässe abzudecken (Lorazepam Injektionslösung), Vertriebsstellungen aufzufangen (Hyperhaes-Ersatz) bzw. um die Arzneimittelsicherheit durch geeignete Darreichungsformen zu optimieren (Magnesium-Infusion ready-to-use). In der Qualitätssicherung wurde in Zusammenarbeit mit dem Riskmanagement des Inseleospitals das CIRS-System an die Anforderungen des Abweichungsmanagements nach GMP (good manufacturing practice) adaptiert, sodass dieses elektronische Tool im Jahr 2014 die Papierversion ablösen kann.

Institutsleitung

- **Dr. sc. nat. Jeannette Goette**, Direktorin und Chefapothekerin
- **Dr. pharm. Svenja Landweer**, Bereichsleiterin Klinikbetreuung / Stv. Chefapothekerin
- **Cornelia Sommer**, Leiterin Qualitätssicherung / Stv. Fachtechnische Leiterin
- **Dr. pharm. Maria Engracia Hernández Perni**, Co-Bereichsleiterin Produktion
- **Isabelle Constantin**, Co-Bereichsleiterin Produktion
- **Dr. rer. nat. Vroni Huber**, Bereichsleiterin Qualitätskontrolle



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

Die komplexen Erkrankungen des Bauchraums (Magen, Darm, Leber, Pankreas) und des endokrinen Systems wie auch Organtransplantationen erfordern für die kompetente Behandlung massgeschneiderte Untersuchungen und Beurteilungen durch Viszerale Chirurgen, Gastroenterologen und Hepatologen. Seit 5 Jahren sind diese drei Fachgebiete in der Universitätsklinik für Viszerale Chirurgie und Medizin (UVCV) vereint, und unsere Ärztinnen und Ärzte arbeiten in interdisziplinären Teams eng zusammen, um den Patientinnen und Patienten die bestmögliche Behandlung anzubieten.

Im April 2013 konnte diese Zusammenarbeit der Fachspezialisten mit der Eröffnung des 2000 m² grossen Bauchzentrums im Erdgeschoss des INO-Gebäudes auch im ambulanten Bereich verstärkt werden: Unsere Ärzte gruppieren sich nun in den neuen Räumlichkeiten um die Patienten und sind nicht mehr an vier Orten verteilt auf dem Inselgelände, wie dies lange der Fall war. Im Bauchzentrum Bern werden all unsere Sprechstunden, Endoskopien, Funktionsuntersuchungen sowie spezialisierte Interventionen an der Leber durchgeführt. Zudem bieten wir eine hochprofessionelle Stomaberatung an und sind überzeugt, dass in Zukunft noch vermehrt Bedarf an spezialisierter ambulanter Pflegeleistung bestehen wird. Auch auf unserer interdisziplinären Bettenstation stellen wir das Wohl und die umfassende Betreuung der uns anvertrauten Patienten ins Zentrum. Mit einem Team aus Allgemeininternisten und spezialisierten Fachärzten setzen wir unsere Vision «All in One» ebenso im stationären Bereich um. So ist eine medizinisch hochstehende Versorgung unserer Patienten mit oft vielschichtigen Krankheitsbildern gewährleistet. Die Lehre und Weiterbildung umfasst den Fächerkanon analog der FMH-Struktur mit den Kerndisziplinen Viszeralchirurgie, Gastroenterologie und Hepatologie wie auch ein erfolgreiches Weiterbildungscurriculum in Allgemeiner und Innerer Medizin. Unser internationales Forschungsteam betreibt in der klinischen und präklinischen Forschung enge interdisziplinäre Projekte und koordiniert die Ziele und Themenschwerpunkte entlang von Organschwerpunkten.

Weitere Informationen zur UVCV finden Sie unter:
www.bauchzentrum.insel.ch und www.viszerale.insel.ch

Klinikleitung

- **Prof. Dr. med. Andrew Macpherson**, Direktor (geschäftsführend bis 31.12.2013) und Chefarzt Gastroenterologie
- **Prof. Dr. med. Dr. h. c. Daniel Candinas**, Direktor und Chefarzt Viszeral- und Transplantationschirurgie
- **Prof. Dr. med. Jean-François Dufour**, Direktor (geschäftsführend ab 1.1.2014) und Chefarzt Hepatologie
- **Prof. Dr. med. Beat Gloor**, Chefarzt Viszeralchirurgie
- **Cornelia Herta Klüver**, Leiterin Pflegedienst
- **Elisabeth von Ah**, Departementsmanagerin DMLL

Universitätsklinik für Thoraxchirurgie



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

Die Universitätsklinik für Thoraxchirurgie muss sich wie alle anderen Kliniken und Institute des Insspitals den Herausforderungen der Zukunft stellen. Dazu zählen die Zentralisierung von thoraxchirurgischen Leistungen im Rahmen der «hoch spezialisierten Medizin», der Zusammenschluss des Insspitals mit dem Spital Netz Bern, die Zusammenarbeit mit anderen kantonalen und ausserkantonalen Spitälern, ein modernes Marketing und der Preisdruck. Auf diese Herausforderungen wollen wir antworten mit steigender Qualität der geleisteten Arbeit und mit höheren Patientenzahlen.

Die Universitätsklinik für Thoraxchirurgie ist so organisiert, dass klinischer Betrieb, Lehre und Forschung qualitativ hochstehend angeboten und betrieben werden können.

Neben der klinischen Forschung hat eine Forschungsgruppe ihre Arbeit aufgenommen mit dem Ziel, in der Forschungsabteilung an der Murtenstrasse 50 ein Lungenkrebs-Forschungszentrum aufzubauen. Die universitäre Lehre in der Aus- und Weiterbildung von Studierenden, Ärztinnen und Ärzten und Pflegefachpersonen ist fest verankert im klinischen Alltag.

Im Jahr 2013 erreichten wir zusammen mit den Haupt- und Nebenbehandlungspartnern die erfolgreiche Zertifizierung zum Universitären Lungenkrebszentrum im Insspital Bern. Das Erst-Audit erfolgte durch die Deutsche Krebsgesellschaft und die ISO-Fachstelle. Als Lungenkrebszentrum erfüllen wir sehr hohe Auflagen, haben unser Marketing sehr gut positioniert und leisten einen grossen Anteil zur Schaffung eines Comprehensive Cancer Center im Insspital. Durch die Zertifizierung wurde der klinische Betrieb gestärkt und ein umfassendes Qualitätsmanagement installiert, sodass dem steigenden Preis- und Leistungsdruck entsprochen werden kann. Wir sind überzeugt, dass wir zusammen mit unseren Partnern den Lungenkrebspatientinnen und -patienten von Bern und Umgebung eine Diagnostik und Therapie auf höchstem Niveau anbieten können.

Die Zusammenarbeit mit kantonalen und ausserkantonalen Spitälern hat durch den Zusammenschluss des Insspitals mit dem Spital Netz Bern eine neue Dynamik erfahren. Im Weiteren steht die Zusammenarbeit mit den Spitälern Biel und Freiburg im Fokus unserer Bemühungen. Mit beiden Spitälern besteht eine enge Zusammenarbeit auf institutioneller und personeller Ebene.

Klinikleitung

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

Universitätsklinik für Pneumologie



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

Die Universitätsklinik für Pneumologie kann auf ein erfolgreiches Jahr mit steigenden Untersuchungszahlen sowie Innovationen und Betriebsoptimierungen zurückblicken. Im Rahmen des Projektes SMSB wird die Pneumologie nun an zwei Standorten geführt.

Am Standort Insel konzentrieren sich zunehmend Patientinnen und Patienten mit komplexen Lungenerkrankungen wie fortgeschrittener chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) oder komplexem Asthma, Lungentumoren, interstitiellen Lungenerkrankungen, Cystischer Fibrose, pulmonaler Hypertonie sowie Patienten mit Ateminsuffizienz, welche nichtinvasiv beatmet werden müssen. Ein wachsender Bereich ist auch die Betreuung vor und nach Lungentransplantationen. Um Patienten mit interstitiellen Lungenerkrankungen (Lungenfibrosen) und Sarkoidose optimal betreuen zu können, wurde an unserer Klinik eine interdisziplinäre Sprechstunde mit Radiologen und Pathologen aufgebaut, welche auch von den Zuweisenden sehr geschätzt wird. Der Bereich Bronchoskopie wurde reorganisiert, sodass wir endoskopische Abklärungen und Therapien (interventionelle Bronchoskopie) speditiv und auf einem hohen Qualitätsniveau anbieten können. Ein im Bau befindliches Bronchoskopiezentrum wird im Juni 2014 eröffnet werden. Auf der pneumologischen Bettenstation wurden mobile Einheiten speziell für Weaning-Patienten geschaffen und mit den Partnerkliniken wurde ein Lungenkrebszentrum im Insspital aufgebaut und zertifiziert.

PD Dr. med. Ch. von Garnier wurde am 1.10.2013 zum Chefarzt befördert und hat die Leitung des Standortes Tiefenau übernommen. Ebenfalls auf den 1.10.2013 wurde Oberarzt Dr. P. Brun zum Chefarzt Pneumologie der Rehaklinik Heiligenschwendli gewählt und ist weiterhin als Konsiliararzt im Insspital tätig. Somit ist eine optimale Zusammenarbeit zwischen den Standorten sowohl im Bereich der Dienstleistung als auch in Aus- und Weiterbildung gewährleistet.

Die Forschungsgruppen der experimentellen Pneumologie konnten erfolgreich Drittmittel einwerben und ihre Forschungsarbeiten in hochrangigen Fachzeitschriften publizieren. Mit der Forschungsgruppe «ARTORG Lunge» besteht eine produktive Zusammenarbeit. Die klinische und translationale Forschung in der Pneumologie konnte weiter ausgebaut werden und die Klinik ist weiterhin in der Aus-, Weiter- und Fortbildung von ärztlichem und nichtärztlichem Personal aktiv.

Klinikleitung

- **Prof. Dr. med. Thomas Geiser**, Direktor und Chefarzt
- **Prof. Dr. med. Matthias Gugger**, Chefarzt
- **PD Dr. med. Christophe von Garnier**, Chefarzt und Leiter Standort Tiefenau
- **Nicole Mellenberger**, Leiterin Pflegedienst (stationäre Bereiche)
- **Franziska Gilgen**, med.-tech. Leiterin (ambulante Bereiche)

DRNN

Departement Radiologie, Neuroradiologie
und Nuklearmedizin

Universitätsinstitut für Diagnostische,
Interventionelle und Pädiatrische Radiologie



Dieter Fiechter, MTRA-Leiter
Prof. Johannes Heverhagen, Direktor und Chefarzt

Das Universitätsinstitut für Diagnostische, Interventionelle und Pädiatrische Radiologie (DIPR) stellt für die internen Partnerkliniken und die externen Zuweisenden diagnostische Bildgebung und bildgesteuerte Therapien als 24-Stunden-Leistung an 7 Tagen in der Woche zur Verfügung.

Nachdem 2012 durch die Neustrukturierung und Neuorientierung des DIPR geprägt war, wurde 2013 ein Jahr der Konsolidierung dieser neuen Strukturen. Der wohl deutlichste Ausdruck dieser Konsolidierung kam durch den Beginn der ISO-Zertifizierung des gesamten Institutes zum Ausdruck. Dabei konnte im Jahr 2013 ein wichtiger Teilschritt mit der offiziellen Zertifizierung des MR-Bereichs (INO B) vollzogen werden. Mit dieser Zertifizierung kommt das DIPR nicht nur seinen Kundinnen und Kunden entgegen, indem es für die Zertifizierung von beispielsweise Organzentren kompetent und zeitgemäss zur Verfügung steht. Die Institutsleitung sieht die langfristige Qualitätssicherung und stete Qualitätsverbesserung der Prozesse im Institut als eine ihrer Hauptaufgaben. Darüber hinaus hat das DIPR seine Aktivitäten deutlich ausgeweitet, indem es sich zum Beispiel am neu initiierten Mammografie-Screening-Programm des Kantons Bern beteiligt. Im Kanton wird allen Frauen im Alter von 50 bis 74 Jahren angeboten, sich regelmässig einer Mammografie zu unterziehen, um so die Diagnose eines möglichen Brustkrebses frühzeitig zu ermöglichen. Das DIPR bietet hierbei ein Screening in Zusammenarbeit mit der Bernischen Krebsliga an.

Im Bereich der Forschung fand ebenfalls ein Umbruch statt: Mit der Etablierung eines Bildlabors und eines speziellen Wissenschaftsservers wurde die Forschungsinfrastruktur deutlich gestärkt. Zusätzlich wurde eine Forschungsgruppe im Departement Klinische Forschung (DKF) etabliert, die sich mit zellbasierter Tumortestung auf dem Gebiet der Kombinationschemotherapie beschäftigt.

Das breite Spektrum an Lehrtätigkeit des DIPR bietet universitäre Studentenausbildung, ärztliche Fort- und Weiterbildung sowie Aus- und Weiterbildung medizinisch-technischen und administrativen Personals. In diesen Bereichen wurden im Jahr 2013 zahlreiche neue Lehr- und Weiterbildungsveranstaltungen etabliert, welche die Attraktivität des Ausbildungsstandortes DIPR für akademisches und nichtakademisches Personal deutlich erhöhen.

Institutsleitung

- **Prof. Dr. med. Johannes Heverhagen**, Direktor und Chefarzt
- **PD Dr. med. Dr. phil. nat. Hendrik von Tengg-Koblighk**, Stv. Direktor und Leitender Arzt
- **Prof. Dr. med. Dr. sc. nat. Christoph Boesch**, Leiter AMSM
- **Dieter Fiechter**, MTRA-Leiter

Universitätsinstitut für Diagnostische und
Interventionelle Neuroradiologie



Michela Mordasini, MTRA-Leiterin
Prof. Gerhard Schroth, Direktor und Chefarzt

2013 wurde das Universitätsinstitut für Diagnostische und Interventionelle Neuroradiologie (DIN) einschliesslich Lehre und Forschung nach ISO zertifiziert. Für die damit verbundene jahrelange Arbeit dankt die DIN-Leitung allen Mitarbeitern und dem Fachteam unter Leitung unserer Departementsmanagerin Frau Hilt.

Zur erfolgreichen Steuerung der zunehmenden Patientenströme wurde das teleradiologische Stroke-Netzwerk weiter ausgebaut; mit Einsiedeln wurde das 15. Spital angeschlossen. Neu hinzugekommen ist auch das Kantonsspital EOC in Lugano: Schwierige Fälle aus dem Tessin werden im DIN behandelt und das DIN unterstützt das Tessiner Neurozentrum beim Aufbau einer Interventionellen Neuroradiologie. Die Federführung liegt bei Prof. Schroth und dem Leiter der Interventionellen Neuroradiologie, Prof. Gralla, der Prof. Schroth Ende Januar 2014 im Amt als Direktor des DIN ablösen wird. Prof. Schroth bleibt zu 50% im Inselspital als «Senior Consultant» des DIN angestellt.

Mit der Einführung des SCAN (Support Center for Advanced Neuroimaging) unter der Leitung von Prof. Roland Wiest und PD Marwan El-Koussy wurde die Grundlage geschaffen, um klinische Bilddaten zu quantifizieren und damit für wissenschaftliche Auswertungen verfügbar zu machen. Zahlreiche, durch Drittmittel finanzierte Mitarbeitende arbeiten daran, Forschungsergebnisse direkt in die Routine zu überführen und Mitarbeitende sowie Gastärzte in den Techniken der funktionellen und molekularen Bildgebung auszubilden. Wir hoffen, dass die aufgebauten Netzwerke halten und die Arbeit für das EU-Projekt Horizon nicht umsonst war.

Intern steht uns ein moderner Gerätepark mit vier MR- sowie zwei Angio- und CT-Geräten zur Verfügung. Der weltweit erste CT mit neuer, strahlensparender Detektortechnologie wurde 2012 unter Leitung von PD Christoph Ozdoba in Betrieb genommen und hat sich auch 2013 bewährt. Ein grosser Zuwachs war auch bei den MR-Untersuchungen zu verzeichnen, die vom DIN auch am Wochenende auf ambulanter Basis und rund um die Uhr für Notfälle angeboten werden.

Diese gute Infrastruktur mit enger und transparenter Verzahnung von Forschung und Routine ist einer der Gründe, dass erfahrene und erfolgreiche Mitarbeitende dem Inselspital trotz hoher Arbeitsbelastung treu geblieben sind. Es freut uns, dass Dr. Weisstanner zu der ersten Gruppe von sieben Ärzten in Europa gehört, die 2013 für «Pädiatrische Neuroradiologie» zertifiziert wurden, und sich mit den Drs. El-Koussy, Pasquale Mordasini und Johannes Slotboom drei weitere Mitarbeiter der Neuroradiologie habilitieren konnten.

Institutsleitung

- **Prof. Dr. med. Gerhard Schroth**, Direktor und Chefarzt
- **PD Dr. med. Christoph Ozdoba**, Leitender Arzt
- **Michela Mordasini**, MTRA-Leiterin

Universitätsklinik für Nuklearmedizin



Mirjam de Bloeme, MTRA-Leiterin
Prof. Thomas Krause, Direktor und Chefarzt

Für die Universitätsklinik für Nuklearmedizin stand das Jahr 2013 ganz im Zeichen des Umzugs in die neuen Räumlichkeiten des INO. Dieser Umzug ist sozusagen der Schlussstein in einer Kette langer Bauplanungs- und Umbauaktivitäten.

Nach kompletter Erneuerung der nuklearmedizinischen Station sowie der Abklinganlage im Jahr 2011 ist mit der Diagnostik-Abteilung im INO die Nuklearmedizin komplett saniert und sollte somit auf Jahre hinaus den räumlichen Anforderungen an eine moderne, anspruchsvolle Technik gewachsen sein. Die letzten Bauabschnitte und die Umzugsplanung selbst waren eine grosse technische Herausforderung. Dank der guten Zusammenarbeit mit den diversen Abteilungen der Direktion Infrastruktur konnten die mit dem Umzug verbundenen zahlreichen technischen Herausforderungen gut bewältigt werden. Die neuen funktionellen und ansprechend gestalteten Räumlichkeiten werden gemäss einer Umfrage von den Patientinnen und Patienten, aber auch von den Mitarbeitenden sehr geschätzt.

Parallel zum Umzug gelang es uns auch, mit der ⁶⁸Ga-Dotatate-PET eine neue diagnostische Leistung und mit der ¹⁷⁷Lu-Dotatate-Therapie neuroendokriner Tumore sowie der Alpharadin-Behandlung bei Knochenmetastasen eines Prostatakarzinoms zwei neue Therapien einzuführen. Mit Alpharadin (223Radiumchlorid) steht erstmalig in der Schweiz ein Alphastrahler zur Tumorbehandlung zur Verfügung. Gegenüber den bisherigen Radiopharmaka ermöglicht Alpharadin mit einer sehr kurzen Reichweite der Strahlung von 2–10 Zelldurchmesser eine gezielte Bestrahlung von Tumorzellen aus engster Nachbarschaft. Die Behandlung ist so nebenwirkungsarm, dass die bisher üblichen Behandlungen, insbesondere auch Chemotherapien, uneingeschränkt zusätzlich durchführbar sind.

Klinikleitung

- **Prof. Dr. med. Thomas Krause**, Direktor und Chefarzt
- **Dr. med. Bernd Klaeser**, Stv. Direktor
- **Mirjam de Bloeme**, MTRA-Leiterin
- **Dr. rer. nat. Michael Hentschel**, Leitender Medizinphysiker
- **Doris Riedo**, Chefarztsekretärin

Klinik mit departementaler Funktion

Universitätsklinik für Allgemeine Innere Medizin



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

Schwerpunktereignisse 2013 waren die zunehmende Anzahl an multimorbiden Patientinnen und Patienten, das hohe Engagement der Klinik in Aus-, Weiter- und Fortbildung sowie der weitere Ausbau der allgemeininternistischen klinischen Forschung.

Klinisch bleibt die Hauptaufgabe der Universitätsklinik für Allgemeine Innere Medizin (KAIM) die Behandlung und Betreuung von multimorbiden, komplexen Patienten sowie die Abklärung von unklaren Beschwerden. Das Jahr 2013 war geprägt von steigenden Fallzahlen und dem Ausbau der Verbindungen zu den Hausärzten. Die Effizienz des Klinikbetriebs wurde weiter gesteigert, ohne Kompromisse bei der Behandlungsqualität zu machen. Da das aktuelle Swiss-DRG-Tariffsystem multimorbide Komplexpatienten benachteiligt, setzt sich die Klinik aktiv für eine Verbesserung der Tarifsituation in diesem rasch wachsenden Patientensegment ein.

In der Aus- und Weiterbildung steht sowohl im ärztlichen Bereich wie in der Pflege die Vermittlung eines «generalistischen» Approachs im Sinne der evidenzbasierten Medizin und des biopsychosozialen Modells im Vordergrund. Die KAIM als «generalistische» Klinik stellt ein wichtiges Bindeglied zwischen den Hausärzten und dem Universitätsspital dar. Viele unserer Ärzte gehen als breit weitergebildete Grundversorger in die Praxis.

2013 gelang es wiederum, die allgemeininternistische Forschung weiter auszubauen und jüngere Kolleginnen und Kollegen für die Akademie zu begeistern. Nachwuchsakademiker der KAIM erhielten mehrere Forschungspreise und Fördermittel. Prestigeprojekte der KAIM umfassen die vom Schweizerischen Nationalfonds (SNF) unterstützte Swiss Venous Thromboembolism Cohort of Elderly Patients und eine von der EU finanzierte randomisierte Studie zur subklinischen Hypothyreose.

Wir möchten allen Mitarbeitenden herzlich für den aussergewöhnlichen Einsatz danken, der in allen Bereichen geleistet wurde.

Klinikleitung

- **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

«In Zeiten grosser wirtschaftlicher Herausforderungen sind die Informations- und Telekommunikationstechnologien zu einem entscheidenden strategischen Erfolgsfaktor für das Inselehospital geworden.»

Gerold Bolinger, Direktor Dienste

Finanzen

Konzernbilanz

	31.12.2013 TCHF	31.12.2012 TCHF	Abweichung	
			in TCHF	in %
Umlaufvermögen				
Flüssige Mittel	238 930	214 643	24 287	11,3
Wertschriften	50 000	10 000	40 000	400,0
Forderungen aus Lieferungen und Leistungen	173 803	184 041	-10 238	-5,6
Übrige kurzfristige Forderungen	64 183	73 558	-9 375	-12,7
Angefangene Behandlungen und Vorräte	32 635	32 967	-332	-1,0
Aktive Rechnungsabgrenzung	31 801	41 531	-9 730	-23,4
	591 352	556 740	34 612	6,2
Anlagevermögen				
Finanzanlagen	99 113	170 124	-71 011	-41,7
Assoziierte Gesellschaften	6 408	15 621	-9 213	-59,0
Mobile Sachanlagen	113 530	94 214	19 316	20,5
Immobilien	737 486	664 775	72 711	10,9
Immaterielle Anlagen	5 642	5 323	319	6,0
Anzahlungen Anlagevermögen	6 110	11 930	-5 820	-48,8
Anlagen in Bau	49 155	64 488	-15 333	-23,8
	1 017 444	1 026 475	-9 031	-0,9
Total Aktiven	1 608 796	1 583 215	25 581	1,6
Kurzfristiges Fremdkapital				
Verbindlichkeiten aus Lieferungen und Leistungen	50 042	53 346	-3 304	-6,2
Übrige kurzfristige Verbindlichkeiten	51 459	65 971	-14 512	-22,0
Passive Rechnungsabgrenzung	12 073	6 314	5 759	91,2
Kurzfristige Rückstellungen	17 636	22 103	-4 467	-20,2
	131 210	147 734	-16 524	-11,2
Langfristiges Fremdkapital				
Langfristige Finanzverbindlichkeiten	16 572	-	16 572	100,0
Langfristige Rückstellungen	57 214	47 761	9 453	19,8
Verpflichtungen aus Fonds	28 021	24 926	3 095	12,4
	101 807	72 687	29 120	40,1
Eigenkapital				
Konzernkapital ohne Minderheiten				
Stiftungskapital	19 098	19 098	-	0,0
Fondskapital	47 298	39 928	7 370	18,5
Reserven	1 277 540	1 275 952	1 588	0,1
Jahresergebnis	28'688	27 470	1 218	4,4
	1 372 624	1 362 448	10 176	0,7
Minderheitsanteile	3 155	346	2 809	811,8
	1 375 779	1 362 794	12 985	1,0
Total Passiven	1 608 796	1 583 215	25 581	1,6

Konzernerfolgsrechnung

	2013 TCHF	2012 TCHF	Abweichung zum Vorjahr	
			in TCHF	in %
Betriebsertrag				
Stationärer Ertrag	710 925	680 816	30 109	4,4
Ambulanter Ertrag	286 468	271 400	15 068	5,6
Honorarertrag	45 229	43 619	1 610	3,7
Ertrag Lehre & Forschung	84 817	86 744	-1 927	-2,2
Ertrag Weiterbildung Assistenzärzte/-innen	4 040	31 485	-27 445	-87,2
Erlösminderungen	4 076	-2 786	6 862	-246,3
Veränderung angefangene Behandlungen	-387	623	-1 010	-162,1
Entnahme aus Fonds im Fremdkapital	-	3 311	-3 311	-100,0
Übriger betrieblicher Ertrag	73 940	76 354	-2 414	-3,2
	1 209 108	1 191 566	17 542	1,5
Betriebsaufwand				
Personalaufwand	-689 777	-686 787	-2 990	0,4
Honoraraufwand	-37 110	-36 227	-883	2,4
Medizinischer Bedarf	-225 117	-219 328	-5 789	2,6
Einlage in Fonds im Fremdkapital	-3 095	-	-3 095	100,0
Übriger Betriebsaufwand	-171 723	-168'092	-3 631	2,2
	-1 126 822	-1 110 434	-16 388	1,5
Ergebnis vor Abschreibungen (EBITDA)	82 286	81 132	1 154	1,4
Abschreibungen				
Abschreibungen auf Sachanlagen	-59 895	-53 504	-6 391	11,9
Abschreibungen auf immateriellen Anlagen	-1 675	-1 585	-90	5,7
	-61 570	-55 089	-6 481	11,8
Betriebsergebnis (EBIT)	20 716	26 043	-5 327	-20,5
Finanzergebnis				
Ertrag aus assoziierten Gesellschaften	765	2 372	-1 607	-67,7
Übriger Finanzertrag	6 886	3 277	3 609	110,1
Finanzaufwand	-963	-4 069	3 106	-76,3
	6 688	1 580	5 108	323,3
Jahresergebnis	27 404	27 623	-219	-0,8
davon Anteile von Minderheiten	-1 284	153	-1 437	-939,2

Kommentar

Geschäftsjahr 2013

Das Inselspital erzielte im Geschäftsjahr 2013 einen Konzerngewinn von CHF 27,4 Mio. Das Betriebsergebnis vor Abschreibungen (EBITDA) belief sich auf CHF 82,3 Mio. Die EBITDA-Marge lag bei 6,8 %. Die betreffenden Kennzahlen liegen damit auf dem Niveau des Vorjahres (Konzerngewinn CHF 27,6 Mio. bzw. EBITDA CHF 81,1 Mio./6,8 %).

Das Ergebnis ist primär auf den Erfolg des Segments «Spitalbetrieb» zurückzuführen. Das Jahresergebnis des Spitalbetriebs lag im Jahr 2013 bei CHF 24,0 Mio. (Vorjahr CHF 20,4 Mio.).

Der Kanton Bern verfügte für das Jahr 2013 aus Spargründen eine Kürzung des Beitrags zur Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung. Während im Jahr 2012 eine Abgeltung von CHF 60 000 pro Assistenzärztin bzw. Assistenzarzt gewährt wurde, reduzierte der Kanton den Finanzierungsbeitrag auf CHF 10 000. Daraus ergab sich für das Inselspital im Jahr 2013 ein Minderertrag von CHF 27,4 Mio. gegenüber dem Vorjahr.

Durch eine Leistungssteigerung in der stationären und der ambulanten Versorgung wurde dieser negative finanzielle Effekt überkompensiert. Der Betriebsertrag stieg im Total um CHF 17,5 Mio. auf CHF 1209 Mio.

Tarifliche Unsicherheiten

Es gilt zu beachten, dass die verbuchten stationären und ambulanten Umsätze auf provisorischen Tarifen beruhen. Im stationären Bereich konnte für das Jahr 2013 (analog 2012) keine tarifliche Einigung mit den Krankenversicherern erzielt werden. Die stationären Fälle (nach SwissDRG) wurden mit einer vom Kanton Bern provisorisch verfügbaren Baserate von CHF 11 200 fakturiert. Der wesentliche Streitpunkt in den Tarifverhandlungen und in den Festsetzungsverfahren betrifft weiterhin die unterschiedliche Berücksichtigung der Kosten für universitäre Lehre und Forschung.

Für den ambulanten Tarif TARMED besteht seit dem 1.1.2010 ein vertragsloser Zustand. Der Tarifentscheid des Bundesverwaltungsgerichts ist ausstehend. Das Inselspital fakturiert aktuell den provisorischen Taxpunktwert von CHF 0,91.

Bilanz / Geldflussrechnung

Die flüssigen Mittel erhöhten sich im Berichtsjahr um CHF 24,3 Mio. auf CHF 238,9 Mio.

Das Sachanlagevermögen stieg insbesondere durch die Erstkonsolidierung der SWAN Isotopen AG (Zugangswert von CHF 29,9 Mio.) sowie durch die Bauprojekte «Bauchzentrum», «Spitalpharmazie», «Infrastruktur 1+2» und «Kinderklinik» (Zugangswerte von CHF 48,1 Mio.).

Unter den langfristigen Rückstellungen sind insgesamt CHF 42,2 Mio. für Ertragsrisiken im Zusammenhang mit nicht definitiven Abgeltungen enthalten.

«Grundlage für die Leistungen einer guten Praxis sind Forschung und Bildung. Sie sollen ein Feuer entfachen und nicht einen leeren Eimer füllen. Alle Berufsgruppen, die in den Behandlungsteams vertreten sind, müssen ihr Wissen und Können mehren. Um die qualitativen und ökonomischen Herausforderungen der Zukunft zum Wohle der Patientinnen und Patienten und der Gesellschaft meistern zu können.»

Ulrich von Allmen, Direktor Pflege/MTT

Leistungen

Leistungsstatistik nach Hauptdiagnosekategorien (MDC)

(Auswertungszeitpunkt 5.2.2014)

MDC	Fälle 2013	Fälle 2012	Case Mix 2013	Case Mix 2012	Anteil CM 2013	Anteil CM 2012	CMI 2013	CMI 2012	Ø AD 2013	Ø AD 2012
PR Prä-MDC	836	800	6 129.9	5 871.3	10,1%	10,1%	7.332	7.339	21.1	24.0
1 Krankheiten und Störungen des Nervensystems	4 480	4 343	7 341.1	6 707.9	12,1%	11,5%	1.639	1.545	6.3	6.4
2 Krankheiten und Störungen des Auges	1 251	1 303	941.3	911.8	1,5%	1,6%	0.752	0.700	3.1	3.1
3 Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses	2 402	2 213	2 178.9	2 100.8	3,6%	3,6%	0.907	0.949	3.4	3.8
4 Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	2 184	2 093	2 250.1	2 306.4	3,7%	4,0%	1.030	1.102	6.1	6.3
5 Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	6 632	6 570	14 984.7	14 810.5	24,6%	25,4%	2.259	2.254	5.3	5.1
6 Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	2 144	2 080	2 447.2	2 431.5	4,0%	4,2%	1.141	1.169	6.3	6.6
7 Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas	875	799	1 551.1	1 305.8	2,6%	2,2%	1.773	1.634	7.9	8.9
8 Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	4 977	4 599	6 555.0	6 158.9	10,8%	10,5%	1.317	1.339	6.2	6.7
9 Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma	1 286	1 184	1 222.7	1 164.3	2,0%	2,0%	0.951	0.983	5.2	5.6
10 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	932	838	1 087.1	1 026.7	1,8%	1,8%	1.166	1.225	5.7	5.9
11 Krankheiten und Störungen der Harnorgane	2 016	2 089	1 945.0	2 069.5	3,2%	3,5%	0.965	0.991	5.3	5.2
12 Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane	457	401	404.1	358.8	0,7%	0,6%	0.884	0.895	5.0	4.9
13 Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane	872	804	1 081.6	918.4	1,8%	1,6%	1.240	1.142	4.8	5.0
14 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	2 117	1 938	1 676.4	1 501.8	2,8%	2,6%	0.792	0.775	6.0	6.3
15 Neugeborene	1 999	1 849	2 857.7	3 237.5	4,7%	5,5%	1.430	1.751	9.7	10.6
16 Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems	237	263	240.7	267.7	0,4%	0,5%	1.016	1.018	6.9	5.7
17 Hämatologische und solide Neubildungen	804	696	1 637.2	1 299.5	2,7%	2,2%	2.036	1.867	9.4	9.1
18A HIV	44	32	80.3	73.8	0,1%	0,1%	1.824	2.306	9.5	17.4
18B Infektiöse und parasitäre Krankheiten	768	603	1 079.7	771.6	1,8%	1,3%	1.406	1.280	8.0	8.4
19 Psychische Krankheiten und Störungen	525	478	834.9	750.7	1,4%	1,3%	1.590	1.570	14.9	15.4
20 Alkohol- und Drogengebrauch und alkohol- und drogeninduzierte psychische Störungen	112	116	55.4	66.8	0,1%	0,1%	0.494	0.576	3.4	4.3
21A Polytrauma	225	191	988.3	770.7	1,6%	1,3%	4.393	4.035	12.0	11.1
21B Verletzungen, Vergiftungen und toxische Wirkungen von Drogen und Medikamenten	649	686	571.1	675.5	0,9%	1,2%	0.880	0.985	4.8	4.8
22 Verbrennungen	47	46	71.7	151.5	0,1%	0,3%	1.525	3.294	7.0	9.3
23 Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und andere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens	260	317	169.1	179.9	0,3%	0,3%	0.650	0.568	3.6	3.7
FE Fehler-DRG und sonstige DRG	298	357	425.7	492.6	0,7%	0,8%	1.429	1.380	6.4	6.3
Total DRG-Austritte codiert	39 429	37 688	60 807.8	58 381.9	100,0%	100,0%	1.542	1.549	6.4	6.6
Nicht codierte DRG-Austritte	0	0								
Neurorehabilitation	173	138							36.8	43.7
Gesamttotal	39 602	37 826							6.5	6.7

* Die Kategorie der «Fehler-DRG» ist eine von der SwissDRG definierte Gruppe, in welche Fälle gelangen, die nicht einer MDC zuzuordnen sind. Der Begriff Fehler-DRG ist keine Wertung der Kodierqualität.

MDC = Major Diagnostic Category

CMI = Case Mix Index

DRG = Diagnosis Related Groups

AD = Aufenthaltsdauer

Abrechnungsversion 2013 SwissDRG 2.0

Hitlisten der Top-15-DRG

(Auswertungszeitpunkt 5.2.2014)

Top-15-DRG nach Anzahl Austritten 2013		Fälle	Case Mix	CMI	Ø AD
P67D	Neugeborener Einling, Aufnahmegewicht > 2499 g ohne OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne schweres Problem, ohne anderes Problem oder ein Belegungstag	1 025	204.4	0.199	3.8
F49F	Invasive kardiologische Diagnostik ausser bei akutem Myokardinfarkt, ein Belegungstag	653	275.6	0.422	1.0
O60D	Vaginale Entbindung ohne komplizierende Diagnose	472	271.7	0.576	3.7
F24B	Perkutane Koronarangioplastie (PTCA) mit kompl. Diagn. und hochkompl. Intervent. od. mit PTA, ohne äusserst schwere CC, Alter > 15 Jahre	471	744.3	1.580	2.1
F56B	Perkutane Koronarangioplastie mit hochkomplexer Intervention, ohne äusserst schwere CC	458	628.4	1.372	1.4
I53Z	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne äusserst schwere CC, mit komplexem Eingriff oder Halotraktion	343	366.6	1.069	5.2
B70E	Apoplexie ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne intrakranielle Blutung, ohne systemische Thrombolyse, mehr als 1 Belegungstag oder Delirium mit äusserst schweren CC	317	335.8	1.059	6.5
E69C	Bronchitis und Asthma bronchiale, ein Belegungstag oder ohne äusserst schwere oder schwere CC oder Alter < 56 Jahre, ohne RS-Virus-Infektion	288	128.4	0.446	2.8
F54Z	Komplexe oder mehrfache Gefässeingriffe ohne komplizierende Prozeduren, ohne Revision, ohne komplexe Diagnose, Alter > 2 Jahre oder mässig komplexe Gefässeingriffe mit komplizierender Diagnose, ohne äusserst schwere CC, ohne Rotationsthrombektomie	283	309.8	1.095	2.3
B20B	Kraniotomie oder grosse Wirbelsäulen-Operation mit komplexer Prozedur, Alter > 15 Jahre, ohne intraoperatives neurophysiologisches Monitoring	256	735.1	2.871	7.7
F59B	Mässig komplexe Gefässeingriffe ohne mehrfache Gefässeingriffe, ohne äusserst schwere CC, ohne Rotationsthrombektomie, ohne komplizierende Diagnose	253	193.9	0.766	2.1
C15Z	Andere Eingriffe an der Retina	241	210.7	0.874	3.1
I13C	Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk, ohne Mehrfacheingriff, ohne beidseitigen Eingriff, ohne komplexe Prozedur, ohne komplexe Diagnose, ohne komplizierenden Eingriff	240	216.4	0.902	3.3
L42B	Extrakorporale Stosswellenlithotripsie (ESWL) bei Harnsteinen ohne auxiliäre Massnahmen, ausser bei Para- / Tetraplegie	236	96.5	0.409	2.8
O60C	Vaginale Entbindung mit schwerer oder mässig schwerer komplizierender Diagnose	234	173.2	0.740	5.0
Total Top-15-DRG-Austritte		5 770	4 890.8	0.848	3.3
Total codierte Fälle (ohne Neurorehabilitation)		39 429	60 807.8		6.4
Anteil Top 15 in %		14,6%	8,0%		

Top-15-DRG nach Höhe des Case Mix 2013		Fälle	Case Mix	CMI	Ø AD
F98Z	Endovaskuläre Implantation eines Herzklappenersatzes	205	1 953.9	9.531	10.3
F03A	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, mit komplizierenden Prozeduren	187	1 169.0	6.252	13.6
A13A	Beatmung > 95 und < 250 Stunden mit hochkomplexen Konstellationen	69	832.0	12.058	25.9
F24B	Perkutane Koronarangioplastie (PTCA) mit kompl. Diagn. und hochkompl. Intervent. od. mit PTA, ohne äusserst schwere CC, Alter > 15 Jahre	471	744.3	1.580	2.1
B20B	Kraniotomie oder grosse Wirbelsäulen-Operation mit komplexer Prozedur, Alter > 15 Jahre, ohne intraoperatives neurophysiologisches Monitoring	256	735.1	2.871	7.7
F06E	Koronare Bypass-Operation, ohne invasive kardiologische Diagnostik, ohne intraoperative Ablation	187	685.1	3.664	9.3
A13B	Beatmung > 95 und < 250 Stunden mit sehr komplexen Konstellationen	76	670.7	8.825	24.5
F03D	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, mit Zweifacheingriff oder angeborenem Herzfehler oder Re-Operation oder invasiver Diagnostik oder intraoperativer Ablation oder Alter < 16 Jahre	127	632.9	4.984	11.0
F56B	Perkutane Koronarangioplastie mit hochkomplexer Intervention, ohne äusserst schwere CC	458	628.4	1.372	1.4
A11A	Beatmung > 249 und < 500 Stunden mit hochkompl. Eingriff oder intensivmed. Komplexbeh. > 1656 Punkte oder mit Eingriff bei angeb. Fehlb., Alter < 2 J. oder mit best. OR-Proz. und kompliz. Proz., mit intensivmed. Komplexbeh. > 1656 P. oder Alter < 16 J.	34	604.5	17.780	34.6
B01Z	Mehrzeitige kompl. OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems oder Epilepsiechirurgie mit invasivem präop. Video-EEG	97	538.1	5.547	14.7
U42Z	Multimodale Schmerztherapie bei psychischen Krankheiten und Störungen	161	504.2	3.132	23.9
A13C	Beatmung > 95 und < 250 Stunden mit komplexen Konstellationen	75	489.3	6.524	21.1
A07A	Beatmung > 499 und < 1500 Stunden mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma, mit hochkomplexem Eingriff oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 3680 Aufwandspunkte	12	437.6	36.463	74.5
W01C	Polytrauma mit Beatmung oder Kraniotomie, ohne Frührehabilitation, ohne Beatmung > 263 Stunden	59	422.2	7.156	14.1
Total Top-15-DRG-Austritte		2 474	11 047.4	4.465	10.0
Total codierte Fälle (ohne Neurorehabilitation)		39 429	60 807.8		6.4
Anteil Top 15 in %		6,3%	18,2%		

Leistungsstatistik der Universitätskliniken 2013

(Auswertungszeitpunkt 5.2.2014)

Universitätskliniken	Fälle	Case Mix	CMI	Ø AD	Pflegetage
Universitäres Notfallzentrum	636	176.2	0.277	1.0	661
Universitätsklinik für Allgemeine Innere Medizin	3 848	4 845.9	1.259	9.3	35 635
Universitätsklinik für Angiologie	632	682.3	1.080	2.1	1 312
Universitätsklinik für Augenheilkunde	1 147	883.6	0.770	3.0	3 448
Universitätsklinik für Dermatologie	527	461.7	0.876	4.7	2 464
Universitätsklinik für Frauenheilkunde	4 383	3 290.2	0.751	5.1	22 337
Universitätsklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, Kopf- und Halschirurgie	1 347	1 341.9	0.996	3.1	4 188
Universitätsklinik für Herz- und Gefäßchirurgie	1 676	7 739.7	4.618	12.3	20 599
Universitätsklinik für Intensivmedizin	818	2 764.9	3.380	5.7	4 648
Universitätsklinik für Kardiologie	3 656	6 367.6	1.742	3.0	11 111
Universitätsklinik für Kinderchirurgie *	1 778	1 953.2	1.099	4.7	8 441
Universitätsklinik für Kinderheilkunde	3 099	5 120.8	1.652	8.6	26 499
Universitätsklinik für Medizinische Onkologie **	1 067	2 178.8	2.042	10.5	11 186
Universitätsklinik für Nephrologie und Hypertonie	670	1 015.3	1.515	9.0	6 037
Universitätsklinik für Neurochirurgie	1 849	4 020.9	2.175	6.6	12 270
Universitätsklinik für Neurologie	1 411	2 151.9	1.525	6.2	8 774
Universitätsklinik für Nuklearmedizin	238	186.8	0.785	4.2	1 004
Universitätsklinik für Orthopädische Chirurgie	2 616	4 285.8	1.638	7.2	18 952
Universitätsklinik für Plastische und Handchirurgie	920	1 038.9	1.129	4.5	4 136
Universitätsklinik für Pneumologie	474	614.3	1.296	8.4	3 975
Universitätsklinik für Radio-Onkologie	456	710.5	1.558	9.8	4 457
Universitätsklinik für Rheumatologie, Klinische Immunologie und Allergologie	623	644.5	1.035	7.5	4 671
Universitätsklinik für Schädel-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	758	824.0	1.087	3.7	2 768
Universitätsklinik für Thoraxchirurgie	440	973.5	2.213	8.5	3 729
Universitätsklinik für Urologie	1 968	1 967.0	1.000	5.2	10 328
Universitätsklinik für Viszerale Chirurgie und Medizin	2 392	4 567.7	1.910	7.7	18 316
Zwischensumme	39 429	60 807.8	1.542	6.4	251 946
uncodiert	0				
Neurorehabilitation	173				6 375
Total	39 602				258 321

* inklusive Notfallzentrum für Kinder und Jugendliche

** inklusive Palliative Care

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.

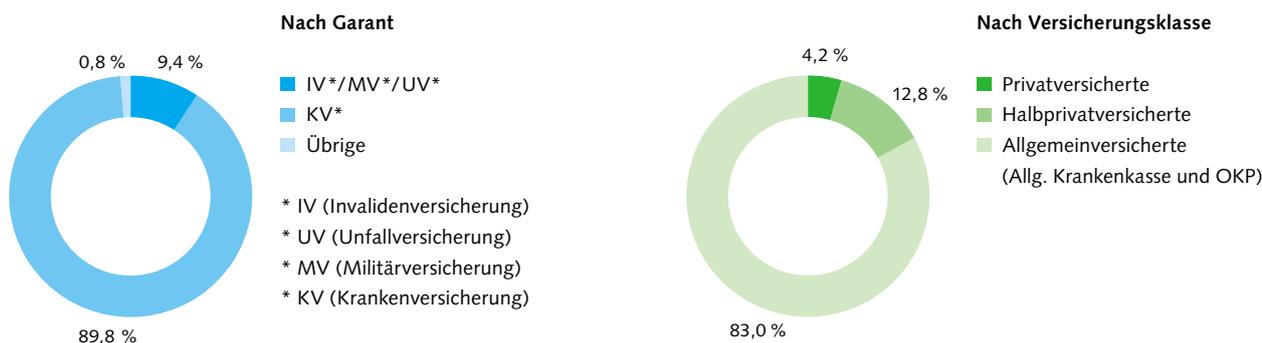
Ambulant/ambulant mit Bett (verrechenbare TP)

(Auswertungszeitpunkt 5.2.2014)

	2013	2012	Delta in %
TARMED TP	185 704 466	171 724 502	8,1%
Labor TP	23 546 590	23 655 238	-0,5%
Physiotherapie TP	1 974 093	1 795 158	10,0%
Ergotherapie TP	827 279	748 946	10,5%
Ernährungsberatung TP	546 163	498 086	9,7%
Diabetesberatung TP	103 712	105 872	-2,0%
Logopädie TP	429 375	391 156	9,8%

Austritte 2013

(Auswertungszeitpunkt 5.2.2014)



Kommentar Leistungszahlen 2013

Im Jahr 2013 wurden im Inselspital 39 429 Fälle stationär behandelt – Patientinnen und Patienten der Neurorehabilitation nicht eingeschlossen. Dadurch ergibt sich im Vergleich zum Vorjahr eine Fallzunahme um 4,6 %. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Patienten lag bei 6,4 Tagen, konnte also gegenüber 2012 um 0,2 Tage verkürzt werden.

Der Case Mix Index (CMI) des Inselspitals war im Jahr 2013 leicht rückläufig und betrug 1.542 (– 0,4 %). Dieser Rückgang des CMI wurde jedoch durch eine steigende Fallzahl überkompensiert, sodass der Case Mix um 4,2 % auf insgesamt 60 808 Case-Mix-Punkte anstieg.

Begründet ist die hohe Fallzahl vor allem durch einen Zuwachs an Notfallpatienten, der sich für mehr als zwei Drittel des Anstiegs verantwortlich zeichnet. Die Zunahme an elektiven Patienten betrug – entsprechend der strategischen Planung – 1,5 %.

Betrachtet man die Hauptdiagnosekategorien (MDC), fällt auf, dass die Spannweite an positiven und negativen Abweichungen deutlich grösser ausfiel als im Vorjahr. So gelangten aufgrund der Weiterentwicklung des SwissDRG-Systems beispielsweise deutlich weniger Fälle in sogenannte Fehler-DRG. Auch kam es zu einem signifikanten Rückgang der MDC-23-Fälle («Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und andere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens»). Viele Fälle, die zuvor diesen beiden DRG zugeordnet wurden, verteilen sich jetzt auf die übrigen DRG.

Im zurückliegenden Jahr wurden die Dokumentation und die Kodierung weiter optimiert, sodass viele der erbrachten Leistungen noch spezifischer erfasst werden konnten. Die Zunahme in der MDC 18B («Infektiöse und parasitäre Krankheiten») erklärt sich beispielsweise durch eine solch spezifischere Erfassung: Obwohl die Anzahl der behandelten Infektionen in etwa gleich geblieben ist, konnten sie differenzierter abgebildet werden. Der schweizweite Trend zu mehr Geburten spiegelt sich in der MDC 14 («Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett») durch eine Zunahme von 9,2 % wider.

Die grosse Bedeutung, die den Schwerpunkten Neuro (MDC 1) und Herz-Kreislauf (MDC 5) im Inselspital zukommt, zeigt sich durch einen Anteil von 28 % der Fallzahlen und 37 % des Case Mix. Die Leistungsparameter des dritten Schwerpunkts Onkologie lassen sich nicht direkt über die MDCs abbilden, da die MDC 17 («Hämatologische und solide Neubildungen») nur einen Teil der im Inselspital behandelten onkologischen Patienten beinhaltet.

In den sogenannten Top-DRG, die nach der Höhe des Case Mix gerankt wurden, sind die DRG der Hauptdiagnosegruppen Kreislaufsystem und Nervensystem erwartungsgemäss stark vertreten. Interessant ist hingegen der hohe Anteil an Beatmungs-DRG (Prä-MDC): Patienten dieser Gruppen benötigen ein Maximum an Spitzen- und Intensivmedizin, wie sie vor allem an Zentrumsspitalern zur Verfügung steht. Der grosse medizinische Aufwand spiegelt sich in den hohen Fallgewichten (CMI) dieser DRG wider, die häufig jedoch trotzdem nicht für eine vollständige Kostendeckung ausreichen. Aus diesem Grund befinden sich in dieser Gruppe viele der sogenannten Hochkostenfälle, welche eine Unterdeckung im zum Teil fünf- und sechsstelligen Bereich aufweisen.

Im ambulanten Bereich konnte im Jahr 2013 eine höhere Tarmed-Punktzahl (+8,1 %) erzielt werden. Ein grosser Teil dieses Anstiegs resultiert aus einer Umverteilung zwischen stationärer und ambulanter Leistungserbringung. So sind dank des medizinischen Fortschritts in der Augenheilkunde beispielsweise seltener stationäre Aufenthalte nötig, da viele Eingriffe jetzt ambulant durchgeführt werden können.

«Das Inselspital bietet seinen Mitarbeitenden sinnstiftende Arbeit, begünstigt Innovation, honoriert Leistung, eröffnet Entwicklungsperspektiven und unterstützt die Vereinbarkeit von Beruf und Familie.»

Markus Lüdi, Direktor Personal

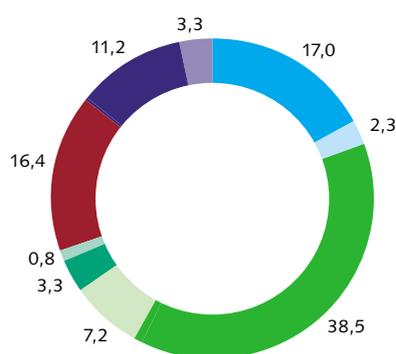
Mitarbeitende

Personalbestand

Der durchschnittliche Personalbestand in VZE (Vollzeiteinheiten) im Jahr 2013 beträgt 6042, was einer Zunahme von 189 VZE gegenüber dem Vorjahr entspricht. Dieser Personalaufbau hat überwiegend im Kernbereich in den Schwerpunkten Kardiologie, Neurologie, Bauchzentrum sowie in der Intensivmedizin und im Notfallzentrum stattgefunden.

Der Personalkörper setzt sich wie in den Vorjahren aus 75 % Frauen und 25 % Männern zusammen und teilt sich wie folgt in die verschiedenen Berufsgruppen auf:

Personalbestand nach Berufsgruppen:
(VZE in %)



Berufsgruppen

Personalbestand VZE*
(Jahresmittelwert 2013)

Berufsgruppen	effektiv	%
Ärzte	1 027	17,0 %
Akademisches Personal	141	2,3 %
Pflegepersonal	2 323	38,5 %
Med. techn. Personal	433	7,2 %
Med. therap. Personal	200	3,3 %
Sozialdienst, Seelsorge, Kita	48	0,8 %
Verwaltung	992	16,4 %
Hauswirtschaft	680	11,2 %
Technischer Dienst	199	3,3 %
Total	6 042	100,0 %

* Personalbestand (VZE): Spitalbetrieb (ohne Stiftung, wiss. Fonds), exkl. Lernende.

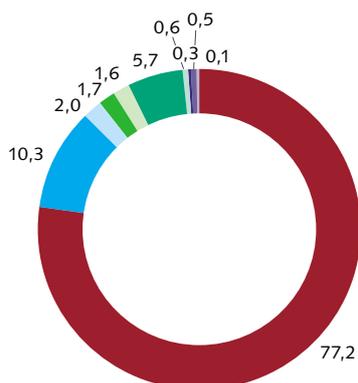
Nationalität

Per 31. Dezember 2013 beschäftigt das Insspital Mitarbeitende aus 76 verschiedenen Nationen. Der Anteil an Schweizer Mitarbeitenden beträgt 77 %. Gut 10 % aller Mitarbeitenden stammen aus Deutschland, gefolgt von Mitarbeitenden aus Portugal, Spanien und Italien. Diese Aufteilung ist geschlechtsunabhängig.

Diversität an Nationalitäten haben die Berufsgruppen Pflegepersonal (52 Nationen) und Hauswirtschaft (43 Nationen). Allerdings sind in der Pflege 84 % der Belegschaft Schweizer Mitarbeitende, gefolgt von deutschen Mitarbeitenden (8 %). In der Hauswirtschaft ist die Heterogenität indes grösser, dort beträgt der Anteil an ausländischen Mitarbeitenden mehr als die Hälfte.

Innerhalb der Berufsgruppe Ärzte machen die Deutschen einen Anteil von 29 % aus. Die grösste

Verteilung nach Herkunftsländern
(Anzahl Mitarbeitende in %)



Nationalität

Anzahl Mitarbeitende *
(Stand 31.12.2013)

Nationalität	effektiv	%
Schweiz	6 048	77,2 %
Deutschland	809	10,3 %
Portugal	155	2,0 %
Spanien	136	1,7 %
Italien	124	1,6 %
restliches Europa	447	5,7 %
Südamerika	49	0,6 %
Afrika	22	0,3 %
Asien	38	0,5 %
Amerika / Kanada	9	0,1 %
Total	7 837	100,0 %

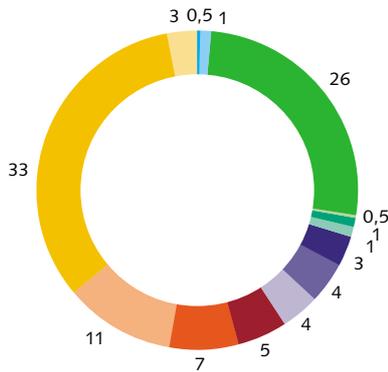
* Personalbestand (Köpfe): Spitalbetrieb (ohne Stiftung, wiss. Fonds), exkl. Lernende, nur Hauptanstellungen.

Ausbildung

Das Inselspital ist der grösste Anbieter von Praktikumsplätzen in Gesundheitsberufen im Kanton Bern und weit darüber hinaus. Auf der Tertiärstufe (Höhere Fachschule, Fachhochschule, Universität) waren zahlreiche Studierende für ihre Praktika von unterschiedlicher Dauer im Einsatz (wenige Wochen bis zu einem Jahr). Im Berichtsjahr absolvierten 498 Wahljahrstudierende der Medizin rund 3332 Wahljahrpraktikums-

wochen, ca. 550 Studierende aus 10 nichtärztlichen Gesundheitsberufen absolvierten über 8800 Praktikumswochen. Die 7 Studierenden der Sozialberatung und der Psychologie durchliefen gut 230 Ausbildungswochen. In den 3 Weiterbildungen Anästhesiepflege, Intensivpflege und Notfallpflege NDS HF wurden total 51 Personen mit über 2200 Ausbildungswochen weitergebildet.

Ausbildungsangebot Tertiärstufe
(Ausbildungswochen in %)



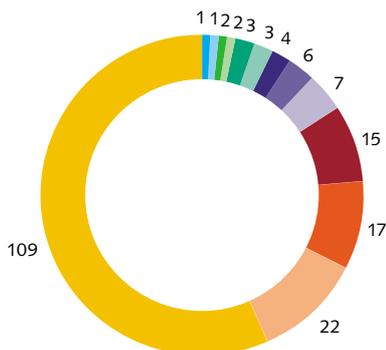
Total N = 12 382 Ausbildungswochen

Tertiärstufe	Ausbildungswochen
Praktikant/-in Sozialberatung	0,5 %
Praktikant/-in Psychologie	1 %
Wahljahrstudent/-in	26 %
dipl. Orthoptist/-in HF	0,5 %
BSc in Ergotherapie (ZHAW)	1 %
BSc in Ernährung und Diätetik (BFH)	1 %
dipl. Fachfrau/-mann OT HF	3 %
dipl. Biomed. Analytiker/-in HF	4 %
BSc Hebamme (BFH)	4 %
BSc in Physiotherapie (BFH)	5 %
dipl. Fachfrau/-mann MTRA HF	7 %
BSc in Pflege (BFH)	11 %
dipl. Pflegefachfrau/-mann HF	33 %
Einblickstage, Berufswahlpraktika etc.	3 %
Total	100 %

Das Inselspital engagiert sich aber auch für die Ausbildung in anderen Berufsfeldern. So wurden im Jahr 2013 auf Sekundarstufe II (Berufslehre) 192 Lernende in 12 Berufen ausgebildet, dabei standen allein für Fachfrauen/-männer Gesundheit 109 Lehrstellen zur Verfügung.

Das Inselspital präsentiert sein reichhaltiges Ausbildungsangebot an Kongressen, Berufsausstellungsmessen, bei Bildungsanbietern sowie am Kantonalen Tag der Gesundheitsberufe. Für junge Menschen im Berufswahlalter werden zahlreiche Einblickstage, Berufswahl- und Eignungspraktika in den Kliniken und Instituten organisiert.

Ausbildungsangebot Sekundarstufe II
(Anzahl Lehrverträge)



Total N = 192 Lehrverträge

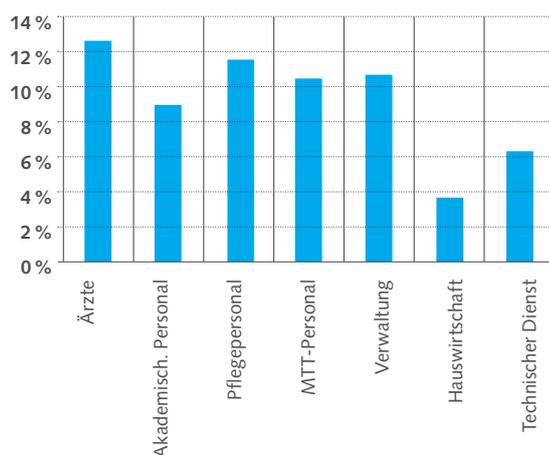
Lernende	Lehrverträge
Lernende/-r Chemielaborant/-in,	1
Lernende/-r Mediamatik	1
Lernende/-r Bäcker/in-Konditor/-in	2
Lernende/-r Logistik	2
Lernende/-r Diätkoch	3
Lernende/-r Gebäudereiniger/-in	3
Lernende/-r Elektroniker/-in	4
Lernende/-r Fachfrau/-mann HW	6
Lernende/-r Fachfrau/-mann Betreuung, Fachrichtung Kinderbetreuung	7
Lernende/-r Koch	15
Lernende/-r KV	17
Praktikant/-in KV	22
Lernende/-r Fachfrau/-mann Gesundheit	109
Total	192

Fluktuation

Die Fluktuation im Inselehospital ist im Vergleich zum Vorjahr leicht angestiegen und beträgt im Berichtsjahr 10,3 % (2012: 9,5 %). Diese Fluktuation berücksichtigt nur die Austritte infolge Kündigungen durch die Mitarbeitenden. Austritte aufgrund von befristeten Arbeitsverhältnissen, Pensionierungen, Lehr- und Ausbildungsabschluss, Arbeitgeberkündigungen oder Tod sind darin nicht enthalten. Eine Mitarbeitendenfluktuation von 10 % entspricht in etwa dem Benchmark.

Bei der Ärzteschaft muss berücksichtigt werden, dass Ärzte mit einer akademischen Laufbahn grundsätzlich häufiger die Stelle wechseln.

Fluktuation (Kündigung durch Mitarbeitende) 2013 nach Berufsgruppen



Berufsgruppen (exkl. Nachtwachen)	Durchschn. Bestand (in Köpfen)	Austritte	Fluktuation
Ärzte	1 202	153	12,7 %
Akademisch. Personal	182	16	8,8 %
Pflegepersonal	3 078	352	11,4 %
MTT-Personal	831	86	10,3 %
Verwaltung	1 375	144	10,5 %
Hauswirtschaft	828	31	3,7 %
Technischer Dienst	213	13	6,1 %
Total	7 707	795	10,3 %

Beratungsangebote für Mitarbeitende

Das **betriebliche Gesundheitsmanagement** hat zum Ziel, mit der Optimierung der Belastung und mit der Stärkung der Ressourcen einzelner Mitarbeitender deren Leistungsfähigkeit zu erhöhen. Das Gesundheitsmanagement des Inseleospitals umfasst die Prävention (Gesundheit stärken), die Früherkennung (Absenzen verringern) und alle Massnahmen zur Integration (Invalidität vermeiden). Das Anwesenheitsmanagement fördert den ständigen Austausch zwischen Führungskräften, Mitarbeitenden und HR-Business-Partnern in Falle von längeren Absenzen. Dies ermöglicht ein frühzeitiges Eingreifen in problematischen Situationen. Mittels fundierten Analysen von Ressourcen und Belastungsfaktoren im Arbeitsalltag können Probleme eruiert und zielführende Massnahmen erarbeitet werden. Interne Fachpersonen (Case-Managerinnen) begleiten diesen Prozess und stellen ein bedürfnisgerechtes Handeln sicher. So gab es im Jahr 2013 144 Fallcoachings (Beratung von HR-Business-Partnern), davon wurden 63 der komplexen Fälle ins Case-Management übernommen. Die Anzahl der Langzeitabsenzen (2 Monate und länger) stieg – wie die Anzahl Mitarbeitende insgesamt – gegenüber dem Vorjahr von 199 auf 203 Personen an.

Die vertrauliche Anlaufstelle **Personalberatung** wurde von total 414 Mitarbeitenden (Vorjahr: 372) aufgesucht. Davon waren 286 neue Klienten. Über ein Drittel der Ratsuchenden waren ausländischer Herkunft.

Die häufigsten Problembereiche bezogen sich auf Konflikte und Probleme am Arbeitsplatz (26 %), gefolgt von finanziellen Schwierigkeiten (18 %), Krankheit (15 %) und belastenden Familiensituationen (14 %). Weitere Beratungen betrafen Altersfragen, Krisensituationen, Migration, Sucht oder die Wohnsituation.

Der **Personalärztliche Dienst** hat im vergangenen Jahr 1662 Eintrittsuntersuchungen durchgeführt. Im Rahmen der Beschäftigungsbeschränkungen bei nicht immunem Personal mit Patientenkontakt hat der Personalärztliche Dienst 1573 Mitarbeitende beraten. Zudem wurden 3929 Patienten im Rahmen einer hausärztlichen Dienstleistung oder bei Notfällen während der Arbeit behandelt. 31 % aller Mitarbeitenden mit Patientenkontakt wurden gegen die saisonale Grippe geimpft. Die Impfquote beträgt bei der Pflege 23 % und bei den Ärzten 54 %, was bei diesen beiden Berufsgruppen eine Steigerung im Vergleich zum Vorjahr bedeutet.

Die **Kindertagesstätte** bietet Mitarbeitenden des Inseleospitals an ihren zwei Standorten 80 Betreuungsplätze an und betreut rund 140 Kinder im Alter von 4 Monaten bis ca. 4 Jahren. Aufgrund der Zunahme von kurzfristigen Anfragen für einen Betreuungsplatz sind zusätzliche Plätze mit integriertem Kindergarten in einer privaten Kita nahe des Inseleospitals eingekauft worden.

«Die neue Direktion Infrastruktur sichert den Betrieb der Gebäudeinfrastruktur an den Standorten Inselspital, Ziegler und Tiefenau. Sie entwickelt mit der strategischen Planung die Zukunft und setzt unterschiedlichste Bauprojekte um.»

Bernhard Leu, Direktor Infrastruktur

Qualitätsmanagement im Inselehospital

Das Inselehospital ist an 365 Tagen im Jahr rund um die Uhr für seine Patientinnen und Patienten da und stellt eine breit abgestützte, exzellente universitäre Zentrumsversorgung sicher – in der Hauptstadtregion der Schweiz und darüber hinaus. Es ist Kompetenz-, Hochtechnologie- und Wissenszentrum mit internationaler Ausstrahlung sowie ein Ort der Begegnung für Lehre und Forschung. Um diese Position zu halten, weiter zu stärken und auszubauen, setzt das Inselehospital auf eine gezielte Qualitätssicherung und -entwicklung.

Qualitätsmanagement = Patientensicherheit + Qualitätssicherung + Qualitätsentwicklung

Eine optimale **Patientensicherheit** zu gewährleisten, hat dabei oberste Priorität und ist die unverzichtbare Basis des Qualitätsmanagements. Aus diesem Grund wurde bereits 2004 von der Fachstelle Qualitätsmanagement ein System etabliert, das Kliniken und Institute dazu verpflichtet, kritische Ereignisse im Spitalalltag zu erkennen, zu dokumentieren und darauf aufbauend Verbesserungsmaßnahmen umzusetzen. Dieses Critical Incident Reporting System (kurz: CIRS) hat sich hervorragend im Spitalalltag etabliert und genießt breite Akzeptanz und Unterstützung. Es ist auch deshalb besonders wirksam, weil die eingehenden Meldungen als qualitativ hochwertig und relevant bewertet werden und in rund drei Viertel aller Fälle direkte Verbesserungsmaßnahmen zur Folge haben (detaillierte Darstellung auf Seite 80/81).

«Es ist nicht genug zu wissen, man muss es auch anwenden. Es ist nicht genug zu wollen, man muss es auch tun.»

Johann Wolfgang von Goethe (1749–1832)

Für unsere Patienten und Mitarbeitenden immer besser zu werden, das ist der Anspruch des Inselehospital. Um die Exzellenz unserer universitären Zentrumsversorgung sicherzustellen und weiterzuentwickeln, orientiert sich die **Qualitätsentwicklung** an den Grundsätzen der «kontinuierlichen Verbesserung», also der ständigen Prüfung, Bewertung und Optimierung aller Systeme und Systemkomponenten. Eine herausragende Rolle in diesem Prozess spielen die zahlreichen Besprechungen

und Meetings – beispielsweise zwischen Vertretern verschiedener medizinischer Disziplinen, zwischen Chefärzten unterschiedlicher Fachbereiche, zwischen Ärzten, der Pflege und Mitarbeitenden des administrativen Supports – sowie eine grosse Anzahl an Fachkonferenzen, in denen neue Erkenntnisse ausgetauscht, Probleme thematisiert und Lösungen erarbeitet werden. Der interdisziplinäre Aspekt genießt dabei einen sehr hohen Stellenwert. Das «Wochenbulletin» des Inselehospital und der Medizinischen Fakultät der Universität Bern informiert regelmässig über viele dieser Veranstaltungen (www.insele.ch/de/bildung/seminare/wochenbulletin).

Eine erstklassige medizinische Versorgung hat im Inselehospital oberste Priorität; darüber hinaus will das Inselehospital eine hohe zwischenmenschliche Betreuungsqualität gewährleisten und diese stetig verbessern. Um die **Patientenzufriedenheit** objektiv beurteilen zu können, werden im Inselehospital regelmässig Patientenbefragungen durchgeführt (vgl. Seite 82/83). Die Ergebnisse dieser Umfragen, ergänzt durch individuelle Rückmeldungen, sind eine weitere, wichtige Grundlage für die Qualitätsentwicklung und entsprechend Bestandteil der Zielvereinbarungen zwischen Kliniken, Instituten und Geschäftsleitung.

In den letzten Jahren haben **Zertifizierungen** im Spitalwesen deutlich an Bedeutung gewonnen. Wie in den Empfehlungen der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) festgehalten, sollen Zertifikate helfen, die Informationsasymmetrie zwischen Anbietern und Nachfragern in Bezug auf die Qualität von Leistungen abzubauen. Die Leistungsanbieter – so auch das Inselehospital – können im Rahmen von Zertifizierungen ihre internen Abläufe optimieren, ihre Dokumentation besser strukturieren und Verantwortlichkeiten sowie Kompetenzen klären. Dies führt denn auch zu einer Verbesserung der Betreuungsqualität. Im Beitrag über Zertifizierungen von Organzentren (Seite 81/82) gehen wir auf dieses Thema näher ein.

Alle weiteren Massnahmen des Qualitätsmanagements einzeln zu nennen, würde den Rahmen dieser Übersicht sprengen. Als Beispiele sind einige der im letzten Jahr umgesetzten Qualitätsentwicklungsprojekte genannt:

- Förderung der Sekundärprävention (Massnahmen im Frühstadium der Erkrankung) bei Patienten mit einer koronaren Herzkrankheit
- Einführung einer Prüfung auf Mangelernährung bei stationären Patienten
- Rahmenkonzept zur Patienten- und Angehörigen-schulung (Versionen in Deutsch und Französisch)
- Pilotprojekt zur Pflegesprechstunde bei Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz durch akademisch geschulte Pflegeexperten (Advanced Nursing Practice, kurz: ANP)

Neben Zertifizierungen erlauben auch **Kennzahlen**, einzelne Aspekte der Betreuungsqualität aufzuzeigen. Ziel einer transparenten Darstellung ist es, der interessierten Öffentlichkeit einen Einblick in erbrachte Leistungen und deren Resultate zu geben. Die standardisierte Form erlaubt zudem einen Quervergleich zwischen einzelnen Institutionen. Der Qualitätsbericht gemäss den Vorgaben von QABE (Qualitätsentwicklung in der Akutversorgung bei Spitälern im Kanton Bern) und H+ (Spitzenverband der Spitäler der Schweiz) ist ein Beispiel hierfür. Er kann über die Homepage des Inselspitals (www.insel.ch) eingesehen und heruntergeladen werden.

Aus Fehlern lernen – mit dem Fehlermeldesystem des Inselspitals

Der moderne Spitalbetrieb ist hochkomplex und unterschiedlichste Berufsgruppen arbeiten eng verzahnt zusammen. Es ist eine besondere Herausforderung, in diesem Umfeld mögliche Fehlerquellen und -mechanismen zu erfassen und Gegenstrategien zu entwickeln.

Heute sind in Spitälern und Kliniken standardmässig spezielle Meldesysteme implementiert: Sie sammeln Ereignisse, bei denen es zu Abweichungen gekommen ist, die aber keine konkreten Schäden zur Folge hatten. Durch die Auswertung und Analyse solcher Beinahefehler ist es möglich, bestehende Risiken frühzeitig zu erkennen und zu eliminieren.

Im Inselspital wurde bereits 2004 ein solches Fehlermeldesystem – genannt CIRS – eingerichtet. Angesichts der Grösse des Spitals entschied man sich für eine dezentrale Organisationsform, bei der die Auswertung der Meldungen in den jeweils betroffenen Kliniken erfolgt. Dies stellt sicher, dass die Meldungen schnell analysiert und entsprechende Lösungen fachkompetent erarbeitet werden.

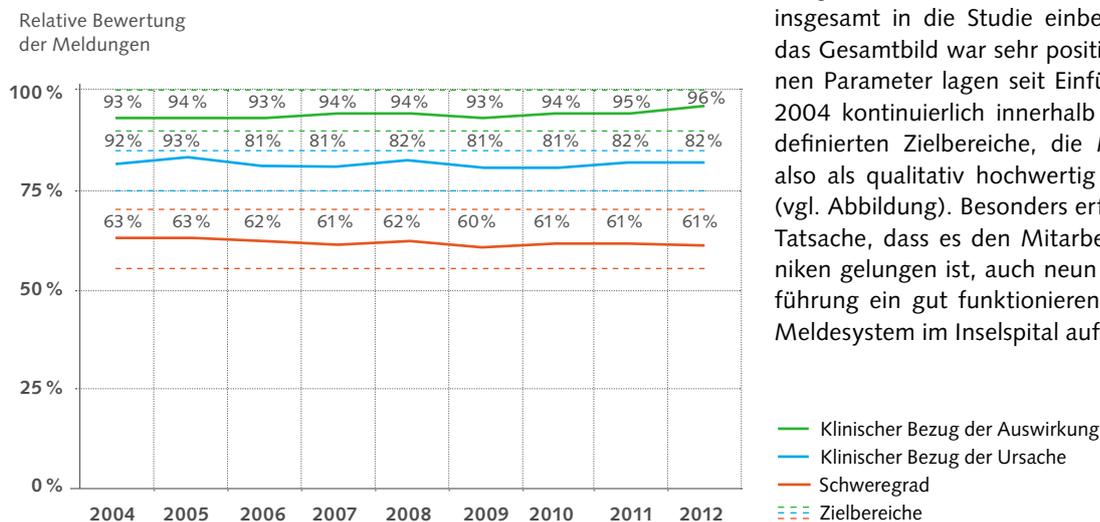
Ob ein solches Meldesystem als qualitativ gut bewertet wurde, hing bisher vor allem von der Anzahl der eingehenden Meldungen ab. Allerdings sagt diese absolute Zahl noch nichts über den tatsächlichen Informationsgehalt aus. Aus diesem Grund machten wir es uns 2013 zur Aufgabe, herauszufinden, wie effektiv das CIRS-System des Inselspitals tatsächlich ist. Dazu mussten wir eine Bewertungsmethode entwickeln, die nicht nur erfasst, wie viele Meldungen eingehen, sondern auch Rückschlüsse auf deren inhaltliche Qualität zulässt.

Gemeinsam mit einer Studiengruppe der Hochschule für Angewandte Psychologie an der Fachhochschule Nordwestschweiz wurden Bewertungsmethoden erarbeitet, die eine solche Beurteilung ermöglichen. Da der Zweck des Meldesystems darin besteht, klinische Risiken zu sammeln und zu reduzieren, wurden drei Bewertungsparameter herangezogen:

1. **Schweregrad der Meldung** – Wie schwerwiegend war der Anlass, der zur Meldung geführt hat?
2. **Klinischer Bezug der Ursache** – In welchem Masse sind klinische Faktoren für den Beinahefehler verantwortlich?
3. **Klinischer Bezug der Auswirkung** – Wie eng sind die Auswirkungen des Beinahefehlers mit der klinischen Praxis verknüpft?

Für jeden dieser Parameter wurde jeweils ein Zielbereich definiert, in dem die Meldungen im Optimalfall liegen sollten. Diese idealen Zielkorridore erklären sich folgendermassen: Da das Erfassungssystem «nur» Beinahefehler verzeichnet, sollte der Schweregrad der Meldungen eher niedrig liegen (Abbildung Seite 81, rot gestrichelter Bereich). Die verursachenden Faktoren, die für den Beinahefehler verantwortlich sind, liegen häufig beispielsweise im administrativen Bereich, haben also keinen oder nur geringen klinischen Bezug; entsprechend niedrig wurde der Zielbereich dieses Parameters angesetzt (blau gestrichelter Bereich). Hoch angesetzt wurde der Bereich für den klinischen Bezug der Auswirkung: Eine Meldung ist dann besonders wertvoll, wenn die Auswirkungen des Beinahefehlers auf die klinische Praxis – und damit den Patienten – hoch wären. Nur so kann zukünftig eine bessere Patientensicherheit gewährleistet werden.

Die folgende Abbildung zeigt die Kategorisierung der Meldungen, die im Inselspital über CIRS in diesen drei Kategorien seit 2004 eingegangen sind:



Alle erreichten Werte hinsichtlich der qualitativen Beurteilung der CIRS-EBKE-Meldungen lagen innerhalb der erhofften Zielbereiche.

Die Erfassungsart und Speicherung durch das Fehlermeldesystem des Inselspitals erlaubt es, nachträglich eine qualitative Bewertung der Meldungen vorzunehmen. 13 731 Meldungen konnten insgesamt in die Studie einbezogen werden und das Gesamtbild war sehr positiv: Alle drei erhobenen Parameter lagen seit Einführung des Systems 2004 kontinuierlich innerhalb der zuvor als ideal definierten Zielbereiche, die Meldungen können also als qualitativ hochwertig angesehen werden (vgl. Abbildung). Besonders erfreulich ist dabei die Tatsache, dass es den Mitarbeitenden in den Kliniken gelungen ist, auch neun Jahre nach der Einführung ein gut funktionierendes und lebendiges Meldesystem im Inselspital aufrechtzuerhalten.

Auf dem Weg zum Onkologischen Spitzenzentrum – Zertifizierungen im Inselspital

Zwei multidisziplinäre Angebotsschwerpunkte hat das Inselspital Bern bereits – Herz-Kreislauf und Neuro – ein dritter befindet sich im Aufbau: Anfang 2012 begann die Initialisierungsphase des dritten multidisziplinären Schwerpunkts Tumor/Onkologie. Ziel ist es, ein sogenanntes Comprehensive Cancer Center (CCC) im Inselspital zu etablieren.

Für universitäre Schwerpunkte im Bereich Tumor hat sich das Konzept des Comprehensive Cancer Center (CCC) international durchgesetzt. Da für die Schweiz bisher keine allgemein verbindliche Vorgabe für die Gestaltung eines CCC existiert, richtet sich das Inselspital nach dem Zertifizierungssystem der Deutschen Krebsgesellschaft. Dieses sieht einen dreistufigen Prozess auf dem Weg zum CCC vor:

- 1. Stufe – Organzentrum (C):** Ein Organzentrum ist auf die Tumorbehandlung eines bestimmten Organs bzw. auf ein bestimmtes Fachgebiet spezialisiert.
- 2. Stufe – Onkologisches Zentrum oder Tumorzentrum (CC):** Ein Tumorzentrum schliesst mehrere Organzentren oder Fachgebiete ein und beinhaltet auch das Studienmanagement. Eine Zertifizierung erfolgt über das gesamte Zentrum.
- 3. Stufe – Onkologisches Spitzenzentrum (CCC):** Ein CCC erfüllt die gleichen Anforderungen wie ein Tumorzentrum, beinhaltet jedoch zusätzlich besondere Forschungsschwerpunkte.

«Nur wer sein Ziel kennt,
findet den Weg.»

Laotse (6. Jh. v. Chr.)

Für den Patienten hat die Aufnahme und Behandlung an einem CCC beträchtliche Vorteile: Ein CCC garantiert, dass der Patient eine optimale, interdisziplinäre Therapie erhält – aufgrund der perfekten Vernetzung aller Tumorspezialisten in Dienstleistung, Lehre und Forschung. So wird der Patient zentral aufgenommen und sein Fall wird in einem einheitlichen System ausführlich beschrieben. Ein standardisierter Patientenpfad sichert den für den Behandlungserfolg ausschlaggebenden Einbezug aller notwendigen Fachdisziplinen und Behandlungsschritte. Ein CCC bietet dem Patienten eine Behandlung auf allerhöchstem medizinischem Niveau, die alle relevanten Fachdisziplinen in die Behandlung und Betreuung einbindet und auf diese Weise die Klinikmauern überwindet. Bereits heute sind im Inselspital die interdisziplinären onkologischen Fallbesprechungen, die Tumorboards, etabliert. Meist noch vor einer gegebenenfalls notwendigen Operation kommen alle in den Behandlungsprozess eingebundenen Ärzte an einen Tisch – und zwar im wörtlichen Sinne. Neben dem Arzt, der den Patienten chirurgisch betreut, sind dies meist

eine Vertretung der Radio-Onkologie, der medizinischen Onkologie, der Radiologie, der Pathologie und bei Bedarf der Nuklearmedizin. In diesem interdisziplinären Tumorboard wird der Fall diskutiert und gemeinsam eine optimale Therapie für den Patienten empfohlen.

Der aufwendige Vorgang hin zu einem Onkologischen Spitzenzentrum (CCC), dem sich auch das Inselspital unterziehen will, ist im Hinblick auf die Vergleichbarkeit von medizinischen Zentren vollkommen gerechtfertigt. Zertifizierungen bieten Patienten oft den einzigen objektiven Anhaltspunkt für ihre Spitalwahl – die Objektivität und Standardisierung der Prozesse muss also unbedingt gewährleistet sein.

Das Inselspital ist derzeit im Aufbau der einzelnen organspezifischen Krebszentren, den sogenannten Organzentren. Nachdem bereits 2011 das Gynäkologische Krebszentrum und 2012 das Brust- und Tumorzentrum zertifiziert worden waren, folgten im Jahr 2013 zuerst die Radio-Onkologie als Querschnittsdienstleister, dann das Lungenkrebszentrum und das Prostatazentrum. Die weiteren Organzentren werden 2014/2015 folgen. Die zweite Stufe des dreistufigen Prozesses auf dem Weg zum CCC ist für Ende 2015 geplant: die Zertifizierung zum Tumorzentrum. Der bisher reibungslose Ablauf der Zertifizierungsprozesse lässt uns sehr positiv in die Zukunft blicken und rückt das CCC in greifbare Nähe. Wir hoffen, dass wir bereits 2017 die ersten Patienten am Onkologischen Spitzenzentrum, dem universitären CCC Inselspital, behandeln können.

Unser Ziel: zufriedene Patienten

Wie jedes Jahr wurde im Inselspital 2013 im Auftrag des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) eine Patientenbefragung im stationären Bereich durchgeführt. Diese schweizweit abgehaltene Befragung erstreckte sich über den Zeitraum eines Monats. Erstmals wurde in diesem Jahr auch die Zufriedenheit der Eltern erfasst, deren Kinder in der Kinderklinik stationär aufgenommen worden waren.

Alle Patienten, die im September das Spital verliessen – bzw. die Eltern der Kinder –, erhielten einen Fragebogen mit fünf, national standardisierten Fragen, die sie entsprechend einer Skala von 0 (sehr schlecht) bis 10 (hervorragend) bewerten sollten. In den beiden folgenden Tabellen sind die Resultate der Patientenbefragung vom September 2013 zusammengefasst dargestellt.

Frage	Mittelwerte N = 1195	Mittelwerte N = 1724
Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in dieses Spital kommen?	9,19	9,18
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?	9,08	9,04
Wenn Sie Fragen an eine Ärztin oder an einen Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	8,91	8,98
Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	8,98	8,98
Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9,46	9,44

- Mittelwerte (Inselspital)
- Mittelwerte Vergleichsspitäler

Tabelle 1: Ergebnisse aus der nationalen Patientenzufriedenheitsbefragung (Erwachsenenbereich).

Frage	Mittelwerte N = 161	Mittelwerte N = 349
Würden Sie dieses Spital in Ihrem Freundeskreis und Ihrer Familie weiterempfehlen?	8,63	8,50
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Ihr Kind erhalten hat?	8,64	8,60
Wenn Sie den Ärztinnen oder Ärzten wichtige Fragen über Ihr Kind stellten, bekamen Sie Antworten, die Sie verstehen konnten?	8,52	8,54
Wenn Sie dem Pflegepersonal wichtige Fragen über Ihr Kind stellten, bekamen Sie Antworten, die Sie verstehen konnten?	8,97	8,68
Wurde Ihr Kind während des Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9,13	9,08

Tabelle 2: Ergebnisse aus der nationalen Patientenzufriedenheitsbefragung (Pädiatrie).

Wie aus den Tabellen 1 und 2 zu ersehen ist, lag die durchschnittliche Zufriedenheit der Patienten bzw. der Eltern der kleinen Patienten schweizweit zwischen 8,50 und 9,44. Dies ist ein sehr positives Ergebnis und ein Zeichen für die hohe medizinische Versorgungsqualität in den Schweizer Spitälern. Besonders freut uns, dass das Inselspital in fast allen Kategorien diese hohen Werte noch einmal überbieten kann. Lediglich in Bezug auf die verständliche Kommunikation zwischen Ärzten und Patienten hat das Inselspital etwas Nachholbedarf.

«Es hat mich tief beeindruckt, dass ich als Patient in einem so grossen Spital mit so viel Personal immer das Gefühl behalten konnte, als Person und nicht als Nummer wahrgenommen zu werden. Respekt!»

Patientenkommentar aus der Befragung

Zusätzlich zur schweizweiten ANQ-Befragung erhob das Inselspital während des gesamten Jahres 2013 die Zufriedenheit seiner stationären Patienten im Erwachsenenbereich mit einem intern entwickelten Fragebogen. Dieser wird laufend an alle Patienten abgegeben, die das Spital nach einem stationären Aufenthalt verlassen. Der Inselspital-Fragebogen setzt sich aus elf Fragen zusammen und gibt dem Patienten die Möglichkeit, alle Aspekte seines Behandlungs- und Betreuungsverlaufs zu beurteilen.

«Mein Vertrauen in Ärzte und Fachpersonal ist gegenüber 2006 markant gestiegen. Vielen Dank für alle Verbesserungen und Bemühungen.»

Patientenkommentar aus der Befragung

Nachfolgend sind die Umfrageergebnisse der intern durchgeführten Patientenbefragung von 2013 dargestellt. Die abgebildeten Kennzahlen stellen Durchschnittswerte aller Rückmeldungen dar. Die Bewertungsskala reicht von 0 (sehr schlecht) bis 10 (hervorragend).

Frage	Mittelwerte N = 4910	Vergl. 2012 N = 1391
Wie war Ihr Spitaleintritt organisiert?	8,96	8,93
Wie beurteilen Sie insgesamt die Schmerzbehandlung?	8,94	8,91
Entsprach das Essen Ihren Bedürfnissen?	8,06	8,03
Fühlten Sie sich über die Zeit nach Ihrem Spitalaufenthalt informiert und auf sie vorbereitet?	8,73	8,52
Würden Sie das Spital Ihrer Familie oder Ihren Freunden weiterempfehlen?	9,21	9,13

■ Mittelwerte 2013
■ Vergleichswerte von 2012

Tabelle 3: Ergebnisse der laufenden internen Patientenzufriedenheitsbefragung 2013.

Es konnten im Jahre 2013 insgesamt 4910 Fragebogen aus 20 Kliniken des Inselspitals ausgewertet werden. Als Vergleich sind in der Tabelle auch die Zahlen von 2012 aufgeführt. Damals konnten 1391 Fragebogen in die Messung aufgenommen werden. Der Unterschied in der Anzahl der abgegebenen Fragebogen erklärt sich daraus, dass die interne Patientenbefragung erst im Jahre 2012 startete. Die angestiegene Rücklaufquote der Fragebogen zeigt, dass die Befragung sowohl von den Patienten als auch von den einzelnen Kliniken sehr geschätzt wird.

Wie aus Tabelle 3 hervorgeht, haben sich die hohen Werte von 2012 im Jahre 2013 noch einmal deutlich verbessert: Wir können in allen Kategorien eine höhere Patientenzufriedenheit verzeichnen als im Vorjahr.

Beide Befragungen stellen dem Inselspital ein insgesamt gutes Zeugnis aus und spornen gleichzeitig zu weiteren Verbesserungen an. Einige davon konnten wir, wie der Vorjahresvergleich der internen Befragung zeigt, bereits umsetzen. Im Bereich der Kommunikation zwischen Ärzten und Patienten hingegen gibt es nach wie vor Verbesserungspotenzial, und die interne Analyse nach Kliniken gibt uns Hinweise auf die Bereiche mit dem grössten Defizit. Die Resultate der Befragungen werden sämtlichen Kliniken auf transparente Art und Weise mittels einer internen elektronischen Web-Auswertungsplattform zur Verfügung gestellt. Die Auswertungen werden in Klinikleitungssitzungen besprochen und sind auch Teil von Ziel- und Leistungsvereinbarungen mit der Geschäftsleitung. Auf diese Weise stellen wir sicher, dass die Ergebnisse der Befragung effizient und schnell in tatsächlich spürbare Verbesserungen für unsere Patienten münden.

«Hochstehende Leistungen
in Medizin, Pflege sowie
Lehre und Forschung werden
durch hochwertige Dienst-
leistungen in den Bereichen
Gastronomie, Facility Services
sowie Beschaffung und
Logistik unterstützt.»

Franz Bieri, Direktor Betrieb

Umwelt

Ökologie im Inselspital

Im Inselspital wird eine Grosszahl unterschiedlicher Produkte eingesetzt; so bewirtschaftet das Zentrallager allein für die Medizinprodukte, die Reinigungsmittel und das Büromaterial rund 12 200 Artikel und die Apotheke rund 5000 Arzneimittel. Auch der Bedarf an Wasser und Energie beträgt ein beachtliches Ausmass (vgl. Kennzahlen). Das sind die wichtigsten Gründe für das stehende Ziel, die Energie und die Materialien sinnvoll zu bewirtschaften. Aus Befragungen wissen wir zudem, dass die Anspruchsgruppen des Inselspitals ein umweltfreundliches Wirtschaften erwarten.

Auf der Basis des Ökologiekonzepts formuliert die Ökologiekommission des Inselspitals mittelfristige Zielsetzungen. Bei der Auswertung der letzten Zielperiode ist konstatiert worden, dass die Ökologie noch besser in die Führung und die Prozesse des Inselspitals einzubeziehen ist.

Eine wichtige Konsequenz aus dem oben Festgehaltenen ist deshalb das Ziel der Periode 2013–2015, die Umwelt- und Sozialverträglichkeit in die Unternehmensstrategie zu integrieren. Diese Verankerung in der Strategie ermöglicht eine verstärkte Berücksichtigung der Nachhaltigkeitsthemen bei wegweisenden Entscheidungen und Vorhaben.

Die Mengen und die Art des Umgangs mit den Stoff- und Energieflüssen sind entscheidend für die Umweltwirkung eines Unternehmens. Daher führt das Inselspital Optimierungsprojekte durch und achtet bei Neubauten und Sanierungen auf die Energieeffizienz der Gebäude.

Die Verbrauchs- und Kennzahlen (Seite 87) stellen die Entwicklung der Stoff- und Energieflüsse dar; sie dienen dazu, Verbesserungsmassnahmen abzuleiten und den Informationsbedürfnissen der Anspruchsgruppen entgegenzukommen.

Umweltbelastung des Inselspitals

Seit Ende 2011 bezieht das Inselspital ausschliesslich Strom aus Wasserkraft. Das bedeutet, dass allein durch den Wechsel der «Strom-Art», vom CH-Strom-Mix mit einem hohen Anteil Strom aus Atomkraftwerken zu erneuerbarem Strom aus Wasserkraftwerken, die bisher grösste einzelne Quelle für die Umweltbelastung massiv reduziert worden ist: Im Jahr 2010 verursachte der Strombezug des Inselspitals eine Umweltbelastung von 21 393 Mio. Umweltbelastungspunkten (UBP). Im Jahr 2013 jedoch nur noch 2350 Mio. UBP.

Die erfassten Daten 2013 über den Energie- und Wasserbezug sowie die Entsorgungsmengen des Inselspitals ergeben gemeinsam für das Inselspital die folgende Umweltbelastung: 9488 Mio. UBP, was auf dem gleichen Niveau wie 2012 liegt (Abbildung 1).

Dadurch entsteht eine klimarelevante Belastung des Inselspitals von 8956 Tonnen CO₂-Equivalenten (Abbildung 2).

Umweltbelastung des Inselspitals in Mio. UBP

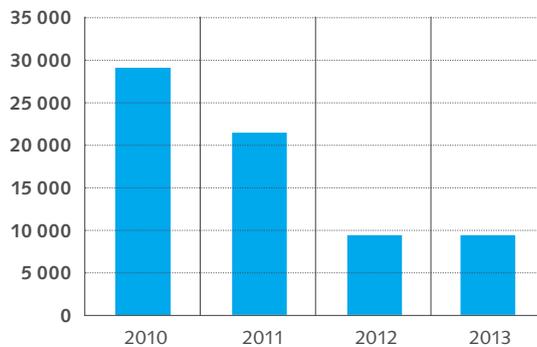


Abbildung 1: Umweltbelastungspunkte 2010–2013.

CO₂-Emissionen des Inselspitals in t CO₂-eq

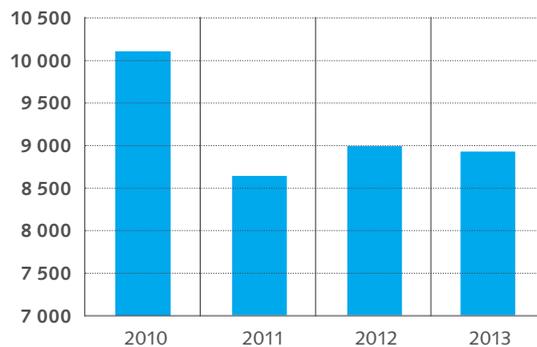


Abbildung 2: CO₂-Belastung 2010–2013.

Mehrweginstrumente sind umweltfreundlicher

Im Auftrag der Klinik ist die Umweltbelastung des Mehrweg- und des Einwegsets der Neonatologie zum Anlegen von Kathetern mittels Umweltbelastungspunkten (UBP) verglichen worden. Das Resultat fällt eindeutig zugunsten des Mehrwegsets aus: Das Set mit Mehrweginstrumenten bewirkt eine Umweltbelastung von 2260 UBP gegenüber dem Set mit Einweginstrumenten mit 3515 UBP. Die Abteilung hat sich deshalb entschieden, weiterhin Mehrweginstrumente einzusetzen.

Mit Wärme Kälte erzeugen

Im Rahmen der Energiestrategie wurde zur Verbesserung der Energieeffizienz die Kälteanlage saniert und eine Absorptionskältemaschine eingebaut. Die Leistung dieser Kälteanlage ist enorm, sie entspricht ungefähr derjenigen von 45 000 Haushalt-Kühlschränken. Um den Stromverbrauch zur Kühlung bei hohem Bedarf im Sommer zu senken, wird nun der wesentliche Teil der Kälteerzeugung mittels dieser Absorptionskälteanlage mit Fernwärme generiert. Dabei wird in einem chemisch-physikalischen Prozess die Restwärme im Rücklauf der Fernwärme nach der Heizungs- und Warmwasserproduktion genutzt, um mit der Wärme Kälte zu erzeugen. Zusammen mit den weiteren betrieblichen Optimierungen kann das Inselhospital dadurch rund 1 Million kWh Strom und 3,55 Millionen kWh Fernwärme pro Jahr einsparen. Eine Energiesumme, die ausreicht, um 60 moderne 3-Zimmer-Wohnungen ein Jahr lang zu versorgen.

12 Millionen Liter Wasser sparen

Mittels Vakuum werden bei medizinischen Behandlungen Sekrete abgesaugt. Mit dem Neubau des Intensivbehandlungs-, Notfall- und Operationszentrums (INO) wurde auch eine neue Vakuumzentrale gebaut. Diese verfügt über ein geschlossenes Kühlsystem für die Abwärme der Anlage, dank welchem nun jährlich 12 Millionen Liter Wasser eingespart werden.

Neue LED-Leuchten

Im Bereich des Anna-Seiler-Hauses ist die Aussenbeleuchtung mit neuen LED-Lampen ausgestattet worden. Zusätzlich zu dem Vorteil, dass diese sehr langlebig sind, werden mit den LED-Lampen jährlich rund 9800 kWh Strom eingespart. Auch das Insel-Logo am Bettenhochhaus leuchtet seit 2013 mit der LED-Technik. Das reduziert den Strombedarf der Leuchtschrift um gut 70 %, konkret um 15 800 kWh.

Fenster- und Dachsanierungen

Die Fenster und die Gebäudehülle sind wichtig für die Behaglichkeit in den Räumen des jeweiligen Gebäudes und für dessen Energieverbrauch. Beide sind dank Fenster- und Dachsanierungen bei einigen Häusern verbessert worden. In den Personalhäusern 1 und 3 sind die alten Holzfenster durch neue Holzfenster ersetzt worden. Diese weisen einen doppelt so guten Wärmedämmwert aus, sodass sich der Wärmeverlust über die Fenster halbiert hat. Im Bettenhochhaus sind die Balkonfenster in einigen Patientenzimmern saniert und im Operationstrakt Ost sind Fenster abgedichtet worden, ebenso die Holzfenster im INO (erste Baustufe), die sich leider bereits verzogen hatten.

Im Nebengebäude der katholischen Kapelle ist das Dach saniert und besser gedämmt worden, was sich mit einer gut spürbaren Verbesserung der Behaglichkeit auszahlt.

Ökologische Kennzahlen

Im Inselspital werden regelmässig die Verbrauchsdaten des Energie- und Wasserverbrauchs sowie die anfallenden Mengen der Entsorgungsgüter erfasst (Tabellen 1 und 3). Diese Zahlen sind die Grundlage für die Ermittlung der Umweltbelastung des Inselspitals und für die Kennzahlen pro Pflege-tag (Tabellen 2 und 4).

Für den Energieverbrauch ist die Energiekennzahl nach SIA 380/1 eine wichtige Grösse, die den Energieverbrauch in Megajoule (MJ) pro m² Geschoss-

fläche und Jahr bezeichnet. Sie gibt Auskunft über die Qualität der Infrastruktur. Durch zusätzliche neue Gebäude haben die Geschossflächen des Inselspitals zugenommen. Da es sich dabei um gut gedämmte Bauten handelt und dank energieeffizienter Technologien resultiert trotz des Mehrbezugs von rund 4 % in den letzten zehn Jahren 2013 eine kleinere Energiekennzahl von 1039 MJ pro m² Geschossfläche gegenüber 1255 MJ im Jahr 2003. Die Kennzahl 2013 für Fernwärme ist 564 MJ und diejenige für den Strombezug ist 475 MJ.

Energie und Wasser

		2013	2012
Fernwärme	MWh	45 041	45 505
Elektrizität	MWh	37 904	38 169
Wasser	m ³	273 191	286 601

Tabelle 1: Energie- und Wasserverbrauch pro Jahr.

		2013	2012
Fernwärme	kWh	173	179
Elektrizität	kWh	146	150
Wasser	l	1 051	1 126

Tabelle 2: Energie und Wasserverbrauch pro Pflege-tag.

Wertstoffe und Abfälle

		2013	2012
Papier und Karton	kg	434 770	423 560
Kunststoffe	kg	54 653	45 372
Glas	kg	43 740	45 980
Speiseresten/Rüstabfälle	kg	258 300	246 800
Kehricht	kg	1 681 000	1 599 240
Altmedikamente	kg	6 778	7 290
Medizinische Sonderabfälle	kg	182 530	167 790
Übrige Sonderabfälle	kg	11 566	12 417

Tabelle 3: Menge Entsorgungsgüter pro Jahr.

		2013	2012
Papier und Karton	g	1 670	1 700
Kunststoffe	g	210	180
Glas	g	170	180
Speiseresten / Rüstabfälle	g	990	970
Kehricht	kg	6 470	6 280
Altmedikamente	g	30	30
Medizinische Sonderabfälle	g	700	660
Übrige Sonderabfälle	g	40	50

Tabelle 4: Menge Entsorgungsgüter pro Pflege-tag.

Impressum

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

Konzept und Redaktion
Bereich Kommunikation und Marketing, Inselspital

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

Fotos
Marco Zanoni
Martin Bichsel
Kreation Fotografie und Grafik, Inselspital

Produktion
Rub Graf-Lehmann AG, Bern

© Inselspital, Universitätsspital Bern



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

ZL 10065980