

SPITAL NETZ BERN

 **INSELSPITAL**

UNIVERSITÄTSSPITAL BERN  
HOPITAL UNIVERSITAIRE DE BERNE  
BERN UNIVERSITY HOSPITAL

JAHRESBERICHT

20

14





# Inhalte

## ➤ **VORWORTE** SEITE 3

Holger Baumann, Vorsitzender Geschäftsleitung, zur neuen Form des Jahresbericht Inselspital und Spital Netz Bern AG.

## ➤ **STORYS** SEITE 8

Mit Themen aus neun Fachgebieten gewährt der Jahresbericht Einblicke in 2014 und zeigt mit Fakten, Geschichten und Hintergründen die Vielfältigkeit des Unternehmens auf.

## ➤ **PEOPLE** SEITE 73

Wer sind die Leitungspersonen des Unternehmens? Die Klinik- und Institutslieferanten, die Standortleitungen, die Mitglieder der Geschäftsleitung sowie Mitglieder des Verwaltungsrats im Bild.

## ➤ **ZAHLEN UND FAKTEN** SEITE 102

Kennzahlen zu Qualität, Mitarbeitenden, Leistungen und Umwelt.

## ➤ **FINANZEN** SEITE 179

Auszug aus der Konzernrechnung der Inselspital-Stiftung und der Spital Netz Bern AG

ns Jahr  
keit des

ts-  
e die

# Vorwort



➤ JOSEPH ROHRER,  
VERWALTUNGSRATSPRÄSIDENT

➤ HOLGER BAUMANN,  
VORSITZENDER GESCHÄFTSLEITUNG







# «Unsere strategien beschreiben jene Merkmale, die uns einzigartig machen»

Die Stärkung des Medizinalstandorts Bern (SMSB) ist ein spannendes Vorhaben, an dem alle Mitarbeitenden gefordert sind. Der Zusammenschluss der öffentlichen Spitäler in Bern hat zum Zweck, dass die hochstehende Gesundheitsversorgung der Bevölkerung auch in Zukunft garantiert werden kann. Wir haben in den letzten Monaten den Auftrag des Regens umgesetzt und uns von einer Vision leiten lassen, an der auch die mittel- und langfristige Entwicklung unseres Unternehmens gemessen wird. Sie lautet:

- Wir werden das führende Universitätsspital in der Schweiz mit internationaler Ausrichtung zum bevorzugten Anbieter der integrierten medizinischen Versorgung in der Region Bern.
- Wir unterstützen die qualitative hochstehende Behandlung von Patienten durch Forschung und Bildung.

Doch eine Vision allein reicht nicht: Die Patientinnen und Patienten, Kunden, Mitarbeitenden und Bevölkerung müssen auch unseren Auftrag, unsere Mission, kennen. Ihnen ist bekannt, dass wir bereits seit Jahrhunderten für Gesundheit sorgen. Sie sollten auch wissen, dass wir in allen Lebenssituationen, bei allen Krankheiten und unabhängig vom sozialen Status an jedem Ort die optimale Medizin anbieten. Wir stellen Grundversorgung und universelle Versorgung sicher und bringen die Forschungsergebnisse direkt ans Krankenbett.



gischen Erfolgspositionen  
male und Fähigkeiten, die  
und erfolgreich machen.»

JOSEPH ROHRER, VERWALTUNGSRATSPRÄSIDENT

ben, bei dem alle Mit-  
in der Region Bern be-  
h in ferner Zukunft ga-  
gierungsrats sukzessive  
nd langfristige Entwick-

aler Ausstrahlung und  
Region Bern.  
durch wegweisende

, die Politik und die Be-  
in Erinnerung zu rufen,  
wissen, dass wir in allen  
us am jeweils richtigen  
sitäre Medizin aus einer

Und nicht zu vergessen: Niemand im Kanton bildet so viele Ärzte und Pfleger, die uns alle mit Stolz erfüllen, dass das Gesundheitswesen des Kantons Bern unsere Dienstleistungen braucht, nutzt und schätzt. Das soll auch in Zukunft so sein. Der Verwaltungsrat und der Geschäftsleitung ist indes bewusst, dass das wertvollste Kapital des Kantons die 11 000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind. Ihre anspruchsvolle Tätigkeit im Sprechzimmer, am Krankenbett, im Labor, im Betrieb, in der Technik oder in der Verwaltung hätte nicht jene hohe Qualität, wenn die tägliche Arbeit nicht von tiefen Überzeugungen getragen wäre.

Der Zusammenschluss des Inselspitals Bern (ISB) mit dem Spital Netz Bern (SNB) und dem Medizinalstandort Bern zu stärken, beruht auf den Grundlagen, Leistungsangeboten klar zuzuteilen und Behandlungspfade zwischen den Standorten einheitlich zu gestalten.

Per Ende Juni 2014 wurde die konzeptionelle «SMSB-Transformationsphase» abgeschlossen. Der Regierungsrat Bericht erstattet. Die Umsetzung des Zusammenschlusses – die SMSB-Phase – ist ein Veränderungsprozess, der einem «Wechseln der Räder am fahrenden Wagen» neben dem operativen Tagesgeschäft wird aktuell die Integration der beiden Unternehmen durchgeführt.

Ziel ist es, per 1.1.2016 das Inselspital und die Betriebe der Spital Netz Bern unter dem neuen juristischen Trägers gemeinsam zu führen, in einer sogenannten «Betriebsübergang» Schritt können der Zusammenschluss vollendet und die rechtlichen sowie betrieblichen Voraussetzungen für die Zusammenarbeit gestellt werden.

Unser Zug befindet sich mitten in einem spannenden, fordernden Streckenabschnitt. Der Verwaltungsrat freut sich, diese Route gemeinsam mit der Geschäftsleitung und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern fortzusetzen und zu bewältigen. Gleichzeitig danken wir unseren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für den Dienst am Patienten und für ihr Engagement bei der Fortentwicklung dieses Projektes.

Joseph Rohrer, Verwaltungsratspräsident, Inselspital und Spital Netz Bern



nde aus wie wir. Es darf  
unser Engagement und  
t so sein. Dem Verwal-  
pital des Unternehmens  
keit im Operationssaal,  
er in der Administration  
berzeugungen geprägt

NBe) mit dem Ziel, den  
gebote zu bündeln, Rol-  
ch anzugehen.

abgeschlossen und dem  
e sogenannte Integrati-  
den Zug» gleichkommt;  
nternehmungen durch-

ern AG innerhalb eines  
etriebs AG». Mit diesem  
trieblichen Weichen für

enabschnitt – der Ver-  
nd den Mitarbeitenden  
enden für ihren Einsatz,  
ng unseres ehrgeizigen

# «Wenn der Wind bläst, bauen die Kleinen mit»

RE

Bei Zusammenschlüssen von Unternehmen unterschiedlicher Grössenordnung ist der kleinere Partner meist psychologisch gefordert. Dennoch ist der kleinere Partner nicht ausgenutzt, sondern profitiert durch die optimierte Zusammenarbeit ebenso.

Der Zusammenschluss Inselspital und Spital Netz Bern AG zur Stärkung des MDR ist eine wichtige Voraussetzung, damit kleinere Einrichtungen längerfristig bestehen können. Umgesetzt heisst das: Die Land- und Stadtspitäler können ihrerseits ein hohes Niveau selbst Spezialisten in allen Fachgebieten vor Ort haben zu müssen. Aber sie können Patientinnen und Patienten aus der Region betreuen, die sie bisher mangels Spezialisten nicht behandeln konnten. Gleichzeitig kann das Inselspital Aufgaben delegieren, die ein hohes spezialisiertes Spitzenniveau erfordern. – Als Institution haben wir die Möglichkeit, die Patienten zu platzieren, wo sie dem Schweregrad ihrer Erkrankung gemäss optimal und effizient behandelt werden.

Dabei gilt: Wir verlagern von stationär zu ambulant in der Grundversorgung Patientinnen und Patienten mit häufigeren und weniger komplexen Erkrankungen an das Stadtspital mit tieferen Kostenstrukturen bestens gerüstet. Gleichzeitig streben wir die Kapazität im Inselspital für komplexe Fälle an. Diese Fokussierung der Spezialleistungen



# Wind der Veränderungen die einen Mauern und die anderen Windmühlen.»

AUS CHINA

ZITIERT VON HOLGER BAUMANN, VORSITZENDER GESCHÄFTSLEITUNG,  
ANLÄSSLICH DER KADERTAGUNG

gen ist der kleinere Part-  
tomatisch der Verlierer,

Medizinalstandorts Bern  
stehen bleiben können.  
es Niveau halten, ohne  
sie können dank ihnen  
Spezialärzten nicht be-  
nicht unbedingt univer-  
e Patienten jeweils dort  
nd ressourcenschonend

ng und sind für Patien-  
oder Verletzungen im  
ben wir eine Steigerung  
Stadtspitäler auf wenig

komplexe Fälle führt zwar zu tieferem Case Mix Index und damit zu geringerer Profitabilität, aber gleichzeitig profitiert das Universitätsspital von der Konzentration auf komplexere Fälle. Ein höherer Case Mix Index und somit hohen Erträgen: Dabei steht das Gesamtunternehmen als Gewinner da.

Mit der anvisierten und bereits begonnenen Umsetzung des abgestuften Netzwerkes werden wir optimale Medizin am jeweils besten Standort und erhoffen uns damit auch Personalengpässe aufgrund besserer Arbeitgeberattraktivität.

## **Investition und Herausforderung**

Wir investieren in unseren Spitalverbund. Dabei konnten wir im Spital Aarau die Sanierung des Operations- und Behandlungstrakts feiern. Der Spatenstich steht für den lang- und sehr gesehnten und längst fälligen Umbaus der ehemaligen Mehrbettzimmer in Einzelzimmer mit eigener Nasszelle dar; bezugsbereit ab Oktober 2015. 2016 wird der neue Operationskollaboratorium gebaut; 2017 folgen Operationssaal und Aufwachraum. Im Herbst 2018 wird der Umbau abgeschlossen.

Wir sind auf guten Wegen, den Zusammenschluss erfolgreich voranzutreiben – trotz nicht ganz entspannter Liquiditätssituation der Spital Netz Bern AG. Das Risiko der Abwanderung von Kadermitarbeitenden noch nicht gänzlich überbrückt, aber im Spitalverbund die Abgänge jeweils sehr rasch auffangen konnten. Weiterer Turnaround hinsichtlich der Sanierung des Standortes Tiefenau, resp. der Schaffung von 1000 Betten Ziegler zu schaffen.

Aber: Wir bauen keine Mauern. Wir bauen Windmühlen. Jedoch nicht, damit wir die Riesen einer Don-Quijote-Manier im Sinne von Narrheiten als Riesen betrachten, sondern sie als Symbole von Weiterentwicklung und Innovation sehen. – Dazu gehört auch ein moderner, in einem multimedialen Jahresbericht.

Holger Baumann, Vorsitzender Geschäftsleitung, Inselspital und Spital Netz Bern



ren Erträgen, gleichzeitig  
e mit hohem Case Mix  
s Ganzes wirtschaftlich

n Versorgungskonzepts  
ns dabei auch weniger

rberg den Auftakt zur  
ellt den Beginn des lan-  
n- und Zweibettzimmer  
ue Notfall mit Ambula-  
17 sind die Bauarbeiten

en und abzuschliessen  
Zudem haben wir das  
erstanden, obwohl wir  
r gilt es auch noch den  
liessung des Standortes

mit wir sie in versponn-  
ondern weil wir sie als  
n der mutige Schritt zu

# Storys

ONKOLOGIE

➤ IMMUNTHERAPIE IM KAMPF GEGEN KREBS

KINDERMEDIZIN

➤ ERFOLGREICHE ZUSAMMENARBEIT

ANGIOLOGIE

➤ GEFÄSSKRANKHEITEN ADÄQUAT BEHANDELT

NOTFALLMEDIZIN

➤ NETZWERK RETTET LEBEN

TELERADIOLOGIE

➤ HIRNSCHLAGPATIENTEN RASCH VERSORGT

FRAUENFÖRDERUNG

➤ ERLEBNIS SCHWANGERSCHAFT, MUTTERSCHAFT  
UND WIEDEREINTRITT INS BERUFSLEBEN

NEUROCHIRURGIE

➤ ERFOLGE MIT TIEFER HIRNSTIMULATION

HANDCHIRURGIE

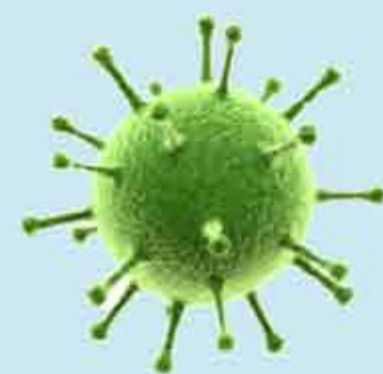
➤ FORSCHUNG, OPERATION, THERAPIE

MASTERPLAN

➤ PLANERISCHES LEITBILD







ONKOLOGIE

# Immuntherapie Kampf gegen



A 3D rendered image of a human hand holding a large, green, spherical virus particle with numerous spikes. The hand is positioned on the left side of the frame, with the palm facing the virus. The background is a light blue gradient. Several other smaller virus particles are scattered throughout the scene, some in the foreground and some in the background. The overall composition is clean and modern, with a focus on the interaction between the hand and the virus.

# Die im Krebs

# «Unsere Daten zeigen der Immun

**SEIT ÜBER 100 JAHREN VERSUCHEN FORSCHENDE DAS IMMUNSYSTEM INTENSIVST IN DEN LETZTEN JAHRZEHNTE UND LANGE OHNE DAS IMMUNSYSTEM ALS STARKE WAFFE UND HOFFNUNGSTR**

---

Unser Immunsystem ist ein interagierendes Netzwerk unterschiedlicher Zellen, Gewebe und Organe. T-Lymphozyten sind darin ein wichtiger Bestandteil. Sie existieren in ganz unterschiedlichen Varianten in unserem Körper: Sogenannte Killerzellen erkennen und eliminieren Krebszellen. Regulatorische Zellen sorgen dafür, dass unser Immunsystem nicht überreagiert und am Ende den eigenen Körper angreift.

Krebszellen haben verschiedene Wege gefunden, sich der Immunkontrolle zu entziehen. Einige Tumorzellen können Proteine produzieren, die eine Immunreaktion des Körpers unterdrücken und die Wirkung der T-Zellen blockieren.

## **Immunonkologie stimuliert die Abwehr**

Bei einer immunologischen Abwehr des Körpers im Gegensatz zu herkömmlichen Therapien zielen immunologische Wirkstoffe sich direkt auf den Tumor ab und nutzen die körpereigene Immunabwehr zur Bekämpfung. Die Wirkung des Immunsystems bleibt oft erhalten.

## **Immuntherapie gegen Krebs**

Unter Immuntherapie versteht man die Behandlung einer Krankheit – in der Regel Krebs – durch die Gabe von Stoffen, die das Immunsystem auslösen, stimulieren oder



# n, dass sich Krebsstammzellen nkontrolle entziehen können.»

PROF. ADRIAN OCHSENBEIN, CHEFARZT,  
UNIVERSITÄTSKLINIK FÜR MEDIZINISCHE ONKOLOGIE

## NSYSTEM ZU AKTIVIEREN: E GROSSE ERFOLGE. HEUTE GILT ÄGER IM KAMPF GEGEN KREBS.

### ert die körpereigene

n Behandlung wird das  
ers stimuliert. Im Ge-  
n Therapien, die direkt  
machen immunonkolo-  
e natürlichen Fähigkei-  
munsystems zur Krebs-  
r Effekt des aktivierten  
für lange Zeit erhalten.

### bszellen-Strategie

steht man die Behand-  
iesem Fall Krebs – durch  
ie eine Immunantwort  
er unterdrücken. Dies

geschieht durch aktive Immunisierungen (Imp-  
fungen) oder durch den passiven Transfer von  
Immunmolekülen oder Immunzellen. Besonders  
vielversprechend ist die Beeinflussung von Sig-  
nalwegen, die von den Tumorzellen genutzt wer-  
den, um ihrer Erkennung und Zerstörung zu ent-  
gehen. Diese Fortschritte eröffnen neue Wege in  
der Krebsbehandlung.

### Immuntherapie gegen schwarzen Hautkrebs

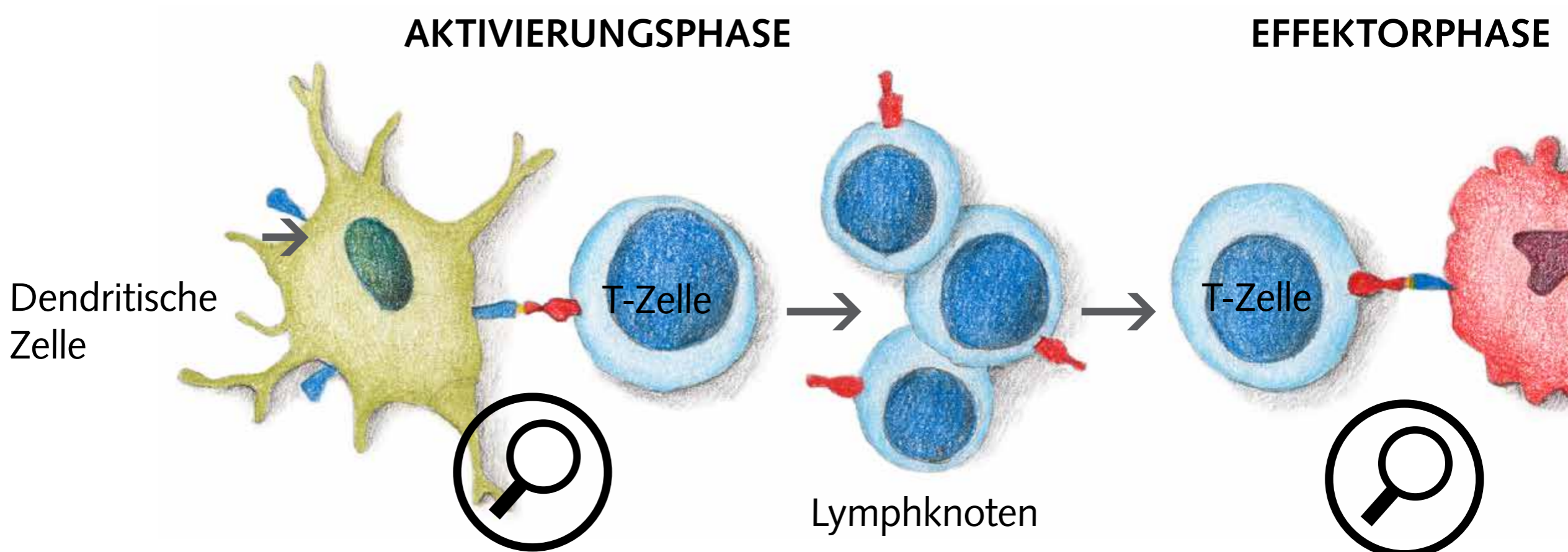
Der schwarze Hautkrebs ist die aggressivste al-  
ler Hautkrebsarten und galt als fortgeschrittenes  
Melanom noch bis vor wenigen Jahren als prak-  
tisch unbehandelbar: Mehr als 70 Prozent der  
Patienten starben bereits im ersten Jahr nach der  
Diagnose «metastasierendes Melanom». Mela-  
nomzellen hemmen aktiv das Immunsystem durch



Moleküle, die an der Zelloberfläche ausgebildet werden und die aktivierten Killerzellen hemmen. Verschiedene Antikörper (Proteine) ermöglichen nun, das Immunsystem generell vermehrt zu aktivieren oder gezielt diese hemmenden Moleküle auf den Melanomzellen zu blockieren. Dadurch ist es möglich, das Immunsystem auf ein höheres Aktivierungsniveau zu bringen und auch die Eliminierung der Krebszellen zu ermöglichen. Bei einem Teil der Patienten mit metastasierendem malignen Melanom kann durch diese Immuntherapie ein Langzeitüberleben erreicht werden. Durch diese neuen Behandlungsformen rückt das Ziel, das fortgeschrittene Melanom zu heilen, immer näher.

## Immunonkologie mit gro

Die Immunonkologie nah  
 Behandlung des malignen  
 nommen wird, dass Mel  
 gut das Immunsystem st  
 weil es keine wirksamen  
 krankung gab. Die Mecha  
 zellen dem Immunsystem  
 jedoch für verschiedene K  
 erstaunlich ist deshalb, da  
 stimulierenden Antikörper  
 kumentierte Wirksamkeit  
 bei einer speziellen Lymph  
 phom) gezeigt haben. Die



Schema mit wichtigen Interaktionen der T-Zellen mit dendritischen Zellen und mit Krebszellen. Diese Interaktionen können medikamentös beeinflusst werden.

## Grössem Potenzial

Am Anfang in der  
Melanoms, weil ange-  
nomzellen besonders  
stimulieren können, und  
Therapien für diese Er-  
nismen, wie sich Krebs-  
entziehen können, sind  
Krebsarten gültig. Nicht  
ss die gleichen immu-  
r auch bereits eine do-  
t bei Lungenkrebs und  
nomart (Hodgkin-Lym-  
e meisten grossen Phar-

mafirmen haben ihre Medikamentenentwicklung  
in der Onkologie auf die Immuntherapie ausge-  
richtet. Entsprechend sind Studien der Phasen I,  
II und III bei fast allen Tumortypen weltweit im  
Gange. Die grossen Comprehensive Cancer Cen-  
ter in den USA bauen organübergreifende Im-  
munonkologie-Zentren auf. Beim Lungenkarzi-  
nom werden auch bereits Studien durchgeführt,  
die versuchen, die Chemotherapie als erste The-  
rapieoption durch eine Immuntherapie zu erset-  
zen. Es ist deshalb damit zu rechnen, dass die  
Immuntherapie ein integraler Bestandteil der zu-  
künftigen onkologischen Therapie sein und wahr-  
scheinlich bei der Behandlung einzelner Tumoren  
die Chemotherapie verdrängen wird.

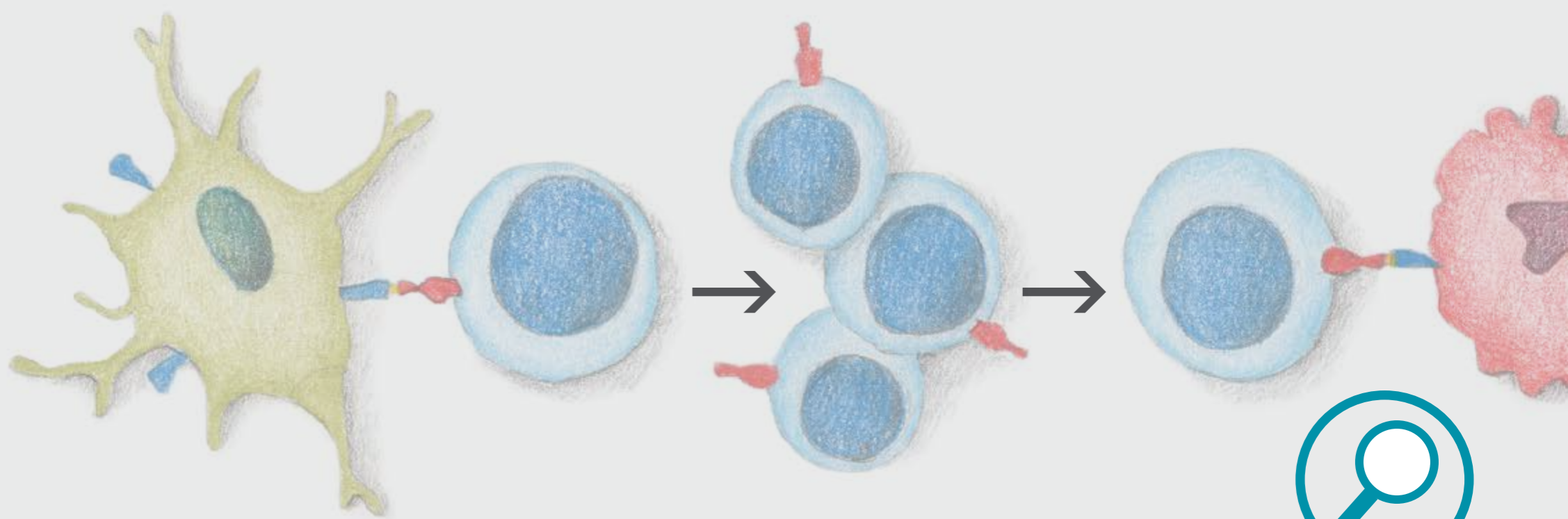
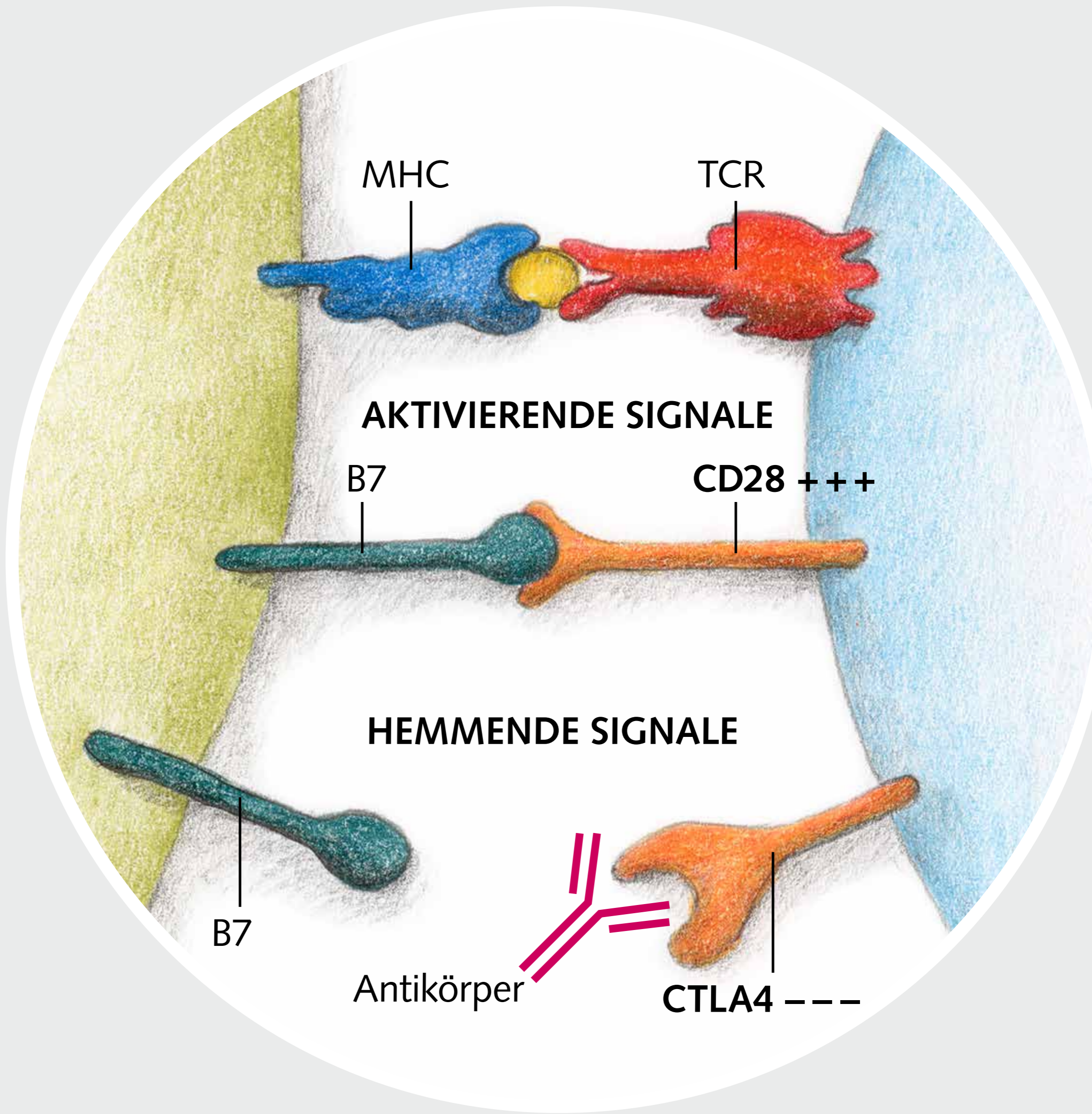
---



Krebszelle

AUF LUPE TIPPEN, UM  
AUSSCHNITT ZU VERGRÖSSERN



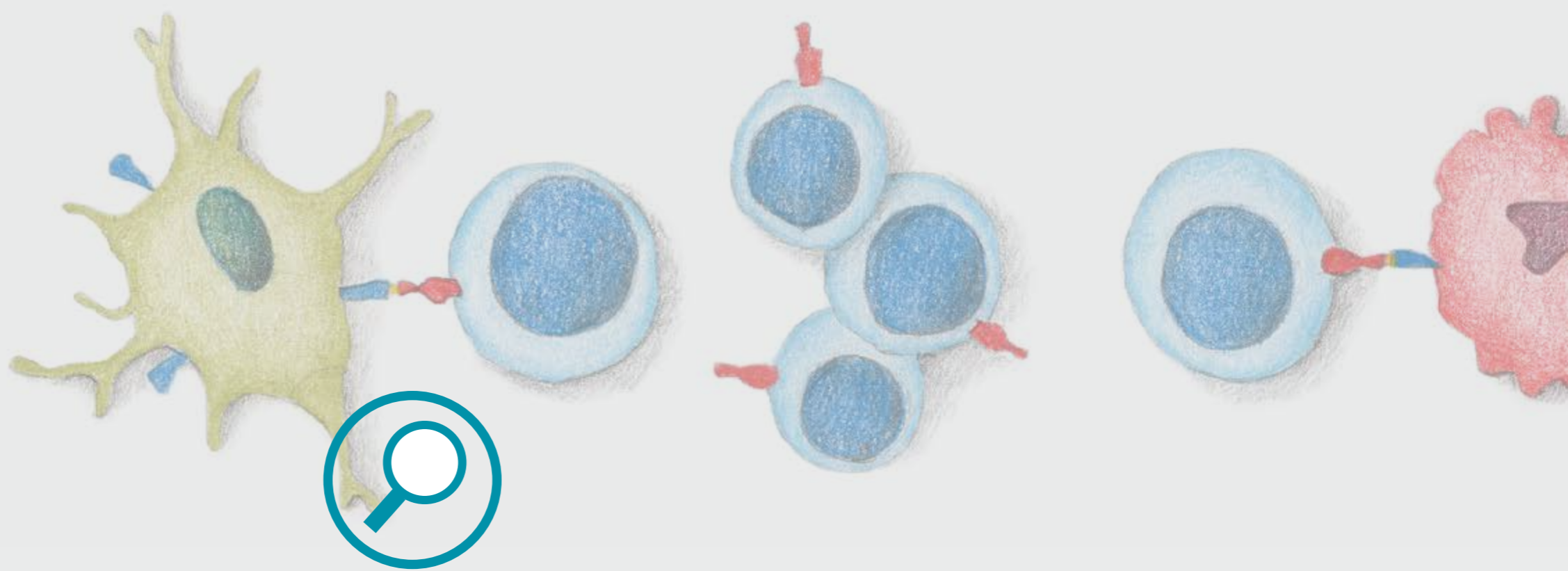
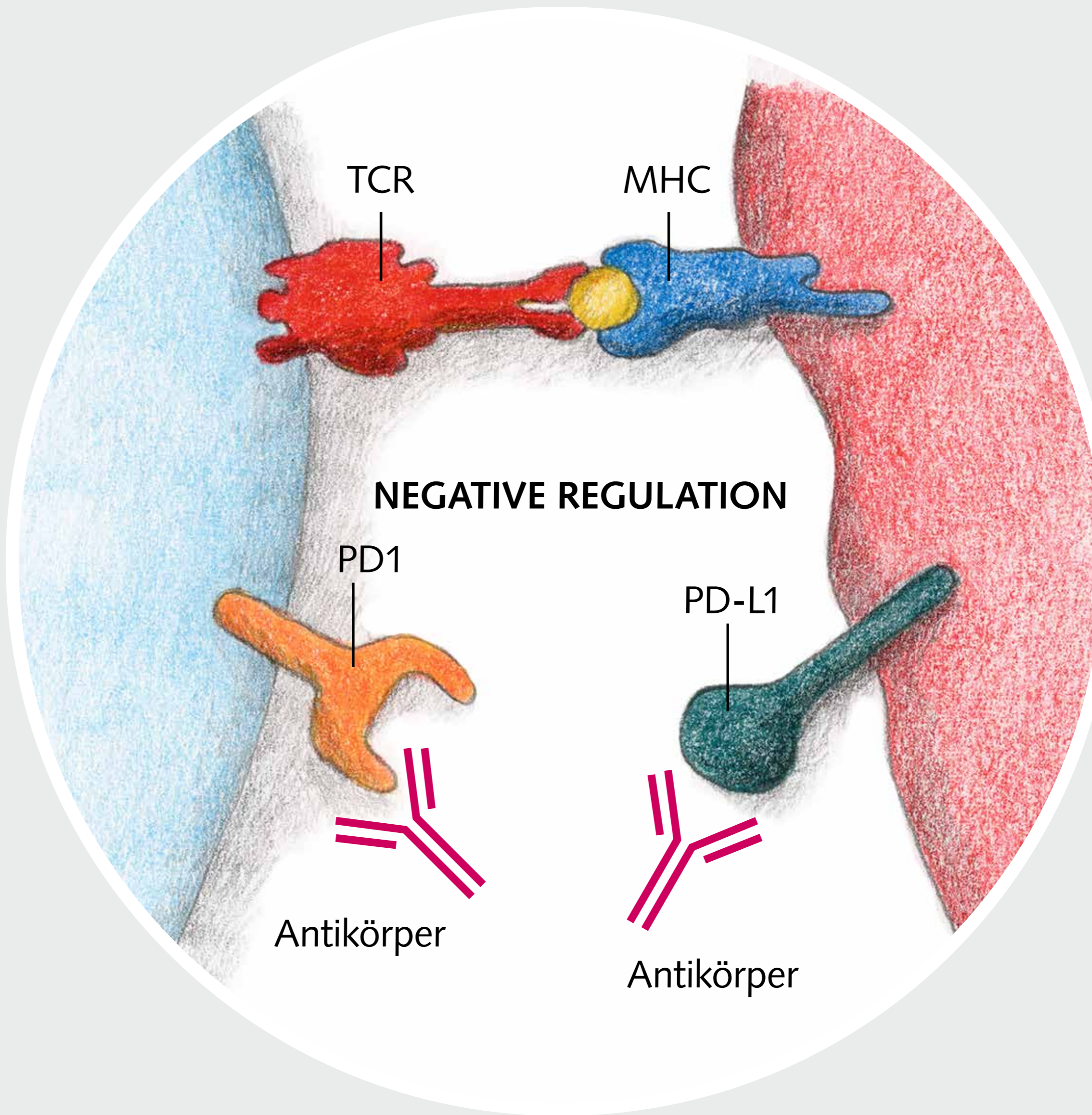




Die dendritische Zelle interagiert über verschiedene Signalwege mit der T-Zelle. Auf dem MHC-Molekül wird das Tumorantigen präsentiert (gelb), welches durch den T-Zell-Rezeptor (TCR) erkannt wird.

Daneben gibt es verschiedene aktivierende und hemmende Signale zwischen den beiden Zellen. B7 aktiviert die T-Zelle durch Bindung an CD28. Im Gegensatz dazu führt die Bindung von B7 an CTLA4 zu einer Hemmung der T-Zelle. Durch neue therapeutische Substanzen (Antikörper), welche die Bindung von B7 an CTLA4 blockieren, fällt der hemmende Einfluss auf die T-Zelle weg, und die T-Zelle wird vermehrt aktiviert.







Die aktivierte T-Zelle erreicht den Tumor. Wiederum erkennt die T-Zelle das Tumorantigen (und somit den Tumor) durch die Präsentation von Tumorantigen (gelb) auf dem präsentierenden MHC-Molekül. Der Tumor schützt sich jedoch vor der Attacke durch die T-Zelle durch hemmende Moleküle. Als wichtiger Signalweg führt PD1 zu einem hemmenden Signal der T-Zelle. Dieser hemmende Signalweg kann durch Antikörper, welche an PD1 oder PD-L1 (Ligand von PD1) binden, unterbrochen werden. Dadurch können T-Zellen im Tumor die Krebszellen viel effizienter abtöten.

AUF LUPE TIPPEN, UM  
AUSSCHNITT ZU VERGRÖßERN



# Leben gerettet durch Immuntherapie

Anton Howald (69), Patient Universitätsklinik für  
Medizinische Onkologie





# PATIENTENGESCHICHTE





## VOR FÜNF JAHREN ENTDECKTE ANTON HOWALD EIN MALIGNEN CHIRURGISCHEN EINGRIFFEN BEGANN DER HEUTE 69-JÄHRIGE EINE IMMUNTHERAPIE.

Den braunen Fleck am rechten Ohrlappen hatte er schon länger. Störend war er nicht wirklich. Aber wohl etwas irritierend. Sonst hätte der damals 64-jährige Anton Howald nicht gedankenversunken an der leicht erhöhten Gewebestörung herumgeklaubt, bis sie blutete. «Zum Glück hatte ich meinen Fingern freien Lauf gelassen damals. Wer weiss, ob ich heute sonst noch leben würde?», fragt er sich heute, drei Jahre nach der erfolgreichen Immuntherapie mit dem über eine Infusion verabreichten Medikament Yervoy. Das 2011 auf dem Markt eingeführte Ipilimumab ist ein Arzneimittel, das eine «Bremse» von körpereigenen Abwehrzellen löst.

### Prompte Reaktion der Hausärztin

Der heute pensionierte Leberarzt suchte aufgrund der Blutung seine Hausärztin auf, die diese Hautläsion entfernt und Anton Howald untersuchte. Die Analyse der Gewebeprobe führte zur gefürchteten Diagnose schwarzer Hautkrebs. Es folgten chirurgische Eingriffe wie das Entfernen eines Teils des Ohrlappens sowie eine Chemotherapie. «Zu Beginn konnte alles noch kontrolliert werden, später musste ich auf eine Immuntherapie umsteigen. Es kam es vor, als würden im

## NEUES MELANOM. NACH DIVERSEN OPERATIONEN AUS BÖSINGEN VOR DREI JAHREN

### Chirurgusärztin

weiter der SBB-Druckerei  
ung am Ohrlappen seine  
Hautstelle sofort ambu-  
Howald eingehend un-  
es untersuchten Gewe-  
en Diagnose: bösartiger  
folgten weitere chirur-  
ntfernen des untersten  
wie von Lymphknoten.  
noch ambulant entfernt  
ch dafür ins Spital. Mir  
immer mehr betroffene

Stellen am Körper auftauchen, die wieder und wieder herausgeschnitten werden mussten», erinnert sich der Patient, der – so meint er – sich nie speziell viel an der Sonne aufgehalten habe. «Ich bin eher der Schattentyp, meide wenn möglich Sonnenbäder. Zwar habe ich viele Muttermale am ganzen Körper, aber warum gerade ich an schwarzem Hautkrebs erkrankte ...?» Vieles sei ihm damals durch den Kopf gegangen, und als er infolge weiterer Befunde ins Inselspital überwiesen wurde, kamen Anton Howald auch die traurigen Erinnerungen an seine Nichte hoch, die 28-jährig an schwarzem Hautkrebs gestorben war und zwei kleine Kinder hinterliess.



## Nach Lungenröntgen Therapiestart

Ein PET-CT der Lunge brachte weitere schlechte Nachrichten zutage: Ableger an fünf Stellen. PET ist die Abkürzung für Positronenemissionstomographie und ist ein bildgebendes Verfahren, bei dem radioaktiv markierte Substanzen verwendet werden. «Das war für mich der Startpunkt einer Therapie, auf die ich – und das empfand nicht nur ich fast unglaublich – wunderbar ansprach.» Während 12 Wochen erhielt Anton Howald alle drei Wochen den Antikörper Yervoy per Infusion. Jede Behandlung dauerte 1,5 Stunden. Abgesehen von einem leicht rötenden Hautausschlag zeigte er keine Nebenwirkungen. «Dank

der Behandlung gingen  
knötli» am Hals, sonde  
der Lunge weg.»

Seither muss sich Anton  
Monate mittels Röntg  
CT untersuchen lassen.  
trolle eine Freude: Der

---

DAS IM AUGUST 2011 ALS YERVOY EINGEFÜHRTE IPILIMUMAB HAT NA  
MEISTEN KREBSEXPERTEN DIE BEHANDLUNG DES MALIGNEN MELANOM  
HATTEN PATIENTEN MIT EINEM METASTASIERENDEM MELANOM ZUVO  
ERWARTUNG VON WENIGEN MONATEN, KANN BEI EINIGEN PATIENTEN  
FÜR VIELE JAHRE KONTROLLIERT, EVTL. SOGAR GEHEILT WERDEN.

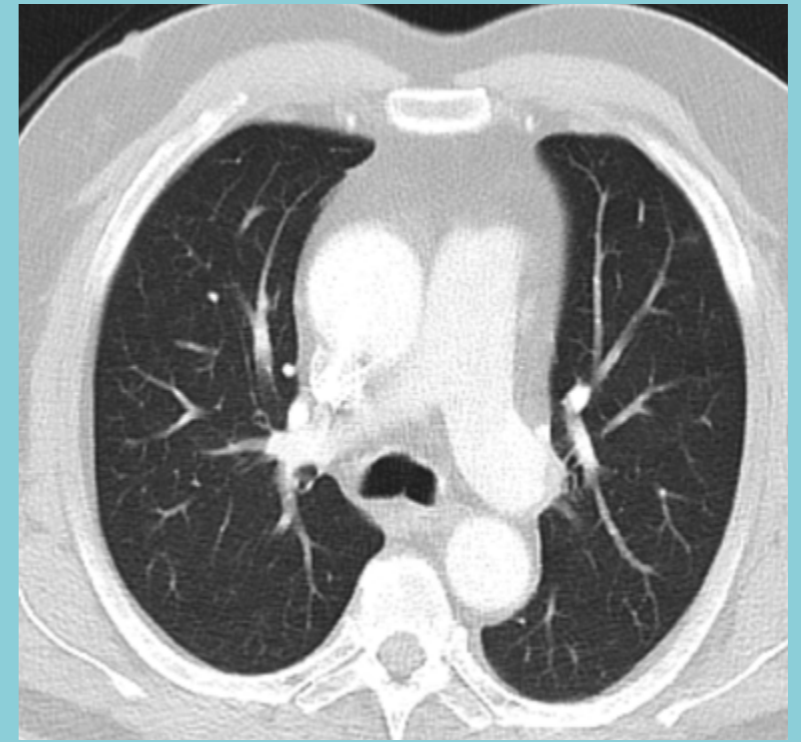
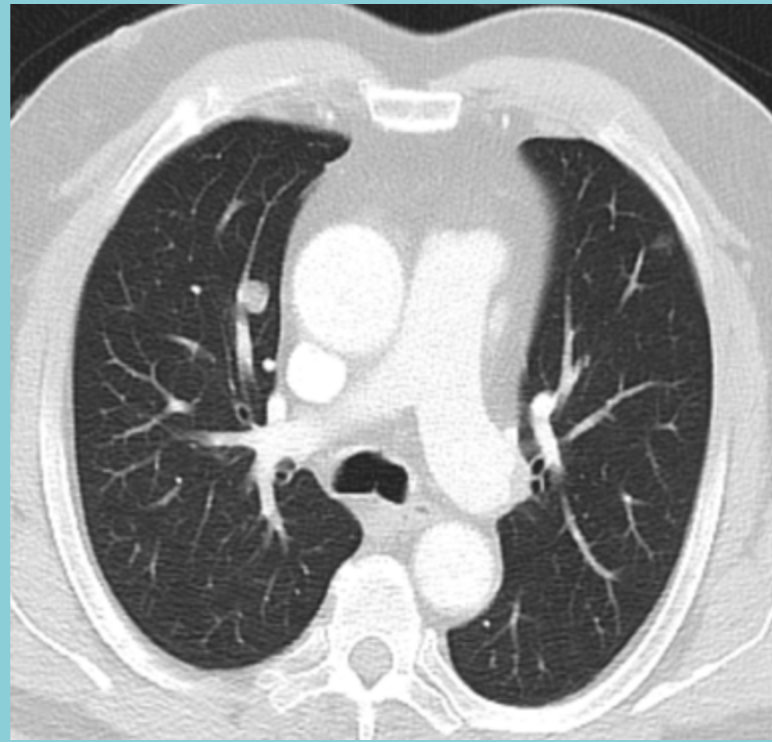
---

# PATIENTENGESCHICHTE

nicht nur die «Krebs-  
ern auch diejenigen in

on Howald alle sechs  
gen, Blutabnahme und  
. Bislang war jede Kon-  
Krebs scheint gebannt.

---



TIPPEN, UM BILD ZU  
VERGRÖßERN

---

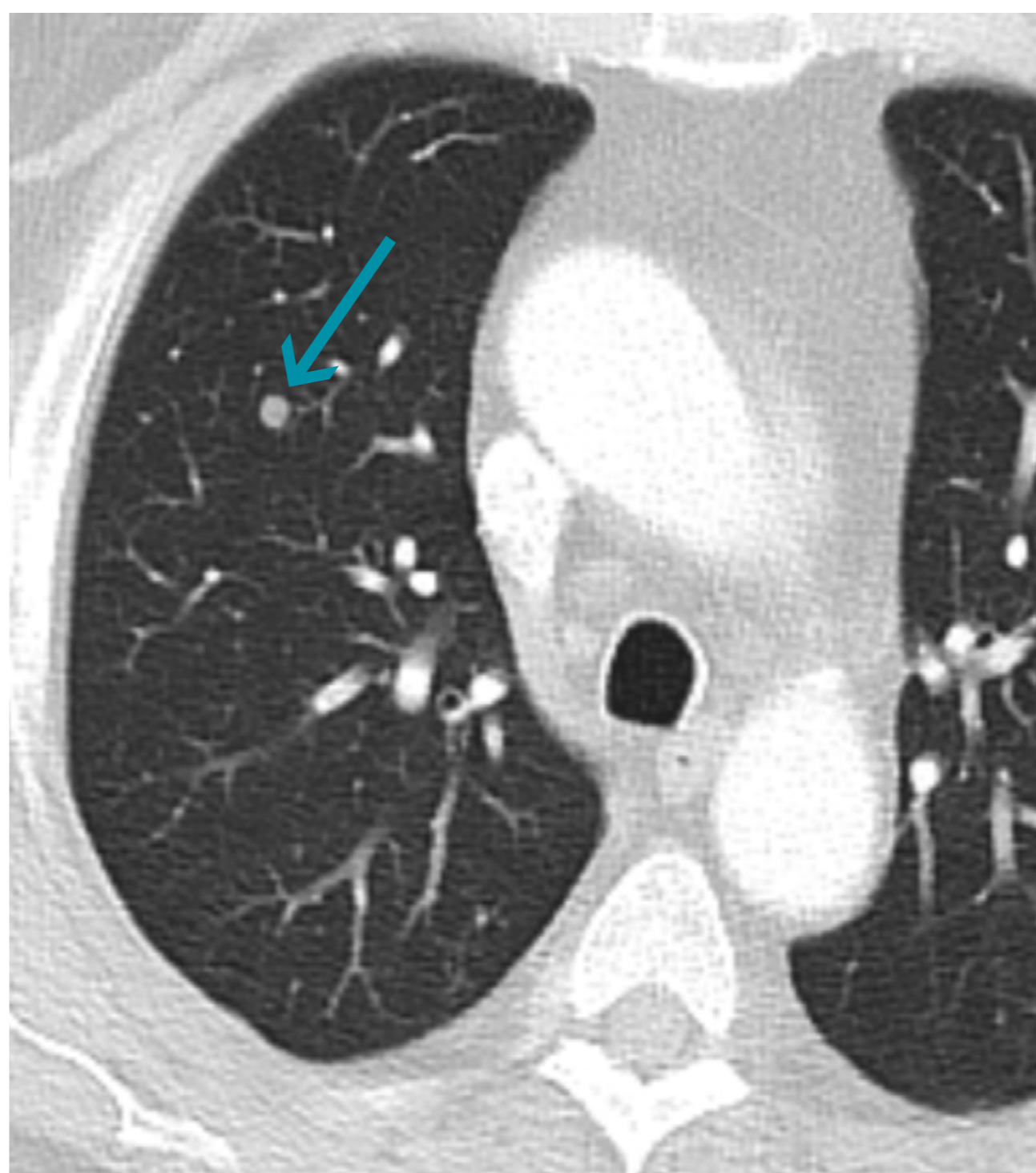
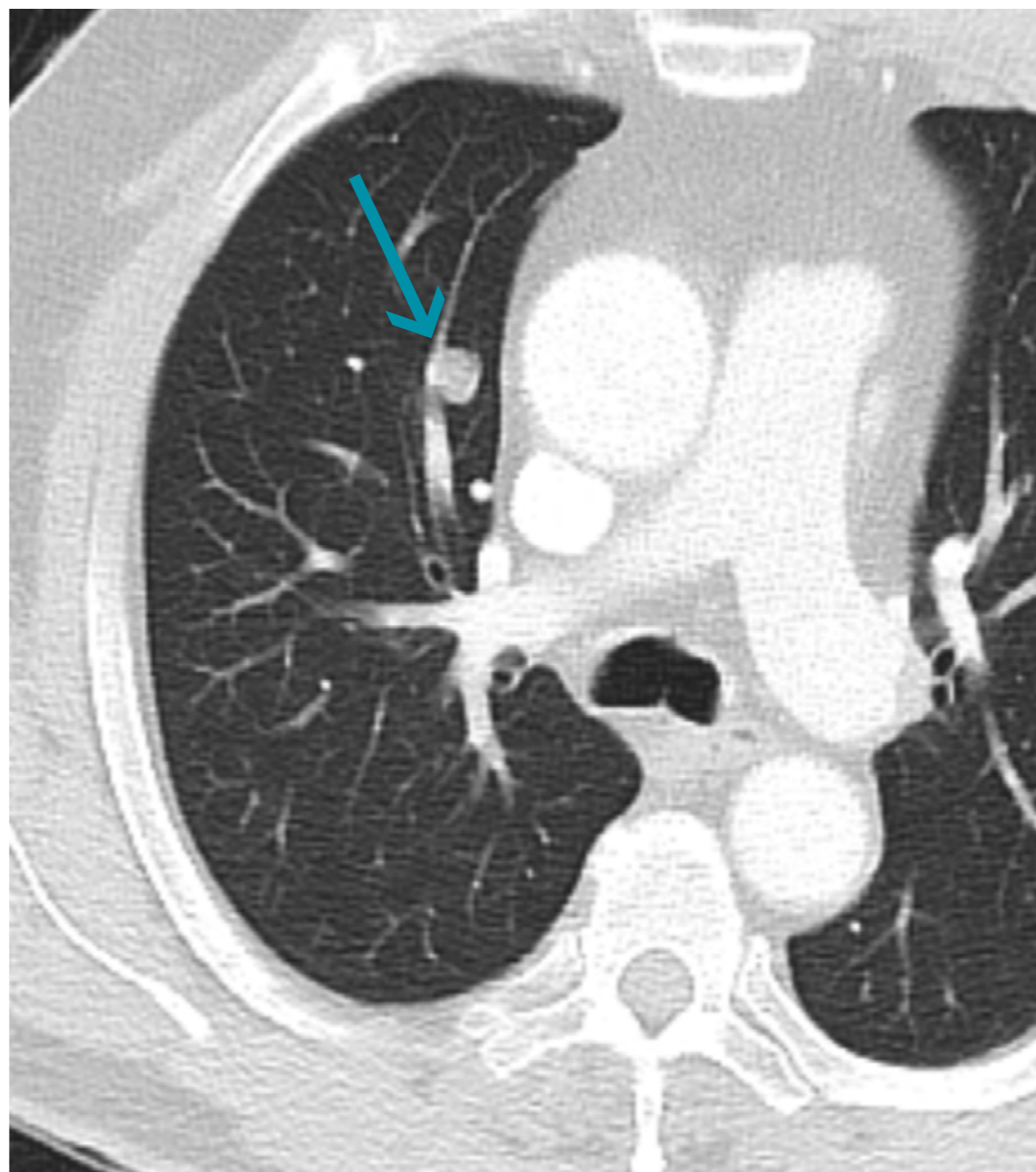
CH ANSICHT DER  
MS VERÄNDERT.

OR NUR EINE LEBENS-  
I DER TUMOR NUN

---

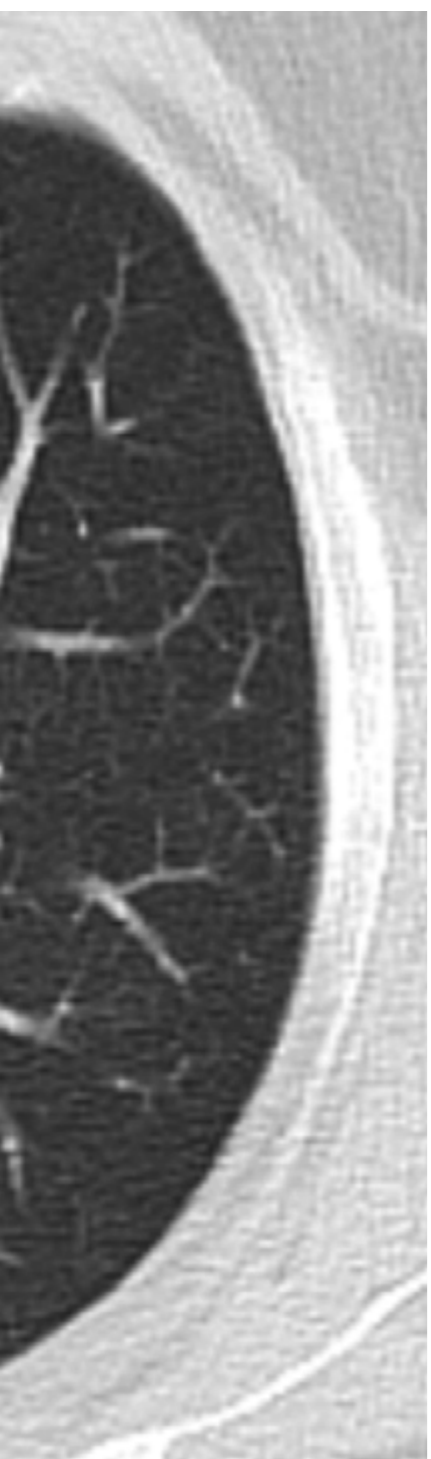
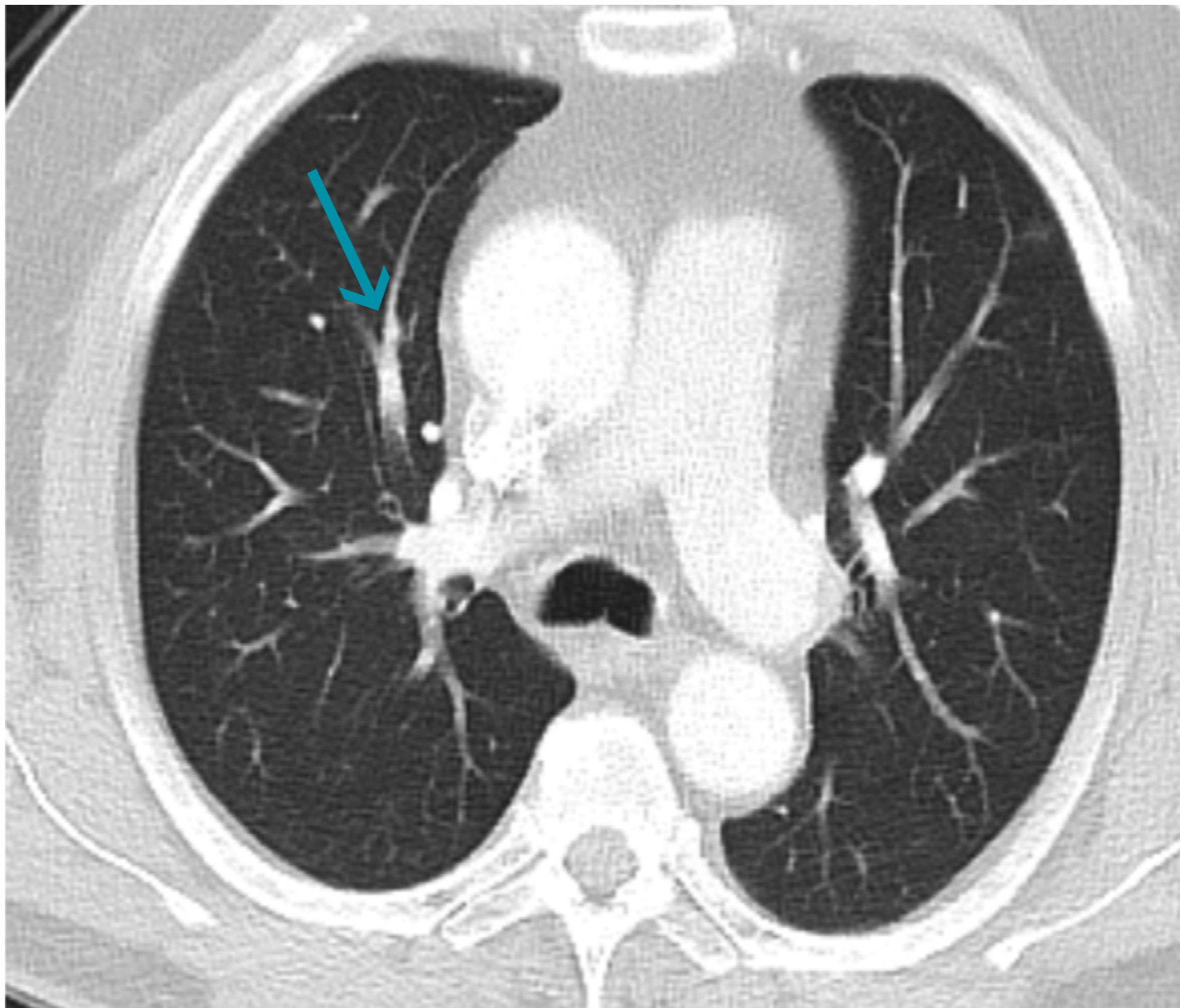


Lungenmetastasen vor Therapie  
(Dezember 2011)





Keine Lungenmetastasen nach Immuntherapie  
(seit März 2012)





---

In den letzten Jahren wurde eine Vielzahl verschiedener Immuntherapien gegen Krebs entwickelt. Einerseits handelt es sich um aktive Immuntherapien, Impfungen im engeren Sinne, bei denen das körpereigene Immunsystem gegen den Krebs aktiviert wird. Daneben gibt es passive Immuntherapien, bei denen im Reagenzglas hergestellte oder veränderte aktivierte T-Zellen oder Antikörper dem Patienten infundiert werden. Besonders vielversprechend sind immunmodulatorische Medikamente, welche immunstimulierende oder immunhemmende Signalwege modulieren.

---

# ersprechende Immuntherapien sind in Entwicklung.»

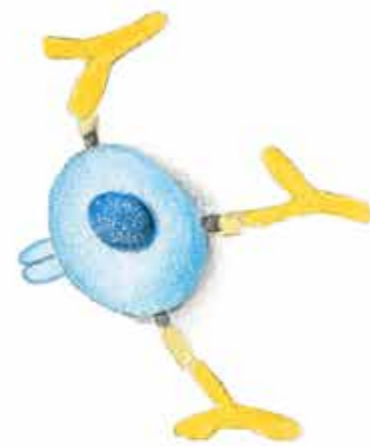
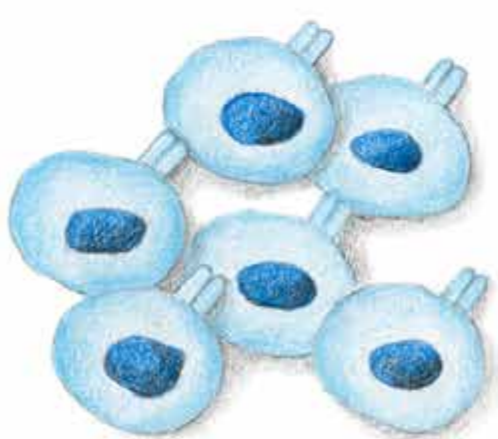
PROF. ADRIAN OCHSENBEIN, CHEFARZT,  
UNIVERSITÄTSKLINIK FÜR MEDIZINISCHE ONKOLOGIE

ANSATZ 2

ANSATZ 3

Aktive Immuntherapie

.....  
Passive Immuntherapie



ANSATZ 1



FÜR DETAILINFOS  
AUF ANSÄTZE TIPPEN



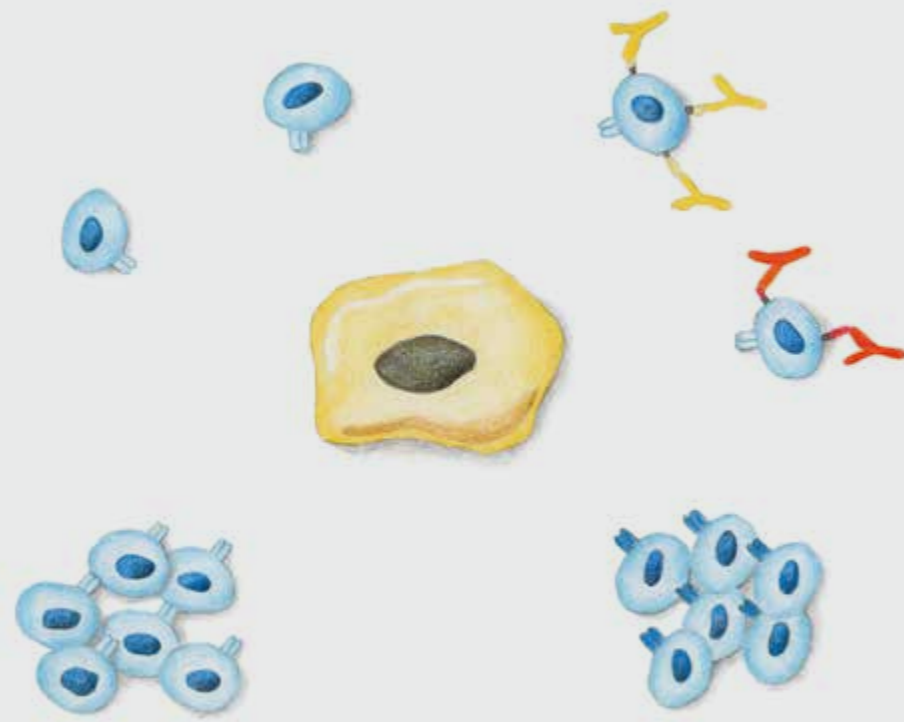
## **T-ZELL-THERAPIE MIT CHIMÄREN ANTIGEN-REZEPTOREN.**

T-Zellen können genetisch so verändert werden, dass sie einen Rezeptor besitzen, der aus Teilen eines Antikörpers besteht. Deshalb werden diese Rezeptoren chimäre Antigenrezeptoren genannt (CAR). Der Vorteil dieser CAR-T-Zellen ist, dass sie komplette Proteine auf der Oberfläche von Krebszellen erkennen können. Die Therapie wurde bisher am erfolgreichsten eingesetzt bei Kindern und Erwachsenen mit einer speziellen Form der akuten lymphatischen Leukämie. Der grösste Teil der behandelten Patienten, welche alle resistent waren auf die bekannten Chemotherapien, zeigte ein sehr gutes Ansprechen auf diese Form der Immuntherapie.

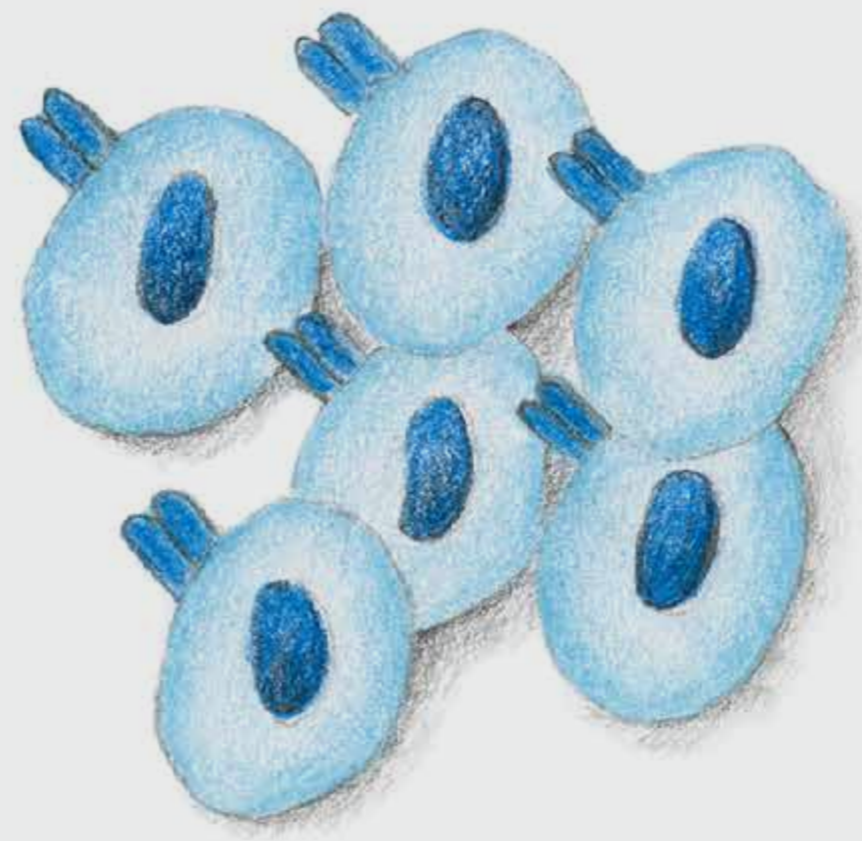
> WEITER ZU ZYTOKINE UND AKTIVE IMMUNISIERUNGEN

ANSATZ 2

ANSATZ 3



ANSATZ 1



T-Zellen mit einem  
chimären Antigenrezeptor  
(CAR)



## ZYTOKINE UND AKTIVE IMMUNISIERUNGEN

Seit vielen Jahren werden Zytokine verwendet, um das Immunsystem zu stimulieren. Am besten dokumentiert ist die Wirksamkeit von Interleukin-2 (IL2) und Interferon-alpha (IFN) beim Melanom.

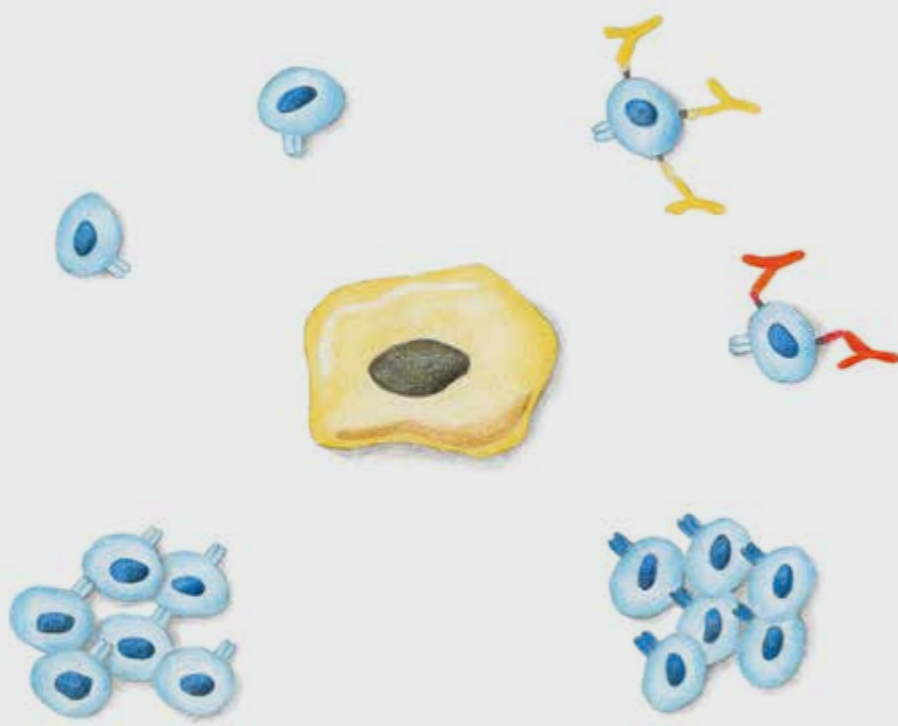
Aktive Immunisierungen mit Peptiden (kleine Eiweissteile), dendritischen Zellen oder anderen Antigenformaten werden seit Jahrzehnten getestet. Die Wirksamkeit einer aktiven Impfung mit dendritischen Zellen konnte beim fortgeschrittenen Prostatakarzinom dokumentiert werden. Die Immunisierung führte zu einer Verbesserung der Überlebenschancen der behandelten Patienten.

> WEITER ZU IMMUNMODULATORISCHE MEDIKAMENTE  
(IMMUNE CHECKPOINT INHIBITION)

IL2  
IFN  
IL15  
IL21

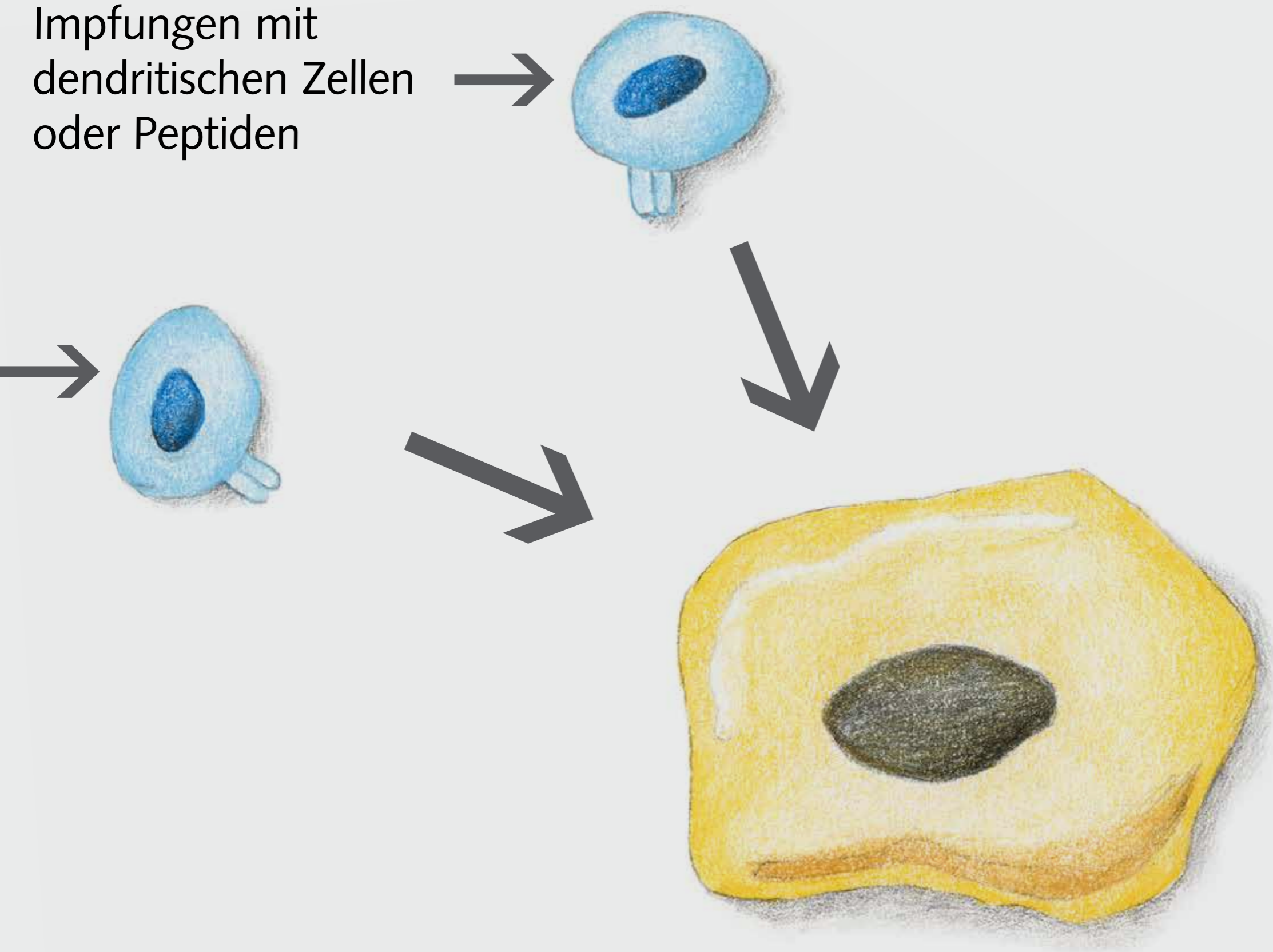
ANSATZ 2

ANSATZ 3



ANSATZ 1

Impfungen mit  
dendritischen Zellen  
oder Peptiden



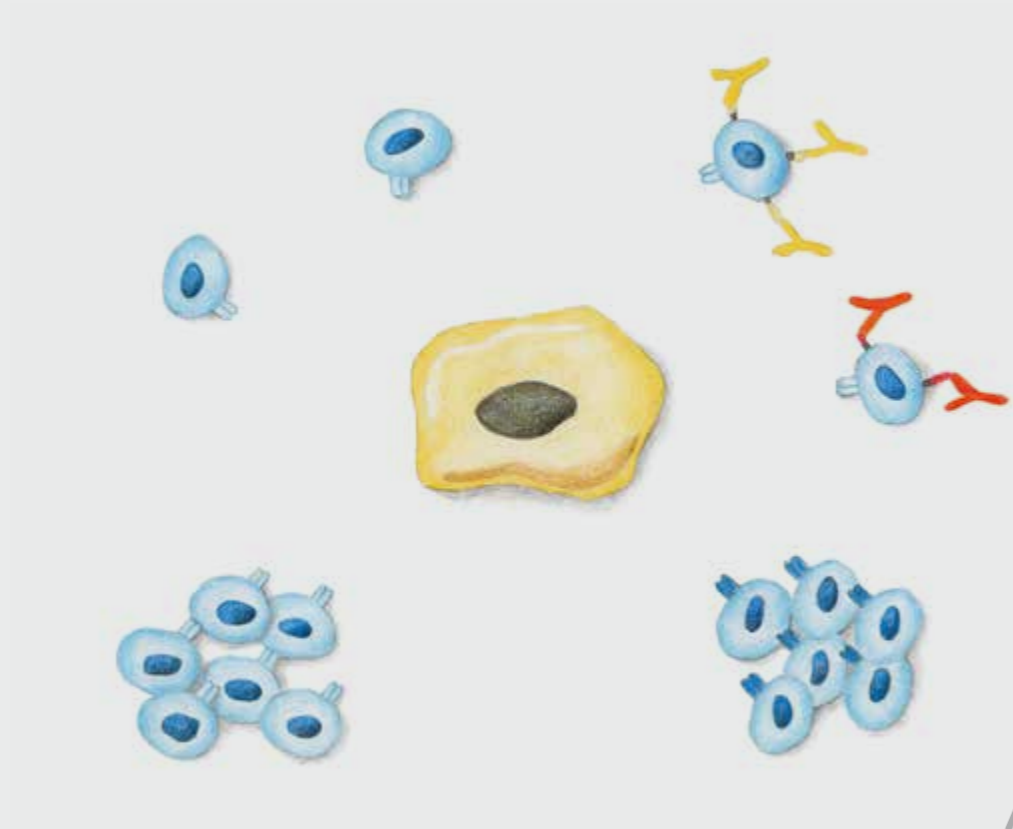


## **IMMUNMODULATORISCHE MEDIKAMENTE (IMMUNE CHECKPOINT INHIBITION)**

Immunmodulatorische Medikamente sind zurzeit in der Immuntherapie von Krebs am weitesten entwickelt. Für die Blockierung von CTLA4 und PD1 konnte in klinischen Studien die Wirksamkeit beim Melanom, bei Lungenkrebs, aber auch bei speziellen Formen von Lymphomen dokumentiert werden. Studien bei verschiedenen Tumortypen sind zurzeit weltweit und auch im Inselspital in Bern im Gange.

Neben PD1 und CTLA4 gibt es eine Vielzahl anderer immunmodulierender Moleküle, die potenziell therapeutisch angegangen werden können. Antikörper gegen diese immunmodulierenden Moleküle sind von verschiedenen Pharmafirmen entwickelt worden und sind auch in klinischer Testung.

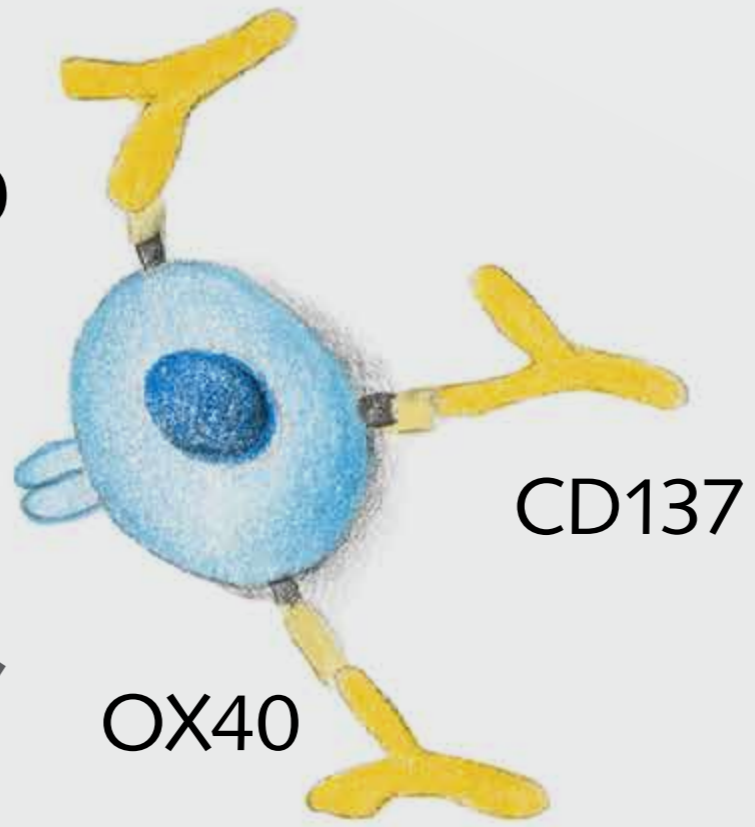
ANSATZ 2



ANSATZ 3

ANSATZ 1

CD40



CD137

OX40



CTLA4



PD1





# KREBSSTAMMZELLEN VERSTEHEN, UM SIE BESSER ZERSTÖREN DURCHBRUCH IN DER FORSCHUNG VON LEUKÄMIESTAMMZELLEN



---

Prof. Adrian Ochsenbein ist Chefarzt an der Universitätsklinik für Innere Medizinische Onkologie des Inselspital. Er forscht mit der Immunkontrolle von Krebsstammzellen sind der Entstehung; sie können sich so das Wachstum des Tumors

Krebsstammzellen sind reiner als die derzeitige Therapie. Deshalb sind sie verantwortlich für den Wiederaufbruch nach einer Therapie. Eine Krebsstammzellenerkrankung kann also nur durch die Zerstörung dieser Krebsstammzellen erloschen. Es gab grosse Hoffnung, dass Krebsstammzellen erkannt werden könnten. Unsere Daten zeigen aber, dass sie sich der Immunkontrolle entziehen", sagt Prof. Ochsenbein.

Mit seinem Team des Tumorzellmodells hat er Mechanismen definiert, wie sich Krebsstammzellen im Immunsystem entziehen können.

## ZU KÖNNEN – ELLEN

, Wissenschaftler und  
sitätsklinik für Medizi-  
selspitals, befasst sich  
von Krebsstammzellen.  
er Ursprung der Tumor-  
ch unendlich teilen und  
mors aufrechterhalten.

sistent gegen verschie-  
n, inklusive Chemothe-  
elgerichtete Therapien.  
rtlich für einen Rückfall  
e Heilung der Krebser-  
durch die Eliminierung  
erreicht werden. «Es be-  
dass das Immunsystem  
nen und abtöten kann.  
r, dass Krebsstammzel-  
olle entziehen können»,

norimmunologie-Labors  
verschiedene Mecha-  
n die Leukämiestamm-  
Krebsstammzelle – dem  
ann: Anstatt die Leukä-

miestammzellen abzutöten, führen leukämiespe-  
zifische Killerzellen sogar zu einer Zunahme der  
Leukämiestammzellen und deshalb zu einem Fort-  
schreiten der Krankheit. Eine Blockierung dieser  
Mechanismen, z. B. durch spezifische Antikörper,  
ist ein neuer Therapieansatz, um Leukämiestamm-  
zellen gezielt abzutöten.

Für dieses Forschungsprojekt zum Thema Im-  
muntherapie hat Adrian Ochsenbein 2014 den  
Swiss Bridge Award erhalten. Mit dem Preisgeld  
wird er sich weiteren Herausforderungen stellen:  
«Wir werden in den nächsten Jahren zwei Zie-  
le verfolgen: Einerseits werden wir untersuchen,  
ob diese Therapieform geeignet ist, um Stamm-  
zellen der akuten myeloischen Leukämie gezielt  
abzutöten. Andererseits werden wir der Frage  
nachgehen, ob die gleichen Mechanismen auch  
bei soliden Tumoren – konkret beim Dickdarm-  
krebs und beim Lungenkrebs – eine Rolle spielen  
und ob wir auch dort gezielt Krebsstammzellen  
durch das Immunsystem eliminieren können.»

---



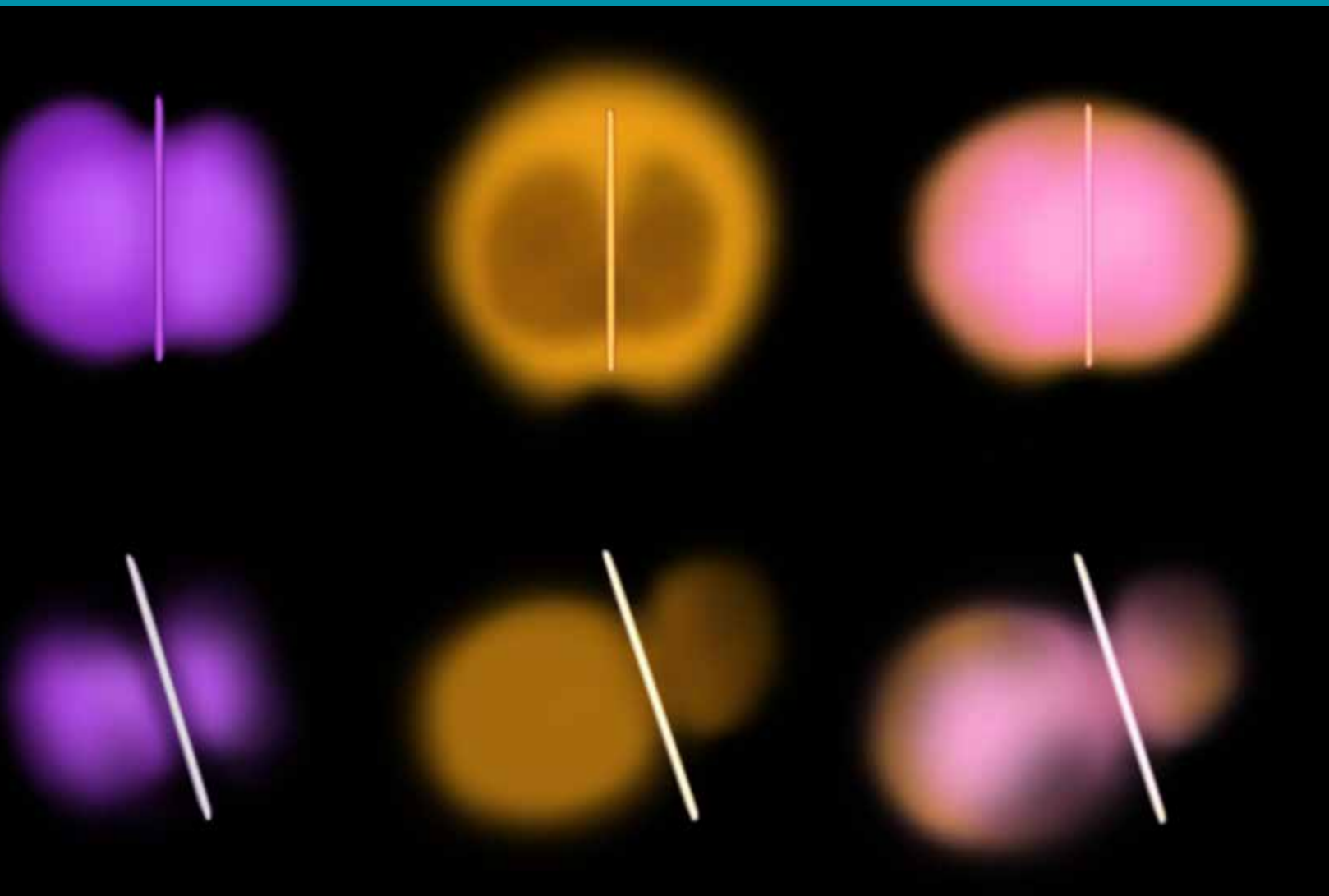
## KREBSSTAMMZELLEN KÖNNEN SICH DEM IMMUNSYSTEM ENTZIEHEN.

---

Tumoren bestehen aus verschiedenen Zelltypen. Vor allem für Leukämien, aber auch für verschiedene solide Tumoren wurde gezeigt, dass sich die Tumoren ausgehend von einer sogenannten Krebsstammzelle entwickeln. Leider sind diese Krebsstammzellen resistent gegen die meisten der aktuell angewandten Therapien inklusive Chemotherapie. Sie sind deshalb verantwortlich für die Rückfälle nach initial erfolgreicher Therapie.

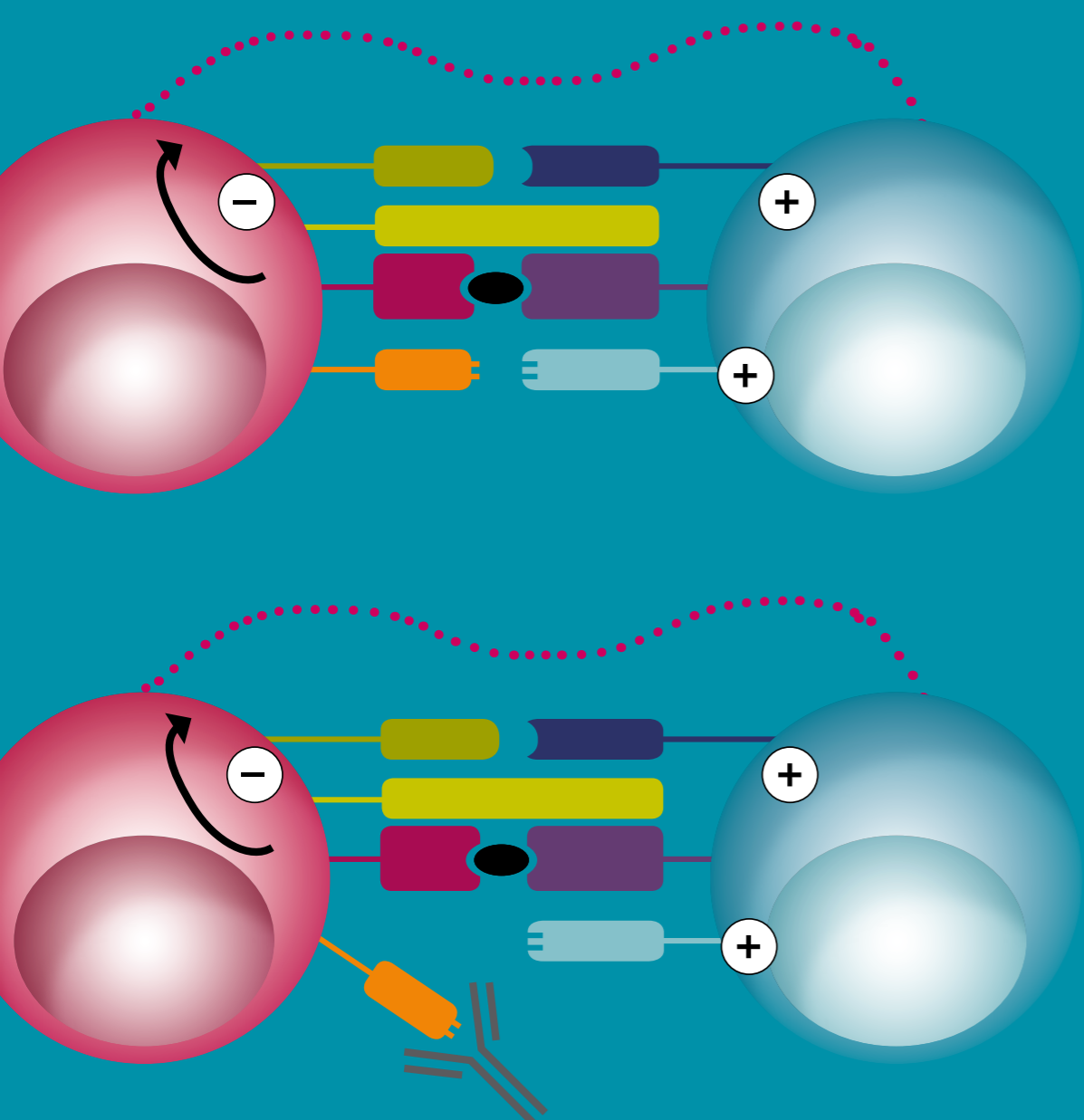
«Wir untersuchen Leukämienstammzellen als Beispiel einer Krebsstammzelle», erklärt Prof. Ochsenbein. «Wir haben CD27 als ein wichtiges immunmodulatorisches Signal der Leukämienstammzelle beschrieben. Therapeutisch konnten wir in Tiermodellen und auch mit Leukämiezellen von Patienten zeigen, dass Leukämienstammzellen durch eine Hemmung des CD27-Signalwegs eliminiert werden können. Diese Therapie ist in vorklinischen Studien wirksam bei der chronisch lymphatischen Leukämie und auch bei der akuten myeloischen Leukämie. Die aktuellen Studien untersuchen nun, inwieweit diese Therapie auch bei Lungenkrebs und Dickdarmkrebs wirksam sein könnte.»

---



TIPPEN FÜR  
MEHR INFOS

Krebsstammzellen können  
sichtbar gemacht werden



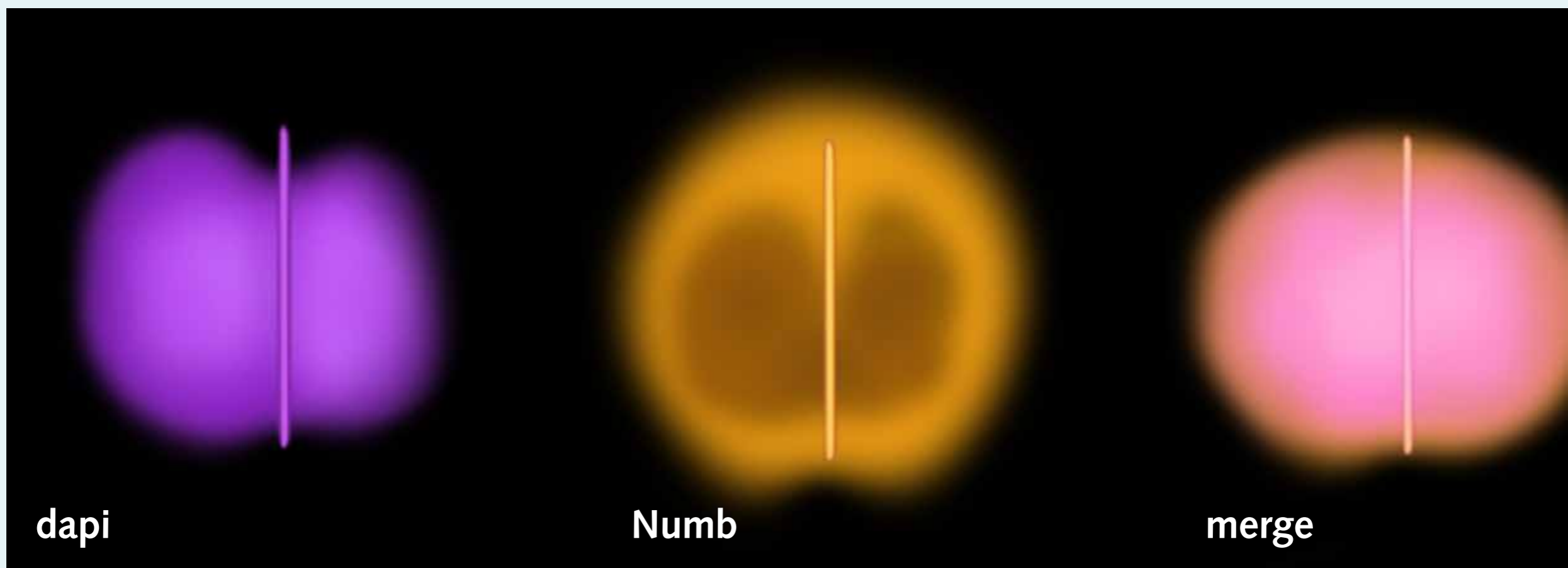
TIPPEN FÜR  
MEHR INFOS

Von der Grundlagenforschung  
zu neuen therapeutischen  
Ansätzen

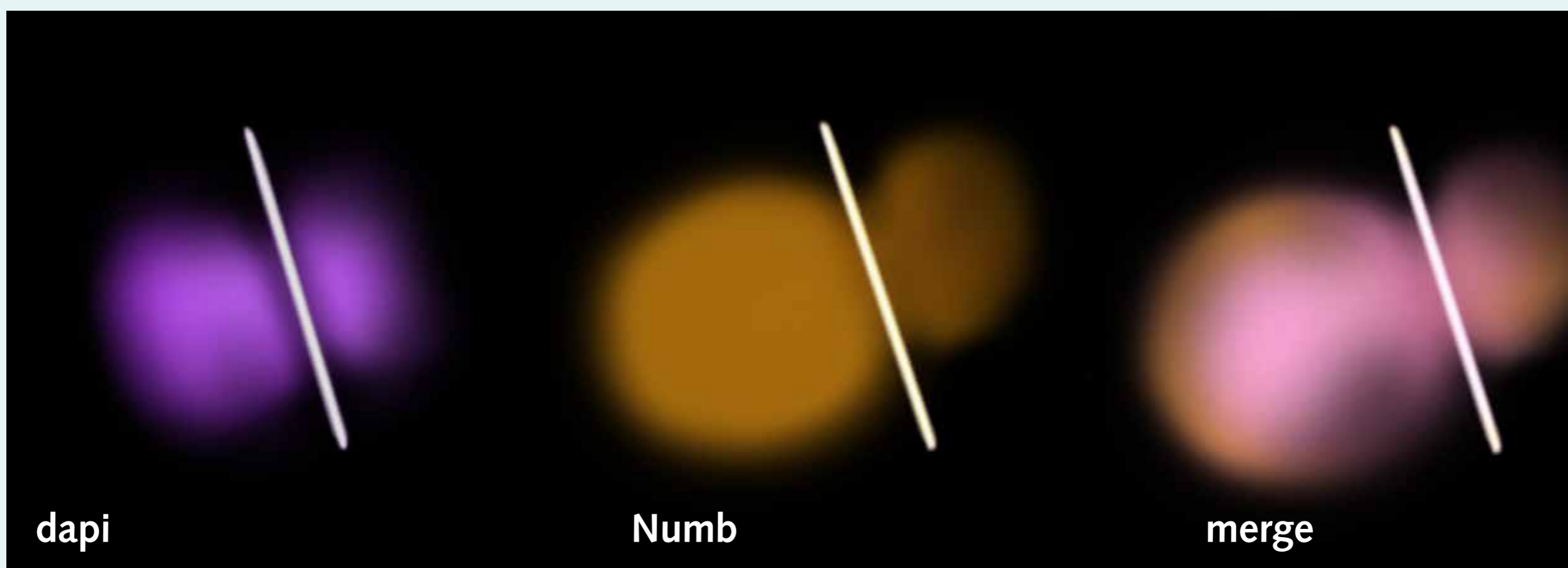


# KREBSSTAMMZELLEN KÖNNEN SICHTBAR GEMACHT WERDEN

## SYMMETRISCHE ZELLTEILUNG



## ASYMMETRISCHE ZELLTEILUNG



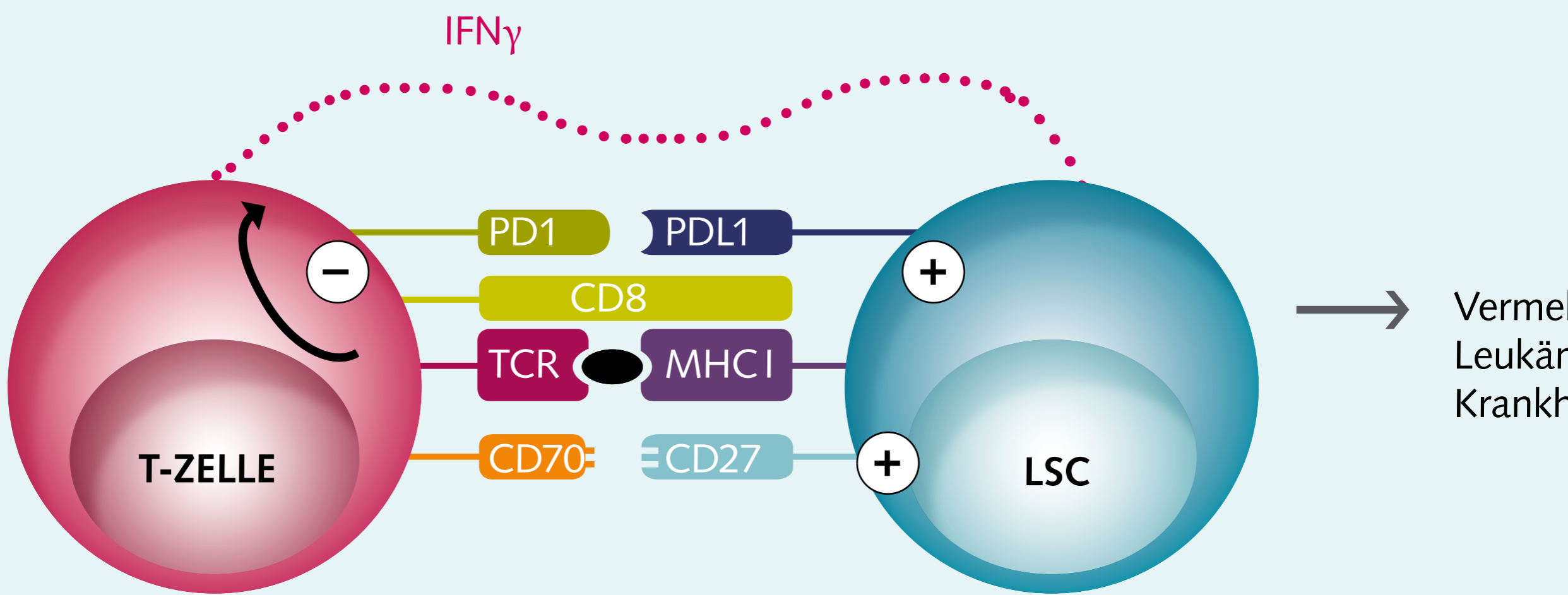
Krebsstammzellen innerhalb eines Tumors sind selten. Sie machen nur etwa eine Zelle pro 1000 bis 1 000 000 Krebszellen aus. Um diese Krebsstammzellen zu untersuchen, ist es wichtig, diese genau identifizieren zu können. Bei Leukämiestammzellen gelingt dies mit Oberflächenmarkern.

Krebsstammzellen können sich bei einer Zellteilung selber erneuern. Dies können sie durch eine symmetrische Zellteilung in zwei neue Stammzellen oder durch eine asymmetrische Zellteilung in eine erneute Stammzelle und eine differenzierte Tochterzelle. Dadurch unterhalten sich die Krebsstammzellen selber und sind auch für die Aufrechterhaltung des Tumors verantwortlich.

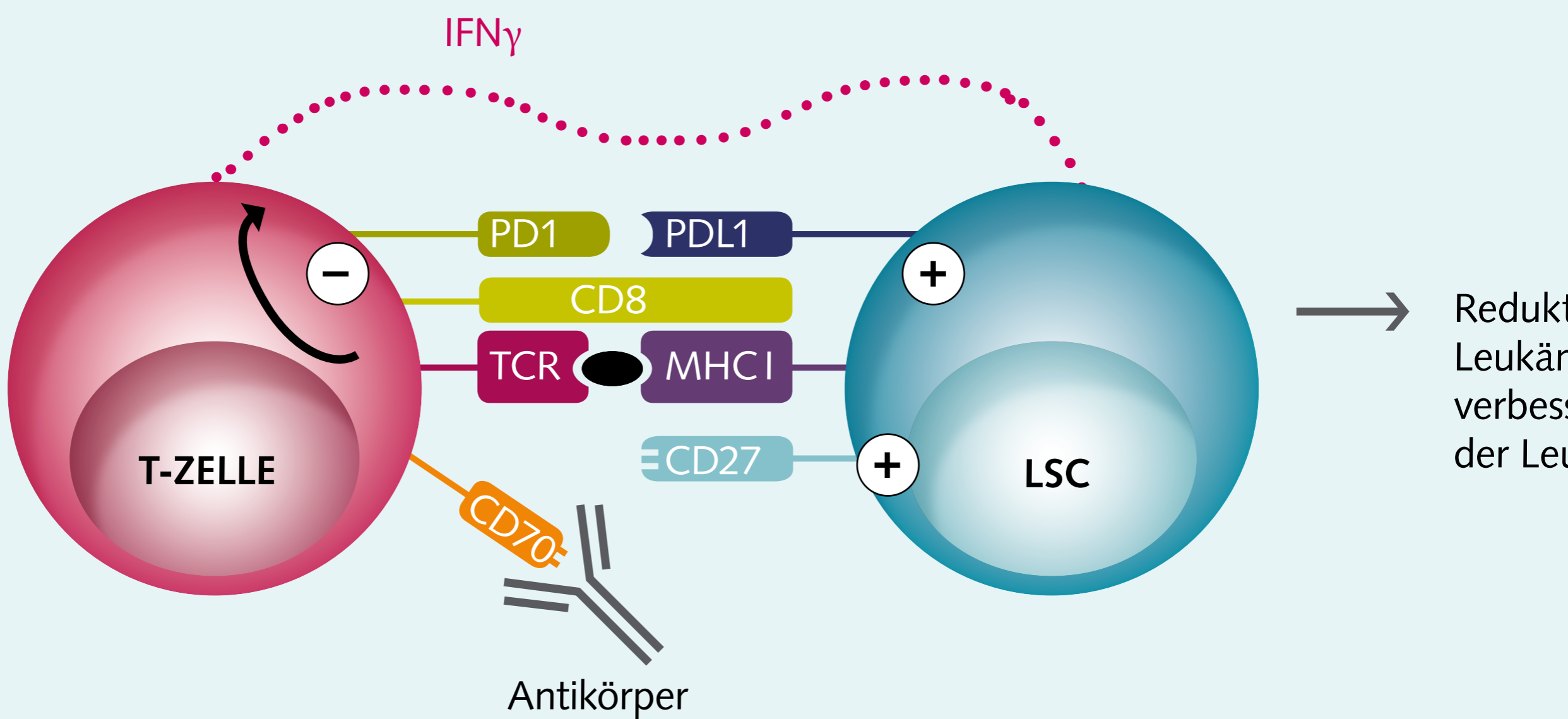


# VON DER GRUNDLAGENFORSCHUNG ZU NEUEN THERAPEUTISCHEN ANSÄTZEN

## CML UNBEHANDELT



## CML + IMMUNTHERAPIE



LSC = Leukämienstammzelle

Erhaltung der  
Leukämiestammzelle,  
Krankheitsprogression

Forschungsergebnisse aus Bern dokumentieren, dass das Immunsystem Krebsstammzellen aktiv aufrechterhält, vor allem durch eine Reduktion der asymmetrischen Zellteilung. Dadurch entstehen undifferenzierte und aggressive Formen einer Krebserkrankung.

Die Forschungsgruppe von Prof. Ochsenbein hat verschiedene Signalwege gefunden, wie eine T-Zelle mit der Leukämiestammzelle interagiert. Interferon gamma ( $IFN\gamma$ ) und der CD70/CD27-Signalweg führen zu einer Vermehrung der Leukämiestammzellen und zu einer Krankheitsprogression.

Blockierung der  
Leukämiestammzellen,  
verbesserte Prognose  
Leukämie

Diese Signalwege können jedoch durch Antikörper blockiert werden. So führt die Blockierung des CD70/CD27-Signalweges zu einer Reduktion der Anzahl der Leukämiestammzellen und somit zu einer verbesserten Krankheitskontrolle und damit besseren Überlebenschancen.



KINDERMEDIZIN

# Erfolgreiche Zusammenarbeit



beit





Im  
135 Ärztinnen  
600 Pfl  
Kind

Jahr 2014 betreuten  
n und Ärzte und gut  
egende rund 35 000  
der und Jugendliche.





Als universitäres Zentrum bieten die Kinderkliniken des Inselspitals vom 1. Lebenstag bis zum Alter von 16 Jahren eine umfassende medizinische Versorgung «von Kopf bis Fuss» auf höchstem Niveau. Für Spezialuntersuchungen und -therapien suchen auch Kinder und Jugendliche aus anderen Kantonen die Kinderkliniken in Bern auf: Im Jahr 2014 betreuten 135 Ärztinnen und Ärzte und gut 600 Pflegende rund 35 000 Kinder und Jugendliche.

Für eine optimale Patientenversorgung ist eine enge Zusammenarbeit erforderlich. Im Inselspital und anderswo stellen die Grundversorgerinnen und Grundversorger die Grundversorgung der Kinder und Jugendlichen sicher. Sie arbeiten eng zusammen mit den Spezialisten und fachkompetentes Personal. Gemeinsam mit den Eltern und der Pflege der jungen Patientinnen



TIPPEN, UM FILM ZU STARTEN

versorgung besteht eine  
erseys mit Spezialisten  
eits mit den niedergelas-  
zte in der Region. Diese  
ng und Nachbetreuung  
en sicher. Ein qualifizier-  
s Pflorgeteam kümmert  
Eltern um die optimale  
nnen und Patienten.

Das Beispiel des kleinen Jungen im Film zeigt das gelungene Zusammenspiel aller Beteiligten. Bei dem Buben aus dem Wallis wurde eine angeborene Engstellung des untersten Dickdarmanteils (Morbus Hirschsprung) diagnostiziert.



B 205 K  
Röntgen Skelett

ANGIOLOGIE

Gefäßkrankheiten  
adäquat behan-



meiten  
andelt



# GEFÄSSKRANKHEITEN: VON DER GRUNDVERSORGUNG ZUR SPEZIALISATION

Krankheiten der Gefässe und deren Behandlung erstrecken sich von «einfach» bis «hochkompliziert». Deshalb braucht es eine enge Zusammenarbeit zwischen Grundversorgern und Spezialisten. Im Kanton Bern wird dieses Teamwork gelebt. Von den Hausarztpraxen über die Regionalspitäler bis hin zum Inselspital arbeitet man Hand in Hand.

---

## Grundversorgung

Die meisten Krankengeschichten beginnen in einer Hausarztpraxis. Da viele Gefässkrankheiten. Die häufigsten sind die Beinvenenthrombose und die Arterien (Arteriosklerose). Wenn diese Krankheiten in der Hausarztpraxis solange keine Komplikationen verursachen, überweisen die Hausärzte Patienten aufwendigere Untersuchungen, überweisen sie die Patienten ins Regional- oder direkt ins Inselspital.

Zur Grundversorgung der Patienten gehören die Wundheilung in Gisberg, Tiefenau und Zollikofen. Die Wundheilung ist eine Wundprechstunde. Wenn es um Wunden geht, bemühen sich unbürokratisch um die Patienten, die oft bei Diabetes mellitus. Wenn es um Störungen der Wundheilung geht, geht es um Störungen der Wundheilung. Wenn es um hartnäckige Wunden geht, geht es um Störungen der Wundheilung.

## WUNDENMEDIZIN

schichten beginnen in  
s gilt auch für Gefäß-  
en Gefäßprobleme sind  
und die Verengung von  
. Beide Gefäßkrankhei-  
usarztpraxis behandeln,  
nen auftreten. Brauchen  
ntersuchungen und The-  
Hausärzte ins Stadtsptal



Ausgangslage

r Spitäler Aarberg, Rig-  
egler gehört auch eine  
ndspezialistinnen küm-  
um chronische Wun-  
mellitus auftreten. Meist  
r Beindurchblutung, die  
erlassen.

**WISCHEN FÜR MEHR BILDER**



# «In den Stadtsp mit venösen Thrombosen kann zu Lungenembol

## Forschung in der Grundversorgung

Geforscht wird nicht nur an den Universitätsspitälern, sondern auch an der Basis. Prof. Kohler zum Beispiel leistet Grundlagenforschung zum Thema «Blutgerinnung». Er will mit seiner Forschungsgruppe die Zusammenhänge zwischen Gefässkrankheiten und verstärkter Blutgerinnung klären. Dieser Kontext ist wesentlich für das Verständnis der Komplikationen von häufigen Gefässkrankheiten wie Beinvenenthrombosen und Arteriosklerose.

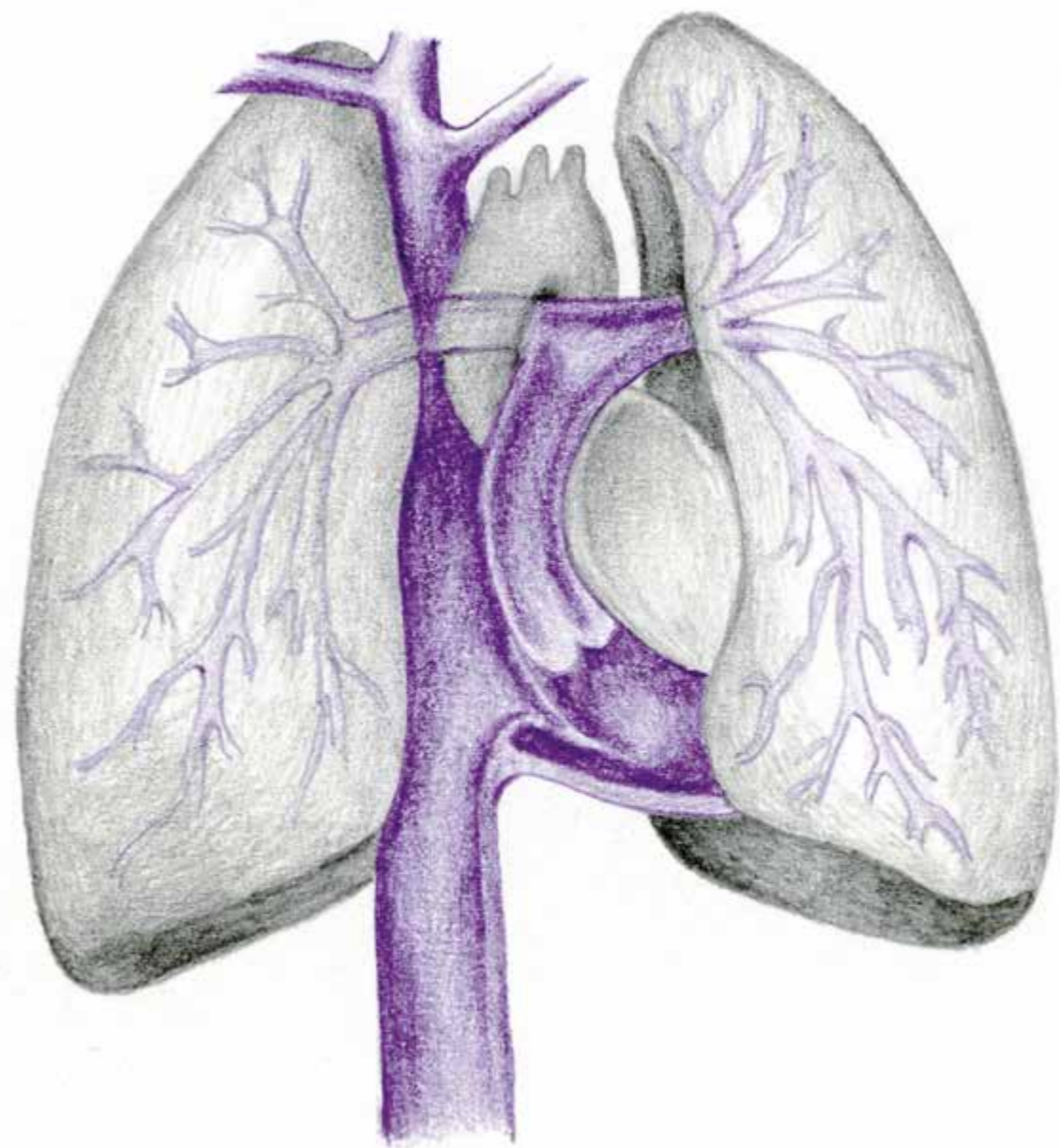
## Spitzenmedizin

Die Grundlagenforschung, gleich der Spitzenmedizin, wird im Inselspital geleistet. Das Forschungsthema «Blutgerinnung» von Prof. Kohler hat einen Zusammenhang mit der Behandlung von komplizierten Varianten der Gefässkrankheiten im Inselspital. Hier behandelt man lebensbedrohliche Komplikationen. Eine dieser Komplikationen ist die Lungenembolie.

bitälern haben wir es vor allem  
n zu tun. Dieses Krankheitsbild  
lien führen, welche wir häufig  
selbst behandeln können.»

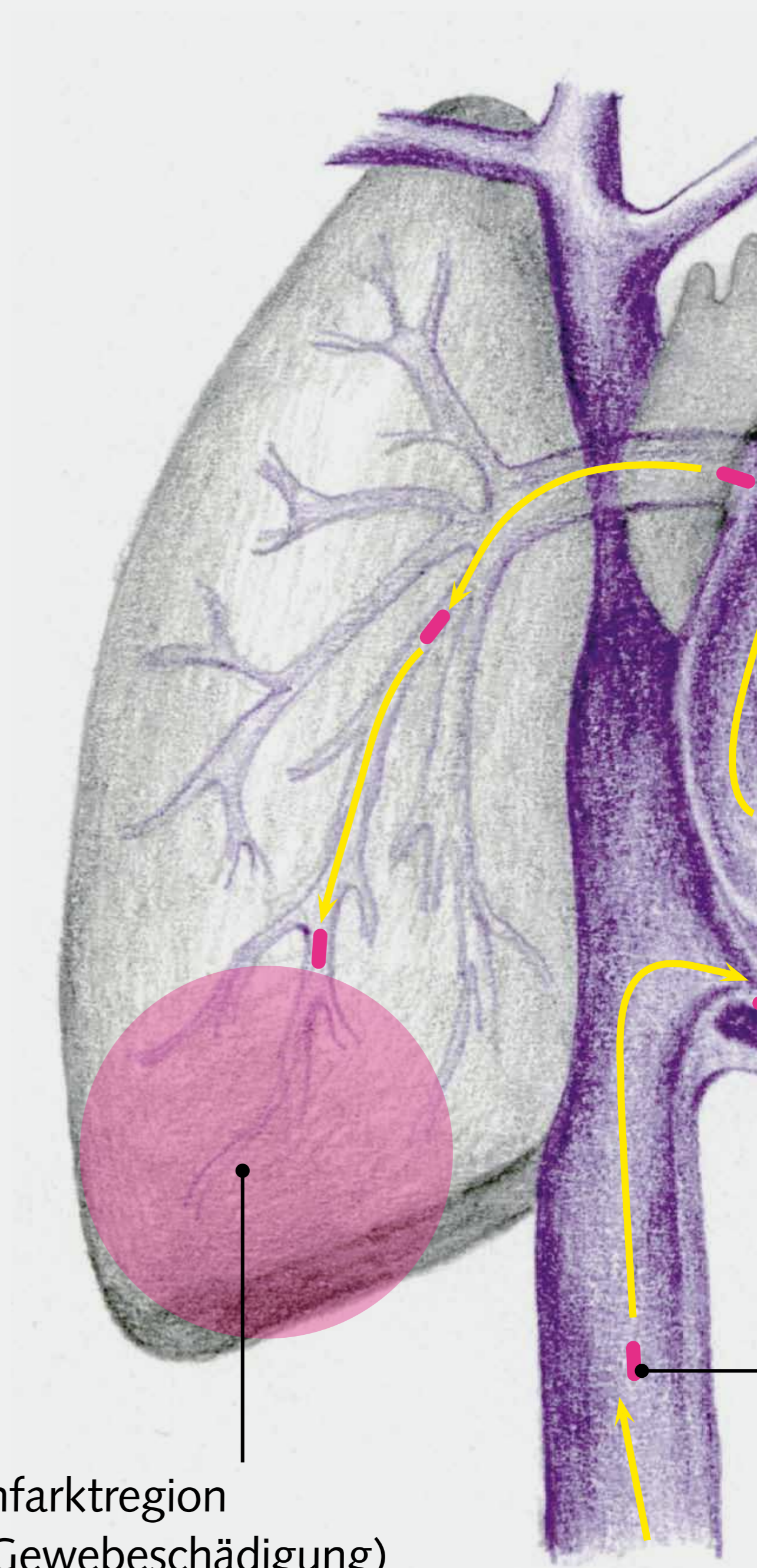
PROF. HANS-PETER KOHLER, KLINIKLEITER UND CHEFARZT,  
KLINIK FÜR INNERE MEDIZIN TIEFENAU ZIEGLER

g an der Basis kann zu-  
n helfen, die im Insel-  
orschungsthema «Blut-  
ohler steht im direkten  
Arbeit der Angiologie  
deln die Ärzte die kom-  
Gefässkrankheiten. Eine  
ifikation der Beinvenen-  
embolie.



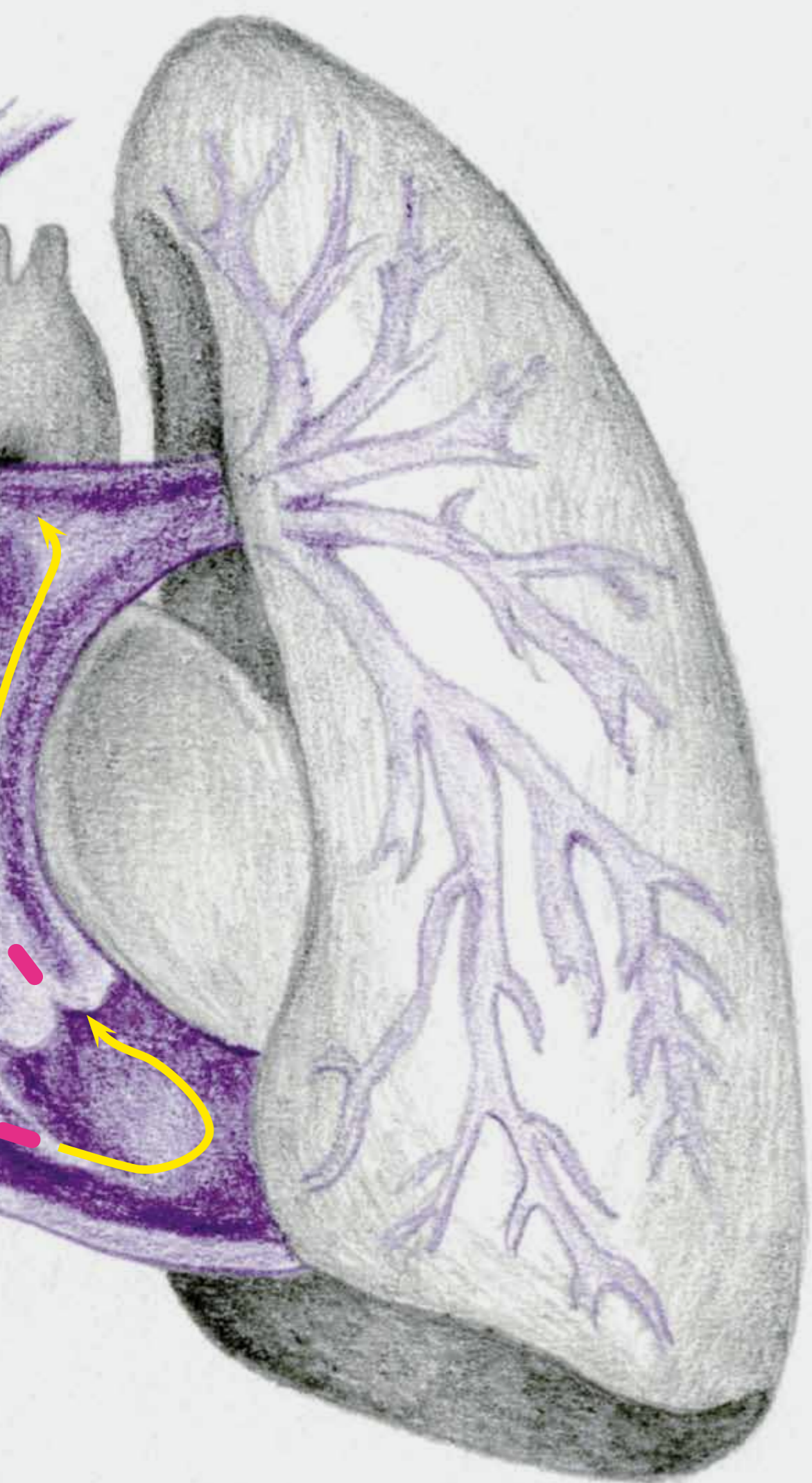
TIPPEN, UM BILD ZU  
VERGRÖßERN





Infarktregion  
(Gewebeschädigung)





Der Embolus (das Blutgerinnsel) gelangt durch die untere Hohlvene zu Herz und Lunge.



Kleine Lungenembolien können medikamentös aufgelöst und somit im Rahmen der Grundversorgung behandelt werden. Zentrale Lungenembolien bedürfen der Spitzenmedizin. Auf diesem Gebiet spielt das Inselspital weltweit in der obersten Liga.

Auch bei der Therapie von Thromboembolien in den tiefen Beinvenen gehört das Inselspital zur Weltspitze. Von einem Zentrum für Thromboembolien ist man nicht nur erstklassig.



Therapie einer zentralen Lungenembolie mit Ultraschallunterstützung



TIPPEN, UM FILM ZU STARTEN



TIPPEN

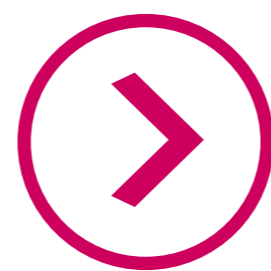
n komplizierten Throm-  
und Beckenvenen ge-  
eltspitze.

Spitzenmedizin erwar-  
ssige Medizin, sondern



Beckenvenenthrombose

auch Forschung auf hohem Niveau. Die Angio-  
logie des Inselspitals genießt bei der Forschung  
zu innovativen, interventionellen Therapien von  
Lungenembolien und Venenthrombosen einen  
ausgezeichneten Ruf.



ZUR FORSCHUNG  
ANGIOLOGIE INSELSPITAL

, UM FILM ZU STARTEN



A close-up photograph of an ambulance, showing the side of the vehicle with yellow and red stripes. The text 'AMBULA' and 'AARBE' is visible on the side panel. The image is slightly blurred, focusing on the text.

NOTFALLMEDIZIN

Netzwerk ret



ttet Leben

AMBUULLA  
AARBED



In mindestens  
der Patient gemäss kanton  
30 Minuten erreicht w  
sollen dabei so rasch

ens 80 % der Notfälle muss  
maler Vorgabe innerhalb von  
werden. Die Notfallpatienten  
n wie möglich die geeignete  
Behandlung erhalten.



---

Das Spital Aarberg garantiert die Diagnose- und Operationskapazität 24 Stunden am Tag und 365 Tage im Jahr. Ist die Behandlung in Aarberg nicht möglich bzw. sinnvoll, wird der Patient zur Operation ins Spital Tiefenau oder ins Inselspital verlegt, je nach Schweregrad.

Die vernetzte Behandlung des Patienten setzt voraus, dass sich die Teams von Rettungsdiensten und Notfallstationen gut kennen und die Notfall- und Ambulanz-Equipen genau Bescheid wissen über die medizinischen und technischen Möglichkeiten sowie die aktuellen Aufnahme-Kapazitäten in den verschiedenen Spitälern. Von dieser durchstrukturierten Organisation profitieren die Patientinnen und Patienten genau dann, wenn jede Minute zählt.

Innerhalb des Spitalverbunds zwischen der Spital Netz Bern AG und der Inselspital-Stiftung wird das Notfall-Netzwerk aktiv gefördert: durch Weiterbildungen und die gemeinsame Definition der Behandlungspfade.

---

# Wenn es um jede Minuten geht, die vernetzte Zusammenarbeit.



WEITERLESEN







**Patienten, die in die Notfallstation kommen und bei denen keine akute Lebensgefahr besteht, nehmen im Warteraum Platz, sofern alle Behandlungsräume besetzt sind.**

**Dem Notfallpersonal ist es ein grosses Anliegen, die Notfallpatienten schnell zu behandeln, damit keine langen Wartezeiten entstehen. Dies wird von den Patienten sehr geschätzt.**



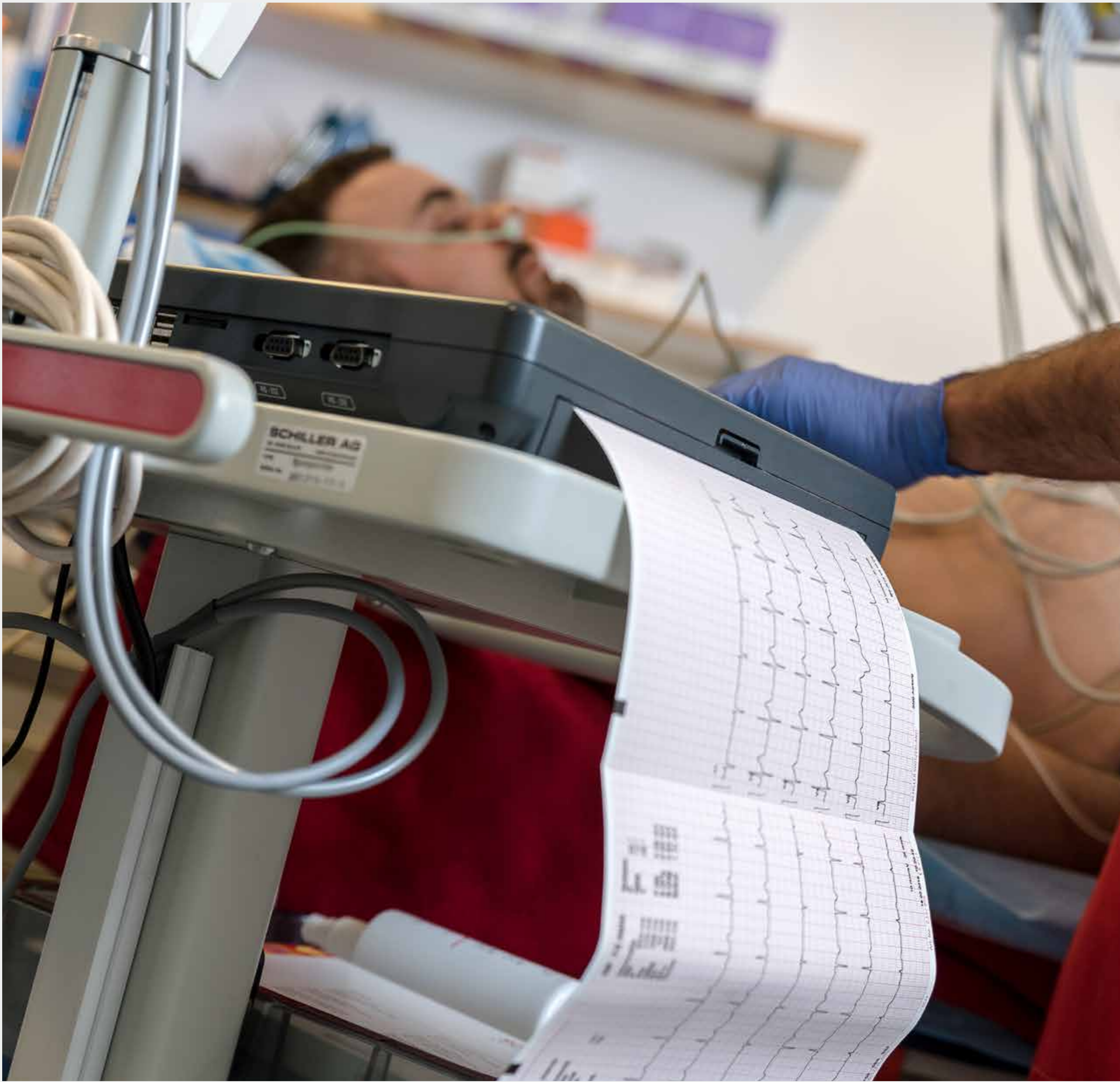




**Der Notfallpatient, der per Rettungsdienst geholt wird und in einer akut bedrohlichen Situation ist, hat immer Priorität vor nicht lebensbedrohlichen Notfällen.**

**Er wird vom Rettungsdienst in die Schockkoje gebracht und von Arzt und Pflegepersonal in Empfang genommen. Die Anästhesiefachperson gibt dem zuständigen Arzt und dem Pflegepersonal einen ausführlichen Überweisungsrapport ab.**







Bei Verdacht auf ein akutes Herzproblem wird mit einem Elektrokardiogramm die Aktivität des Herzens aufgezeichnet.









**Der Patient erhält auf ärztliche Verordnung eine Blutentnahme und gezielte Medikamente zur Sofortbehandlung des akuten Problems.**







Zur multifunktionellen Arbeit gehören auch die Endoskopien wie Gastro-, Colono- und Bronchoskopie. Die Patienten erhalten zur Sedation ein Narkosemittel. Der Gastro-Enterologe führt die Untersuchung durch und ist auf die Unterstützung einer Pflegefachperson angewiesen, welche die Sedation und die Zudienung der zusätzlichen Instrumente durchführt.







**Das Angebot des Notfalls in  
Aarberg ist multifunktional.  
Hier: Gipszimmer.**



## DER NOTFALL: TAG FÜR TAG SUCHEN HIER KRANKE UND VERLETZTE. LINDERUNG UND BETRETEN EINE IHNEN MEIST FREMDE WELT.

---

Aus 99 Ländern und aus allen Kantonen der Schweiz wurden im Jahr 2014 Menschen im Notfallzentrum des Inselspitals behandelt. Und bei jedem Neueintritt betritt das Notfallteam medizinisches «Neuland»: Jeder Patient ist zuallererst einmal ein Unbekannter. «In der Regel kennen wir unsere Notfallpatienten nicht und sehen sie zum ersten Mal», sagt Prof. Aristomenis Exadaktylos, Chefarzt und Direktor des Universitären Notfallzentrums (UNZ). Dabei gilt es bei vielen der rund 40 000 Notfälle pro Jahr während einer äusserst kurzen Kontaktzeit Diagnose zu stellen. «Da braucht es nebst viel Fachwissen, Verständnis, Empathie und viel Gelassenheit.»

### Erwartungshaltung nimmt

Die Erwartungshaltung von Patienten nimmt mit der Zeit immer grösser und hat in den letzten Jahren stark zugenommen. Diesen Erwartungen muss das gesamte Team mit Leistung und rasch einsetzbaren Möglichkeiten gerecht zu werden. Der Einsatz modernster Untersuchungstechniken, welche rasch zur Verfügung stehen, ermöglicht es, Diagnosen raschmöglichst zu diagnostizieren und Patienten raschmöglichst wieder nach Hause zu entlassen.

# «Jeder Patient ist zuallererst einmal ein Unbekannter.»

PROF. ARISTOMENIS EXADAKTYLOS, CHEFARZT UND DIREKTOR,  
UNIVERSITÄRES NOTFALLZENTRUM (UNZ)

## SETZTE

### nt Jahr für Jahr zu

von Notfallpatienten ist  
ten Jahren weiter zuge-  
ungen versucht das ge-  
gen und den heutigen,  
lichkeiten der Medizin  
Einsatz neuester Unter-  
ne 24 Stunden am Tag  
möglichst es, Patienten  
diagnostizieren und, wenn  
use zu entlassen.

Das interdisziplinäre Notfallteam besteht rund um die Uhr aus Fachärzten, Assistenzärzten sowie Medizinstudenten und speziell ausgebildetem Pflegefachpersonal. Da viele Notfälle eine interdisziplinäre Zusammenarbeit benötigen, können ebenfalls rund um die Uhr Konsiliarärzte aller medizinischer Fachrichtungen aus den Universitätskliniken aufgeboden werden. So wird eine genaue Diagnosefindung und Therapie so schnell wie möglich gewährleistet. Die moderne Struktur und Organisation des Notfallzentrums erlaubt, dass alle beteiligten Ärzte- und Pflegegruppen Hand in Hand arbeiten.



## Faszination Unbekanntes

Von einem Moment auf den anderen muss das Notfallteam alles geben. Das sei wie bei der Feuerwehr, so Prof. Exadaktylos. Lange passiere vielleicht nichts, aber dann gehe es los. «Dabei wird jeder Patient gleich behandelt und erhält den gleichen Komfort. Wir können und wollen uns nicht die Rosinen aus dem Kuchen der Notfallmedizin picken und behandeln auch Betrunkene, Inhaftierte oder Drogenkranke.» Und das rund um die Uhr.

## Schützende Teamarbeit

Bei 80 % der Notfallpatienten ist das häufigste Symptom. Infolge der Folgen, der ungenutzten Apparatediagnostik: Notfallpatienten weilen auch etwas ungeduldet als Patienten in einer Poliklinik. Teamarbeit rasch zur Belastung werden kann. Zudem auftretende körperliche Symptome eine intensive Zusammenarbeit mit den Organen und den Psychiatrie

# WARUM KOMMT ES IM NOTFALL ZU WARTENZEITEN?



[WEITERLESEN](#)

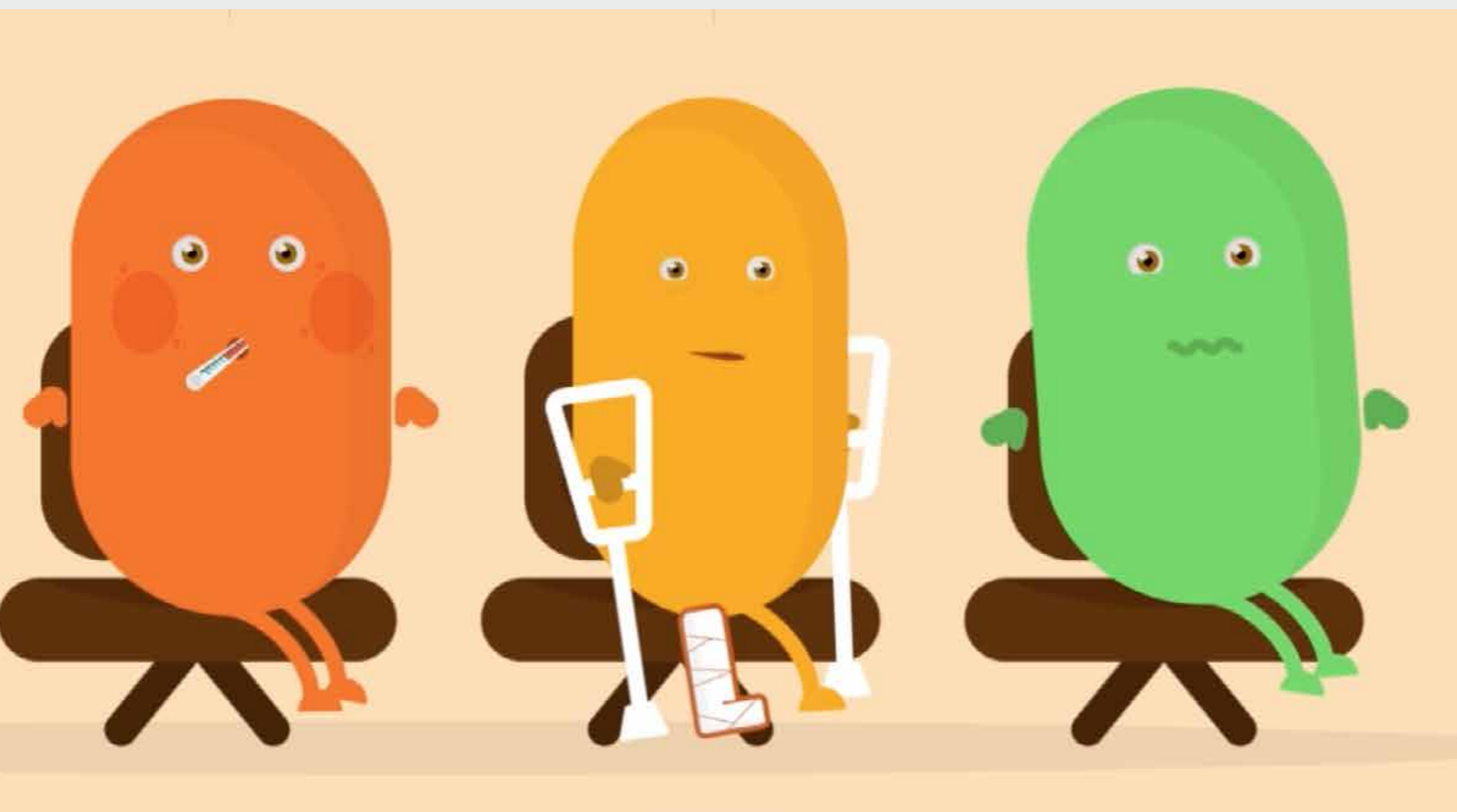


enten ist der Schmerz  
Dazu gesellt sich Angst  
nbekannten Welt, der  
patienten sind daher zu-  
uldiger und aggressiver  
liklinik, was ohne gute  
stung für die Mitarbei-  
em erfordern vermehrt  
und verbale Angriffe  
arbeit mit Sicherheits-  
trischen Diensten.

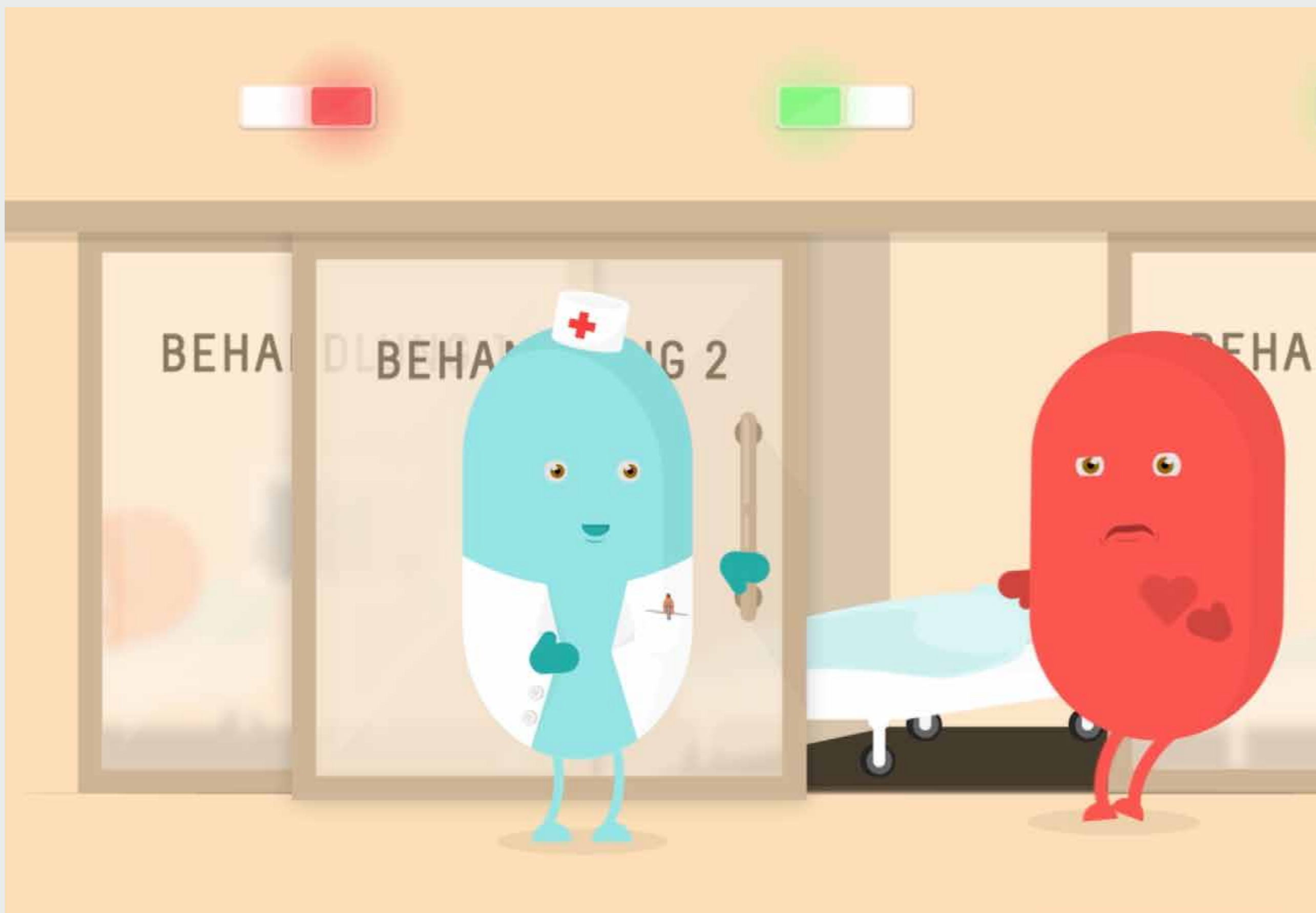
## Gesundheitsvorsorge

Ein Drittel der Berner Bevölkerung hat einen Migra-  
tionshintergrund und ist oft nicht ausreichend in das  
klassische Hausarztmodell der Schweiz eingebun-  
den. Auch für diese Mitmenschen bietet das Not-  
fallzentrum eine spezifische Medizin an. Dazu Prof.  
Exadaktylos: «Wenn es eine Gesellschaft schafft,  
ihre Mitmenschen gesund zu halten, schaffen es  
diejenigen auch, die Gesellschaft positiv weiterzu-  
entwickeln: Gesundheitspolitik bedeutet Gesund-  
heitsvorsorge, was wiederum zu einer besseren  
sozialen Integration führt.» Hierzu plant das UNZ  
eine spezielle Migrantensprechstunde.

---







**Vom gewöhnlichen Husten bis zur tödlichen Verletzung: Die Patientinnen und Patienten im Universitären Notfallzentrum könnten vielfältiger nicht sein. Und doch verbindet alle Patienten eines: Sie möchten möglichst rasch an die Reihe kommen und erheben auch aufgrund ihrer Krankenversicherung, die**

**schliesslich während 24 Stunden das ganze Jahr über gilt, Anschnelle Behandlung. Die die ganze Besatzung und forderungen und lässt sich in den Notfällen oder dring immer erfüllen. Aus dies**



TIPPEN, UM FILM ZU STARTEN

Stunden pro Tag das  
Anspruch auf möglichst  
Anspruch stellt an  
Logistik grösste An-  
bei unvorhergesehe-  
enden Eintritten nicht  
Grund erfolgte

der Ausbau des sogenannten «Fast-Track-  
Notfalls», einer Notfallpraxis für weniger  
dringende Patienten mit einer berechneten  
Behandlungszeit von rund 45 Minuten. Die  
dadurch entstehende Entlastung des «grossen  
Notfalls» schafft mehr Ressourcen für  
Schwerkranke und -verletzte.



## WEITERFÜHRENDE THEMEN

---

### LEHRE UND FORSCHUNG

#### DAS UNIVERSITÄRE NOTFALLZENTRUM

- BETREIBT ANGEWANDTE FORSCHUNG.
- IST AKTIV IM BEREICH STUDENTISCHE LEHRE UND AUSBILDUNG VON
- ORGANISIERT NATIONALE KONGRESSE ZUM THEMA AKUTE KRANKH
- PFLEGT PARTNERSCHAFTEN MIT NOTFALLSTATIONEN IN MANCHESTER

Hier mehr dazu:

- Facebook, [www.notfallzentrum.insel.ch/de/](http://www.notfallzentrum.insel.ch/de/)
- [www.notfallzentrum.insel.ch/de/ueber-uns/team/](http://www.notfallzentrum.insel.ch/de/ueber-uns/team/)
- [www.derbund.ch/bern/kanton/Dieser-Spass-kann-toedlich-enden/story/](http://www.derbund.ch/bern/kanton/Dieser-Spass-kann-toedlich-enden/story/)
- [www.tagesanzeiger.ch/leben/gesellschaft/Wie-das-Zuschlagen-alltaeglich](http://www.tagesanzeiger.ch/leben/gesellschaft/Wie-das-Zuschlagen-alltaeglich)
- [www.derbund.ch/bern/nachrichten/Die-Insel-ist-geruestet-fuer-renitente-](http://www.derbund.ch/bern/nachrichten/Die-Insel-ist-geruestet-fuer-renitente-)
- [www.sgnor.ch](http://www.sgnor.ch)

---

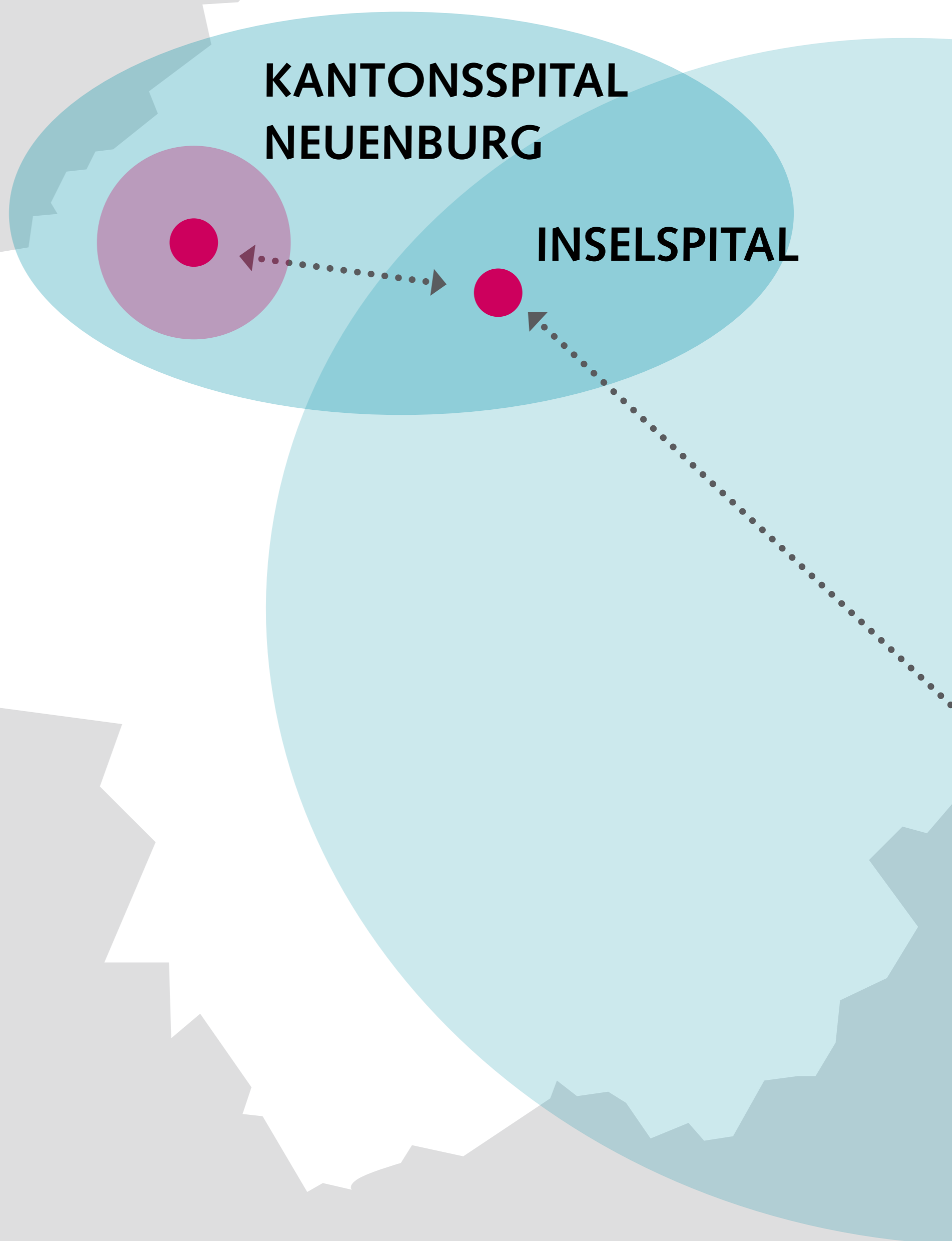
N NOTFALLPFLEGEPERSONAL.  
HEIT UND TRAUMA.  
TER, DUBLIN UND KAPSTADT.

10715084?track  
n-geworden-ist/story/30798379  
-Patienten/story/30968547



TELERADIOLOGIE

# Hirnschlagpatienten rasch versorgen



# patienten

# t

**OSPEDALE CIVICO  
LUGANO**





«Heute kann mehr an  
der Hirnschlag-Patienten  
Eingriff wieder in ihr  
zurückkehren.»

PROF. MARCEL ARNOLD, LEITER STROKE CENTER, INSELSPITAL

als die Hälfte  
nten nach dem  
altes Leben



## BERNER HIRNSCHLAGZENTRUM: EINE ÜBERREGIONAL WICHTIG

---

Das interdisziplinäre Stroke Center im Inselspital arbeitet mit den Spitälern der Region, unter anderem mit dem Kantonsspital Neuenburg, eng zusammen, um einem Einzugsgebiet von über zwei Millionen Menschen (Hauptstadtregion und vereinzelt andere Landesteile) eine Schlaganfalltherapie nach neuesten medizinischen Standards zukommen zu lassen.

Das Stroke-(Hirnschlag-)Zentrum des Inselspitals ist die grösste derartige Einrichtung in der Schweiz. Es betreut pro Jahr rund 1500 Patientinnen und Patienten mit akutem Hirnschlag. Bei 10 bis 20 % von ihnen muss der hirnschlagverursachende Blutpfropfen (Thrombus) direkt auf dem Blutweg beseitigt werden, d. h. durch einen minimal-invasiven Eingriff.

Besonders erfolgreich ist dabei seit 2009 der Express-Stent: Durch eine Öffnung in der Leiste wird ein feiner Schlauch (Katheter) in die verstopfte Arterie geschoben und der Thrombus mit einem winzigen Drahtgitter (Stent) umschlossen. Stent und Thrombus werden zusammen entfernt. Der ganze Eingriff dauert lediglich fünf Minuten. Das Inselspital war international eines der ersten Spitäler, das diese Methode anwandte.

---

## GE DREHSCHEIBE



TIPPEN, UM FILM ZU STARTEN

## IM SÜDEN AKTIV

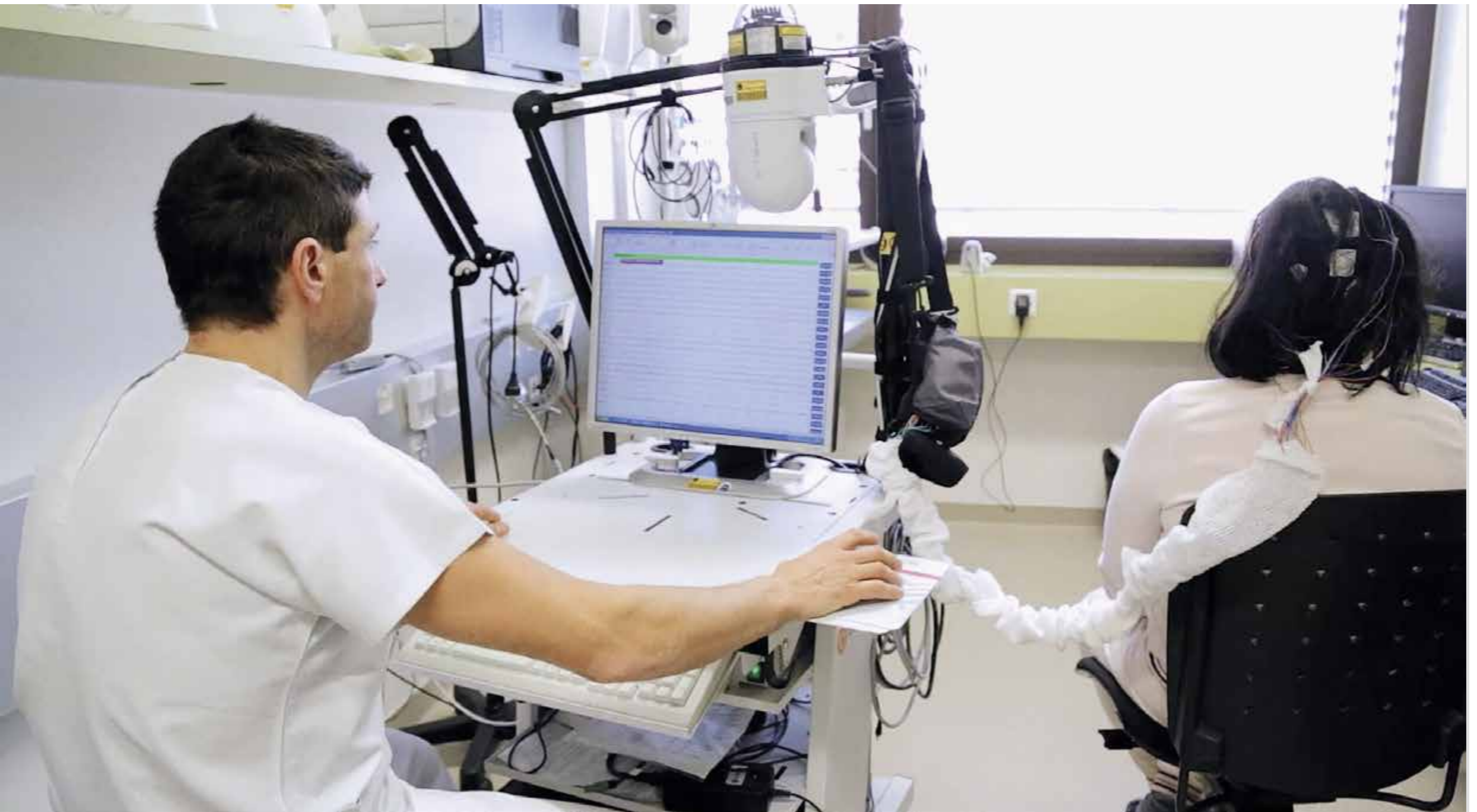
---

Das Berner Universitätsspital und das Ospedale Civico in Lugano als Teil der Tessiner Kantonsspitäler, Ente Ospedaliero Cantonale EOC, gehören zu den wenigen Zentren in der Schweiz, die gemäss der Interkantonalen Vereinbarung zur Hochspezialisierten Medizin IVHSM Hirnschlagpatienten behandeln dürfen. Die Aufgabenstellung geht indes weit über die Versorgung von Hirnschlagpatienten hinaus und umfasst die Behandlung von Patienten mit diversen zerebrovaskulären Erkrankungen (z. B. Aneurysmen, Stenosen). Damit auch die Hirnschlagpatienten in der Südschweiz nach universitätsmedizinischem Standard behandelt werden können, arbeiten die beiden Neurozentren im Bereich der Neuroradiologie intensiv zusammen. Dabei unterstützen die Spezialisten des Universitätsinstituts für Diagnostische und Interventionelle Neuroradiologie im Inselspital die Kollegen in Lugano beim Aufbau des neurointerventionellen Services. Zu diesem Zweck sind die Kollegen der Interventionellen Neuroradiologie wochenweise in Lugano, um die Notfallpatienten zu behandeln und den Aufbau zu begleiten.

Lugano war bereits bisher eingebunden ins teleradiologische Stroke-Netzwerk des Inselspitals: Rund um die Uhr tauscht das Inselspital Bilder und Expertenwissen mit externen Spitälern aus und übernimmt bei schweren Hirnschlägen die Weiterbehandlung.

---





TIPPEN, UM FILM ZU STARTEN



FRAUENFÖRDERUNG

Erlebnis Schw  
Mutterschaft  
eintritt ins Be



A photograph of two female healthcare workers in a clinical setting. They are wearing white scrubs. The worker on the right is wearing glasses, a pearl necklace, and has a pink flower in her dark hair. The worker on the left has her hair in a ponytail. They are standing in front of medical equipment, including a monitor and a control panel. The text 'Vangerschaft, und Wieder-rufsleben' is overlaid in large pink letters across the bottom half of the image.

Vangerschaft,  
und Wieder-  
rufsleben



# «Das Wohlergehen und der wertschätzende Umgang

**EINE SCHWANGERSCHAFT DAUERT NEUN MONATE UND DARAUFGEBEN  
16-WÖCHIGER MUTTERSCHAFTSURLAUB. DOCH FÜR DEN ARBEITGEBER  
DER GANZE PROZESS RUND ZWEI JAHRE. ZWEI GUT INVESTIERT**

---

Die meisten Frauen sind überglücklich, wenn sie erfahren, dass sie ein Kind erwarten. Doch vorerst sind da viele Fragezeichen. Werde ich es schaffen? Wird das Kleine gesund zur Welt kommen? Während der ersten drei Monate kann ja einiges passieren, und deshalb teilen sie ihr Geheimnis zuerst nur mit ihren Nächsten.

Weil die Chefs in der Regel nicht vor der 12. Woche informiert werden, dauert die Schwangerschaft für den Arbeitgeber etwa sechs Monate. Dennoch währt der ganze Prozess von Schwangerschaft, Mutterschaft, Wiedereinstieg und Stillzeit im Unternehmen fast immer zwei Jahre. Gesetzlich vorgeschrieben sind 14 Wochen Mutterschaftsurlaub mit 80 %igem Gehalt. Nach den im Inselspital und im Spital Netz Bern bezahlten 16 Wochen mit 100 %iger Lohnzahlung bezie-

hen die meisten Frauen Mutterschaftsurlaub und kommen etwa ein Jahr nach der Niederkunft zurück. In der Regel maximal 12 Monate.

Mit attraktiven und sinnvollen Aufgaben können wir als Arbeitgeber drei Ziele erreichen:

- Schwangere auf stimmige Weise unterstützen und länger in der Arbeit halten
- Die Anzahl der nicht in den Mutterschaftsurlaub zurückkehrenden Mütter erhöhen
- Mit guter professioneller Betreuung der Abteilung während Schwangerschaft Sicherheit geben und neue junge Arbeitnehmerinnen gewinnen

Das Wohlergehen der Mitarbeiterinnen und der wertschätzende Umgang

# Umgang der werdenden Mütter schätzende Umgang mit ihnen sind für uns existenziell.»

MARKUS LÜDI, DIREKTOR PERSONAL

## UF FOLGT EIN BEITGEBER WÄHRT TE JAHRE.

zusätzlich unbezahlten  
wa sechs Monate nach  
Die Stillzeit kann noch-  
dauern.

llen Massnahmen wollen  
le erreichen:

ge Art und Weise  
en.

den Arbeitsprozess  
er minimieren.

Unterstützung der HR-  
angerschaft und Mut-  
n und mit dieser Haltung  
rinnen gewinnen.

verdenden Mütter und  
gang mit ihnen sind für

uns existenziell. Die Mangelberufe lassen uns als grossen Arbeitgeber die angespannte Lage auf dem Arbeitsmarkt stark spüren. Damit unsere bestehenden Mitarbeitenden gern bei uns bleiben, legen wir grossen Wert darauf, gut für sie zu sorgen. Bei einem Frauenanteil von nahezu 80 % und fast 300 Schwangerschaften pro Jahr ist es für uns unerlässlich, die Mehrzahl unserer Mitarbeiterinnen vor, während und nach der Schwangerschaft zu behalten. In der Schwangerschaft ist der Mutterschutz am Arbeitsplatz entscheidend. Die Schutzbestimmungen sind ab Bekanntwerden der Schwangerschaft gewährleistet. Mittels einer gemeinsam mit dem Frauenarzt durchgeführten Risikoanalyse wird sichergestellt, dass wir bezüglich Belastungen und Expositionen den Arbeitsplatz und die zu verrichtenden Arbeiten als ungefährlich deklarieren können.

---

## Demütiges Staunen über das Wunder der Geburt

Die Geburt ist durchgestanden, das Baby hat das Licht der Welt erblickt, Mutter und Kind sind wohlauf. Dieses Glück ist mit nichts anderem zu vergleichen. Vermutlich geraten alle Menschen, die ein Neugeborenes im Arm halten, in demütiges Staunen ob dieses Wunders. Doch auch im Alltag nimmt der neue Erdenbürger seinen Platz ein und die Eltern haben für ihn zu sorgen – für die meisten jungen Familien eine schöne, intensive und zutiefst prägende Zeit.

Das Inselspital und das Spital Netz Bern gehen über die gesetzlichen Vorgaben hinaus und gewähren 16 Wochen Mutterschaftsurlaub mit 100 %iger Lohnzahlung. Nach der Geburt ihres Kindes haben Eltern per Gesuch Anspruch auf unbezahlten Urlaub bis zu sechs Monaten, sofern der ordentliche Dienstbetrieb sichergestellt ist. Bei uns dürfen die Frauen während ihrer Schwanger- und Mutterschaft temporär ersetzt werden – ein anspruchsvoller Prozess, der in den meisten Fällen nicht eins zu eins erfolgen kann. Oft werden Teams umgrup-

piert oder Aufgaben aufteilt. Die Entlastung des betroffenen Mitarbeiters ist die wesentlichste Massnahme zu verhindern. Hier sind die Teams gefordert, massgeschneiderte Lösungen zu finden, insbesondere wenn die Mutter in den ersten Wochen im Krankenhaus sein wird.

## Wiedereinstieg

Eine Rückkehr in den Arbeitsbetrieb nach einer Unterbruch ist im Betrieb zu unterstützen und zu bereiten. In jedem Fall sind die Arbeitsbedingungen betrieblich einiges verändert. Die Mitarbeiterin sorgfältig in den Arbeitsprozess und Abläufe zu integrieren. Die Bedürfnisse der Mitarbeiterin für das Stillen oder die Betreuung des Kindes zu erhalten, ist selbstverständlich. Die ersten Lebensjahre des Kindes bis zum ersten Geburtstag pro Tag.

Dass Frauen, die eine optimale Mutterschaft erleben, eine gute Zusammenarbeit mit dem Arbeitgeber aufbauen





TIPPEN, UM FILM ZU STARTEN



TIPPEN, UM PR-ARTIKEL ZU  
LESEN

mehrere Schultern ver-  
etroffenen Teams ist die  
e, um weitere Abgänge  
die Führungskräfte sehr  
erte Lösungen zu finden,  
itarbeiterin zurückkom-

beitsprozess nach langem  
gut zu planen und vor-  
hat sich personell und  
ert, und nun gilt es, die  
n ihr Team und in die  
Dass auch unsere Müt-  
r Abpumpen erforderli-  
tverständlich: im ersten  
s maximal 90 Minuten

timale Schwanger- und  
e hohe Identifikation mit  
n, ist erwiesen – oft für

das ganze weitere Arbeitsleben. Daher spielt der Mutterschutz als personalpolitisches Instrument vor, während und nach der Schwangerschaft eine strategisch zentrale Rolle. Jede Frau, die langfristig bei uns bleibt, verringert unsere Abhängigkeit von externen Arbeitsmärkten. Auch im Personalmarketing ist der Mutterschutz ein wichtiges Thema, um neue junge Frauen zu gewinnen. Als Arbeitgeber sind wir für diese Zielgruppe attraktiv, wenn wir überzeugend vermitteln, dass wir zukünftige Mütter durch die Schwanger- und Mutterschaft begleiten. Deshalb werben wir mit unseren Schwangerschafts- und Mutterschaftsprogrammen und umfassenden Lösungen wie Jobsharing, Teilzeitarbeit oder Homeoffice. Zudem investieren das Inselspital und das Spital Netz Bern in vielseitige Kita-Fazilitäten, und oft werden jungen Frauen die Kita-Plätze bereits in der Anstellungsphase verbindlich zugesagt. Wir bieten durchgehende Kita-Strukturen – von der Kleinkindergruppe ab vier Monaten bis und mit Ende Kindergarten mit sechs Jahren.









# Inselspital – Universitätsspital Bern



**Prof. Iris Baumgartner** ist Klinikdirektorin und Chefärztin für Angiologie am Inselspital Bern. *Ausbildung:* Medizinstudium an der Medizinischen Hochschule in Hannover. *Werdegang:* Facharzt Ausbildung in Zürich, Düsseldorf, Bern und den USA. Seit 2001 Professorin für Innere Medizin, seit 2006 Klinikdirektorin.

## «ICH HATTE MENTOREN, DIE MICH MOTIVIERT UND MIR MUT ZUGESPROCHEN HABEN»

*„Sie sind Ärztin, Professorin für Innere Medizin und Angiologie, Klinikdirektorin und Vize-Dekanin der medizinischen Fakultät der Universität Bern. Was hat Sie motiviert, diese Positionen anzunehmen?“*

*Prof. Iris Baumgartner:* Ich habe meinen Weg nicht systematisch geplant, sondern bin unbefangen in die genannten Positionen hineingewachsen. Meine positive Einstellung und Authentizität haben dabei sicherlich eine Rolle gespielt. Ich bin in jedem meiner Tätigkeitsbereiche mit Leidenschaft dabei und dadurch auch bereit, viel zu leisten. Ausserdem hatte ich gute Mentoren, die mich motiviert und mir Mut zugesprochen haben, wenn ich gezweifelt habe. So habe ich meine Kompetenzen erweitert und das Selbstbewusstsein gewonnen, mich meinen heutigen Aufgaben zu stellen.

*„Wie werden Frauen am Inselspital in ihrer Laufbahn unterstützt?“*

Das Inselspital hat erkannt, dass dem Trend der «Feminisierung in der Medizin» Rechenschaft gezollt werden muss. Heute sind mehr als 50 Prozent der Absolventen eines Medizinstudiums weiblich. Job-sharing, ausreichend Kinderkrippenplätze sowie Teilzeitverträge erleichtern den Ärztinnen eine medizinische Karriere an einem Universitätsspital. Diese Massnahmen zeigen bereits Erfolge, und selbst in klassischen Männerdomänen, wie der Bauchchirurgie, verfügt das Inselspital inzwischen über einen hohen Frauenanteil in Kaderpositionen. Durch meinen langjährigen Einsatz als Gleichstellungsbeauftragte habe ich diese Entwicklung mitgeprägt und nehme in meiner heutigen Position sicher auch eine Vorbildfunktion wahr.

*„Sie sagen, Sie seien organisiert wie die meisten Männer, die Karriere machen – mit einer Haushaltshilfe und Kinderbetreuung. Wie wird das von Ihrem Umfeld wahrgenommen?“*

Bei Männern wird es als selbstverständlich angesehen, dass sie trotz Familie ihrer akademischen Laufbahn nachgehen. Bei Frauen sind wir in der Schweiz leider noch weit davon entfernt. Dass ich praktisch immer Vollzeit gearbeitet und trotz Kind Karriere gemacht habe, wird oft kritisch beurteilt. Auch was die Kinderbetreuung angeht, ist die Schweiz noch sehr konservativ aufgestellt. Ein Schulsystem, in dem die Kinder mittags zum Essen nach Hause kommen, lässt sich schwer mit einer medizinischen Karriere vereinbaren. Gerade am Anfang meiner Laufbahn floss dadurch ein grosser Teil meines Einkommens in die private Haushaltsorganisation.

*„War es für Sie immer klar, dass Sie kein traditionelles Familienmodell leben wollten?“*

Ich bin in Deutschland aufgewachsen und hatte eine berufstätige Mutter. Für mich stand eigentlich ausser Frage, dass ich versuchen würde, Beruf und Familie zu vereinbaren. Als ich in die Schweiz kam, habe ich mich über das vorherrschende traditionelle Familienmodell hinweggesetzt. Ich merke aber, dass dieses auch heute noch in den Köpfen vieler junger Ärztinnen verankert ist. Junge Frauen, die ich aufgrund ihrer Fähigkeiten fördern möchte, haben Mühe, sich vom traditionellen System zu lösen. Sie orientieren sich an erlebten Familienstrukturen und stellen ihre eigene berufliche Entwicklung hinter die ihres Mannes, stecken zurück, wenn es um Familie geht. Es wird wohl noch eine bis zwei Generationen dauern, bis wir so weit sind, wie es uns andere Länder, zum Beispiel in Skandinavien, vorleben.

*„Was müsste Ihrer Meinung nach passieren, damit mehr Frauen sich eine medizinische Karriere zutrauen?“*

Es braucht mehr Vorbilder, die begeisterungsfähigen Frauen vorleben, dass eine



erfüllende Medizinkarriere ohne schlechtes Gewissen möglich ist. Auch sollte das Thema der «Feminisierung in der Medizin» in den Medien mehr beleuchtet werden, um das Verständnis der Gesellschaft zu fördern. Eine gesellschaftliche Veränderung steht vor der Tür, denn die Medizin wird in Zukunft nicht ohne Frauen funktionieren können. Schon heute besteht ein Ärztemangel. Wenn wir den hohen Frauenanteil der Universitäten auch im Beruf abbilden wollen, muss das Gesamtsystem flexibler werden und sich von der traditionellen Einstellung verabschieden, dass man nur eine Leitungsfunktion wahrnehmen kann, wenn man allzeit bereit ist. Am Inselspital leben wir diese Flexibilität bereits.



**Markus Lüdi** ist Direktor Personal am Inselspital Bern.

## DAS UNTERNEHMEN

www.insel.ch

**Anzahl Angestellte:** 7837

**Fakten:** Gründung 1354 – in der Bevölkerung stark verwurzelt und ein bedeutender Wirtschaftsfaktor. Rund 40000 stationäre Patienten, rund 520000 ambulante Konsultationen pro Jahr

**Spezielle Angebote für Frauen:**

Flexible Arbeitszeitmodelle, hoher Teilzeitarbeitsanteil, Kindertagesstätten, grosszügiger Mutterschaftsurlaub etc.

**Geschlechterverhältnis**

**Unternehmen:**

75% Frauen, 25% Männer

**Führungspositionen und Vorstand:**

54% Frauen, 46% Männer

## «ES MUSS AUF GESELLSCHAFTLICHER UND POLITISCHER EBENE EIN WANDEL STATTFINDEN»

*„Wie wird Gleichstellung am Inselspital gelebt?“*

**Markus Lüdi:** 78% unseres Personals sind weiblich. Somit sind Frauen von jeher ein fester Bestandteil unseres Betriebs. Gleichstellung wird bei uns aber nicht nur als ein Thema zwischen Mann und Frau gesehen, sondern auch als Grundhaltung, allen Mitarbeitenden die gleichen Chancen zu geben. 76% unserer Mitarbeitenden arbeiten in einem reduzierten Pensum. In Bezug auf ihre berufliche Vorsorge, Lohnentwicklung, Weiterbildung und berufliche Entwicklung sind sie völlig gleichgestellt mit unseren Mitarbeitenden im Vollzeitpensum.

*„Wie unterstützt das Inselspital die Vereinbarkeit von Beruf und Familie?“*

Pro Jahr verzeichnen wir zirka 400 Geburten unter unseren Mitarbeiterinnen. Um unser weibliches Fachpersonal nach einer Familiengründung nicht zu verlieren, versuchen wir, möglichst auf individuelle Bedürfnisse einzugehen. Der Mutterschaftsurlaub kann um sechs Monate verlängert werden, und die Wiedereingliederung wird mit jeder Frau individuell geplant. In unseren eigenen Kindertagesstätten betreuen

wir die Kinder unserer Angestellten, und zwar durchgehend ab vier Monaten bis zum zweiten Kindergartenjahr. Mit langen Öffnungszeiten und unter möglichst starker Berücksichtigung der Dienstpläne versuchen wir eine maximale Flexibilität bei hoher Betreuungsqualität anzubieten. Auch Jobsharing ist möglich und wird bis auf Kaderebene gelebt.

*„Flexibilität, Jobsharing und Führungskräfte im Teilzeitpensum – das Inselspital als Rollenmodell für moderne Unternehmen und die Gesellschaft?“*

Das Spital ist nicht repräsentativ für den Rest der Gesellschaft und in der Tat schon ein paar Schritte voraus. Es muss aber auch auf politischer und gesellschaftlicher Ebene ein Wandel stattfinden. Themen wie Kindererziehung und Haushaltsarbeit werden in der Gesellschaft immer noch mehrheitlich bei den Frauen gesehen. Auch bei uns wurde die Möglichkeit der Teilzeitarbeit bisher kaum von Männern wahrgenommen. Damit sich das ändert, muss in der Gesellschaft stärker akzeptiert werden, dass Familienarbeit nicht nur Frauenarbeit ist.



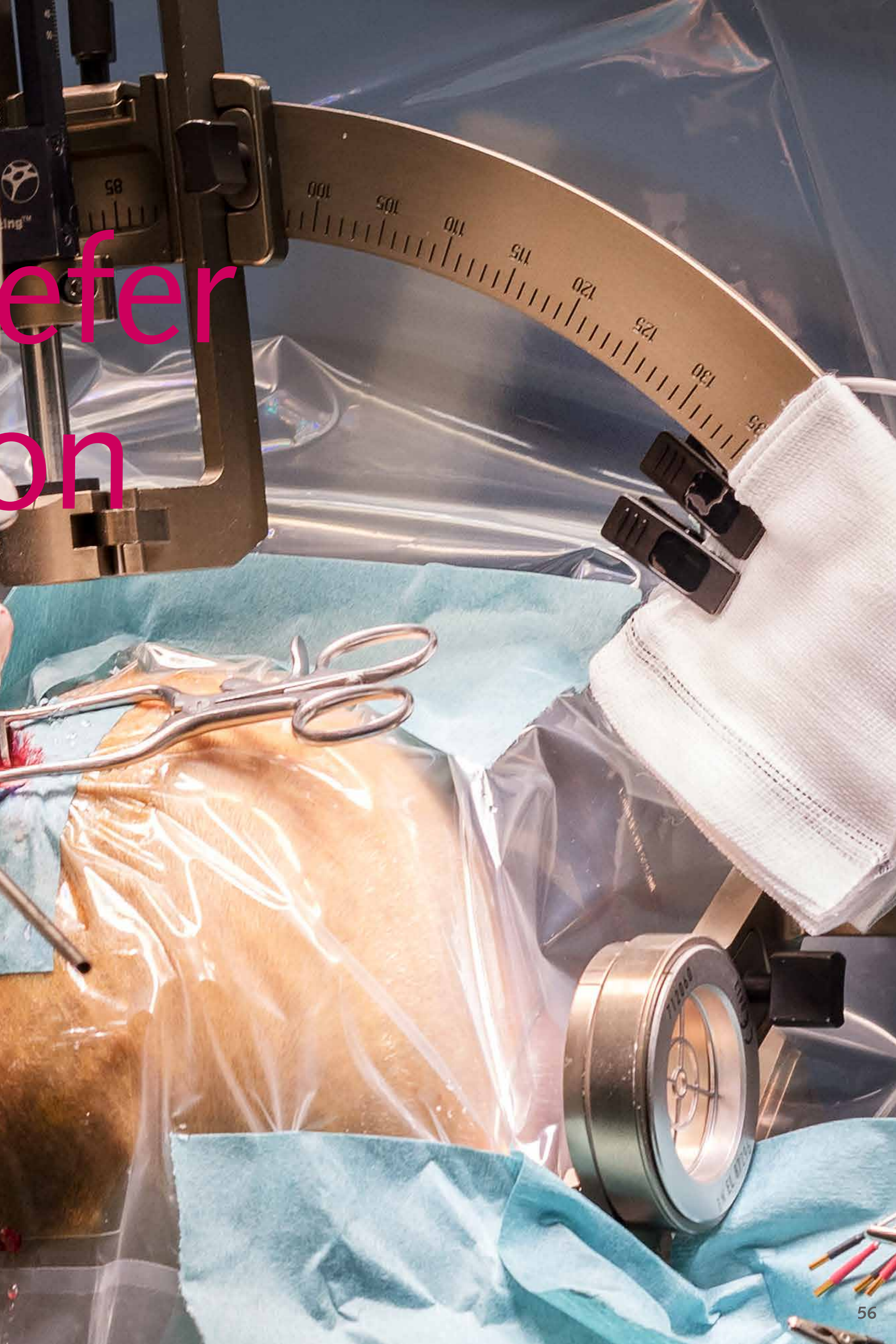
NEUROCHIRURGIE

# Erfolge mit tiefer Hirnstimulation





Refer  
on





# «Die tiefe Hirn- Behandlung

## DAS INSELSPITAL IST BEI DER ANWENDUNG UND ENTWICKLUNG DER TIEFEN HIRNSTIMULATION SCHWEIZWEIT FÜHREND

---

Damit wir selbst einfache Bewegungen problemlos ausführen können, müssen zahlreiche Hirnareale zusammenspielen. Sie steuern unsere Bewegungen in einem komplexen Regelkreis mittels direkter und indirekter hemmender und erregender Verbindungen. Diese werden durch Neurotransmitter gewährleistet. Ein Zuviel oder Zuwenig dieser Neurotransmitter kann das gesamte motorische System aus dem Gleichgewicht bringen. Die Folge sind beispielsweise Bewegungsstörungen wie die Parkinson'sche Krankheit, Tremor oder Dystonien.

In den letzten Jahren ist die tiefe Hirnstimulation für die Behandlung solcher Bewegungsstörungen immer wichtiger geworden. Sie wird vor allem dann gewählt, wenn die medikamentöse Therapie nicht die gewünschte Wirkung erzielt. Bei

der tiefen Hirnstimulation werden kleine, implantierte Elektroden mit Strom in den motorischen Regelkreis eingebracht. Dieses Verfahren seit den 1990er Jahren hat sich in den letzten Jahren etabliert und Patienten mit tiefer Hirnstimulation eine deutliche Verbesserung der motorischen Symptome bringt. Zur Erfahrung gesellt sich die Entwicklung neuer Elektroden. Das Insele Hospital hat neue Elektroden für die tiefe Hirnstimulation entwickelt, mit denen die Behandlung deutlich verbessert werden kann.





# «Hirnstimulation ist eine wirksame Behandlung von Bewegungsstörungen.»

PD DR. MICHAEL SCHÜPBACH, LEITER ZENTRUM FÜR BEWEGUNGSSTÖRUNGEN UND  
LEITER EINHEIT «TIEFE HIRNSTIMULATION», INSELSPITAL

G

Die Chirurgen greifen ins Gehirn im-  
mer mit elektrischen Impulsen  
in den Schaltkreis ein. Das Zentrum  
am Inselspital wendet sich seit  
1997 an. In den vergangenen  
Jahren hat es 100 Patientinnen  
mit Hirnstimulation behan-  
delt. Das Inselspital in der Schweiz.  
Innovationskraft: Das  
Zentrum nutzt Elektroden zur präziseren  
Behandlung mit denen sich die Be-  
weigungen verbessern lassen wird.



WISCHEN FÜR MEHR BILDER

WEITER ZUR GRAFIK

AUCH BEI PSYCHISCHEM LEIDEN  
EINE OPTION

Die tiefe  
Hirnstimulation  
eignet sich für  
die Behandlung  
verschiedener  
Krankheiten

BASIS: PATIENTEN, DIE IM INSELSPITAL ZWISCHEN  
2012 UND 2014 MIT TIEFER HIRNSTIMULATION  
BEHANDELT WORDEN SIND.

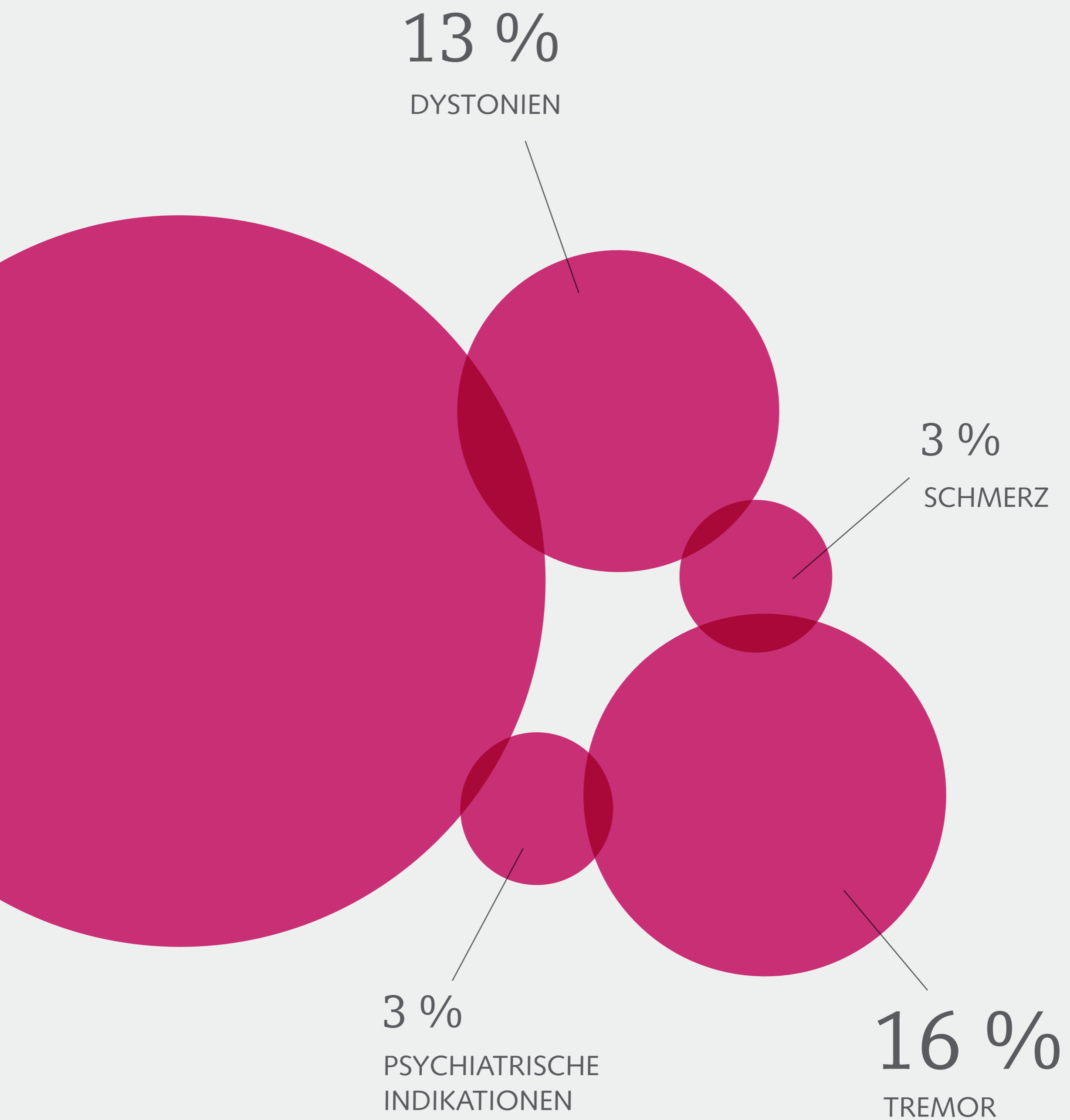
65 %

PARKINSON'SCHE  
KRANKHEIT

---

Bewegungsstörungen sind  
Bewegungskontrolle zusätzl.  
Emotionen und das Schme  
schen Erkrankungen (z. B.





das wichtigste Anwendungsgebiet der tiefen Hirnstimulation. Die für die  
 ndigen Hirnareale sind jedoch teils in Regelkreise eingebunden, welche die  
 rnzempfinden steuern. Deshalb kann die tiefe Hirnstimulation auch bei psychi-  
 Depression) oder vegetativen Symptomen (z. B. Schmerzen) angezeigt sein.

«Die tiefe Hirnstimulation  
ist ein Geschenk.»

«Vor 16 Jahren wurde bei  
Danach lebte ich mit sehr vielen A  
1½ Stunden einnehmen mus  
und ich litt an plötzlich auftret  
war ich deshalb auf die Beg  
angewiesen. Mit der Operation z  
meine Unabhängigkeit zurück  
mich schon früh



... mir die Parkinson'sche Krankheit diagnostiziert. ...  
Medikamenten, die ich am Schluss tagsüber alle ...  
ste. Ab 2008 verschlechterte sich ihre Wirkung, ...  
tenden Blockaden. Wenn ich irgendwo hinging, ...  
leitung durch meinen Mann oder eine Freundin ...  
zur tiefen Hirnstimulation im Jahr 2014 habe ich ...  
ckerlangt. Im Nachhinein wünsche ich, ich hätte ...  
er mit tiefer Hirnstimulation behandeln lassen.»

Doris Wieland (63),  
Patientin der Neurochirurgischen und Neurologischen  
Universitätskliniken



WEITER ZUM BEITRAG  
AUF SRF


Doris Wieland (63),  
Patientin der Neurochirurgischen und  
Neurologischen Universitätskliniken

 Wie sah Ihr Leben vor der Operation aus?

 **ANTWORT ANZEIGEN**

 Wie viel Angst hatten Sie vor der Operation?

 **ANTWORT ANZEIGEN**

 Was hat sich seit der Operation verändert?

 **ANTWORT ANZEIGEN**





# PATIENTENGESCHICHTE





Doris Wieland (63),  
Patientin der Neurochirurgischen und  
Neurologischen Universitätskliniken



Wie sah Ihr Leben vor der Operation aus?



**ANTWORT ANZEIGEN**



«Ich litt  
nie wu  
in die S  
Zug zu  
gewese



# PATIENTENGESCHICHTE



...t an Blockaden und Störungen des Bewegungsablaufs. Da ich  
...usste, wann sie auftreten würden, konnte ich nicht mehr alleine  
...tadt gehen. Ich getraute mich auch nicht mehr, ohne Begleitung  
...fahren. Denn im schlimmsten Fall wäre es mir nicht möglich  
...en, bei meiner Station auszusteigen.»



Doris Wieland (63),  
Patientin der Neurochirurgischen und  
Neurologischen Universitätskliniken



Wie viel Angst hatten Sie vor der Operation?

**ANTWORT ANZEIGEN**

«Gross  
und he  
an eine  
ganzen  
und die  
geholfe  
froh, da  
Ruhe a



# PATIENTENGESCHICHTE



«Die Nacht davor war ich so aufgeregt, dass ich im Gang hin und her wanderte. Zum Glück war schon vom Vorabend der Operation eine spezialisierte Pflegefachperson bei mir. Sie hat mich durch den Operationstag begleitet und sich nur um mich gekümmert. Diese gute Aufklärung durch die Ärztinnen und Ärzte haben mir sehr geholfen. Die Operation selbst empfand ich nicht als schlimm – ich war froh, dass es endlich losging. Zudem strahlte das OP-Team eine grosse Ruhe aus, sodass ich mich sicher fühlte.»



Doris Wieland (63),  
Patientin der Neurochirurgischen und  
Neurologischen Universitätskliniken



Was hat sich seit der Operation verändert?

**ANTWORT ANZEIGEN**

«Die Bl...  
kann ic...  
Weg, o...  
mich e...  
Neulich...  
sen wä...  
men, o...  
akzepti...  
mir fre...  
Hirnstir...  
zügiger



# PATIENTENGESCHICHTE



lockaden und Störungen des Bewegungsablaufs sind weg. Nun kann ich mich wieder normal bewegen. Es war allerdings ein harter Kampf, den ich mit regelmässiger Physiotherapie meisterte. Zudem hat mir ein Personal Trainer beim Walken und Langlaufen unterstützt. Ich ging ich sogar allein Ski fahren, was früher undenkbar gewesen wäre. Leider habe ich seit der Operation 15 Kilogramm zugenommen, obwohl ich mich gesund ernähre und mich viel bewege. Das zuzunehmen, fällt mir schwer: Wenn ich in den Spiegel schaue, bin ich nicht mehr ich. Positiver ist die emotionale Veränderung, die ich der tiefen Hypothermie verdanke: Ich bin heute zu mir und anderen viel grossartiger. »

# «Unsere Lebenso P

PD DR. CL

## DIE INNOVATION DES INSELSPITALS IST EIN MEILENSTEIN DER T HIRNSTIMULATION

---

Weil die konventionellen Elektroden bei der tiefen Hirnstimulation das umlie  
Richtungen stimulieren, können ungewollt Bereiche mitstimuliert werden, d  
entsprechen. Dies kann zu vorübergehenden Nebenwirkungen wie Muskelk  
störungen führen. PD Dr. Claudio Pollo, Leitender Arzt an der Universitätskli  
hat deshalb mit Ingenieuren eines Spin-offs der ETH Lausanne verbesserte  
Sie besitzen acht Kontakte und stimulieren direktional. Damit ist eine gezielte  
was das stimulierte Volumen senkt. Bislang wurden die neuen Elektroden an  
Bei ihnen nahm das therapeutische Fenster – der Bereich, in dem Symptome  
dass Nebenwirkungen auftreten – um bis zu 41 % zu. Dies verspricht deut  
lungserfolge. Nun werden die Elektroden in einer gesamteuropäischen Studie  
getestet. Die Zulassung erfolgt voraussichtlich 2016.



neuen Elektroden werden die  
Qualität vieler Patientinnen und  
Patienten deutlich verbessern.»

AUDIO POLLO, LEITENDER ARZT UND LEITER STEREOTAKTISCHE UND FUNKTIONELLE  
NEUROCHIRURGIE, UNIVERSITÄTSKLINIK FÜR NEUROCHIRURGIE

IEFEN

egende Volumen in alle  
ie nicht dem Zielgebiet  
krämpfen oder Sprech-  
linik für Neurochirurgie,  
Elektroden entwickelt.  
re Stimulation möglich,  
n 13 Patienten getestet.  
gelindert werden, ohne  
tlich grössere Behand-  
e an 50–100 Patienten

# «Dank der 1:1-Betreuung eingehen und ihm geben, die er in dieser Situation

BRIGITTE MEIER-RUDIG

## DER PATIENT IST BEI DER OPERATION WACH: SEINE MITARBEIT ELEKTRODENTESTS VERBESSERT DIE IMPLANTATION

---

Die Operation zur tiefen Hirnstimulation dauert rund vier Stunden. Zum interdisziplinären OP-Team gehören ein Neurochirurg, ein Neurologe, ein Neurophysiologe, ein Anästhesist und eine spezialisierte Pflegefachperson. Sie begleitet den Patienten durch den ganzen Operationstag. «Ich bin der persönliche Coach des Patienten. Dank der 1:1-Betreuung kann ich sehr gut auf ihn eingehen und ihm genau die Unterstützung geben, die er in dieser schwierigen Situation braucht», sagt die Pflegefachfrau Brigitte Meier-Rudig. Bei der Operation wird zunächst am Kopf des Patienten ein stereotaktischer Rahmen angebracht und am Schädelknochen fixiert. Der Rahmen sowie MRT- und CT-Bilder erlauben eine millimetergenaue Positionierung der Elektroden. Danach bohrt der Neurochirurg ein Loch in den Schädelknochen, durch das er eine Testelektrode einführt. Der

Patient ist zu diesem Zeitpunkt wach. Eine Lokalanästhesie an seiner Stirn sorgt dafür, dass er trotzdem keine Schmerzen empfindet. Ist die Testelektrode an ihrer Position, entfernt der Anästhesist die Sedation. Die Mitarbeit des Patienten gefragt, um die Funktionsprüfungstests mitmachen und seine Reaktionen mitteilen. Die Anästhesie wird wieder gegeben, um die Testelektrode zu entfernen. Die Testelektrode wird an der Position implantiert, die der Neurochirurg die Elektrode an der Position implantieren kann. Die Testelektrode wird entfernt. Die Testelektrode wird an der Position implantiert, die der Neurochirurg die Elektrode an der Position implantieren kann. Die Testelektrode wird entfernt. Die Testelektrode wird an der Position implantiert, die der Neurochirurg die Elektrode an der Position implantieren kann.

Für die tiefe Hirnstimulation werden zwei Elektroden, Verbindungskabel und ein Programmiergerät benötigt. Die Elektroden sind zwei Millimeter dicken Elektroden.



«...ung kann ich sehr gut auf ihn  
...nau die Unterstützung geben,  
...schwierigen Situation braucht.»

GITTE MEIER-RUDIG, DIPL. PFLEGEFACHFRAU, UNIVERSITÄTSKLINIK FÜR NEUROLOGIE

## BEI DEN

...punkt nur leicht sediert.  
...einer Kopfhaut sorgt da-  
...ne Schmerzen verspürt.  
...rem Platz, verringert der  
... Denn jetzt ist die Mit-  
...agt: Er muss bei Bewe-  
...d dem OP-Team Rück-  
...efinden geben, sodass  
...ktroden an der idealen  
...n. Daraufhin setzt er die  
...en Stimulator ein. Nach  
...weitere Tests, damit der  
...einstellen kann.

...on braucht es eine oder  
...ungskabel, einen Stimu-  
...ergerät. Die rund einen  
...den platziert der Neu-

...rochirurg in einem Hirnareal, das für die betref-  
...fenden Bewegungsstörungen verantwortlich ist.  
...Die Elektroden besitzen vier Kontakte, die ein-  
...zeln aktiviert werden können. Auf diese Weise  
...lässt sich das Resultat der Behandlung optimie-  
...ren: Verwendet werden nur diejenigen Kontakte,  
...welche die gewünschte Stimulation am besten er-  
...zeugen und bei denen gleichzeitig am wenigsten  
...Nebenwirkungen auftreten. Der ca. 60 x 50 x 10  
...Millimeter grosse Stimulator wird in der Brust-  
...oder Bauchregion eingesetzt. Er erzeugt konti-  
...nuierlich hochfrequente elektrische Impulse. Ver-  
...bindungsdrähte leiten den Strom vom Stimulator  
...zu den Elektroden. Das Programmiergerät dient  
...dazu, die Stimulationsparameter anzupassen.

---

HANDCHIRURGIE

# Forschung, O Therapie





# Operation,



«Dieser Labor-Erfolg bei  
Patienten der Handtran  
auf eine deutlich verbess  
weil die systemische Im  
reduziert werden könnte

PROF. ESTHER VÖGELIN, CHEFÄRZTIN UND CO-DIREKTORIN, UNIVERSITÄTSKLINIK  
FÜR PLASTISCHE- UND HANDCHIRURGIE



bedeutet für künftige  
transplantation Hoffnung  
verbesserte Lebensqualität,  
Immunsuppression  
e.»

09:41

PEOPLE

# Verwaltungs- Geschäftsleitung





# at und ung





## HANDTRANSPLANTATION: LOKALE IMMUNSUPPRESSION IM LABORVERSUCH GELUNGEN

---

Jahr für Jahr verlieren in der Schweiz 15 bis 20 Menschen durch Unfall ihre Hand. Insbesondere bei Patientinnen und Patienten, die beide Hände verloren haben, ist die Handtransplantation bei geeigneten Voraussetzungen die beste Behandlungsmethode. Das Hauptproblem dabei: Die Patienten müssen immunsupprimiert werden, das heisst, ihr gesamtes Immunsystem muss mit Medikamenten heruntergefahren werden. Diese Therapie ist mit unerwünschten Nebenwirkungen und Einschränkungen der Lebensqualität verbunden.

Im Labor mit Ratten konnte nun aber die systemische Immunsuppression durch eine lokale Behandlung der transplantierten Gliedmasse ersetzt werden. Gelungen ist dies einem Forschungsteam der Universitätsklinik für Plastische- und Handchirurgie des Inselspitals und des Departements Klinische Forschung (DKF) der Universität Bern.

Prof. Esther Vögelin, Chefärztin und Co-Direktorin der Universitätsklinik für Plastische- und Handchirurgie: «Dieser Labor-Erfolg bedeutet für künftige Patienten der Handtransplantation Hoffnung auf eine deutlich verbesserte Lebensqualität, weil die systemische Immunsuppression reduziert werden könnte.»



WEITER ZUR  
PRAXISANWENDUNG



# FORSCHUNG



TIPPEN, UM FILM ZU STARTEN

# DER LANGE WEG ZURÜCK

---

Da wir die Hände dauernd benutzen, sind sie gegenüber Verletzungen anfällig. In der Schweiz soll es pro Jahr rund 150 000 Handverletzte geben.

Nach dem chirurgischen Eingriff nimmt die Ergo- und Physiotherapie ihre Arbeit auf – in der Regel bereits auf der Station – und begleitet die Patienten in der Therapie und Nachsorge.

---





TIPPEN, UM FILM ZU STARTEN



MASTERPLAN

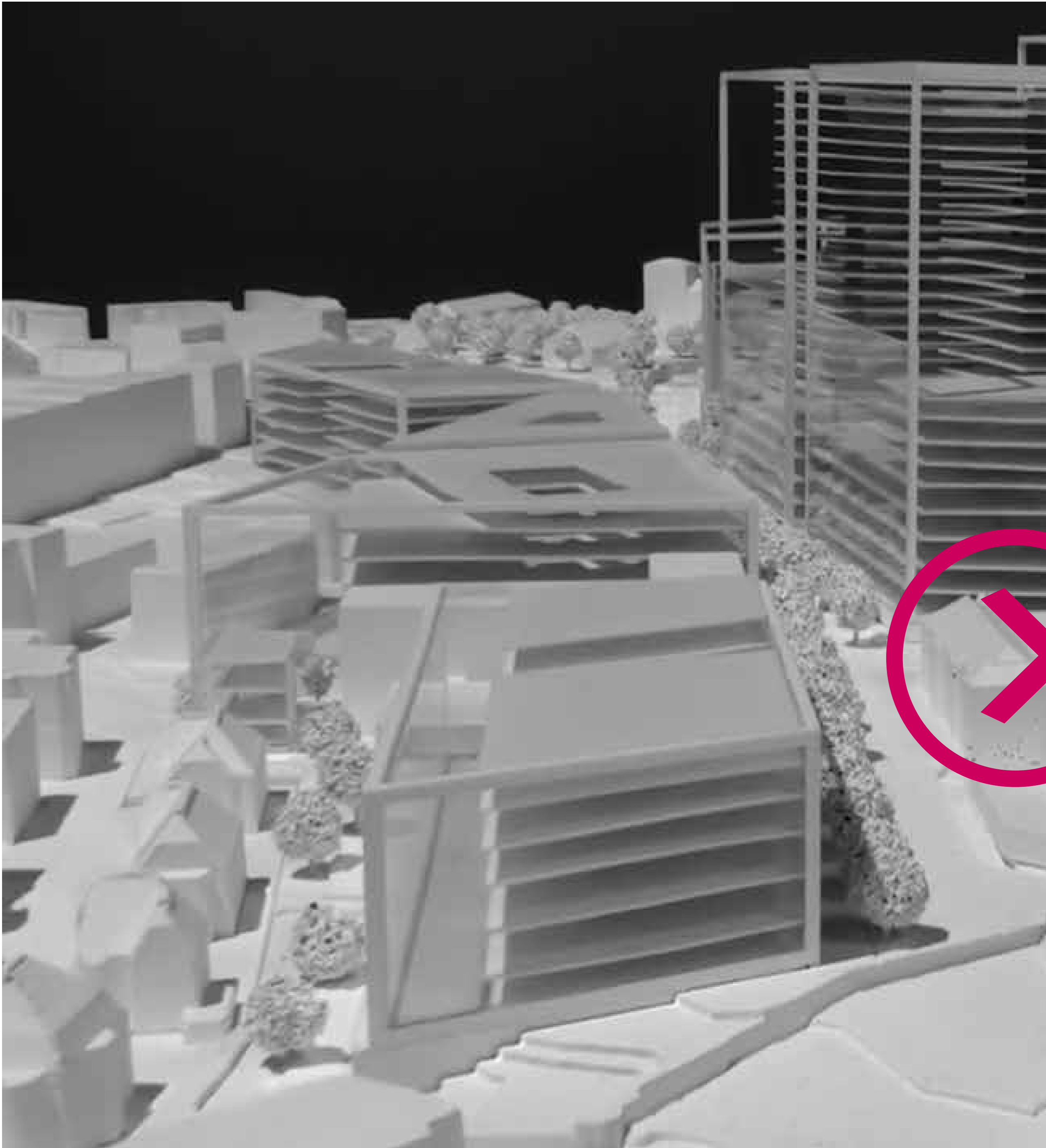
# Planerisches L





# Leitbild









# People

A healthcare worker in a white uniform is seen from behind, pushing a cart in a hospital hallway. The hallway is brightly lit with white walls and a dark floor. In the background, there are medical equipment and a yellow trash bin.

➤ KLINIKEN, INSTITUTE UND STANDORTE

➤ VERWALTUNGSRAT UND GESCHÄFTSLEITUNG







PEOPLE

# Kliniken, Insti Standorte





tute und





## **KLINIKEN UND INSTITUTE INSELSPITAL**

- **Allgemeine Innere Medizin**
- **Anästhesiologie und Schmerztherapie**
- **Angiologie**
- **Augenheilkunde**
- **Dermatologie**
- **Endokrinologie, Diabetologie und Klinische Ernährung**
- **Frauenheilkunde**
- **Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, Kopf- und Halschirurgie**
- **Hämatologie und Hämatologisches Zentrallabor**
- **Herz- und Gefässchirurgie**
- **Immunologie**
- **Infektiologie**
- **Intensivmedizin**
- **Kardiologie**
- **Kinderchirurgie**
- **Kinderheilkunde**
- **Klinische Chemie**
- **Medizinische Onkologie**
- **Nephrologie und Hypertension**
- **Neurochirurgie**
- **Neurologie**
- **Neuroradiologie**
- **Notfall Erwachsene**
- **Notfall Kinder und Jugendliche**
- **Nuklearmedizin**
- **Orthopädische Chirurgie**
- **Osteoporose**
- **Physiotherapie**
- **Plastische- und Handchirurgie**
- **Pneumologie**
- **Radiologie**
- **Radio-Onkologie**
- **Rheumatologie, Immunologie, Allergologie**



gie

ertonie

- Schädel-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
- Spitalpharmazie
- Thoraxchirurgie
- Urologie
- Viszerale Chirurgie und Medizin
- Zentrum für Labormedizin

gendliche

## STANDORTE SPITAL NETZ BERN

gie und Traumatologie

- Spital Aarberg
- Spital und Altersheim Belp
- Pflegezentrum Elfenau
- Spital Münsingen
- Spital Riggisberg
- Spital Tiefenau
- Spital Ziegler

chirurgie

nologie und

**DINA** Departement Intensivmedizin, Notfallmedizin  
und Anästhesiologie

## UNIVERSITÄTSKLINIK FÜR ANÄSTHESIOLOGIE UND SCHMERZTHERAPIE



---

Prof. Dr. med. Robert Greif, MME, FERC, Leitender Arzt

Irène Klöti-Aegler, Leiterin Pflegedienst

Prof. Dr. med. Frank Stüber, Direktor und Chefarzt

PD Dr. med. Lutz Lehmann, Stv. Chefarzt und Leitender Arzt

---



# UNIVERSITÄTSKLINIK FÜR INTENSIVMEDIZIN



---

Sandra Pfister, Klinikmanagerin

Matthias Theis, Leiter Pflegedienst

Brigitte Hämmerli, Leiterin Pflege IIMC, Stv. Leiterin Pflegedienst

Prof. Dr. med. Jukka Takala, Direktor und Chefarzt

Prof. Dr. med. Stephan Jakob, Chefarzt IIMC

Prof. Dr. med. Hans Ulrich Rothen, Leitender Arzt

Felix Zürcher Scartazzini, Leiter Logistik

---

# UNIVERSITÄRES NOTFALLZENTRUM



---

Peter Burkhardt, Leiter Klinikmanagement

Dr. med. Markus Lüthi, Leiter Notfallpraxis

Dr. med. MME Monika Brodmann, Leiterin Bildung

Petra Fuchs, Leiterin Pflegedienst

Prof. Dr. med. Aristomenis Exadaktylos, Direktor und Chefarzt

Dr. med. Beat Lehmann, Leiter Notfall Medizin/Chirurgie

Dr. med. Luca Martinolli, Leiter Prozessmanagement

Martina Siffert, Teamleiterin Pflege

---



## UNIVERSITÄTSKLINIK FÜR FRAUENHEILKUNDE



---

Yvonne Martinelli-Kühni, Leiterin Pflegedienst

Prof. Dr. med. Michael Mueller, Geschäftsführender Co-Direktor und Chefarzt

Prof. Dr. med. Daniel Surbek, Co-Direktor und Chefarzt

Prof. Dr. med. Michael von Wolff, Abteilungsleiter

---

# UNIVERSITÄTSKLINIK FÜR KINDERHEILKUNDE



---

Dr. med. Carmen Casaulta, Leiterin stationärer Bereich

Heidi Baumgartner, Leiterin Pflegedienst

Prof. Dr. med. Christoph Aebi, Direktor und Chefarzt

Dr. med. Denis Bachmann, Stv. Direktor

Dr. med. Andrea Duppenhaler, Leiterin ambulanter Bereich

---



# UNIVERSITÄTSKLINIK FÜR KINDERCHIRURGIE



---

Catharina Bucher Anliker, Assistentin Klinikleitung  
Dana Stalder, Leiterin OP Pflege  
Prof. Dr. med. Steffen Berger, Direktor und Chefarzt  
Ursula Güder, Direktionsassistentin  
Heidi Blaser, Leiterin Pflegedienst (auf Bild fehlend)

---

# NOTFALLZENTRUM FÜR KINDER- UND JUGENDLICHE



---

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

---



# UNIVERSITÄTSPOLIKLINIK FÜR ENDOKRINOLOGIE, DIABETOLOGIE UND KLINISCHE ERNÄHRUNG



---

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

---

**DURN** Departement Dermatologie, Urologie, Rheumatologie,  
Nephrologie und Physiotherapie

## UNIVERSITÄTSKLINIK FÜR DERMATOLOGIE



---

Therese Zürcher, Leiterin Pflegedienst

Prof. Dr. med. Luca Borradori, Direktor und Chefarzt

Prof. Dr. med. Nikhil Yawalkar, Stv. Chefarzt

---



# UNIVERSITÄTSKLINIK FÜR UROLOGIE



---

Herold Baumann, Leiter Pflegedienst

Prof. Dr. med. George Thalmann, Direktor und Chefarzt

Prof. Dr. med. Fiona Burkhard, Stv. Chefärztin (auf Bild fehlend)

---

# UNIVERSITÄTSKLINIK FÜR RHEUMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE UND ALLERGOLOGIE



---

Prof. Dr. med. Arthur Helbling, Leitender Arzt, Leiter Allergologie a. i.

PD Dr. med. Daniel Aeberli, Leitender Arzt

Christa Mermod, Leiterin Pflegedienst

Prof. Dr. med. Peter Villiger, Direktor und Chefarzt

Prof. Dr. med. Michael Seitz, Stv. Chefarzt

Prof. Dr. med. Burkard Möller, Leitender Arzt

PD Dr. med. Stephan Reichenbach, Leitender Arzt (auf Bild fehlend)

---



# UNIVERSITÄTSKLINIK FÜR NEPHROLOGIE, HYPERTONIE UND KLINISCHE PHARMAKOLOGIE



---

Christa Mermod, Leiterin Pflegedienst

Prof. Dr. med. Bruno Vogt, Direktor und Chefarzt

Prof. Dr. med. Dominik Uehlinger, Chefarzt

Prof. Dr. med. Stephan Krähenbühl, Chefarzt (auf Bild fehlend)

---

# INSTITUT FÜR PHYSIOTHERAPIE



---

Balz Winteler, Schwerpunktleiter Physiotherapie Muskuloskelettal  
Sandra Frauchiger, Co-Schwerpunktleiterin Physiotherapie Pädiatrie  
Nikola Donev, Schwerpunktleiter Physiotherapie Cardio  
Martin Verra, PhD, Direktor  
Irène Thaler, Stv. Direktorin, Schwerpunktleiterin Neuro  
Joachim Schmidt, Schwerpunktleiter Physiotherapie Respiratory  
Isabelle Fankhauser, Co-Schwerpunktleiterin Physiotherapie Pädiatrie

---



## UNIVERSITÄTSKLINIK FÜR KARDIOLOGIE



---

Therese Wenger, Leiterin Admin. Personal Kardiologie

Prof. Dr. med. Paul Mohacsi, Chefarzt

Daniela Habegger, Leiterin Pflegedienst

Prof. Dr. med. Bernhard Meier, Direktor und Chefarzt

Prof. Dr. med. Michael Billinger, Chefarzt

Prof. Dr. med. Stephan Windecker, Chefarzt

Urs Viktor Studer, Bereichsleiter Assistenzpersonal

---

# UNIVERSITÄTSKLINIK FÜR HERZ- UND GEFÄSSCHIRURGIE



---

Prof. Dr. med. Hendrik Tevæearai, Leitender Arzt Forschung  
PD Dr. med. Matthias Widmer, Leitender Arzt Gefässchirurgie  
PD Dr. med. Lars Engelberger, Chefarzt Herzchirurgie Erwachsene  
Marlise Reichen, Leiterin Pflegedienst  
Prof. Dr. med. Thierry Carrel, Direktor und Chefarzt  
Prof. Dr. med. Jürg Schmidli, Stv. Direktor und Chefarzt Gefässchirurgie  
Dr. med. Verena Eigenmann, Leitende Ärztin Innere Medizin  
Prof. Dr. med. Alexander Kadner, Leitender Arzt Kinderherzchirurgie  
PD Dr. med. Florian Dick, Leitender Arzt Gefässchirurgie (auf Bild fehlend)

---



# UNIVERSITÄTSKLINIK FÜR ANGIOLOGIE



---

Daniela Habegger, Leiterin Pflegedienst

Prof. Dr. med. Iris Baumgartner, Direktorin und Chefärztin

Prof. Dr. med. Dai-Do Do, Chefarzt (auf Bild fehlend)

Dr. med. Torsten Fuss, Spitalfacharzt I (auf Bild fehlend)

Prof. Dr. med. Nils Kucher, Leitender Arzt (auf Bild fehlend)

PD Dr. med. Marc Schindewolf, Leitender Arzt (auf Bild fehlend)

---

**DOPH** Departement Orthopädische-, Plastische-,  
Handchirurgie und Osteoporose

## UNIVERSITÄTSKLINIK FÜR ORTHOPÄDISCHE CHIRURGIE



---

Dr. med. Sandro Kohl, Teamleiter Knie

PD Dr. med. Fabian Krause, Teamleiter Fuss und Sprunggelenk

PD Dr. med. Matthias Zumstein, Teamleiter Schulter, Ellbogen und Sport

Prof. Dr. med. Klaus-Arno Siebenrock, Direktor und Chefarzt, Teamleiter  
Hüfte, Becken Tumoren

Prof. Dr. med. Marius Keel, Stv. Chefarzt und Teamleiter Wirbelsäule

Dr. med. Ulrich Seidel, Teamleiter Wirbelsäule

---



# UNIVERSITÄTSKLINIK FÜR PLASTISCHE- UND HANDCHIRURGIE



---

Jutta Hockenberger, Pflegeleitung

Prof. Dr. med. Mihai Constantinescu, Co-Direktor und Chefarzt

Prof. Dr. med. Esther Vögelin, Co-Direktorin und Chefärztin

---

# UNIVERSITÄTSKLINIK FÜR OSTEOPOROSE



---

Prof. Dr. med. Ernst Hunziker, Leiter Forschungsgruppe

Prof. Dr. med. Kurt Lippuner, Direktor und Chefarzt

Barbara Lippuner-Neuenschwander, Leiterin Admin./Organisation

Romain Perrelet, Leiter Med. Technik/IT/Labor

---



## UNIVERSITÄTSKLINIK FÜR AUGENHEILKUNDE



---

Laura Ruga, Leiterin Pflegedienst Operationsbereich

Edith Gabriel, Leiterin Pflegedienst

Prof. Dr.-Ing. Dr. med. Sebastian Wolf, Direktor und Chefarzt

Prof. Dr. med. Beatrice Früh, Abteilungsleiterin und Stv. Chefärztin

Christina Rust, Chefarztsekretärin

PD Dr. med. Dr. phil. Martin Zinkernagel, Leitender Arzt, Leiter Poliklinik

---

# UNIVERSITÄTSKLINIK FÜR HALS-, NASEN- UND OHREN- KRANKHEITEN (HNO), KOPF- UND HALSCHIRURGIE



---

Prof. Dr. med. Eberhard Seifert, Leitender Arzt Phoniatrie

Regula Sollberger, Leiterin Pflegedienst

Prof. Dr. med. Marco Caversaccio, Direktor und Chefarzt

PD Dr. med. Roland Giger, Chefarzt

Bernhard Werle, Leiter OP Bereich

Prof. Dr. Dr. med. Martin Kompis, Leitender Arzt Audiologie

---



# UNIVERSITÄTSKLINIK FÜR SCHÄDEL-, KIEFER- UND GESICHTSCHIRURGIE



---

Bernhard Werle, Leiter Pflegedienst OP

Regula Sollberger, Leiterin Pflegedienst

Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Tateyuki Iizuka, Direktor und Chefarzt

Dr. med. Dr. med. dent. Konstantinos Katsoulis, Stv. Oberarzt

Caroline Dominique Zürcher, Direktionssekretärin (auf Bild fehlend)

---

# UNIVERSITÄTSKLINIK FÜR NEUROLOGIE



---

Prof. Dr. med. René Müri, Medizinischer Abteilungsleiter

Rosmarie Wyss, Leiterin Pflegedienst

Prof. Dr. med. Claudio Bassetti, Direktor und Chefarzt

Prof. Dr. med. Heinrich Mattle, Chefarzt und Leiter amb. Neurologie

Prof. Dr. med. Mathias Sturzenegger, Chefarzt und Leiter stat. Neurologie

Dr. med. Christina Leutert, Klinikmanagerin

---



# UNIVERSITÄTSKLINIK FÜR NEUROCHIRURGIE



---

Lilith Bütler, Klinikmanagerin

Prof. Dr. med. Werner Z'Graggen, Leitender Arzt

Barbara Weiss, Leiterin Pflegedienst

Prof. Dr. med. Andreas Raabe, Direktor und Chefarzt

Prof. Dr. med. Jürgen Beck, Chefarzt

Mario Graf, Fachbereichsleiter INO OP-Neurochirurgie

PD Dr. med. Claudio Pollo, Leitender Arzt

---

**DOLS** Departement Hämatologie, Onkologie, Infektiologie,  
Labormedizin und Spitalpharmazie

## UNIVERSITÄTSKLINIK FÜR HÄMATOLOGIE UND HÄMATOLOGISCHES ZENTRALLABOR



---

Myriam Legros, Leitende Biomedizinische Analytikerin HF

PD Dr. med. Beharouz Mansouri, Leiter Transfusionsmedizin

PD Dr. med. Johanna Anna Kremer Hovinga, Leiterin Referenzzentrum  
Hämophilie Erwachsene

Prof. Dr. med. Anne Angelillo-Scherrer, Direktorin und Chefärztin,  
Leiterin Hämostase

Prof. Dr. med. Gabriela Baerlocher, Stv. Chefärztin, Bereichsleitung  
Stammzell-Labor

PD Dr. med. Alicia Rovo, Leiterin der Klinischen Bereiche (Poliklinik,  
Bettenstation, Konsilien)

Dr. med. Peter Keller, Oberarzt Akad. Fachverantwortung Morphologie /  
Immunphänotypisierung

Margrit Schmid, EMBA, Klinikmanagerin



# UNIVERSITÄTSKLINIK FÜR RADIO-ONKOLOGIE



---

Dr. sc. nat. Peter Manser, Abteilungsleiter

Esther Squaratti-Heinzmann, Depart. Leitung Pflegedienst Onkologie

Prof. Dr. med. Daniel Aebersold, Direktor und Chefarzt

Dr. med. Kristina Lössl, Stv. Chefärztin

Markus Reist, Leitender Chef-Fachmann MTRA

Lic. phil. nat. Tonia Spycher, Klinikmanagerin

---

# UNIVERSITÄTSKLINIK FÜR MEDIZINISCHE ONKOLOGIE



---

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

---



# UNIVERSITÄTSKLINIK FÜR INFEKTIOLOGIE



---

Prof. Dr. med. Andri Rauch, Leitender Arzt

Prof. Dr. med. Hansjakob Furrer, Direktor und Chefarzt a. i.

PD Dr. med. Jonas Marschall, Leitender Arzt

---

# UNIVERSITÄTSINSTITUT FÜR KLINISCHE CHEMIE



---

Prof. Dr. med. Martin Fiedler, Direktor und Chefarzt  
Prof. phil. nat. Carlo Largiadèr, Vizedirektor

---



# UNIVERSITÄTSINSTITUT FÜR IMMUNOLOGIE



---

Prof. Dr. phil. nat. Beda Stadler, Direktor

Rodoljub Pavlovic, Leitender Biomedizinischer Analytiker HF

Prof. Dr. med. Clemens Dahinden, Stv. Direktor und Leitender Arzt  
(auf Bild fehlend)

---

# INSTITUT FÜR SPITALPHARMAZIE



---

Ann Christin Jahnke, Bereichleiterin Qualitätskontrolle  
Dr. pharm. Svenja Landweer, Bereichleiterin KliBe  
Sabin Egger Hilfiker, Spitalapothekerin Spital Netz Bern  
Dr. sc. nat. Jeannette Goette, Chefapothekerin  
Isabelle Constantin, Bereichsleiterin Produktion  
Cornelia Sommer, Bereichsleiterin Qualitätssicherung

---



# ZENTRUM FÜR LABORMEDIZIN



---

Karin Volken, Leiterin Biomedizinische Analytik  
Prof. Dr. med. Martin Fiedler, Direktor und Chefarzt  
Jolanda Glauser, Kaufmännische Leiterin

---

**DMLL** Departement Magen-Darm, Leber- und  
Lungenkrankheiten

## UNIVERSITÄTSKLINIK FÜR VISZERALE CHIRURGIE UND MEDIZIN



---

Prof. Dr. med. Daniel Candinas, Direktor und Chefarzt

Prof. Dr. med. Jean-François Dufour, Direktor (geschäftsführend) und  
Chefarzt Hepatologie

Prof. Dr. med. Andrew Macpherson, Direktor und Chefarzt

Prof. Dr. med. Beat Gloor, Chefarzt

---



# UNIVERSITÄTSKLINIK FÜR THORAXCHIRURGIE



---

Elisabeth von Ah, Departementsmanagerin

Prof. Dr. med. Ralph Schmid, Direktor und Chefarzt

Nicole Mellenberger, Leiterin Pflegedienst (auf Bild fehlend)

---

# UNIVERSITÄTSKLINIK FÜR PNEUMOLOGIE



---

PD Dr. med. von Garnier Christophe, Chefarzt Standort Tiefenau  
Dr. med. Sebastian Ott, Spitalfacharzt I  
Elisabeth von Ah, Departementsmanagerin  
Prof. Dr. med. Thomas Geiser, Direktor und Chefarzt  
Prof. Dr. med. Matthias Gugger, Chefarzt  
Franziska Hirschi, Med. Techn. Leitung Poliklinik  
Mellenberger Nicole, Leiterin Pflegedienst (auf Bild fehlend)

---



UNIVERSITÄTSINSTITUT FÜR DIAGNOSTISCHE,  
INTERVENTIONELLE UND PÄDIATRISCHE RADIOLOGIE



---

Dieter Fiechter, Leitender Chef-MTRA

Prof. Dr. Christoph Bösch, Abteilungsleiter AMSM

Prof. Dr. Dr. med. Johannes Heverhagen, Direktor und Chefarzt

PD Dr. med. Hendrik von Tengg-Kobligk, Stv. Direktor

Furrer Susanne, Chefarztsekretärin

Hilt Daniella, Departementsmanagerin

---

# UNIVERSITÄTSINSTITUT FÜR DIAGNOSTISCHE UND INTERVENTIONELLE NEURORADIOLOGIE



---

Prof. Dr. Roland Wiest, Forschungsleiter

PD Dr. med. Christoph Ozdoba, Leitender Arzt

Prof. Dr. med. Jan Gralla, Direktor und Chefarzt

Michela Mordasini, Leitende Chef-MTRA

---



# UNIVERSITÄTSINSTITUT FÜR NUKLEARMEDIZIN



---

Daniella Hilt, Departementsmanagerin

Dr. rer. nat. Michael Hentschel, Leitender Medizinphysiker

Mirjam de Bloeme, Leitende Chef MTRA

Prof. Dr. med. Thomas Krause, Direktor und Chefarzt

Dr. med. Bernd Klaeser, Stv. Direktor und Oberarzt

Christine Rügsegger, Assistentin Klinikdirektor

---



**KAIM** Klinik mit departementaler Funktion

## UNIVERSITÄTSKLINIK FÜR ALLGEMEINE INNERE MEDIZIN



---

Marianne Papalini, Leiterin Pflegedienst

Prof. Dr. med. Drahomir Aujesky, Direktor und Chefarzt

Prof. Dr. med. Nicolas Rodondi, Leiter Poliklinik und Chefarzt

Dr. med. Martin Perrig, Stv. Chefarzt (auf Bild fehlend)

---





## STANDORTE

### SPITAL AARBERG



---

Dr. med. Davor Ruzicic, Chefarzt Anästhesie

Dr. med. Charles de Montmollin, Chefarzt Chirurgie

Verena Tanner, Leiterin Pflegedienst

Sofie Perll, Direktorin

Dr. med. Ernst Lipp, Chefarzt Innere Medizin ab 01.10.2014

Dr. med. Christoph Saager, Belegarzt Orthopädie

Dr. med. Thomas Ritschard, Chefarzt Innere Medizin bis 30.09.2014,  
(auf Bild fehlend)

---



## SPITAL UND ALTERSHEIM BELP



---

Regina Glatz, Leiterin Pflegedienst

Viktor Hinnen, Direktor a. i.

Prof. Dr. med. Andreas Stuck, Geriatrische Rehabilitation

Marcel Holzer, Bereichsleiter Gastronomie

---

# PFLEGEZENTRUM ELFENAU



---

Claudia Griesemer, Leiterin Administration

Elisabeth Krieg, Leiterin Hauswirtschaft

Urs Peter, Leiter Pflegedienst

Ruth Moser, Direktorin

Heidi Wüthrich, Stv. Pflegedienstleiterin

Christian Hachen, Leiter Technik und Sicherheit

---



## SPITAL MÜNSINGEN



---

Dr. med. Alexander Stibal, Belegarzt Neuropraxis Münsingen

Dr. med. Marc Mettler, Chefarzt Chirurgie

Philippe Pellaton, Direktor

Dr. med. Marc Dubler, Chefarzt Anästhesie

Dr. med. Fernand Repond, Chefarzt Innere Medizin

Dr. med. Urs Hefti, Ärztlicher Leiter OZM

Dr. med. Roger Rauch, Chefarzt Gynäkologie und Geburtshilfe  
(auf Bild fehlend)

Ursula Romanelli, Leiterin Pflegedienst (auf Bild fehlend)

---

# SPITAL RIGGISBERG



---

Dr. med. Jürg Isenegger, Chefarzt Medizin  
Christina Hiltbrunner, Leiterin Pflegedienst  
Andreas Bütikofer, Direktor

Dr. med. Marc Dubler, Chefarzt Anästhesie  
Helene Rüfenacht, Leiterin Dienste Medizin

Dr. med. Stephanie Scherz, Stv. Chefärztin (auf Bild fehlend)

---



## SPITÄLER TIFENAU ZIEGLER



---

Dr. med. Jon Lory, Chefarzt geriatrische Universitätsklinik

PD Dr. med. Martin Luginbühl, Chefarzt Anästhesie

Prof. Dr. med. Michael Billinger, Chefarzt Kardiologie

Erika Barth, Leiterin Pflegedienst

Peter Gerber, Direktor

Prof. Dr. med. Daniel Inderbitzin, Chefarzt und Leiter Chirurgie

Prof. Dr. med. Hans-Peter Kohler, Chefarzt und Leiter Innere Medizin

PD Dr. med. Christophe von Garnier, Chefarzt Pneumologie

PD Dr. med. Martin Weber, Chefarzt und Leiter Orthopädie

(auf Bild fehlend)

---

<http://tiefenau.spitalnetzbern.ch/>

<http://ziegler.spitalnetzbern.ch/>



09:41

PEOPLE

# Verwaltungs- Geschäftsleitung





# at und ung





## VERWALTUNGSRAT

**Andreas Lauterburg** —  
Dr. phil. II,  
Kehrsiten



**Peter Bieri**  
Oberdiessbach

**Brigitta Fahrländer  
Schneeberger**  
Dr. med.,  
Bern

**Michèle Etienne**  
Dr. rer. pol.,  
Schüpfen



der-

**Margret Kiener  
Nellen**  
lic. oec.,  
Bolligen

**Martin Täuber**  
Prof. Dr. med.,  
Bern



— **Kurt Grüter**  
lic. oec.,  
Bern

**Joseph Rohrer**  
Meggen,  
Präsident

**Daniel Hoffet**  
Kappelen,  
Vizepräsident

# GESCHÄFTSLEITUNG

**Markus Lüdi**  
Direktor Personal

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



**Bruno Haudenschild**  
Leiter Portalspitäler,  
Rehabilitation,  
Langzeitpflege  
(Teilnahme an Geschäfts-  
leitungskonferenz, ohne  
Stimmrecht)

**Franz Bieri**  
Direktor Betrieb

**Holger B...**  
Vorsitzer  
Geschäft



**Prof. Dr. med,  
Andreas Tobler**  
Ärztlicher Direktor

**Gerold Bolinger**  
Direktor Dienste



**Prof. Dr. med.  
Peter Eggli**  
Dekan der  
Medizinischen  
Fakultät

(Teilnahme an  
Geschäftsleitungs-  
konferenz, ohne  
Stimmrecht)

**Baumann**  
nder  
tsleitung

**Ulrich von Allmen**  
Direktor Pflege,  
medizinisch-  
technische und  
medizinisch-thera-  
peutische Bereiche

**Bernhard Leu**  
Direktor  
Infrastruktur



# Zahlen und F



➤ QUALITÄT

➤ MITARBEITENDE

➤ LEISTUNGEN



# akten





ZAHLEN UND FAKTEN

# Qualität







Mitt2

Mitt2

len

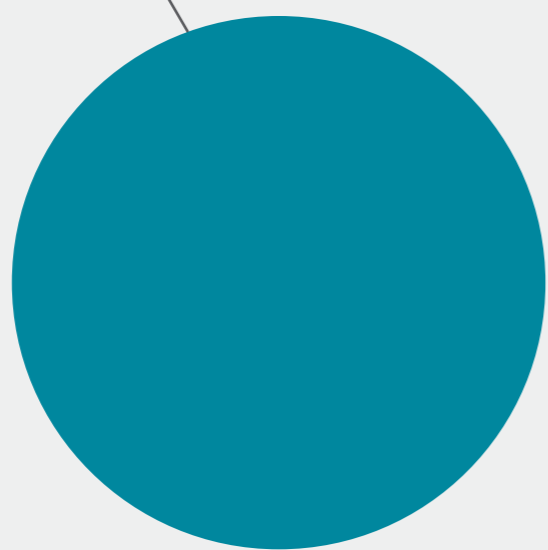
Mitt2

# SPITAL NETZ BERN

➤ FÜR WEITERE INFOS AUF JEWEILIGEN KREIS TIPPEN

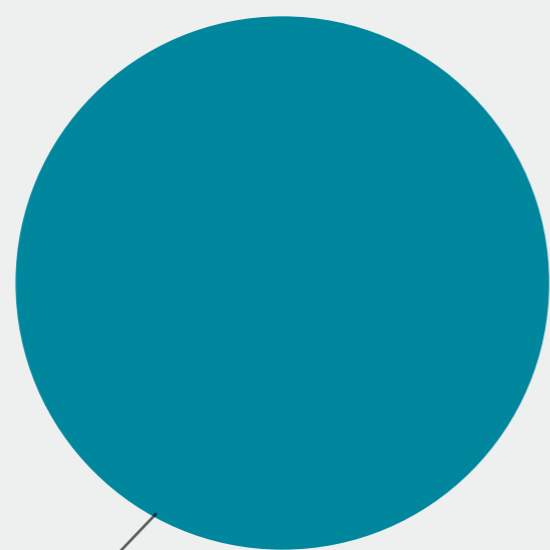
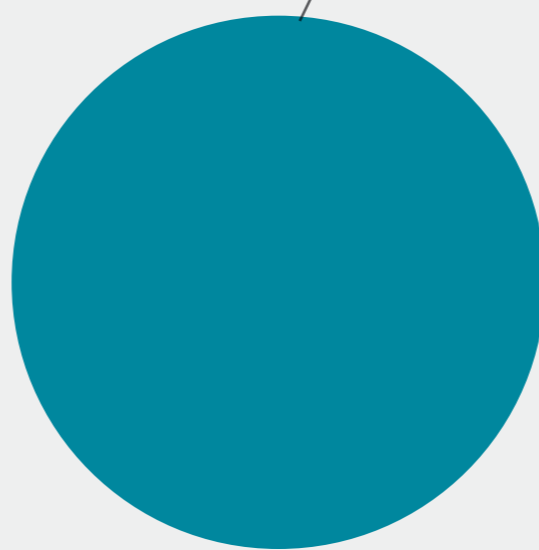
296

Meldungen haben die Mitarbeitenden des Spital Netz Bern zur Optimierung der Patientensicherheit erfasst ...



16 000

Patientenarmbänder wurden für die Patientensicherheit eingesetzt ...



2107

Patientinnen und Patienten haben eine Rückmeldung zu ihrem Aufenthalt gegeben ...



32

Pflegepersonen haben während zwei Tagen die Sturz- und Druckstellenprävalenz erhoben ...

65

Patie  
Patie  
Rück  
ihren  
gege



# INSELSPITAL

➤ FÜR WEITERE INFOS AUF JEWEILIGEN KREIS TIPPEN

1809

Meldungen haben die Mitarbeitenden des Inseleospitals zur Optimierung der Patientensicherheit erfasst ...

42 000

Patientenarmbänder wurden für die Patientensicherheit eingesetzt ...

577

Antinnen und Patienten haben eine Meldung zu ihrem Aufenthalt abgegeben ...

1. Rang

Das Inseleospital führt die Unispitäler hinsichtlich der Patientenzufriedenheit an ...

91

Pflegepersonen haben während zwei Tagen die Sturz- und Druckstellenprävalenz erhoben ...



In der Herz- und Gefäßchirurgie deutlich besser als der Benchmark ...

# Im Ja insgesamt

---

Seit das anonyme Fehlermeldesystem CIRS\* im Spital Netz Bern eingeführt v  
nem wichtigen Element der Patientensicherheit entwickelt. Es ermöglicht den  
über Fehlerquellen und Risiken zu berichten. Dadurch ist es zu einer unverzi  
quelle für die Kliniken und Standorte geworden. Durch die dezentrale Organ  
schnelle und fachkundige Bearbeitung der erfassten Meldungen gewährleis  
dieses Instrument auch mehrere Jahre nach der Einführung noch rege genutzt  
voll, wie gut es im Spital Netz Bern etabliert ist und wie tatkräftig sich die  
Patientensicherheit engagieren.

In den einzelnen Meldekreisen werden die eingegangenen Meldungen besp  
Die dabei gewonnenen Erkenntnisse dienen dazu, Fehlerquellen und Risiken b  
gung möglichst umfassend zu reduzieren. Wichtige Informationen werden i  
Inselspital und zunehmend auch national oder international kommuniziert. D  
ger Beitrag zur flächendeckenden Verbesserung der Patientensicherheit gelei

\* Critical Incident Reporting System / dt. Berichtssystem für kritische Ereignisse



# Jahr 2014 gaben Mitarbeitende t 296 Inputs zur Verbesserung der Patientensicherheit.

wurde, hat es sich zu ei-  
Mitarbeitenden, offen  
sichtbaren Informations-  
isationsform wird eine  
tet. Die Tatsache, dass  
t wird, zeigt eindrucks-  
Mitarbeitenden für die

prochen und analysiert.  
bei der Patientenversor-  
m Spital Netz Bern, im  
dadurch wird ein wichti-  
stet.

---

16 000  
im Jahr 20

---

Bei der Patientenversorgung sind heute eine Vielzahl von Personen beteiligt. D  
Massnahmen, um im laufenden Spitalbetrieb vor allem Patientenverwechslun  
Spital Netz Bern hat deshalb, nebst dem Inselspital als eines der ersten grossen  
flächendeckend Patientenarmbänder eingeführt. Sie dienen hauptsächlich zur  
ren Patienten-Identifikation. Diese Massnahme ist inzwischen an den Standort  
zum Standard geworden.

In einem nächsten Schritt wird zusätzlich die Möglichkeit geschaffen, durch E  
Patientenarmbändern aufgedruckten Strichcodes die korrekte Zuordnung von  
konserven, Laborproben usw. sicherzustellen. Die Anwendung dieser Namens  
vielen Beispielen, mit denen im Spital Netz Bern die Patientensicherheit verbess  
nicht nur nationale und internationale Methoden übernommen, sondern auch s  
Auf diese Weise wird dem Anspruch, Schrittmacher in Sachen Qualität zu sein,



# 0 Patientenarmbänder standen 014 für die Patientensicherheit im Einsatz.

Dies erfordert geeignete  
gen zu vermeiden. Das  
n Spitäler in der Schweiz  
Erleichterung der siche-  
en des Spital Netz Bern

Einscannen des auf den  
n Medikamenten, Blut-  
armbänder ist eines von  
sert wird. Dabei werden  
solche selbst entwickelt.  
Rechnung getragen.

---

# 32 Pflege zwei Tagen auf St

---

## Nationale Prävalenzmessungen Sturz und Dekubitus vom 11. November 2014

Im November 2014 waren 32 Pflegefachpersonen während zwei Tagen am Spital Netz Bern unterwegs, um Stürze und Dekubiti (Wundliegen, Druckschäden) bei stationär behandelten Patienten zu erheben. Nach den Vorgaben des Nationalen Qualitätsentwicklungsprogramms in Spitälern und Kliniken (ANQ) sind seit 2009 alle Schweizer Spitäler verpflichtet, diese Messung im akutsomatischen Bereich durchzuführen.

### Warum Stürze und Dekubiti?

Sturz und Dekubitus gelten als Indikatoren für Pflegequalität, welche durch gute Pflege vermieden werden können. Da nicht nur das Vorkommen an sich, sondern auch die Prävalenzdaten wie z. B. präventive Massnahmen (Luftkissenbett, Wechsellagerungen) von Interesse sind, können wir diverse Ergebnisse vergleichen und daraus mögliche Verbesserungen ableiten. Die Organisation der Prävalenzmessung beginnt bereits im Mai. Termine werden verschickt und Hilfsmittel für die Messung vorbereitet. Im September und Oktober 2014 werden 20 weitere Pflegefachpersonen, meist Pflegeexpertinnen und -experten, geschult.



efachpersonen waren während  
den Stationen unterwegs, um  
ürze und Dekubiti zu erheben.

014

in den Standorten des  
(stellen) bei den gerade  
nalen Vereins für Qua-  
eizer Spitäler verpflich-

geeignete Massnahmen  
auch zahlreiche weitere  
(usw.) erhoben werden,  
smassnahmen ableiten.  
en geplant, Informatio-  
d Oktober werden rund  
chult.

Während des Messzeitraums waren die Pflegefachpersonen, jeweils als Zweier im Einsatz. Am Vorbereitungstag wird bei jedem Patienten das Einverständnis und dokumentiert. Am eigentlichen Messtag werden die Daten zu Dekubitus gung, Untersuchung oder aus der Patientendokumentation erhoben und elek

### **Nach der Messung ist vor der Messung**

Drei Monate nach Eingabe der Daten erhalten die Spitäler die ersten Ergeb werden im März in verschiedenen internen Gremien diskutiert und anschlies fentlicht. Bald schon ist wieder Mai, und die Vorbereitung der Messung begi



erteam, für die Messung  
zur Messung abgeklärt  
oder Sturz durch Befra-  
tronisch eingegeben.

onisse mitgeteilt. Diese  
send im Intranet veröf-  
nt von Neuem.

---

# Alle Schw einmal im Jahr die

---

## **Eine schweizweit einheitliche Patientenbefragung**

Seit 2011 verpflichten sich alle Schweizer Spitäler, einmal jährlich die Zufriedenheit der Patienten zu erheben. Der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung im Gesundheitswesen (ANQ) hat dazu fünf Fragen festgelegt.

Im Jahr 2014 hat die Abteilung Qualitätsmanagement der Ärztlichen Direktion für das Spital Netz Bern übernommen. Per Rückantwortkuvert gelangen die Fragebögen zu einem externen Auswertungsinstitut. Dort werden die Fragebögen auf einer internetbasierten Auswertungsplattform eingeleitet, wo die Daten aller Schweizer Spitäler und Kliniken abgerufen werden können. Damit ist ein Vergleich der eigenen Spitäler mit dem gesamten Schweizer Kollektiv möglich. Die Ergebnisse werden zudem auf dem Internet für die Allgemeinheit veröffentlicht.

## **Nach der Befragung fängt die Arbeit erst an**

Das eigentliche Ziel der Durchführung dieser Befragung ist es, die Sicht der Patienten zu erheben und sich in den von ihnen genannten Bereichen verbessern zu können. An fast allen



# Schweizer Spitäler sind verpflichtet, Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten zu erheben.

Zufriedenheit ihrer Patientinnen  
in Spitälern und Kliniken

Die Befragung auch  
ausgefüllten Fragebo-  
rden gescannt und in eine  
Datenbank der Schweizer Spitäler von den  
ANQ übertragen wird ein Vergleich des  
Ergebnisses werden vom ANQ

um die Zufriedenheit der  
Patienten zu erfahren, um  
an verschiedenen Standorten des Spital



Netz Bern wird deshalb eine kontinuierliche Messung durchgeführt. Das heisst den Patienten der Fragebogen abgegeben wird. Daraus resultiert eine grosse Menge an Meldungen, die für die Weiterentwicklung der Qualität verwendet wird.

Neben der Beantwortung der Fragen haben die Patienten die Möglichkeit, freigegeben zu fassen. Die Kommentare werden in elektronischer Form direkt an die einzelnen Abteilungen, die daraus laufend Verbesserungsmaßnahmen ableiten. Ein wichtiges Thema ist die optimale Organisation der Ein- und Austritte der Patienten.



st, dass allen austreten-  
Datenmenge an Rück-

ie Kommentare zu ver-  
nen Kliniken versendet,  
na ist beispielsweise die

---






## PATIENTENBEFRAGUNG AN DEN SNBe-STANDORTEN: ZAHLEN UND DATEN

Versendete ANQ-Fragebogen: 1417, Rücklaufquote 36 %

---

### DIE ANQ-FRAGEN

(ANTWORTSKALA 0 = NICHT ZUTREFFEND BIS 10 = ZUTREFFEND):

-  1 «Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in d
-  2 «Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung,
-  3 «Wenn Sie Fragen an eine Ärztin oder einen Arzt
-  4 «Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten,
-  5 «Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mi





ieses Spital kommen?»

die Sie erhalten haben?»

stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?»

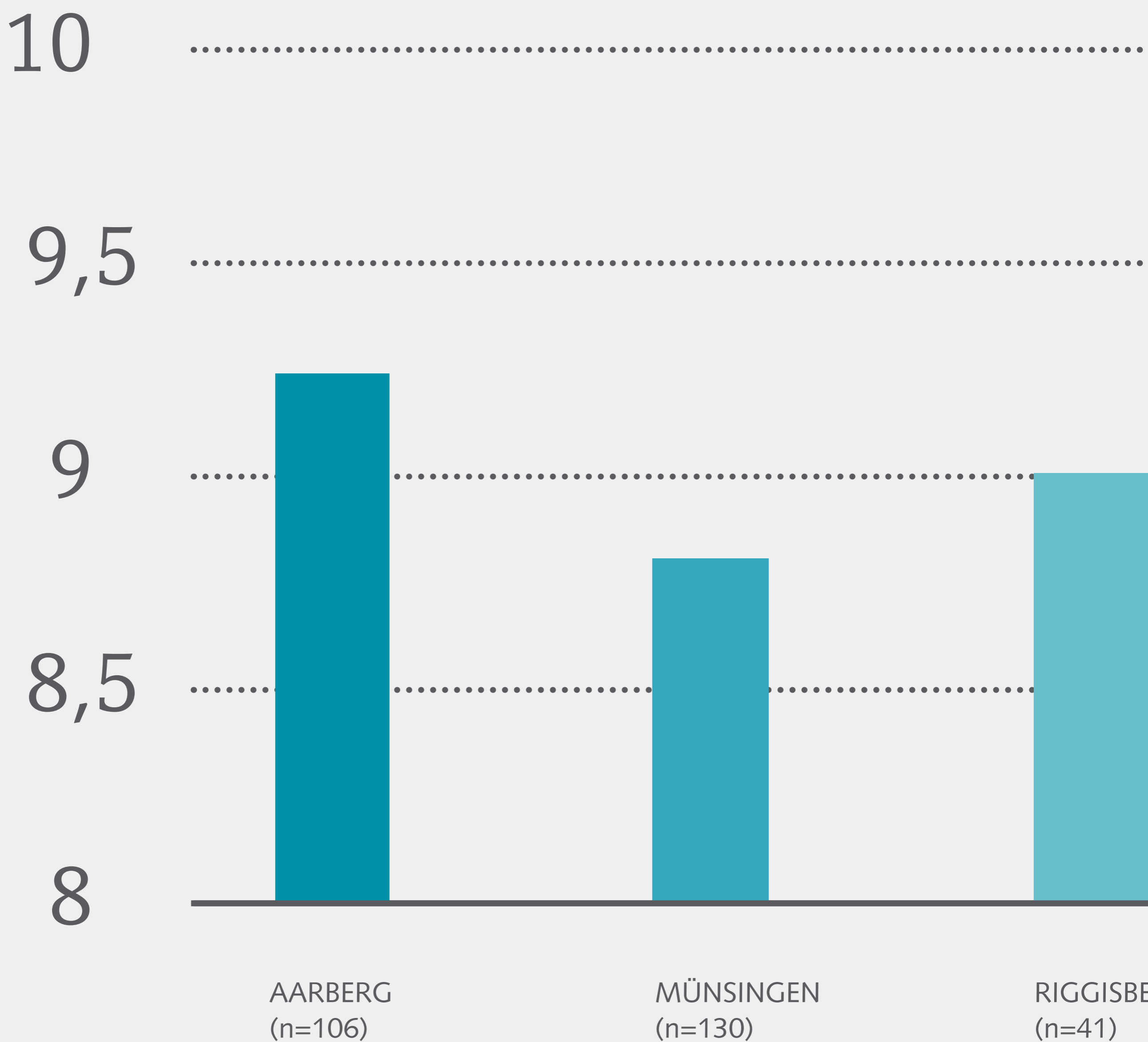
bekamen Sie verständliche Antworten?»

t Respekt und Würde behandelt?»



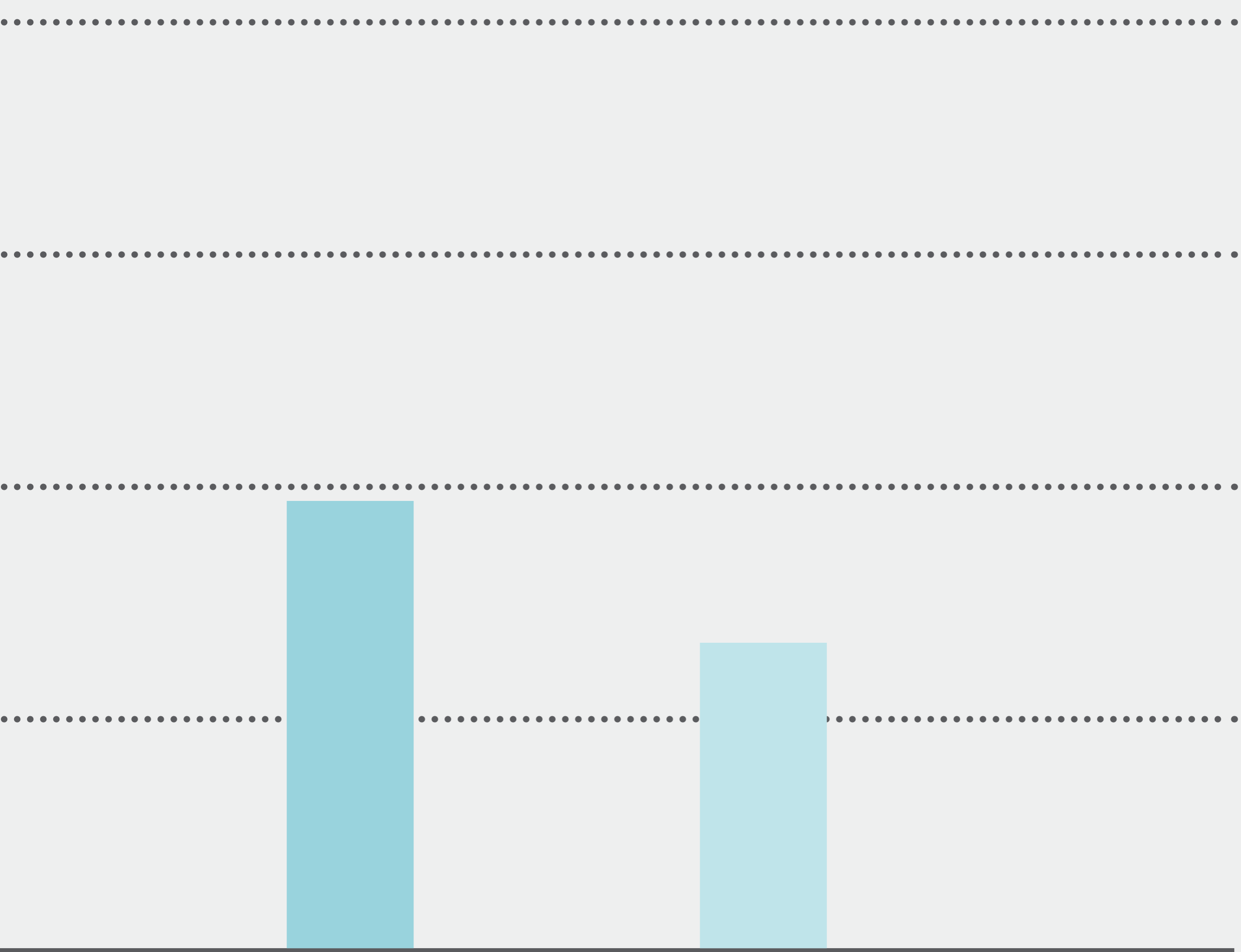
TIPPEN, UM  
ERGEBNISSE ZU  
SEHEN

## ERGEBNISSE ANQ-BEFragung 2014, MITTELWERT ALLER FRAGEN





GEN



ERG

TIEFENAU  
(n=131)

ZIEGLER  
(n=107)

# Im Ja insgesamt

---

Seit im Jahr 2004 das anonyme Fehlermeldesystem CIRS\* im Inselspital ein sich zu einem wichtigen Element der Patientensicherheit entwickelt. Es ermöglicht, offen über Fehlerquellen und Risiken zu berichten. Dadurch ist es zu einer Informationsquelle für die einzelnen Kliniken und das gesamte Spital geworden. In dieser Organisationsform wird in den 35 Meldekreisen eine schnelle und fachkundige Erfassung von Vorfällen gewährleistet. Die Tatsache, dass dieses Instrument auch nach der Einführung noch rege genutzt wird, zeigt eindrucksvoll, wie gut es im Inselspital wie tatkräftig sich die Mitarbeitenden für die Patientensicherheit engagieren.

In den einzelnen Meldekreisen werden die eingegangenen Meldungen besprochen. Die dabei gewonnenen Erkenntnisse dienen dazu, Fehlerquellen und Risiken bei der Versorgung möglichst umfassend zu reduzieren. Wichtige Informationen werden im Inselspital-Netz Bern und zunehmend auch national oder international kommuniziert. Dies stellt einen wichtigen Beitrag zur flächendeckenden Verbesserung der Patientensicherheit dar.

\* Critical Incident Reporting System / dt. Berichtssystem für kritische Ereignisse



Jahr 2014 gaben Mitarbeitende  
1809 Inputs zur Verbesserung  
der Patientensicherheit.

angeführt wurde, hat es  
möglich den Mitarbeiten-  
ner unverzichtbaren In-  
n. Durch die dezentrale  
ige Bearbeitung der er-  
n im zehnten Jahr nach  
elspital etabliert ist und

prochen und analysiert.  
bei der Patientenversor-  
im Insepsital, im Spital  
Dadurch wird ein wich-  
leistet.

---

42 000  
im Jahr 20

---

Bei der Patientenversorgung sind heute eine Vielzahl von Personen beteiligt. Dies er  
nahmen, um im laufenden Spitalbetrieb vor allem Patientenverwechslung  
Inselspital Bern hat deshalb als eines der ersten grossen Spitäler in der Sc  
Patientenarmbänder eingeführt. Sie dienen hauptsächlich der Erleichterung ei  
Identifikation. Diese Massnahme ist inzwischen im Inselspital zum Standard ,

In einem nächsten Schritt wird zusätzlich die Möglichkeit geschaffen, durch E  
Patientenarmbändern aufgedruckten Strichcodes die korrekte Zuordnung von  
konserven, Laborproben etc. sicherzustellen. Die Anwendung dieser Name  
von vielen Beispielen, mit denen im Inselspital die Patientensicherheit verbess  
nicht nur nationale und internationale Methoden übernommen, sondern a  
wickelt. Auf diese Weise wird dem Anspruch, Schrittmacher in Sachen Qua  
getragen.



# 10 Patientenarmbänder standen 2014 für die Patientensicherheit im Einsatz.

fordert geeignete Mass-  
gen zu vermeiden. Das  
hweiz flächendeckend  
ner sicheren Patienten-  
geworden.

Einscannen des auf den  
n Medikamenten, Blut-  
ensarmbänder ist eines  
ert wird. Dabei werden  
auch solche selbst ent-  
lität zu sein, Rechnung

---

# 91 Pflege zwei Tagen um St

---

## Nationale Prävalenzmessungen Sturz und Dekubitus vom 11. November 2014

Im November 2014 waren 91 Pflegefachleute während zwei Tagen auf den Intensivstationen von 10 Spitälern unterwegs, um Stürze und Dekubiti (Wundliegen, Druckstellen) bei den Patienten zu erheben. Nach den Vorgaben des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in der Pflege (ANQ) sind seit 2009 alle Schweizer Spitäler verpflichtet, diese Messungen im Intensivpflegebereich durchzuführen.

### Warum Stürze und Dekubiti?

Sturz und Dekubitus gelten als Indikatoren für Pflegequalität, welche durch gezielte Massnahmen vermieden werden können. Da nicht nur das Vorkommen an sich, sondern auch die Prävalenz von Stürzen und Dekubiten wichtige Daten wie z. B. präventive Massnahmen (Luftkissenbett, Wechsellagerungen) sind, können wir diverse Ergebnisse vergleichen und daraus mögliche Verbesserungen ableiten. Im Insepspital beginnt die Organisation der Prävalenzmessung bereits im Oktober, Informationen verschickt und Hilfsmittel für die Messung vorbereitet. Im Oktober werden jeweils rund 30 weitere Pflegefachpersonen, meist Pflegeexperten, geschult.



efachpersonen waren während  
auf den Stationen unterwegs,  
ürze und Dekubiti zu erheben.

014

en Stationen des Insel-  
rund 500 Patienten zu  
ng in Spitälern und Kli-  
ng im akutsomatischen

geeignete Massnahmen  
auch zahlreiche weitere  
(usw.) erhoben werden,  
smassnahmen ableiten.  
Mai. Termine werden  
tet. Im September und  
ertinnen und -experten,

Während des Messzeitraums waren die Pflegefachpersonen, jeweils als Zweier im Einsatz. Am Vorbereitungstag wird bei jedem Patienten das Einverständnis und dokumentiert. Am eigentlichen Messtag werden die Daten zu Dekubitus gung, Untersuchung oder aus der Patientendokumentation erhoben und elek

### **Nach der Messung ist vor der Messung**

Drei Monate nach Eingabe der Daten erhält das Insepsital die ersten Ergeb werden im März in verschiedenen internen Gremien diskutiert und anschlies fentlicht. Bald schon ist wieder Mai, und die Vorbereitung der Messung begi



erteam, für die Messung  
zur Messung abgeklärt  
oder Sturz durch Befra-  
tronisch eingegeben.

onisse mitgeteilt. Diese  
send im Intranet veröf-  
nt von Neuem.

---

# Alle Schweizer einmal im Jahr die

---

## **Eine schweizweit einheitliche Patientenbefragung**

Seit 2011 verpflichten sich alle Schweizer Spitäler, einmal jährlich die Zufriedenheit der Patienten zu erheben. Der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung im Gesundheitswesen (ANQ) hat dazu fünf Fragen festgelegt.

In einem Grossbetrieb wie dem Inselspital ist diese Befragung ein komplexer Prozess. Bevor die eigentliche Befragung stattfindet, müssen diverse Vorbereitungen getroffen werden.

Sobald die ausgefüllten Fragebogen beim externen Auswertungsinstitut eintreffen, werden sie gescannt und in eine internetbasierte Auswertungsplattform eingelesen. Dort werden die Daten aller Schweizer Spitäler von den Verantwortlichen der Spitäler und Kliniken abgefragt. Zudem wird ein Vergleich des eigenen Spitals mit dem gesamten Schweizer Kollektiv durchgeführt. Die Ergebnisse werden vom ANQ zudem auf dem Internet für die Allgemeinheit veröffentlicht.

## **Nach der Befragung fängt die Arbeit erst an**

Das eigentliche Ziel der Durchführung dieser Befragung ist es, die Sicht der Patienten auf das Inselspital zu verbessern und um sich in den von ihnen genannten Bereichen zu verbessern. Das Inselspital



weizer Spitäler sind verpflichtet,  
Zufriedenheit der Patientinnen  
und Patienten zu erheben.

nheit ihrer Patientinnen  
n Spitälern und Kliniken

es Unterfangen. Lange  
getroffen werden.

treffen, werden sie ein-  
rt können die Daten al-  
gerufen werden. Damit  
möglich. Die Ergebnis-  
ntlicht.

Patienten zu erfahren,  
führt nebst der einmal



jährlich stattfindenden ANQ-Befragung eine kontinuierliche Messung der durch und gibt allen Patienten beim Austritt einen Fragebogen ab. Im Jahr 6577 Erwachsene und Kinder, respektive deren Eltern, dem Inselspital eine Aufenthalt gegeben.

Neben der Beantwortung der Fragen haben die Patienten die Möglichkeit verfassen. Die Kommentare werden in elektronischer Form an die einzelnen weitergeleitet, die daraus laufend Verbesserungsmaßnahmen ableiten. Ein spielsweise die optimale Organisation der Ein- und Austritte der Patienten.

### **Übrigens: Wir sind die Besten**

Die Ergebnisse der Patientenzufriedenheitsbefragung ergeben ein sehr erfreu ANQ-Fragen werden, im Vergleich mit den anderen Universitätsspitalern, üb Werte erreicht. In vier von fünf Fragen wird das Inselspital sogar am besten

Gemäss der neuen Unternehmensstrategie strebt das Inselspital beim Them macherrolle an. Die Erhebungen zeigen, dass dies im Rahmen der Patient erreicht wurde.



Patientenzufriedenheit  
2014 haben insgesamt  
Rückmeldung zu ihrem

, freie Kommentare zu  
Kliniken des Inseleospitals  
wichtiges Thema ist bei-

liches Bild. In allen fünf  
erdurchschnittlich gute  
bewertet.

a Qualität eine Schritt-  
enzufriedenheit bereits

---






# PATIENTENBEFRAGUNG IM INSELSPITAL: ZAHLEN UND FAKTEN

Versendete ANQ-Fragebogen: 2635, Rücklaufquote 41,5%

---

## DIE ANQ-FRAGEN

(ANTWORTSKALA 0 = NICHT ZUTREFFEND BIS 10 = ZUTREFFEND):

-  1 «Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in d
-  2 «Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung,
-  3 «Wenn Sie Fragen an eine Ärztin oder einen Arzt
-  4 «Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten,
-  5 «Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mi



2014



ieses Spital kommen?»

die Sie erhalten haben?»

stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?»

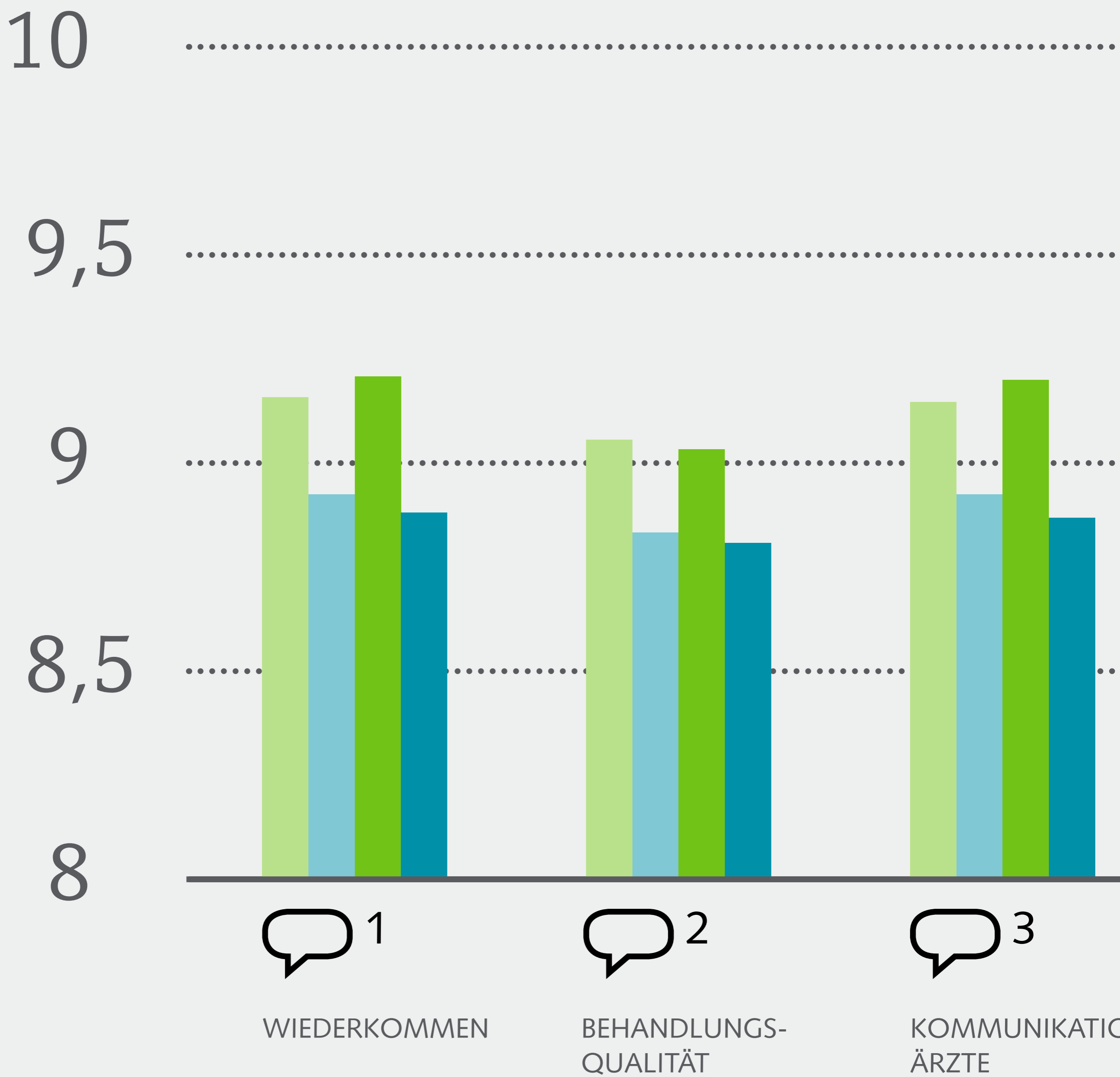
bekamen Sie verständliche Antworten?»

t Respekt und Würde behandelt?»



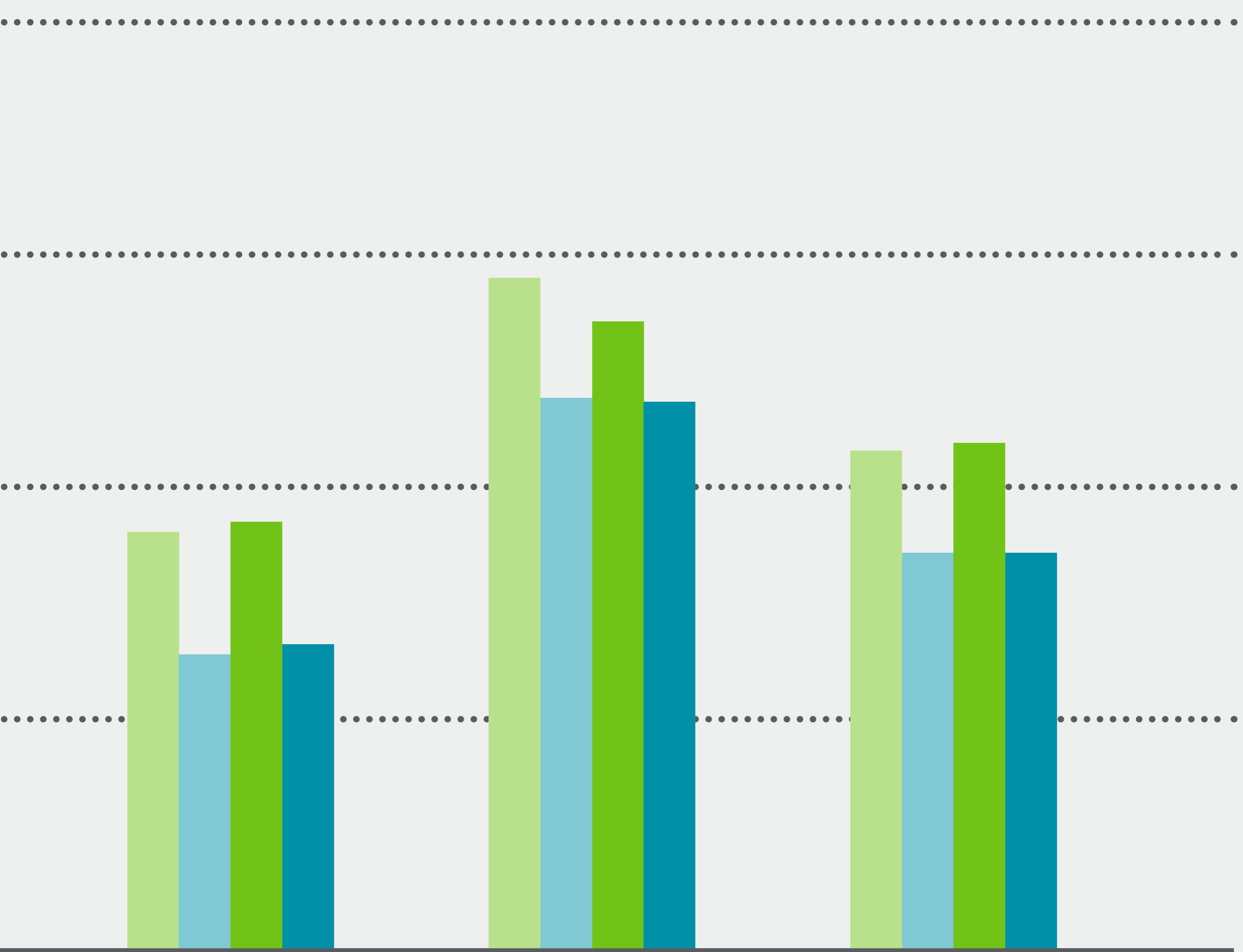
TIPPEN, UM  
ERGEBNISSE ZU  
SEHEN

# ERGEBNISSE ANQ-BEFRAGUNG INSELSPITAL ERWACHSENE 201





# 2013 & 2014



4

5

KOMMUNIKATION  
PFLEGE

RESPEKT UND  
WÜRDE

DURCHSCHNITT

2013 Insel (n=954)

2013 CH-Referenz Unispitäler (n=4692)

2014 Insel (n=925)

2014 CH-Referenz Unispitäler (n=4592)

---

## Die Ergebnisse der Herz- und Gefässchirurgie aus drei Perspektiven

Die Qualitätsergebnisse der Universitätsklinik für Herz- und Gefässchirurgie anhand von drei Themen darstellen: Sterblichkeit, Infektionsrate und die Ergbefragungen.

### Sterblichkeit anhand der Qualitätsindikatoren des Bundesamtes für Gesundheit

Obwohl es auf den ersten Blick befremdlich erscheinen mag, die Sterblichkeit als Qualitätsmerkmal heranzuziehen und zu vergleichen, wird diese aber bei wissenschaftlichen Literatur regelmässig als Vergleichsmerkmal, meist gewichtet wie Alter oder Vorerkrankungen, verwendet. Angesichts der schwerwiegenden unserer Patienten muss eine gewisse statistische Sterblichkeitsrate akzeptiert und möglichst tief sein. Das BAG vergleicht alle Schweizer Akutspitäler anhand von wobei auch die Sterblichkeit analysiert wird. Die Daten basieren auf der Statistik der medizinischen Statistiken der Krankenhäuser. Die Ergebnisse werden dem Internet für jedermann zugänglich veröffentlicht.

Dabei werden unter anderem die standardisierten Mortalitätsraten (SMR) von Krankzgefässen analysiert. Beispielsweise die «OP nur an Koronargefässen bei nur an Koronargefässen ohne Herzinfarkt». Die SMR der Klinik für Herz- und ren im aktuellsten gesamtschweizerischen Vergleich zu den tiefsten. Im Vergleich universitären Herzchirurgien sind die Ergebnisse der Herzchirurgie des Inse Fällen deutlich besser als der Benchmark (so im aktuell zum Vergleich verfügbar [bag.admin.ch/qiss](http://bag.admin.ch/qiss)).



# Herz- und Gefässchirurgie deutlich besser als der Benchmark ...

lassen sich beispielhaft  
Ergebnisse der Patienten-

## Qualität (BAG)

Qualität bei Herzeingriffen  
beispielsweise in der wis-  
senschaft nach Risikofaktoren  
für den Erkrankungen un-  
tersucht werden. Sie sollte aber  
auch von Qualitätsindikatoren,  
wie nationalen Patienten-  
erfahrungen durch das BAG auf

Operationen an Herz-  
und «OP  
Gefässchirurgie gehö-  
rig gleich mit den anderen  
Hospitals in den meisten  
vergleichbaren Jahr 2012, [www.](http://www.)

## **Das Auftreten von Wundinfekten**

Der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern (ANQ) untersucht in seinen jährlichen Analysen die Wundinfekte nach Operationen. Die zurzeit aktuellsten Ergebnisse sind für das Jahr 2010/11.

Auch dort verzeichnet die Herzchirurgie des Inselspitals im Vergleich überdurchschnittlich gute Ergebnisse. Betrachtet man zusätzlich den Schweregrad der aufgetretenen Infektionen, so zeigt es sich im Inselspital überwiegend um leichte (oberflächliche) Infektionen und nicht um tiefe Hohlraum- und Organinfektionen. Der Anteil der schweren Infektionen an allen Infektionen ist für die Herzchirurgie des Inselspitals im Vergleich mit allen anderen Häusern am tiefsten ([www.anq.ch/messergebnisse/ergebnisse-akutsomatik/](http://www.anq.ch/messergebnisse/ergebnisse-akutsomatik/)).

## **Einschätzung der Qualität durch unsere Patientinnen und Patienten**

Jedes Jahr führt der ANQ eine nationale Patientenbefragung mittels eines schriftlichen Fragebogens durch. Die Resultate werden ebenfalls im Internet publiziert. Die aktuellsten Ergebnisse sind aus dem Jahr 2013 ([www.anq.ch/messergebnisse/ergebnisse-patientenbefragung/](http://www.anq.ch/messergebnisse/ergebnisse-patientenbefragung/)).

Die Ergebnisse dieser Befragungen stellen dem Inselspital ein sehr gutes Zeugnis aus. Die Patientenzufriedenheit hat den höchsten Wert im Vergleich mit den Universitätskliniken. Untersucht man in einem internen Vergleich die Ergebnisse zwischen den Kliniken, so ergibt sich für die Universitätsklinik für Herz- und Gefässchirurgie wieder die höchsten Werte bei der Patientenzufriedenheit. Die Klinik erzielt bei allen Fragen im internen Vergleich durchschnittlich gute Bewertungen. Die Zufriedenheit der Patienten mit der Herz- und Gefässchirurgie des Inselspitals liegt auf demselben Niveau wie bei den bestehenden Privatkliniken.



icht mit schweizweiten  
nisse stammen aus dem

erdurchschnittlich gute  
nfektionen, so handelt  
d weniger um schwere  
nen an der Gesamtheit  
n anderen abgebildeten  
).

hweizweit einheitlichen  
aktuellsten verfügbaren  
-akutsomatik/).

gnis aus. Unsere Patien-  
bitälern in der Schweiz.  
kliniken des Inselspitals,  
um einer der höchsten  
nternen Vergleich über-  
er Universitätsklinik für  
die Werte der entspre-



ZAHLEN UND FAKTEN

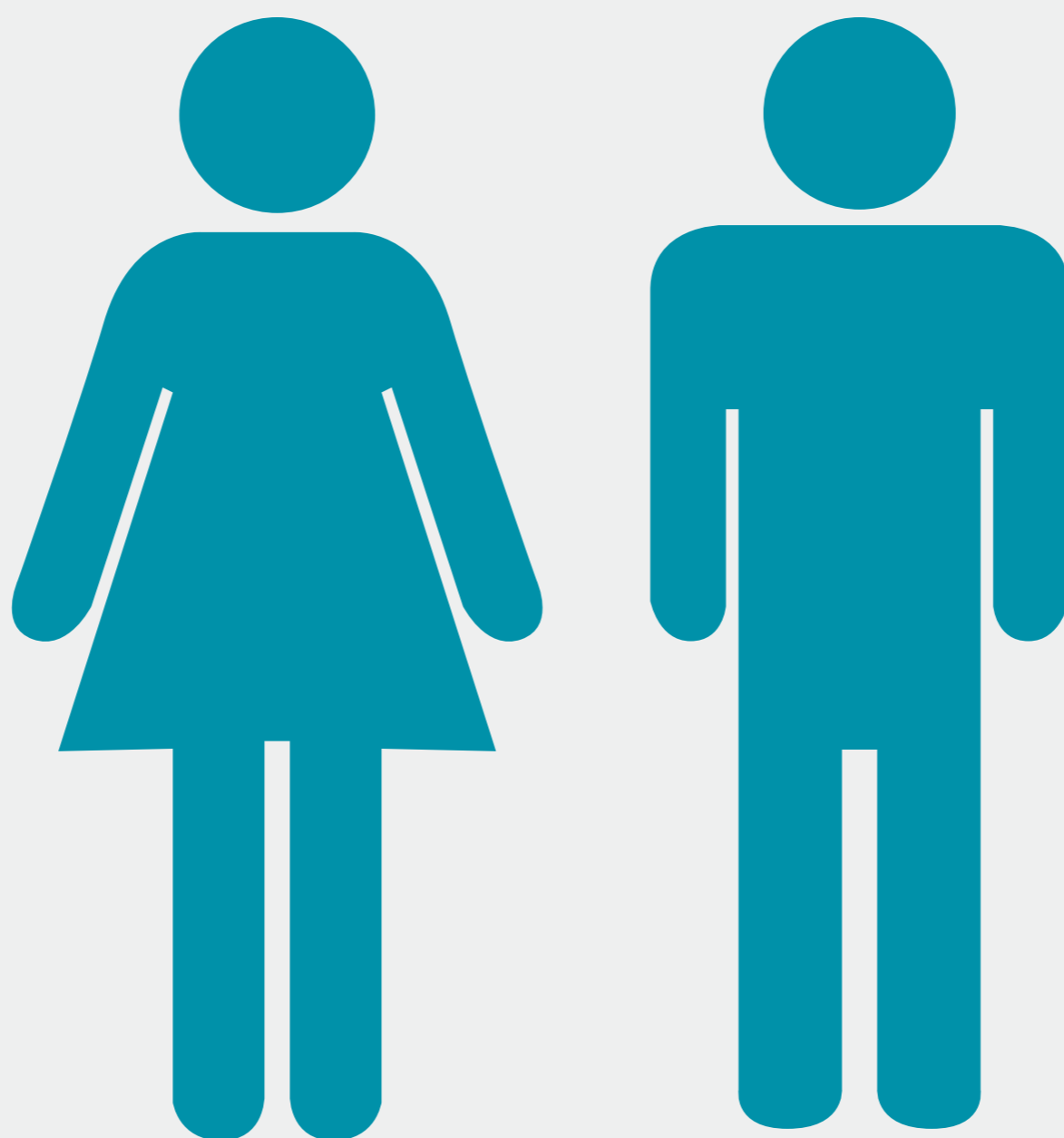
# Mitarbeitende



e

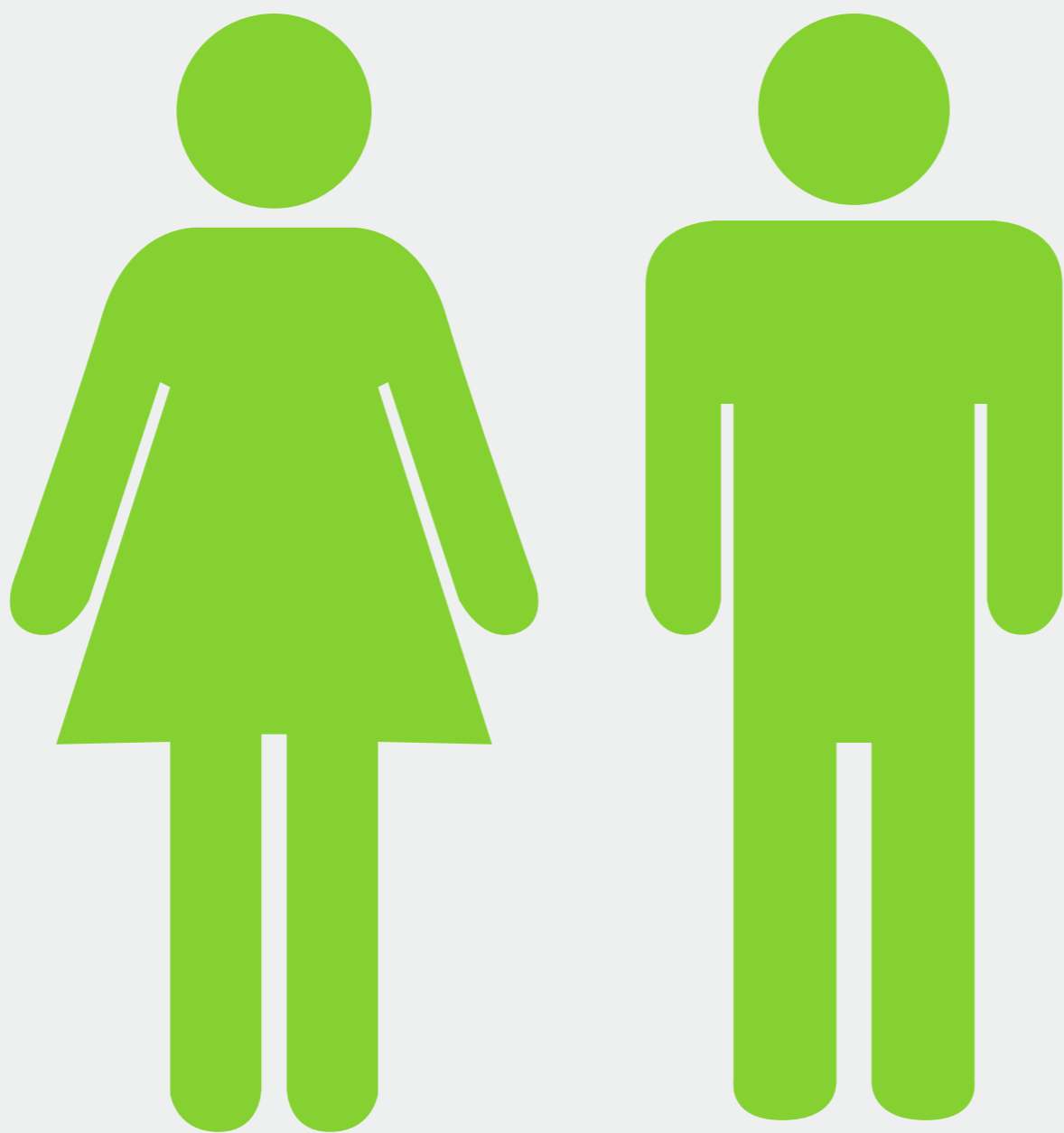






DIREKT ZU DEN MITARBEITENDEN  
SPITAL NETZ BERN





DIREKT ZU DEN MITARBEITENDEN  
INSELSPITAL

77 % U

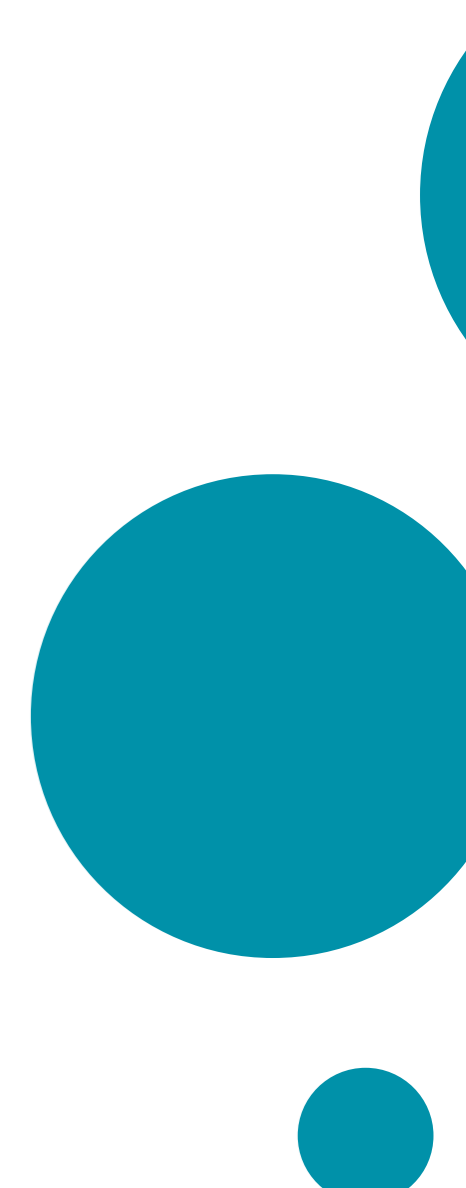
## PERSONALBESTAND SPITAL NETZ BERN

---

Im Spital Netz Bern beträgt der durchschnittliche Personalbestand in VZE (Vollzeiteinheiten) im Berichtsjahr 1585. Dies entspricht einer Abnahme von 56.5 VZE gegenüber dem Vorjahr.

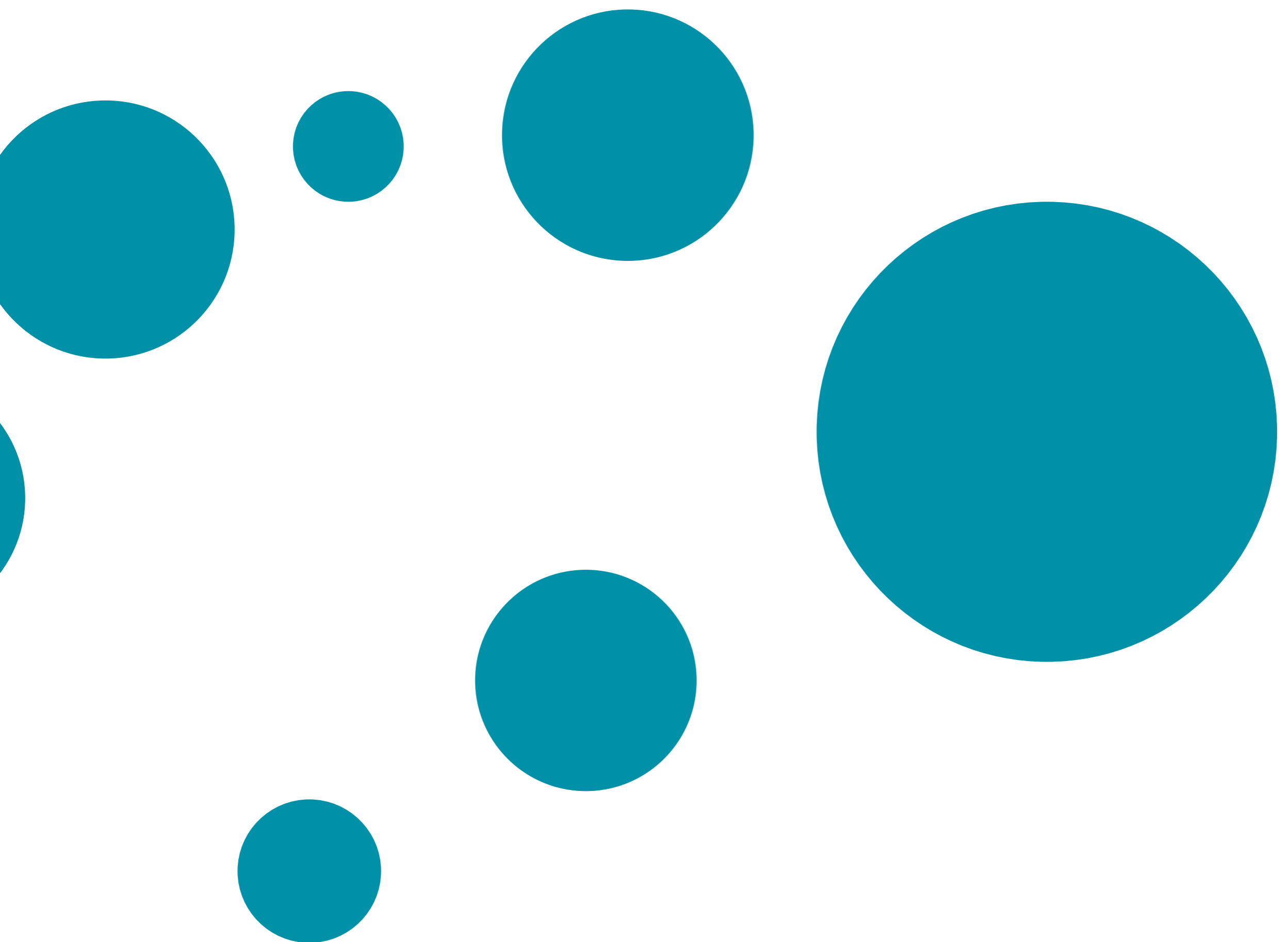
Wie in den Vorjahren sind 77 % unserer Mitarbeitenden Frauen und 23 % Männer; sie teilen sich wie folgt in die verschiedenen Berufsgruppen auf:

---



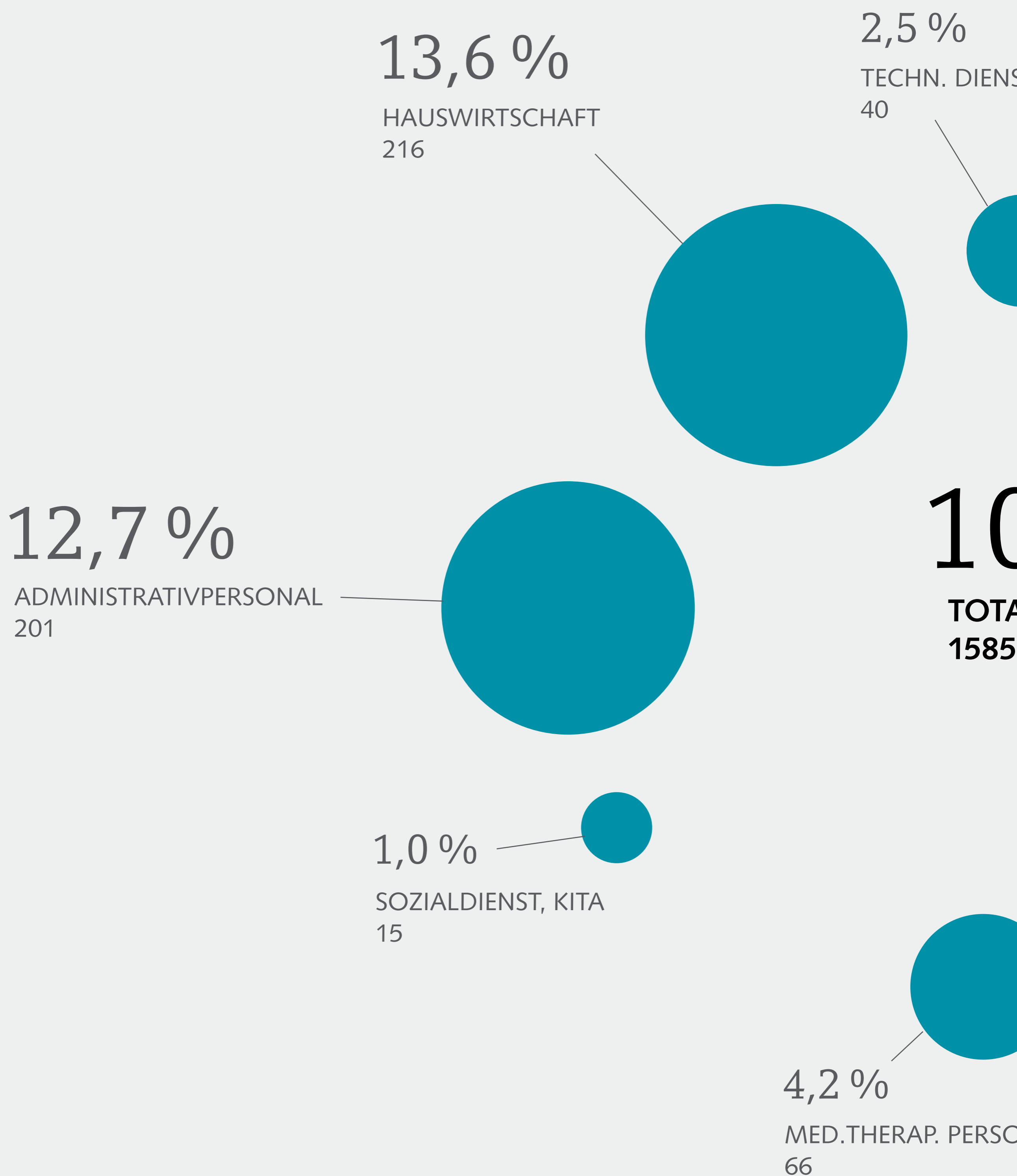


Wie in den Vorjahren sind  
unserer Mitarbeitenden Frauen  
und 23 % Männer.



AUF LUPE TIPPEN, UM  
GRAFIK ANZUSEHEN

# PERSONALBESTAND NACH BERUFSGRUPPEN (VZE\*)

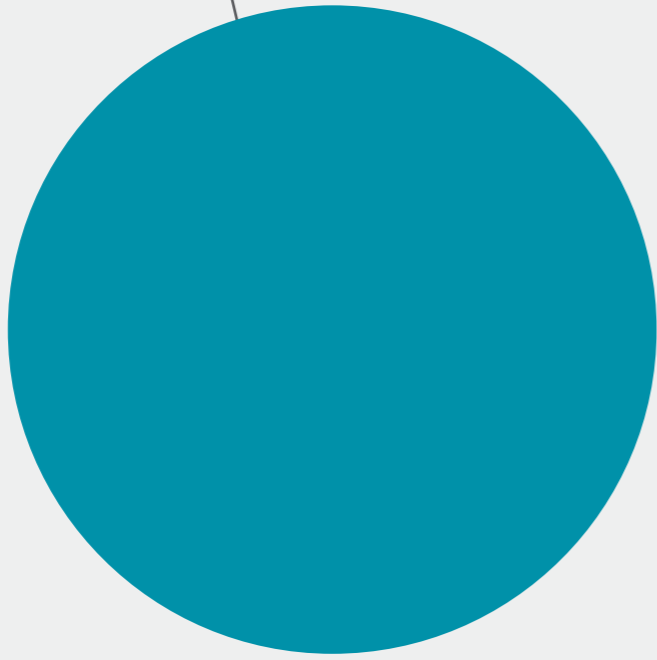


\* Personalbestand in VZE: exkl. Lernende, Praktikanten



12,9 %

ÄRZTINNEN / ÄRZTE  
205



43,2 %

PFLEGEPERSONAL  
684



10,0 %

10,0 %

MED. TECHN. PERSONAL  
158



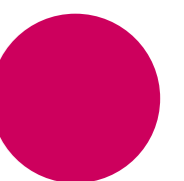
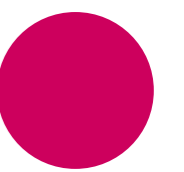
# Das Spital Netz B au

## NATIONALITÄTEN IM SPITAL NETZ BERN

---

Das Spital Netz Bern beschäftigt Mitarbeitende aus 52 verschiedenen Nationen. Der Anteil der Schweizerinnen und Schweizer beträgt 82 %, gefolgt von der deutschen Belegschaft mit 8 %. Innerhalb der Berufsgruppe der Ärzte macht der Anteil der Deutschen gut 20 % aus. In jeder Berufsgruppe ist jedoch der Anteil der Schweizer am grössten. Die grösste Diversität von Nationalitäten ist in der Berufsgruppe Pflege zu finden (34 verschiedene Nationen).

---



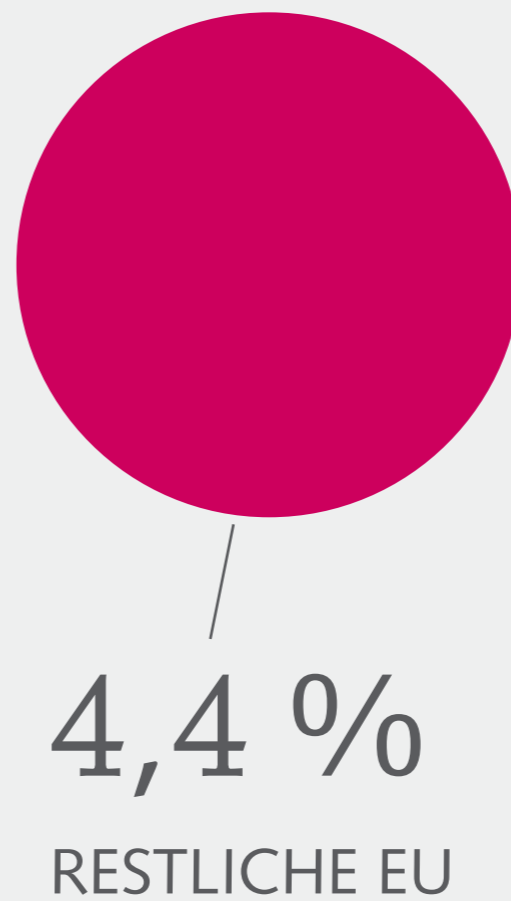
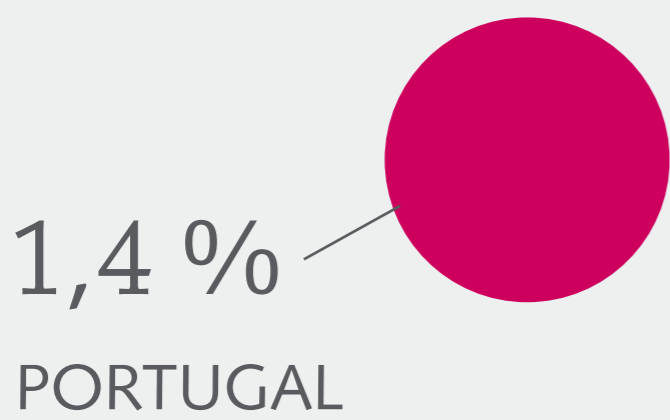
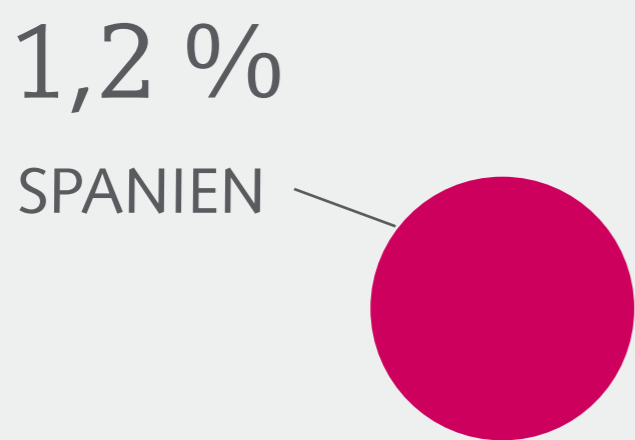


Bern beschäftigt Mitarbeitende  
aus 52 verschiedenen Nationen.



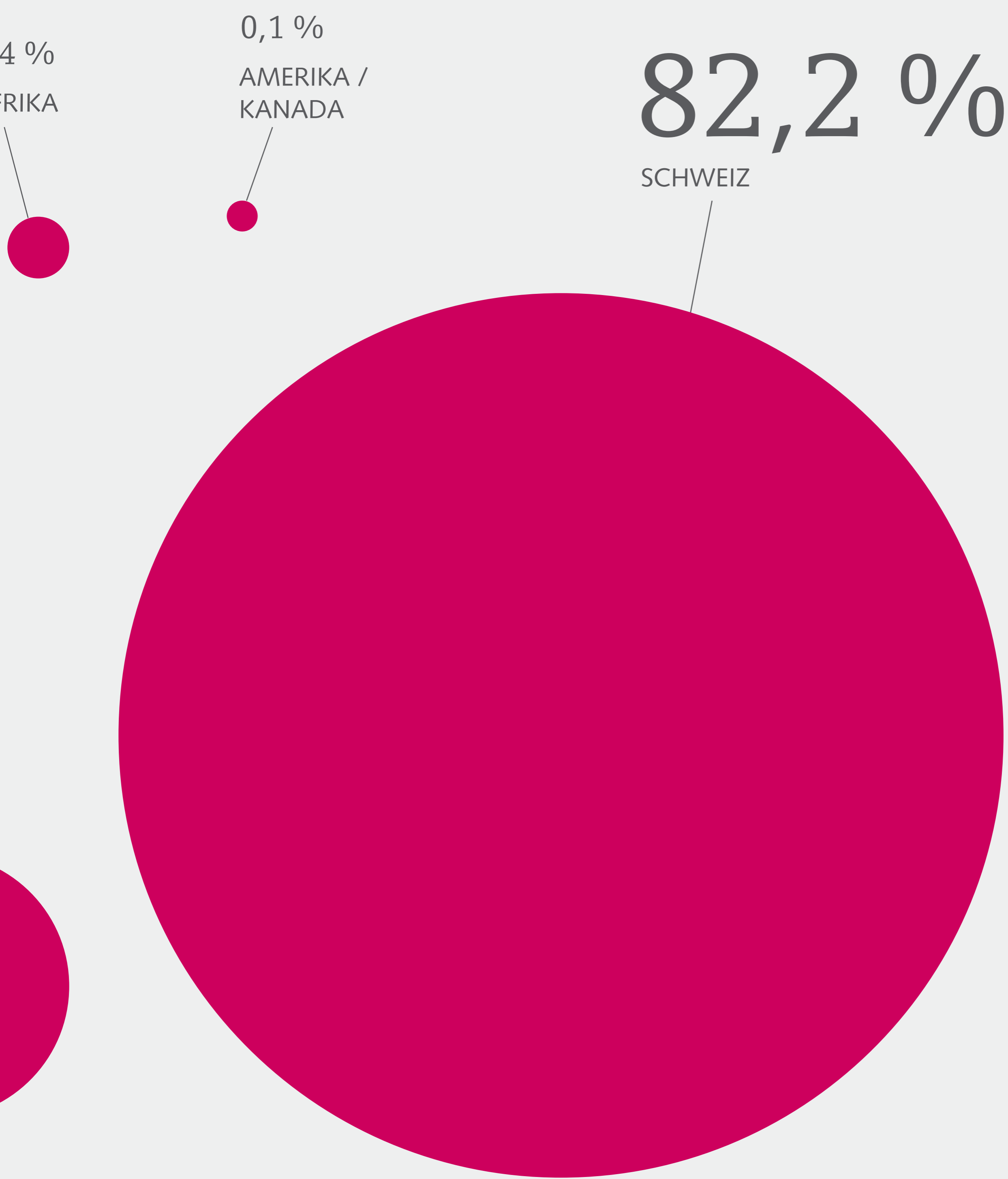
AUF LUPE TIPPEN, UM  
GRAFIK ANZUSEHEN

# ANZAHL MITARBEITENDE\*



\* Personalbestand (Köpfe): exkl. Lernende, nur Hauptanstellungen





0 %  
HOLLAND

## AUSZUBILDENDE IM SPITAL NETZ BERN

---

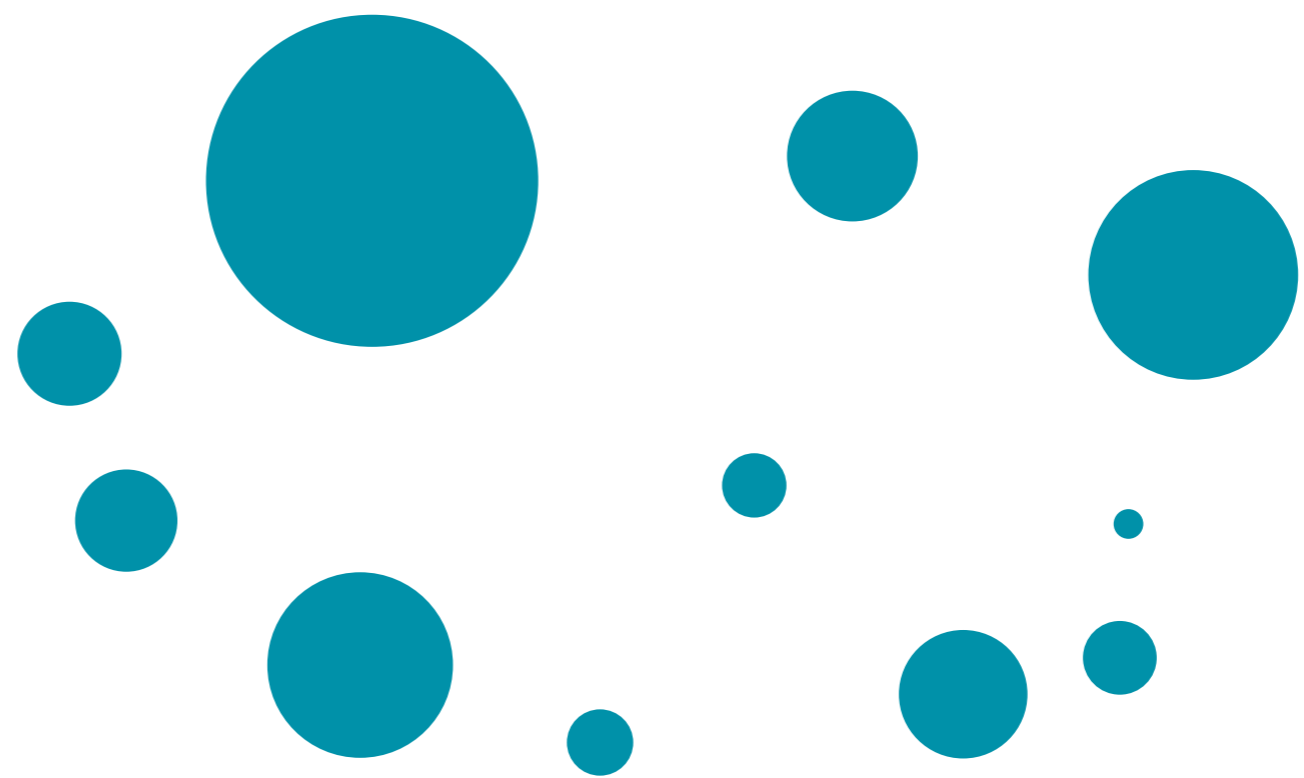
Auf der Tertiärstufe absolvierten im Spital Netz Bern rund 70 Wahljahrstudierende der Medizin rund 500 Wahljahrpraktikumswochen, mehrere Studierende aus 10 nichtärztlichen Gesundheitsberufen absolvierten rund 2435 Wochen. In der Weiterbildung Notfallpflege NDS HF wurden gut 86,4 Ausbildungswochen geleistet.

Das Spital Netz Bern besoc  
auf der Sekundarstufe II  
rufsrichtungen. Wie im Ins  
bildung zur/m Fachfrau/  
grössten Anteil – mit gut



häftigte im Berichtsjahr  
105 Lernende in 7 Be-  
selspital macht die Aus-  
mann Gesundheit den  
76 Lehrstellen – aus.

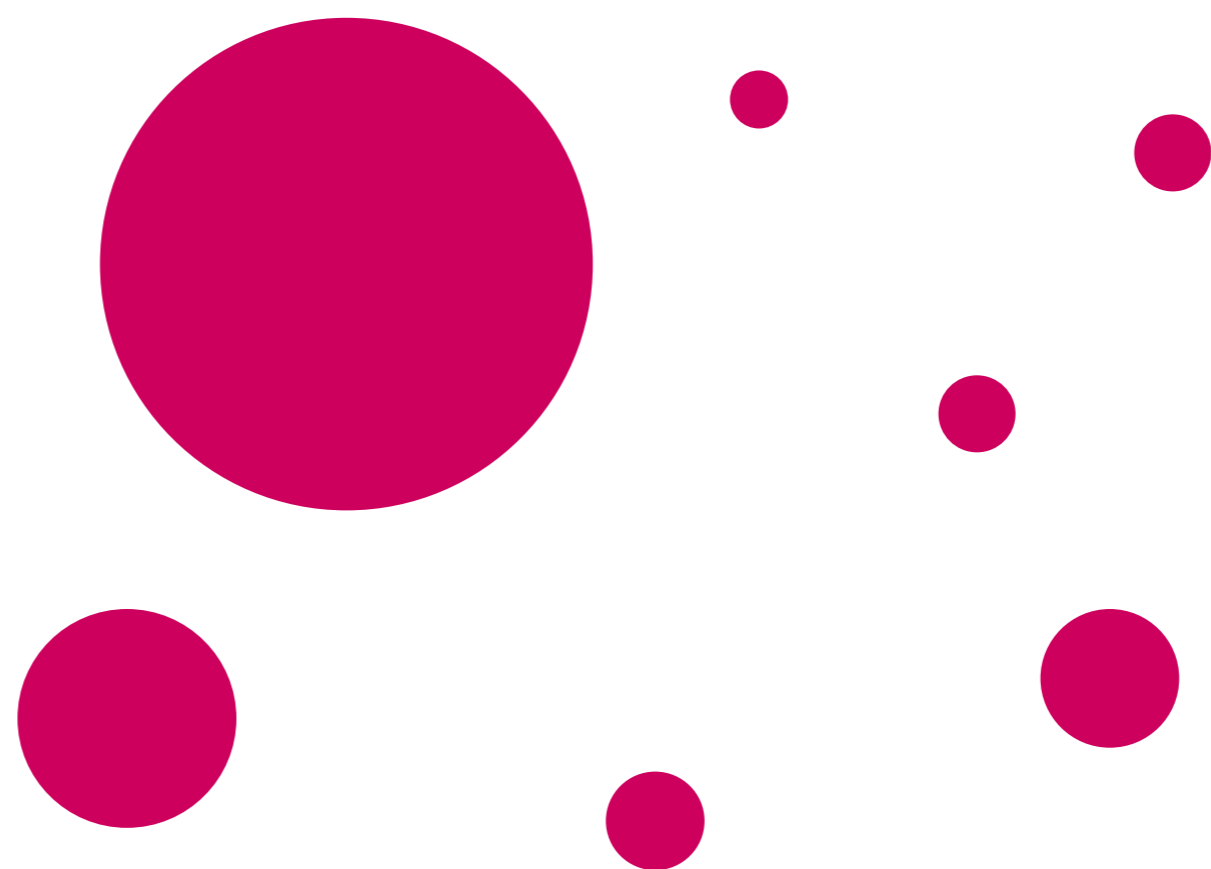
---



Ausbildungsangebot Tertiärstufe



AUF LUPE TIPPEN, UM  
GRAFIK ANZUSEHEN



Ausbildungsangebot Sekundarstufe II



AUF LUPE TIPPEN, UM  
GRAFIK ANZUSEHEN

# AUSBILDUNGSANGEBOT TERTIÄRSTUFE

42,7 %

DIPL. PFLEGEFACH-  
FRAU/-MANN HF

4,1 %

BSC IN PFLEGE  
(BFH)

4,0 %

DIPL. FACHFRAU/-MANN  
MTRA HF

13,3 %

BSC IN PHYSIO-  
THERAPIE (BFH)

1,6 %

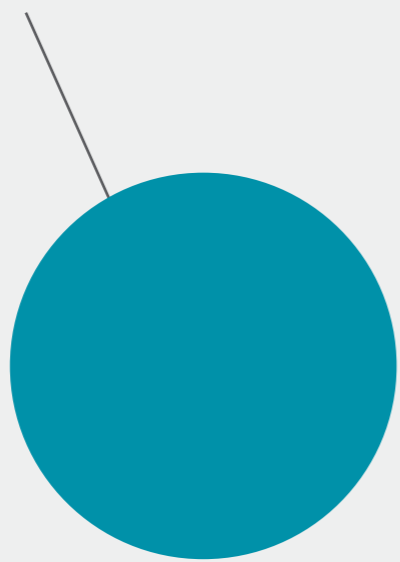
BSC HEB  
(BFH)

Total Ausbildungswochen: 2934



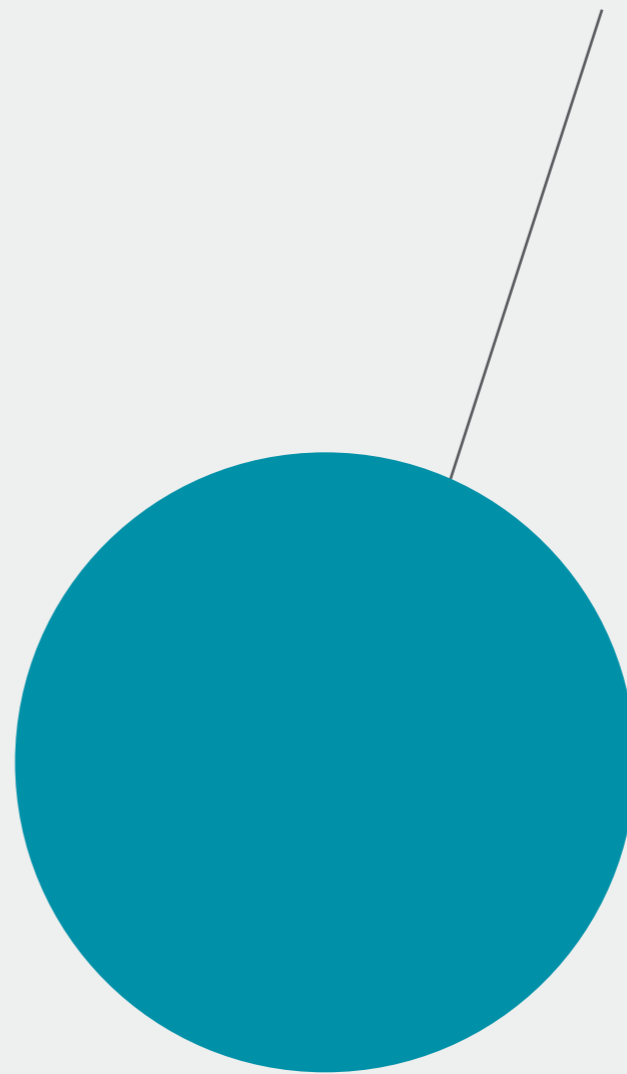
6,7 %

DIPL. RETTUNGSSANITÄTER/-IN HF



17,0 %

WAHLJAHRSTUDENT/-IN



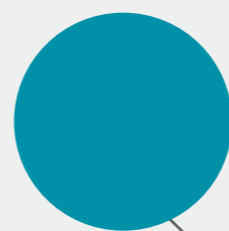
1,7 %

DIPL. BIOMED.  
ANALYTIKER/-IN HF



0,4 %

BSC IN ERGOTHERAPIE  
(ZHWA)

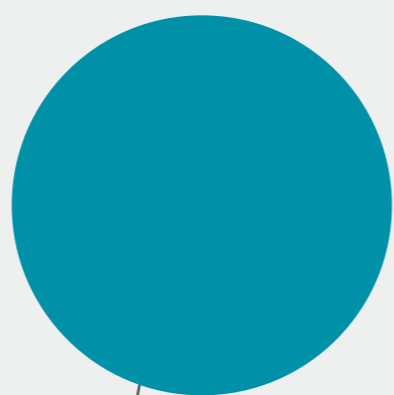


2,1 %

BSC IN ERNÄHRUNG  
UND DIÄTETIK (BFH)

6,4 %

DIPL. FACHFRAU/-MANN  
OT HF



%

BAMME

# AUSBILDUNGSANGEBOT SEKUNDARSTUFE II

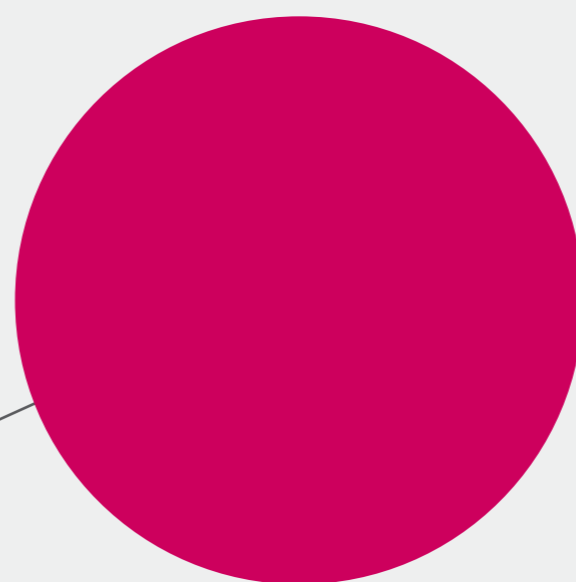
72,3 %

LERNENDE/R  
FACHFRAU/-MANN  
GESUNDHEIT



14,3 %

LERNENDE/-R  
KOCH



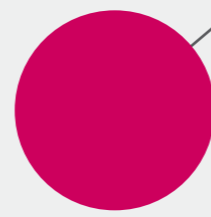
1,0 %

HAUSWIRTSCHAFTSPRAKTIKER/-IN  
IN AUSBILDUNG



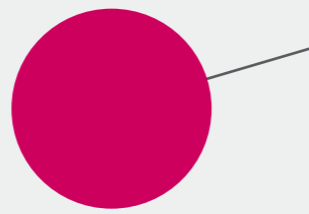
1,9 %

LERNENDE/-R  
LOGISTIK



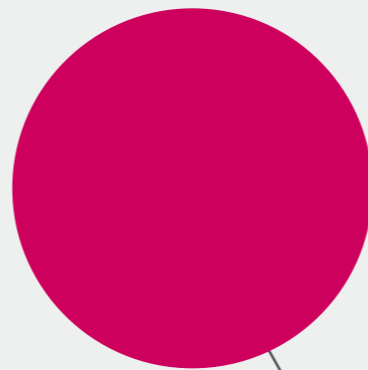
1,9 %

FACHFRAU/-MANN BETRIEBS-  
UNTERHALT IN AUSBILDUNG



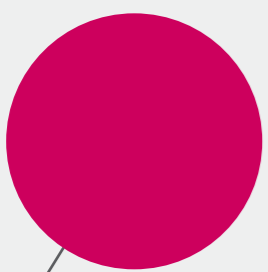
5,7 %

FACHFRAU/-MANN  
HAUSWIRTSCHAFT IN  
AUSBILDUNG



2,9 %

LERNENDE/-R FACHFRAU/-MANN  
BETREUUNG





75 % U

## PERSONALBESTAND IM INSELSPITAL

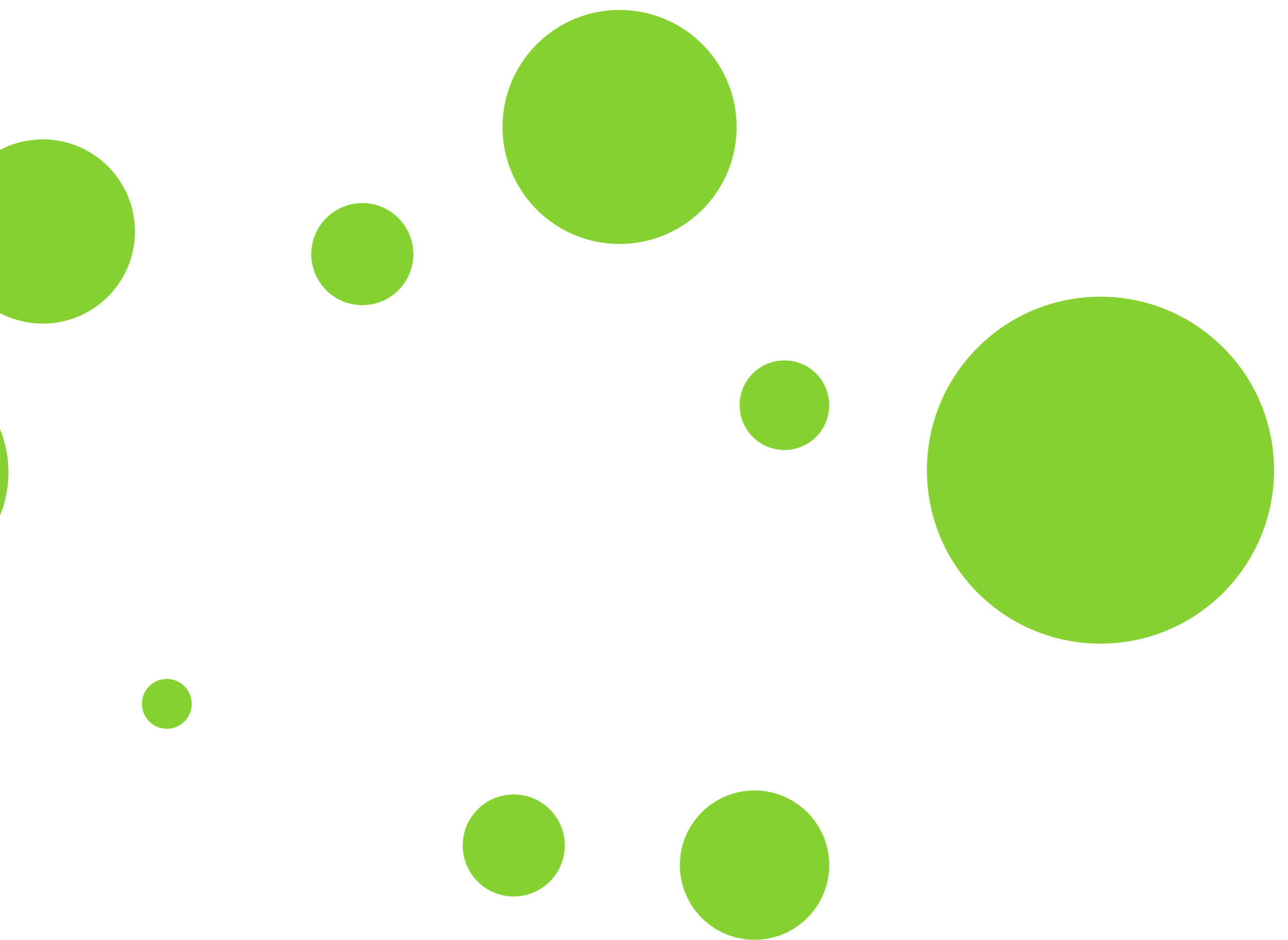
---

Der durchschnittliche Personalbestand in VZE (Vollzeiteinheiten) im 2014 beträgt 6167, was einer Zunahme von 125 VZE gegenüber dem Vorjahr entspricht. Dieser Personalaufbau hat überwiegend im Kerngeschäft in den Schwerpunkten Kardiologie, Neurologie (Stroke Unit), Bauchzentrum sowie in der Intensivmedizin (IMC Plattform) und im Notfallzentrum stattgefunden.

Wie in den Vorjahren sind 75 % unserer Mitarbeitenden Frauen und 25 % Männer; sie teilen sich wie folgt in die verschiedenen Berufsgruppen auf:

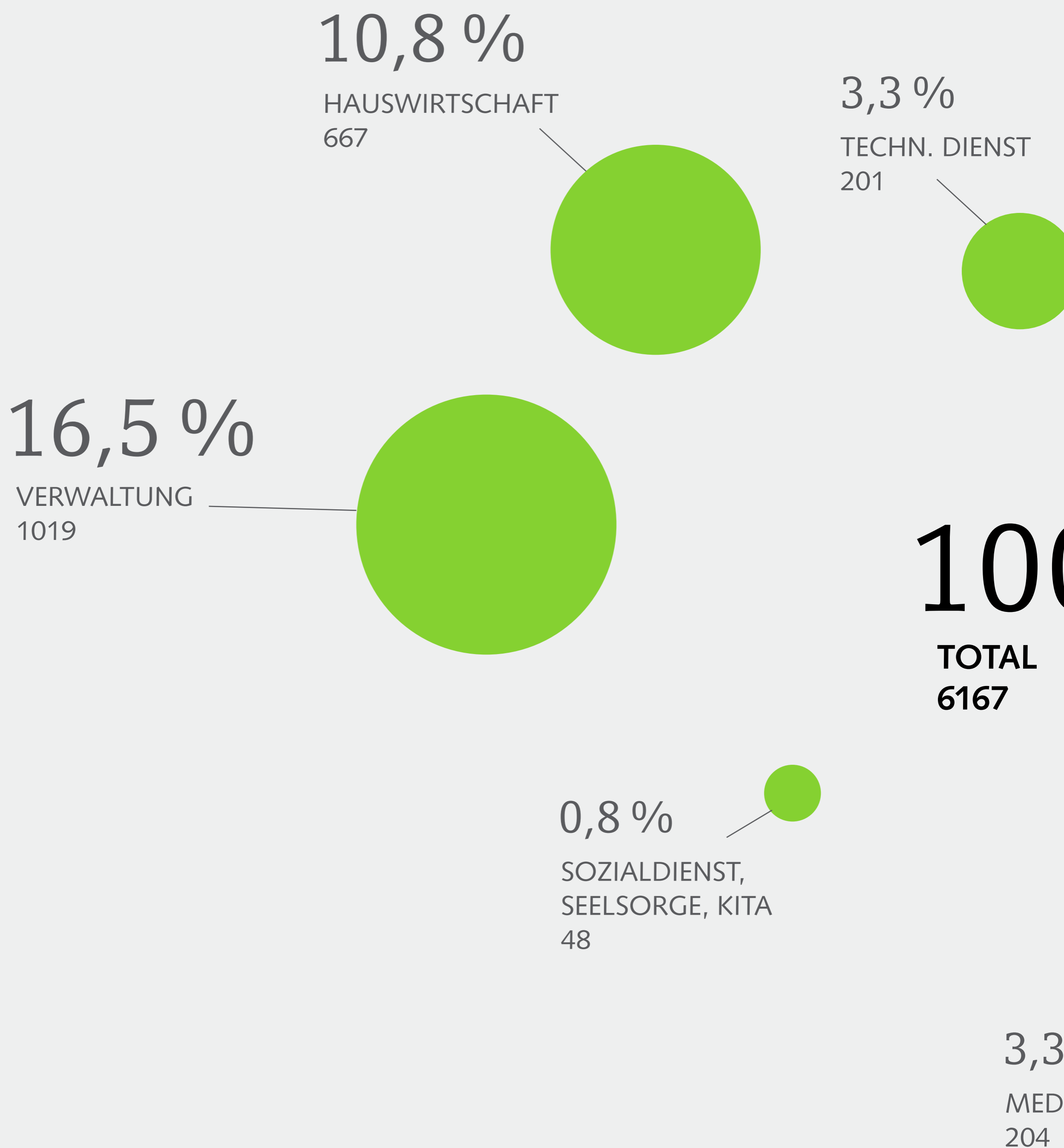
---

Wie in den Vorjahren sind  
unserer Mitarbeitenden Frauen  
und 25 % Männer.



AUF LUPE TIPPEN, UM  
GRAFIK ANZUSEHEN

# PERSONALBESTAND NACH BERUFSGRUPPEN (VZE\*)



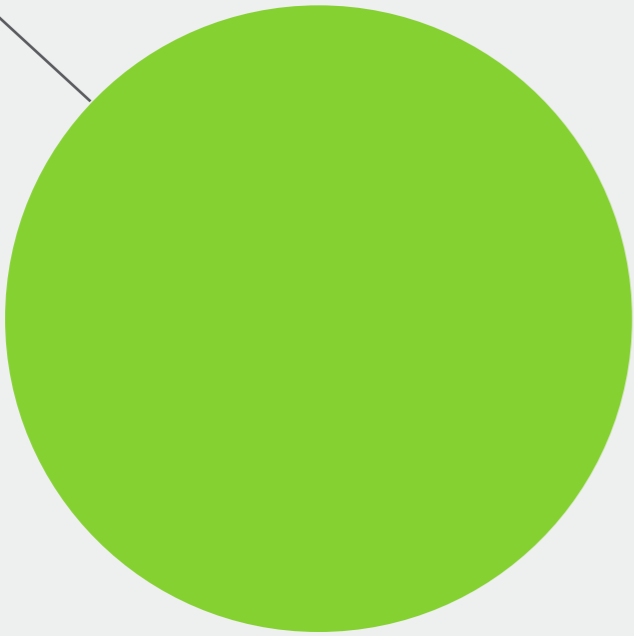
\* Personalbestand VZE: Spitalbetrieb (ohne Stiftung, wiss. Fonds), exkl. Lernende, Praktikanten



7,4 %

STÄNDIGBESCHÄFTIGTE /ÄRZTE

75



38,2 %

PFLEGEPERSONAL

2355



2,6 %

AKADEM. PERSONAL

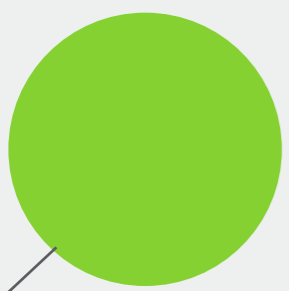
160



0 %

0 %

PHYSIOTHERAP. PERSONAL



7,1 %

MED. TECHN. PERSONAL

438

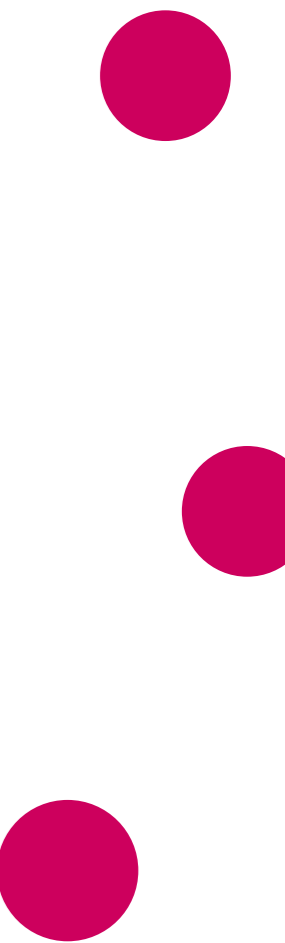
## NATIONALITÄTEN IM INSELSPITAL

---

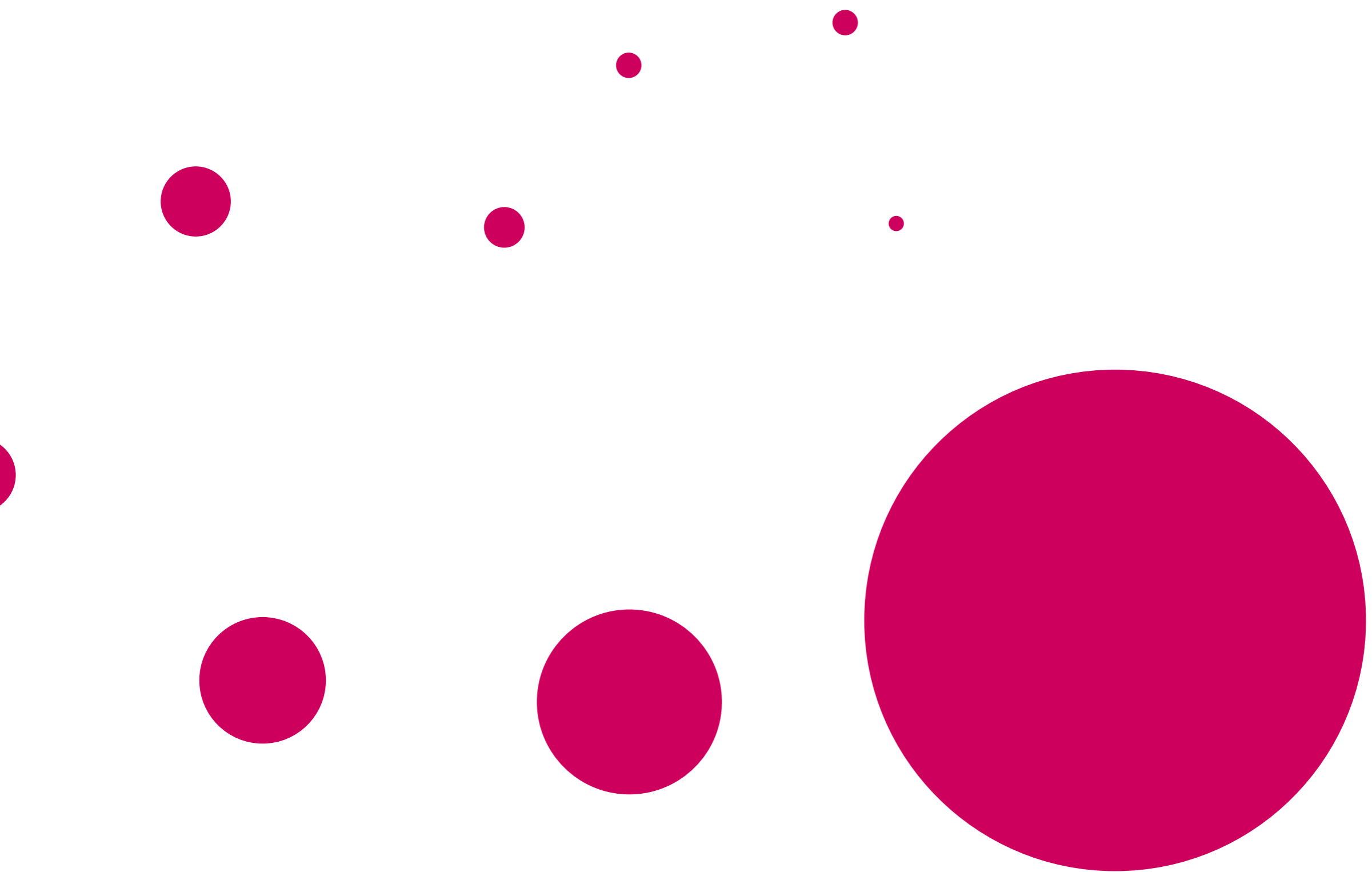
Per 31. Dezember 2014 beschäftigt das Inselspital Mitarbeitende aus 78 verschiedenen Nationen. Der Anteil Schweizerinnen und Schweizer beträgt 77 %. Gut 10 % aller Mitarbeitenden stammen aus Deutschland, gefolgt von Mitarbeitenden aus Portugal, Spanien und Italien. Diese Aufteilung ist geschlechtsunabhängig.

Innerhalb der Berufsgruppe Ärzte machen die Deutschen einen Anteil von 29 % aus. Die grösste Diversität an Nationalitäten haben die Berufsgruppen Pflegepersonal (57 Nationen) und Hauswirtschaft (44 Nationen). Allerdings sind in der Pflege 83 % der Belegschaft Schweizer, gefolgt von deutschen Mitarbeitenden (knapp 8 %). In der Hauswirtschaft ist die Heterogenität indes grösser, dort beträgt der Anteil an ausländischen Mitarbeitenden mehr als die Hälfte.

---



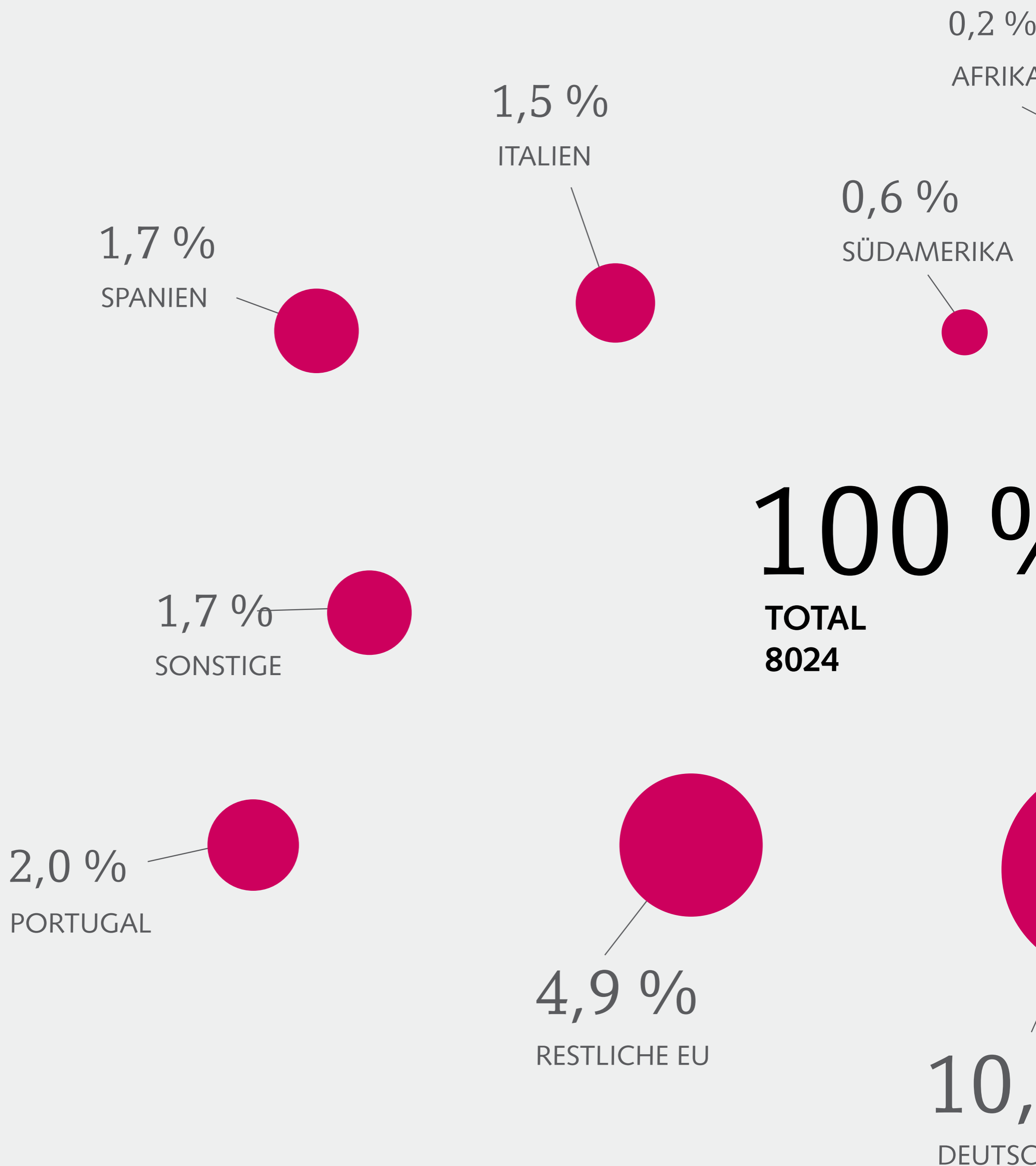
ospital beschäftigt Mitarbeitende  
us 78 verschiedenen Nationen.



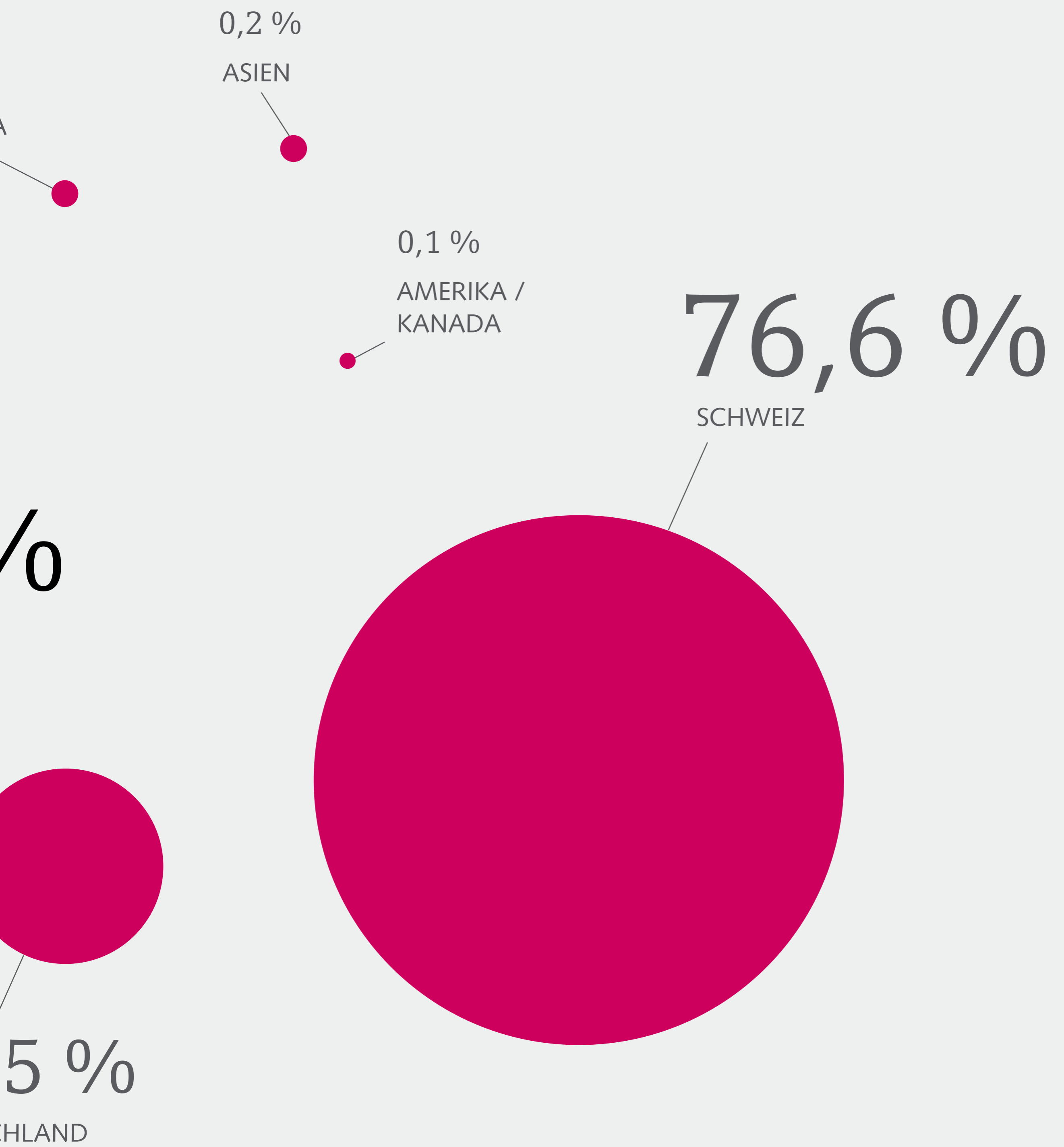
AUF LUPE TIPPEN, UM  
GRAFIK ANZUSEHEN



# ANZAHL MITARBEITENDE\*



\* Personalbestand in Köpfen: Spitalbetrieb ohne Stiftungen und wiss. Fonds, nur Hauptanstellungen, exkl. Wahljahrstudierende, Lernende, Praktikanten



# Die Fluktuation zum Vorjahr

## FLUKTUATION IM INSELSPITAL

---

Die Fluktuation im InseleSpital ist im Vergleich zum Vorjahr leicht gesunken und beträgt im Berichtsjahr 9,86 % (2013: 10,3 %). 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. Mit dieser Gesamtfluktuation gehört das InseleSpital in der Schweiz zu den Unternehmungen mit den tiefsten Werten.

Das Verhältnis von Austritten zwischen Männern und Frauen entspricht dem Verhältnis des Personalbestands.

---





n im Inselspital ist im Vergleich  
ahr um 0,5 % leicht gesunken.



AUF LUPE TIPPEN, UM  
GRAFIK ANZUSEHEN

# FLUKTUATION (KÜNDIGUNG DURCH MITARBEITENDE) 2014 NACH BERUFSGRUPPEN

11,59 %

147 AUSTRITTE



ÄRZTINNEN /  
ÄRZTE  
1268\*

5,77 %

12 AUSTRITTE



AKADEM.  
PERSONAL  
208\*

11,10 %

346 AUSTRITTE



PFLEGEPERSONAL  
3118\*

10,00 %

92 AUSTRITTE



MTT PERSONAL  
848\*

\* Durchschnittlicher Mitarbeiterbestand in Köpfen

# 9,86 %

TOTAL 778 AUSTRITTE  
7893\*

# 85 %

AUSTRITTE

## 9,29 %

131 AUSTRITTE



VERWALTUNG INKL.  
SOZIALE DIENSTE  
1410\*

## 4,72 %

39 AUSTRITTE



HAUSWIRTSCHAFT  
826\*

## 5,12 %

11 AUSTRITTE



TECHN. DIENST  
215\*

PERSONAL



## AUSZUBILDENDE IM INSELSPITAL

---

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 394 Wahljahrstudierende (Vorjahr: 498) der Medizin rund 2630 Wahljahrpraktikumswochen, mehrere Hundert Studierende aus 10 nichtärztlichen Gesundheitsberufen absolvierten rund 7370 Praktikumswochen.

Die Studierenden der Sozialberatung und der Psychologie durchliefen gut 264 Ausbildungswochen. In den drei Weiterbildungen Anästhesiepflege, Intensivpflege und Notfallpflege NDS HF wurden total 44 Personen mit gut 1900 Ausbildungswochen weitergebildet.

Das Inselspital engagiert Ausbildung in anderen Berufen. Im Jahr 2014 auf Sekundarstufe I und II. Lernende in 14 Berufen an der Universität Bern. Stellen allein für Fachfrauen. 109 Lehrstellen zur Verfügung. Inselspital im Berichtsjahr. Ausbildung Systemgastrologie aufgenommen.

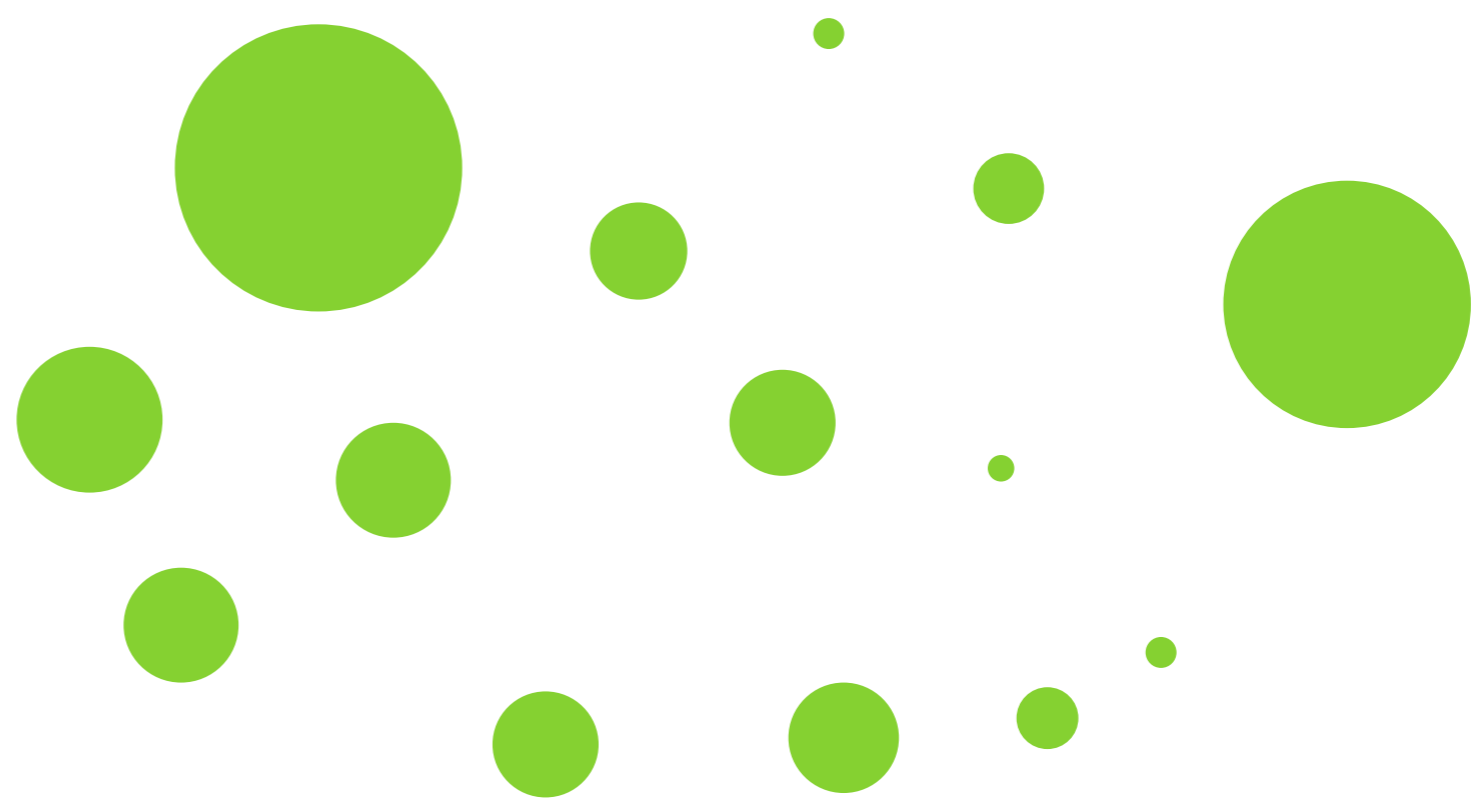
Das Inselspital präsentiert ein Ausbildungsangebot an Kongressen, Tagungsmessen, bei Bildungsmessen. Kantonalen Tag der Gesundheit.

Für junge Menschen im Bereich der Ausbildung. Zudem zahlreiche Einblicke in die Arbeit. Eignungspraktika im Umfang von mehreren Wochen in den Kliniken organisiert.

sich aber auch für die  
berufen. So wurden im  
stufe II (Berufslehre) 198  
ausgebildet; dabei stan-  
n/-männer Gesundheit  
igung. Zudem hat das  
neu eine Person in die  
onomiefachfrau/-mann

sein reichhaltiges Aus-  
gressen, Berufsausstel-  
gsanbietern sowie am  
ndheitsberufe.

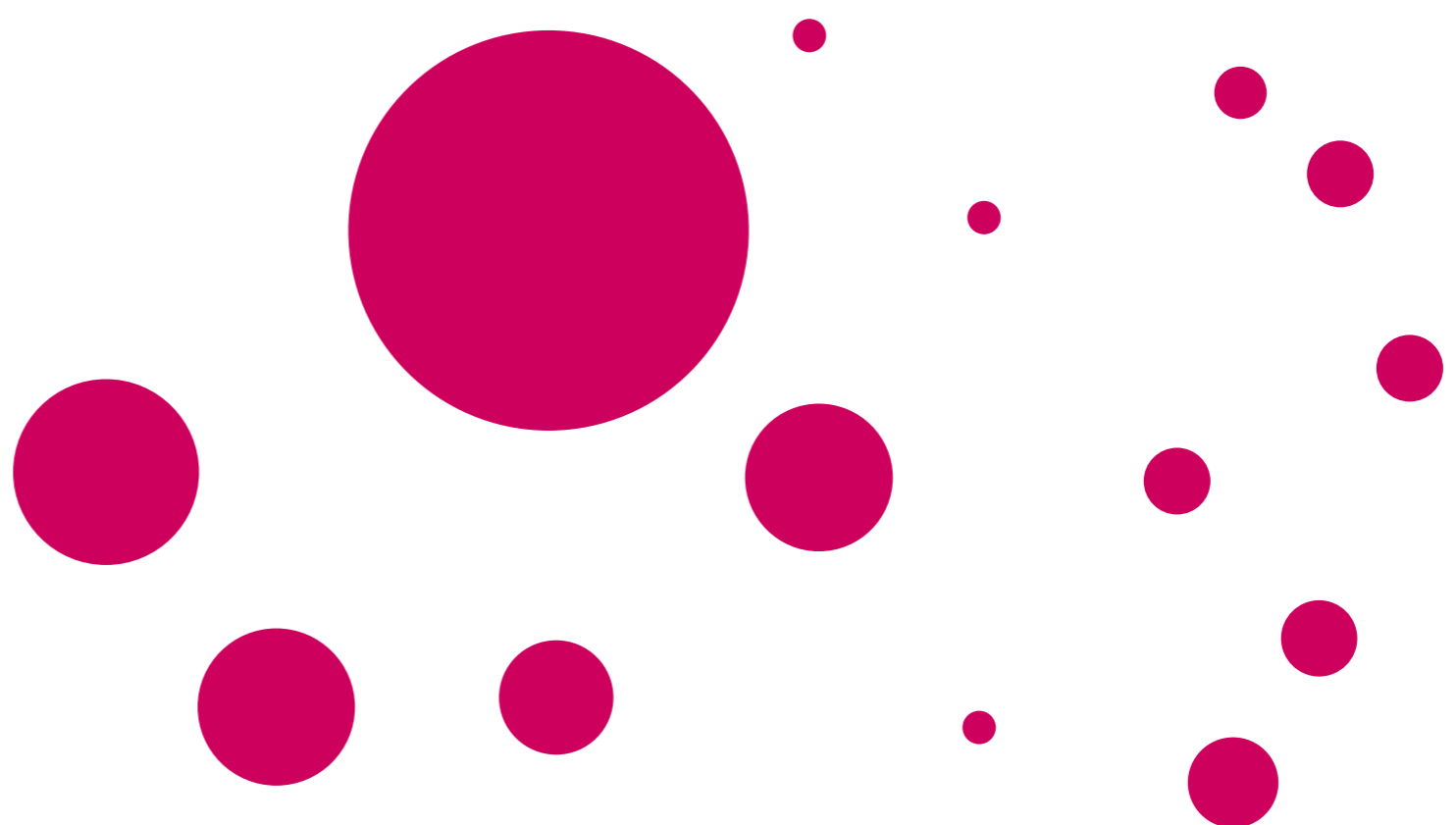
berufswahlalter werden  
stage, Berufswahl- und  
ung von mehreren Hun-  
ken und Instituten or-



Ausbildungsangebot Tertiärstufe



AUF LUPE TIPPEN, UM  
GRAFIK ANZUSEHEN



Ausbildungsangebot Sekundarstufe II



AUF LUPE TIPPEN, UM  
GRAFIK ANZUSEHEN

# AUSBILDUNGSANGEBOT TERTIÄRSTUFE

33,0 %

DIPL. PFLEGEFACH-  
FRAU/-MANN HF

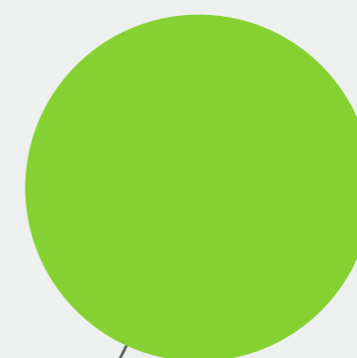
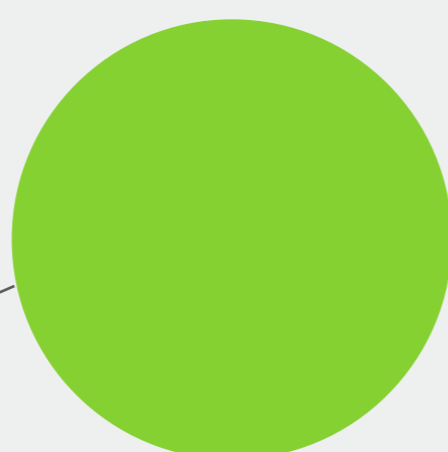


3,9 %

EINBLICKST  
BERUFSWA  
ETC.

8,7 %

BSC IN PFLEGE (BFH)

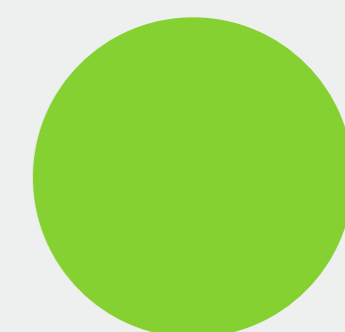
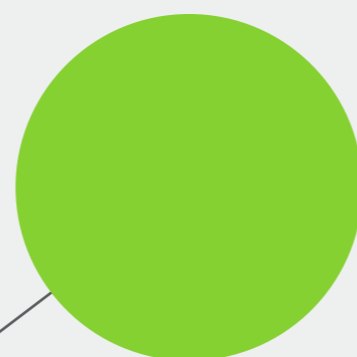


5,6 %

BSC IN PHYSIO-  
THERAPIE (BFH)

5,4 %

DIPL. FACHFRAU/-MANN  
MTRA HF

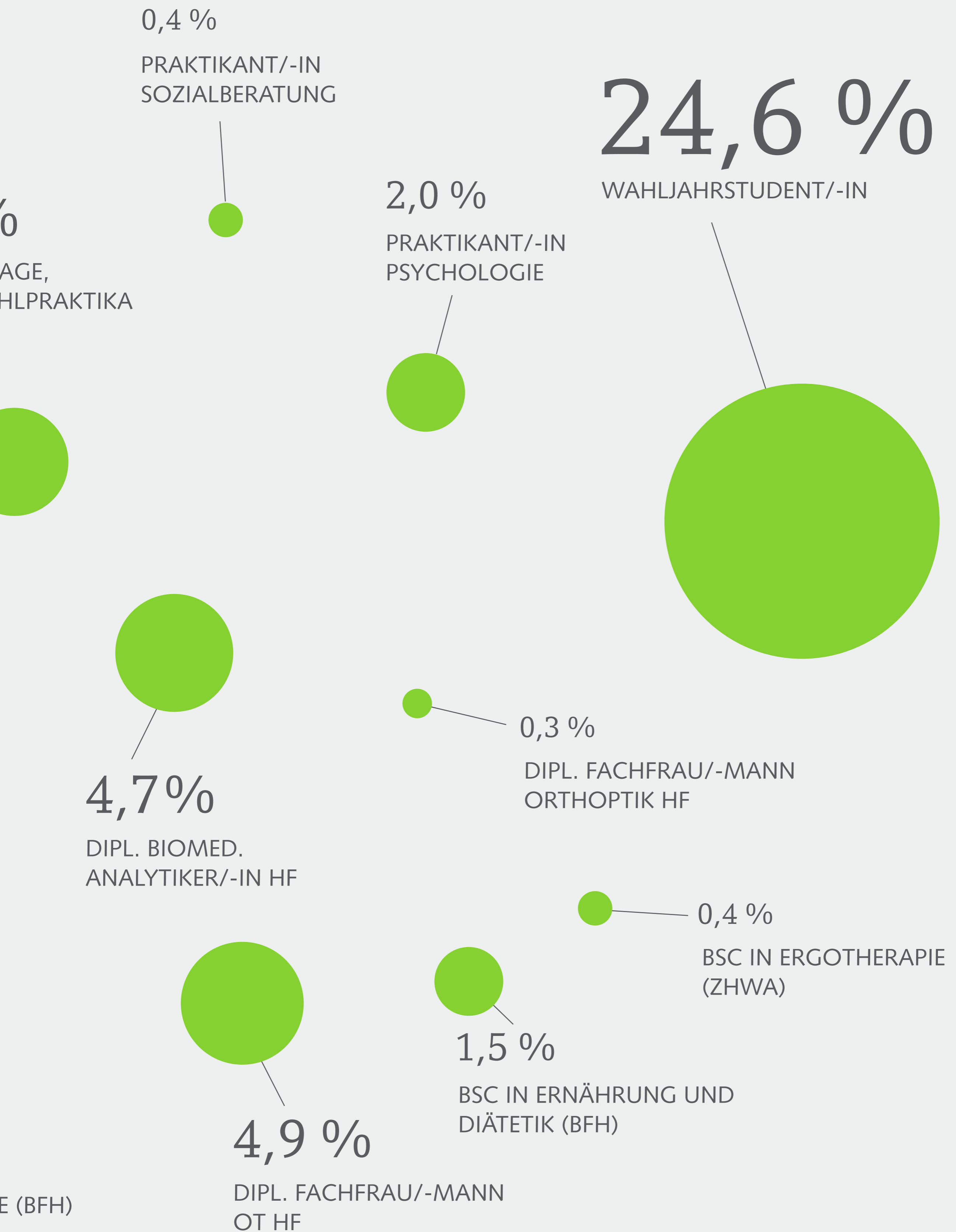


4,6 %

BSC HEBAMM

Total Ausbildungswochen: 10 682

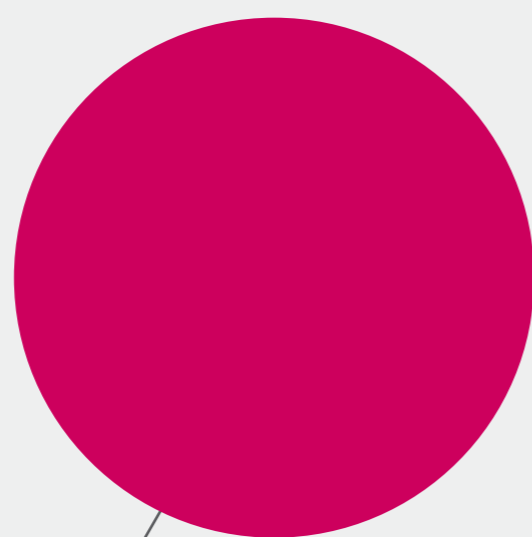
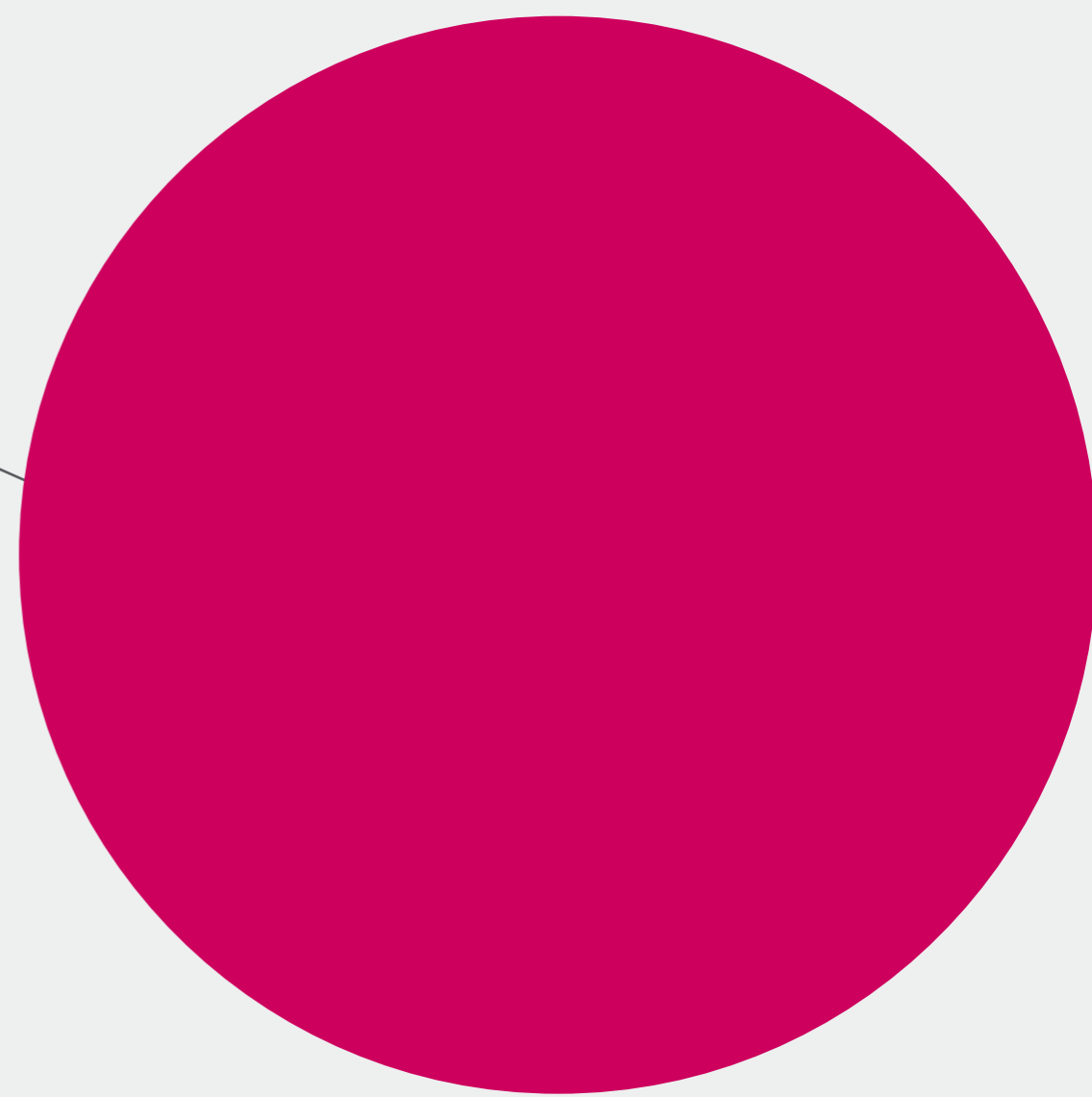




# AUSBILDUNGSANGEBOT SEKUNDARSTUFE II

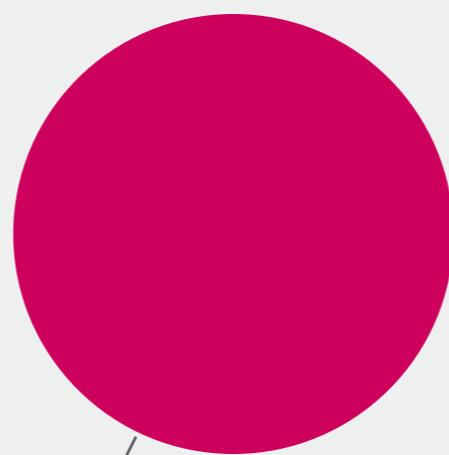
55,1 %

LERNENDE/-R  
FACHFRAU/-MANN  
GESUNDHEIT



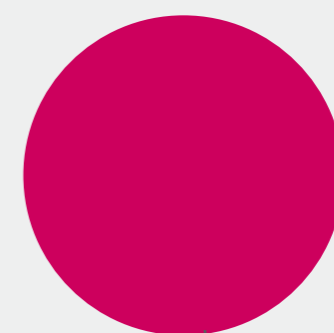
12,1 %

PRAKTIKANT/-IN KV



8,6 %

LERNENDE/-R KV



4,6 %

LERNENDE/R  
FACHFRAU/-MANN  
BETREUUNG

Total Lehrverträge: 189

0,5  
LEH  
CH

7  
LE  
KO

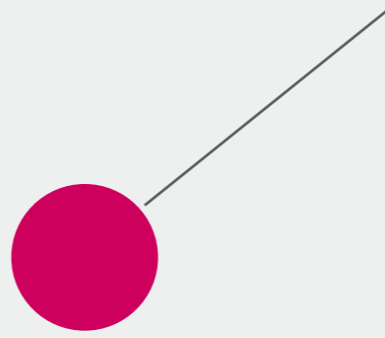
5 %  
LERNENDE/-R  
EISENLABORANT/-IN



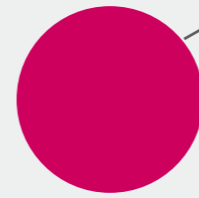
0,5 %  
LERNENDE/-R  
MEDIAMATIK



1,0 %  
LERNENDE/-R  
BÄCKER/-IN-KONDITOR/-IN



1,5 %  
LERNENDE/-R  
LOGISTIK



1,5 %  
LERNENDE/-R  
DIÄTKOCH



1,5 %  
LERNENDE/-R  
GEBÄUDEREINIGER/-IN



2,0 %  
LERNENDE/-R  
ELEKTRONIKER/-IN

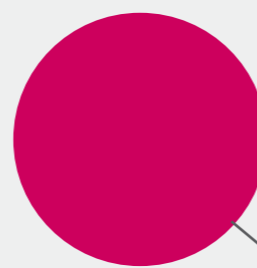


7,6 %  
LERNENDE/-R  
KUCH

0,5 %  
SYSTEMGASTRONOMIE-  
FACHFRAU/-MANN



3,0 %  
LERNENDE/-R  
FACHFRAU/-MANN FS





## BERATUNGSANGEBOTE FÜR MITARBEITENDE

Das **betriebliche Gesundheitsmanagement** hat zum Ziel, mit der Optimierung der Belastung und der Stärkung der Ressourcen einzelner Mitarbeitender, deren Leistungsfähigkeit zu erhalten oder zu erhöhen. Das Gesundheitsmanagement des Inseleospitals umfasst die Prävention (Gesundheitsstärken), die Früherkennung (Absenzen verringern) und alle Massnahmen zur Integration (Invalidität vermeiden).

Das Anwesenheitsmanagement fördert den ständigen Austausch zwischen Führungskräften, Mitarbeitenden und HR-Business-Partnern im Falle von häufigen oder längeren Absenzen. Dies ermöglicht ein frühzeitiges Eingreifen und Unterstützen in problematischen Situationen. Mittels Analysen von Ressourcen und Belastungsfaktoren im Arbeitsalltag können Probleme eruiert und zielführende Massnahmen erarbeitet werden. Interne Fachpersonen (Case-Manager/innen) begleiten diesen Prozess in komplexen Situationen und stellen ein bedürfnisgerechtes Handeln sicher. So gab es im Jahr 2014 142 Fallcoachings (Beratung von HR-Business-Partnern), davon wurden 78 der komplexen Fälle ins Case-Management

übernommen. Die Anzahl (2 Monate und länger) bl... Anzahl Mitarbeitende ins... sonen nahezu stabil. Mit... zudem bei der Fachstelle... einem Rauch-Stopp unter...

Die vertrauliche Anlaufst... wurde von total 426 (Vor... den aufgesucht. Davon wa... Über ein Drittel der Ratsu... discher Herkunft. Die häuf... bezogen sich auf Konflikte... beitsplatz (25 %), gefolgt v... rigkeiten (20 %), Alters... gen (18 %) sowie Krankh... (17 %). Weitere Beratunge... tionen, Migration, Sucht o...

Der **Personalärztliche Di...** nen Jahr 1835 (Vorjahr: ... chungen durchgeführt. B... wurden arbeitsmedizinisch... klärungen im Zusammen... gegenüber infektiösen Er...

l der Langzeitabsenzen  
eibt – trotz Anstieg der  
gesamt – mit 197 Per-  
arbeitende können sich  
Rauchen kostenlos bei  
stützen lassen.

### stelle **Personalberatung**

jahr: 414) Mitarbeiten-  
aren 340 neue Klienten.  
chenden waren auslän-  
igsten Problembereiche  
e und Probleme am Ar-  
von finanziellen Schwie-  
und Pensionierungsfra-  
eit/Case-Management  
en betrafen Krisensitua-  
oder Wohnen.

**enst** hat im vergange-  
(1662) Eintrittsuntersu-  
ei 278 Mitarbeitenden  
ne Beratungen oder Ab-  
hang mit Expositionen  
regern vorgenommen.

193 Strahlenschutz-Untersuchungen und 15 Eignungsuntersuchungen für den Bereich Spitalpharmazie wurden durchgeführt.

3894 Patienten wurden im Rahmen einer hausärztlichen Dienstleistung oder bei Notfällen während der Arbeit behandelt.

34 % aller Mitarbeitenden mit Patientenkontakt wurden gegen die saisonale Grippe geimpft. Die Impfrate beträgt bei der Pflege 27 % und bei den Ärzten 55 %, was eine leichte Steigerung im Vergleich zum Vorjahr bedeutet.

Die **Kindertagesstätte** bietet Inselmitarbeitenden an 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 wurden zusätzliche Plätze mit integriertem Kindergarten in einer privaten Kita nahe des Inselspitals eingekauft.

---

ZAHLEN UND FAKTEN

# Leistungen



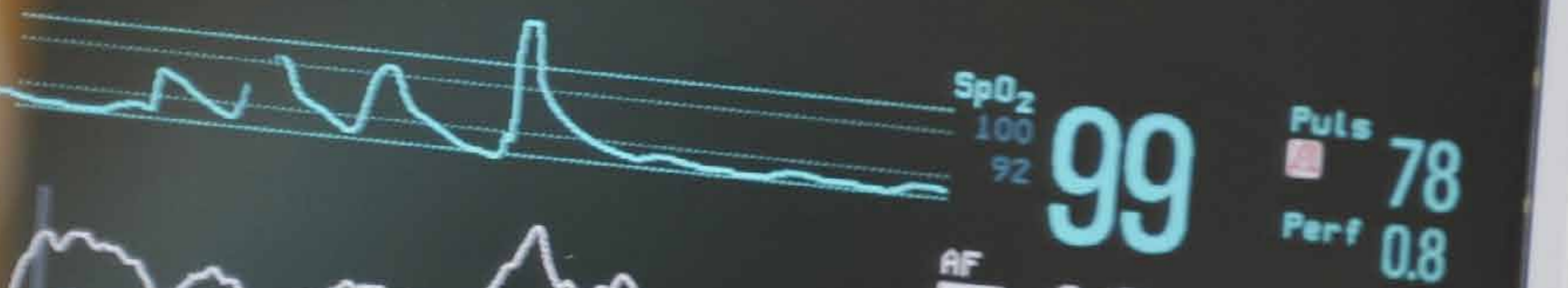


IntelliVue

Bett 1 Bett 2 Bett 4 Bett 5 Bett 6 Bett 8 Bett 9 Bett 10 Bett 11 Bett 12

Keine Aufnahme Erwachs 9:48 Invasiv\_1

ST KEINE ANALYSE



Alarmer Pause

Start NBP

Alles Stop

Nullen

VitParam Trend

Bildtyp Umschalt

Fall Beenden

Hauptmenü

Standardanzeige

PHILIPS



**SPITAL AARBERG**

Für Leistungskennzahlen  
der Standorte auf den jeweilige  
Punkt tippen.

**SPITAL NETZ BERN**





n



# Im Spital w Behar

## KOMMENTAR

---

Im Inselspital und im Spital Netz Bern wurden 2014 insgesamt 59 360 Behandlungen durchgeführt. 1395 weitere Fälle erhielten stationäre Rehabilitationsmassnahmen (ausserhalb des DRG). Im Vergleich zum Jahr 2013 zeigt sich ein Anstieg in Höhe von 2,7 % (inkl. Konsultationen), welcher dem Trend in Schweizer Spitälern entspricht. Ursächlich für diesen Anstieg ist die demografischen Entwicklung der Bevölkerung, insbesondere die voranschreitende Alterung der Bevölkerung und die damit verbundene Ausweitung von Versorgungsmöglichkeiten. Folgend der Zielsetzung des Gesamtunternehmens, findet die Umsetzung des abgestimmten Strategiekonzepts in deutlichen Veränderungen der Verlegungsaktivitäten ihren Ausdruck. Der Zusammenhalt des Spital Netz Bern mit dem Inselspital und die Bestrebungen hin zu einer verstärkten Verknüpfung der gelenkten Patientenströme wider. So konnten die Verlegungen von den Häusern des Spital Netz Bern ins Inselspital um 12,3 % gesteigert werden. Noch auffälliger fällt die Veränderung der Verlegungen ins Inselspital in die Häuser des Spital Netz Bern aus. Hier konnte ein Zuwachs von rund

Im Folgenden werden das Inselspital und die Kliniken des Spital Netz Bern anhand von Leistungsparametern einzeln dargestellt.

# Spital Netz Bern und im Inselspital wurden 2014 insgesamt 59 360 Behandlungsfälle stationär versorgt.

Behandlungsfälle stationär versorgt.  
Geltungsbereichs Swiss-  
stationärer Rehabilitati-  
hierfür gelten neben der  
Spezialisierung medizini-  
keiten. Der strategischen  
ften Versorgungsmodells  
ammenschluss des Spital  
ernetzung spiegeln sich in  
n des Spital Netzes Bern  
rate bei Verlegungen vom  
d 60,7 % erzielt werden.

von weiteren Hauptleis-

---



KOMMENTAR ZUM  
SPITAL NETZ BERN



KOMMENTAR ZUM  
INSELSPITAL

# In den Einrichtu w Behan

## Spital Netz Bern

In den Einrichtungen des Spital Netz Bern wurden 2014 insgesamt 19 425 Behandlungen durchgeführt (inkl. stationärer Rehabilitationsmassnahmen). Dies stellt im Vergleich zum Vorjahr eine Abnahme der Fallzahl um  $-0,5\%$  dar. Ursache hierfür sind Umstrukturierungsmassnahmen im Rahmen des Spitalnetzschlussprojektes, wie z. B. die Schliessung der Frauenheilkunde im Spital Riggli. In den verschiedenen Fallzahlrückgangs wurden in diversen Hauptdiagnosegruppen teils hohe Zuwächse verzeichnet. Eine Fallzahlsteigerung gibt es bei der Versorgung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (+12,4%) und bei der Versorgung von Kreislauferkrankungen (+12,4%).

Der insgesamt erwirtschaftete Case Mix liegt bei 17 152 Punkten. Die durchschnittliche Fallzahl pro Patient ist rückläufig, was unter anderem durch eine Zunahme der Kurzlieger bedingt ist. Im Spital Netz Bern wurde ein durchschnittlicher CMI von 0.942 erreicht. Für die Stadtspital Bern wurde ein durchschnittlicher CMI von 1.046 und somit über dem Schweizer Durchschnitt, welcher bei 1.0 liegt. Bei den Spitälern im Spital Netz Bern, entsprechend der Versorgungsstufe, etwas niedriger bei 0.840.

Die durchschnittliche Verweildauer ist gesunken. Im Mittel hielt sich ein Patient 5,1 Tage im Spital Netz Bern auf.



# Leistungen des Spital Netz Bern wurden 2014 insgesamt 19 425 Behandlungsfälle stationär versorgt.

Behandlungsfälle stationär ver-  
Vorjahr eine Reduktion  
en im Zuge des Zusam-  
isberg. Trotz des leichten  
e erreicht. Deutliche Fall-  
(-24,8 %) und Nervener-

entliche Fallschwere ist ge-  
t. Für das gesamte Spital  
äler liegt die Fallschwere  
en Landspitälern liegt der

5,7 Tage in einer Einrich-



LEISTUNGSSTATISTIK 2014 NACH  
HAUPTDIAGNOSEKATEGORIEN (MDC)



HITLISTEN DER TOP-15-DRG



LEISTUNGSSTATISTIK DER KLINIKEN 2014



WEITERE KENNWERTE



FÜR DIE LEISTUNGSSTATISTIKEN DER  
EINZELNEN STANDORTE ZURÜCK ZUR  
KARTE

Das Portfolio der Spitäler zeigt ein breit gefächertes Bild von 567 verschiedenen Fachabteilungen. Neben den allgemeinchirurgischen und internistischen Kliniken, welche an allen Spitalen zu finden werden, die Abteilungen für Gynäkologie, Geriatrie, Kardiologie, Pneumologie, Orthopädie und Chirurgie ein umfassendes Spektrum ab.

Die ambulanten Leistungen zeigen einen Anstieg der Tarmed-Taxpunkte um 1,8 % im Vergleich zum Vorjahr. Auch die ambulanten Laborleistungen und die Physiotherapie Zuwächse verzeichnen.

allpauschalen. So decken  
Standorten vorgehalten  
Orthopädie und Neurochi-

6. Des Weiteren konnten  
en.



## INSELSPITAL

Für das Inselehospital wurde ein Fallzuwachs von +4,4 % (inkl. stationärer Rehabilitation) angestrichelt. Der Blick auf die Hauptdiagnosekategorien (MDC) offenbart einen Fallzahlanstieg in 17 von insgesamt bestehenden 27 Hauptdiagnosekategorien. Fallzahlführend im Inselehospital sind die Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems (MDC 05), gefolgt von den Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems (MDC 8) und denen des Nervensystems (MDC 01). Diese Fallzahlkategorien sind gleichzeitig auch Schwerpunkte des Inselehospital.

Die durchschnittliche Fallschwere (Case Mix Index) zeigt sich im Vergleich zum Vorjahr mit 1.534 gering rückläufig. Zwei Entwicklungen sind hierfür massgebend. Zum einen ist die Fallschwere hin gehend optimiert werden, dass mehr Patientinnen und Patienten als Kurzlieger in den anderen wurden im Rahmen der SwissDRG-Weiterentwicklung weitere Zusatzleistungen, was eine Verminderung der Fallschwere einzelner DRG bewirkten.

Der Rückgang der Fallschwere konnte durch die Fallzahlsteigerung kompensiert werden. Die durchschnittliche Case Mix mit 63 118 Punkten, um +3,8 % höher ist als im Vorjahr.

# Für das Inselspital wurde ein Umsatzzuwachs von + 4,4 % erzielt.

(Intensivmassnahmen) er-  
stieg in einem Grossteil  
des Inselspital sind die Krank-  
heiten und Störungen am  
Schichtbereiche bilden gleich-

2014 mit einem Wert von  
100 konnten Prozesse da-  
mit entlassen wurden. Zum  
Anlass eingeführt, welche

werden, sodass der er-



LEISTUNGSSTATISTIK 2014 NACH  
HAUPTDIAGNOSEKATEGORIEN (MDC)



HITLISTEN DER TOP-15-DRG



LEISTUNGSSTATISTIK DER  
UNIVERSITÄTSKLINIKEN 2014



WEITERE KENNWERTE



FÜR DIE LEISTUNGSSTATISTIKEN DER  
EINZELNEN STANDORTE ZURÜCK ZUR  
KARTE

Die durchschnittliche Verweildauer ist – dem schweizweiten Trend folgend – gesunken. Die durchschnittliche Verweildauer hospitalisierter Patienten im Jahr 2013 lag bei 6,4 Tagen, im Jahr 2014 bei 6,0 Tagen. Ursächlich hierfür sind interne Prozessoptimierungen und der Einsatz moderner medizinischer Technologien. Deutliche Verweildauerverkürzungen gab es besonders in der Orthopädie, in der Rheumatologie und in der Schädel-, Kiefer-, Gesichtschirurgie.

Die 15 TOP-DRG des Jahres 2014 beinhalten einen prozentualen Anteil von 15,1% der gesamten DRG. Die erklärten Schwerpunkte des Inselspitals, die Neurologie und die Versorgung des Herz-Kreislauf-Systems finden hier besondere Ausprägung. So zählen allein 8 der 15 TOP-DRG zu diesen Bereichen.

Die anzahlmässig stärkste DRG bildet allerdings auch in diesem Jahr wieder der Geburt. Insgesamt erblickten 1599 Kinder bei 1475 Geburten das Licht der Welt. Dies ist die höchste Zahl im Inselspital seit 34 Jahren und zeigt, dass sich die Frauenklinik bei werdenden Müttern erfreut.

Im Jahr 2014 konnte nicht nur im stationären Leistungsspektrum, sondern auch im ambulanten Bereich eine stetige Entwicklung verzeichnet werden. So stiegen die Tarmed-Leistungen um 10% und es wurden auch weitere ambulante Leistungen, wie beispielsweise Ergotherapie und Ernährungsdienste, durchgeführt.



ken. Betrug die Verweil-  
er Wert im vergangenen  
und die Weiterentwick-  
eispielsweise in der Der-

% aller stationären Fäl-  
g von Erkrankungen des  
15 TOP-DRG zu diesen

«neugeborene Einling».  
ie höchste Geburtenzahl  
Müttern hoher Beliebtheit

ambulanten Sektor eine  
m 9,6 %. Ferner wurden  
rungsberatung, häufiger

# LEISTUNGSSTATISTIK 2014 NACH HAUPTDIAGNOSEKATEGORIE

MDC		2014 Fälle	2013 Fälle
PR	Prä-MDC	47	54
1	Krankheiten und Störungen des Nervensystems	1 777	1 580
2	Krankheiten und Störungen des Auges	31	19
3	Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses	477	506
4	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	1 311	1 539
5	Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	2 347	1 880
6	Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	2 753	2 695
7	Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas	708	608
8	Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	4 524	4 607
9	Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma	654	546
10	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	285	403
11	Krankheiten und Störungen der Harnorgane	631	505
12	Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane	76	84
13	Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane	213	240
14	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	513	674
15	Neugeborene	484	635
16	Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems	132	151
17	Hämatologische und solide Neubildungen	85	91

N (MDC)

2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013
Case Mix	Case Mix	Anteil CM	Anteil CM	CMI	CMI	ø AD	ø AD
409.1	482.8	2,4%	2,7%	8.704	8.940	25.2	29.4
1 812.1	1 602.5	10,6%	8,9%	1.020	1.014	8.4	8.9
10.6	6.8	0,1%	0,0%	0.340	0.357	2.2	2.7
256.8	285.6	1,5%	1,6%	0.538	0.564	2.8	2.7
1 123.8	1 492.5	6,6%	8,3%	0.857	0.970	7.3	7.6
2 388.8	1 719.5	13,9%	9,5%	1.018	0.915	4.8	5.4
2 229.6	2 291.1	13,0%	12,7%	0.810	0.850	4.8	5.1
646.4	614.5	3,8%	3,4%	0.913	1.011	5.6	6.2
5 464.7	5 777.1	31,9%	31,9%	1.208	1.254	6.2	6.6
422.9	384.9	2,5%	2,1%	0.647	0.705	4.7	5.1
251.5	451.0	1,5%	2,5%	0.882	1.119	6.4	6
329.3	293.6	1,9%	1,6%	0.522	0.581	4.6	4.4
43.3	57.5	0,3%	0,3%	0.570	0.685	3.6	4
191.5	234.3	1,1%	1,3%	0.899	0.976	4.3	4.7
358.6	454.8	2,1%	2,5%	0.699	0.675	4.2	4.3
102.7	147.1	0,6%	0,8%	0.212	0.232	4	4.1
112.0	125.4	0,7%	0,7%	0.849	0.830	5.3	5.2
107.7	140	0,6%	0,8%	1.267	1.539	6.4	9.4



MDC	2014 Fälle	2013 Fälle	C
18A HIV	3	4	
18B Infektiöse und parasitäre Krankheiten	332	746	
19 Psychische Krankheiten und Störungen	144	158	
20 Alkohol- und Drogengebrauch und alkohol- und drogeninduzierte psychische Störungen	254	211	
21A Polytrauma	31	24	
21B Verletzungen, Vergiftungen und toxische Wirkungen von Drogen und Medikamenten	271	318	
22 Verbrennungen	10	13	
23 Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und andere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens	90	87	
FE Fehler-DRG und sonstige DRG	22	45	
<b>TOTAL DRG-AUSTRITTE CODIERT</b>	<b>18 205</b>	<b>18 423</b>	
REHABILITATION	1 220	1 105	
<b>GESAMTTOTAL</b>	<b>19 425</b>	<b>19 529</b>	

\* Die Kategorie der «Fehler-DRG und sonstige DRG» ist eine von der SwissDRG AG definierte Kategorie, in welche Fälle gelangen, die nicht einer MDC zuzuordnen sind. Der Begriff Fehler-DRG ist : k Wertung der Kodier- oder Dokumentationsqualität.

MDC = Major Diagnostic Category

CMI = Case Mix Index

CM = Case Mix

DRG = Diagnosis Related Groups

AD = Aufenthaltsdauer

2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013
Case Mix	Case Mix	Anteil CM	Anteil CM	CMI	CMI	ø AD	ø AD
4.0	7.6	0,0%	0,0%	1.350	1.889	11.7	8.3
398.7	971.6	2,3%	5,4%	1.201	1.302	8.6	7.7
87.1	94.1	0,5%	0,5%	0.605	0.596	4.5	5.4
118.4	107.8	0,7%	0,6%	0.466	0.511	4.3	4.8
57.5	44.0	0,3%	0,2%	1.855	1.832	9.3	12.9
136.9	167.6	0,8%	0,9%	0.505	0.527	2.9	3.1
3.6	12.5	0,0%	0,1%	0.360	0.964	2.7	7.2
47.3	48.4	0,3%	0,3%	0.526	0.556	4.2	4.5
37.9	74.5	0,2%	0,4%	1.722	1.656	14	11
<b>17 152.9</b>	<b>18 088.9</b>			<b>0.942</b>	<b>0.982</b>	<b>5.7</b>	<b>6.1</b>
<b>17 152.9</b>	<b>18 088.9</b>			<b>0.942</b>	<b>0.982</b>	<b>5.7</b>	<b>6.1</b>

Gruppe,  
eine

# HITLISTEN DER TOP-15-DRG

## TOP-15-DRG NACH ANZAHL AUSTRITTEN 2014

G67C	Versch. Erkr. d. Verdauungsorg. od. gastroint. Blutung od. Ulkuserkr. ohne Alter < 75 J., ohne kompliz. Diagn., ohne Dialyse, Alter > 2 J., ohne Para-/
P67D	Neugeborener Einling, Aufnahmegewicht > 2499 g ohne OR-Prozedur, ohne > 95 Stunden, ohne schweres Problem, ohne anderes Problem oder ein Be
I47Z	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne mit komplizierendem Eingriff oder Implantation oder Wechsel einer Radius
H08B	Laparoskopische Cholezystektomie ohne sehr komplexe Diagnose, ohne ko Diagnose, ohne ERCP
F62C	Herzinsuffizienz und Schock ohne äusserst schwere CC
I43B	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk ohne äusserst schwere CC
E77E	Andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne komplex ohne äusserst schwere CC, ohne komplizierende Prozedur, Alter < 1 Jahr
I53Z	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne äusserst schwere CC, mit komple der Halotraktion
G24Z	Eingriffe bei Bauchwandhernien, Nabelhernien und anderen Hernien, Alter beidseitige Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien, Alter > 0 Jahre und Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien, Alter > 55 Jahre
B80Z	Andere Kopfverletzungen
G23C	Appendektomie ausser bei Peritonitis, ohne äusserst schwere oder schwere
I27C	Eingriffe am Weichteilgewebe ohne äusserst schwere oder schwere CC, au bösartiger Neubildung
B70E	Apoplexie, mehr als ein Belegungstag oder Thrombolyse, mit anderer neur Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls < 73 Std.
O60D	Vaginale Entbindung ohne komplizierende Diagnose
L63F	Infektionen der Harnorgane ohne äusserst schwere CC, Alter > 5 Jahre

## TOTAL TOP-15-DRG-AUSTRITTE

## TOTAL CODIERTE FÄLLE (OHNE NEUROREHABILITATION)

## ANTEIL TOP 15 IN %



	Fälle	Case Mix	CMI	ø AD
schw. CC od. Tetrapl.	593	254.6	0.429	3.4
ne Beatmung legungstag	442	87.0	0.197	4.0
e Arthrodeese, kopfprothese	438	768.8	1.755	7.3
komplizierende	365	292.8	0.802	3.9
	309	262.6	0.850	7.2
	296	591.1	1.997	8.6
e Diagnose,	288	168.7	0.586	5.5
exem Eingriff	288	307.3	1.067	6.0
> 0 Jahre oder < 56 Jahre oder	280	170.0	0.607	2.7
	262	84.5	0.322	2.1
e CC, Alter > 13 Jahre	233	147.2	0.632	2.4
esser bei	231	140.2	0.607	2.8
ologischer	227	264.0	1.163	9.6
	227	130.5	0.575	3.9
	211	92.5	0.438	4.7
	<b>4 690</b>	<b>3 761.8</b>		
	<b>18 205</b>	<b>17 152.9</b>		
	25,8%	22,0%		

## DRG NACH HÖHE DES CASE MIX 2014

I47Z	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne komplizierendem Eingriff oder Implantation oder Wechsel einer Radiuskopfhülse
I43B	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk ohne äusserst schwere CC
B44B	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit schwerer motorischer Funktionseinschränkung, ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls
B44D	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems ohne schwere motorische Funktionseinschränkung, ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls
G18B	Eingriffe an Dünn- u. Dickdarm oder andere Eingr. an Magen, Ösophagus, Duodenum ohne kompliz. Proz., ausser bei bösart. Neubildung, Alter < 3 J., ohne Eingriffe bei Fehlbildung od. Alter > 1 J., ohne hochkomplexen Eingriff, ohne kompl. Diagnose
I53Z	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne äusserst schwere CC, mit komplexer Diagnostik oder Halotraktion
H08B	Laparoskopische Cholezystektomie ohne sehr komplexe Diagnose, ohne komplexe präoperative Diagnose, ohne ERCP
B70E	Apoplexie, mehr als ein Belegungstag oder Thrombolyse, mit anderer neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls < 73 Std.
F62C	Herzinsuffizienz und Schock ohne äusserst schwere CC
G67C	Versch. Erkr. d. Verdauungsorg. od. gastroint. Blutung od. Ulkuserkr. ohne kompliz. Diagn., ohne Dialyse, Alter > 2 J., ohne Para-/Peritonitis
I09C	Wirbelkörperperfusion ohne äusserst schwere oder schwere CC
I08C	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur, ohne Mehrfacheingriff, ohne kompliz. Diagnose, ohne äusserst schwere CC
F56B	Perkutane Koronarangioplastie mit hochkomplexer Intervention, ohne äusserst schwere CC
E77C	Andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne komplexe Diagnostik, Zustand nach Organtransplantation oder äusserst schweren CC, ohne komplexe intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 360 Punkte, Alter < 16 J.
I05Z	Anderer grosser Gelenkersatz oder Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodesen, ohne komplexen Eingriff, mit äusserst schweren CC

### TOTAL TOP-15-DRG-AUSTRITTE

### TOTAL CODIERTE FÄLLE (OHNE NEUROREHABILITATION)

### ANTEIL TOP 15 IN %

	Fälle	Case Mix	CMI	ø AD
e Arthrodeese, mit fprothese	438	768.8	1.755	7.3
C	296	591.1	1.997	8.6
örungen des eurologische	199	390.8	1.964	18.4
örungen des eurologische	187	351.7	1.880	16.5
u. Duodenum r. bei angeborener agn.	170	324.1	1.907	10.1
exem Eingriff	288	307.3	1.067	6.0
komplizierende	365	292.8	0.802	3.9
ologischer	227	264.0	1.163	9.6
	309	262.6	0.850	7.2
schw. CC od. Tetrapl.	593	254.6	0.429	3.4
	125	243.3	1.947	6.6
komplexe Prozedur,	161	236.2	1.467	7.1
erst schwere CC	152	228.6	1.504	1.2
e Diagnose bei mpliz. Prozedur, ohne ahre	210	206.1	0.982	9.5
ohne komplizierende en CC	89	189.4	2.128	9.0
	<b>3 809</b>	<b>4 911.4</b>		
	<b>18 205</b>	<b>17 152.9</b>		
	20,9%	28,6%		



# LEISTUNGSSTATISTIK DER KLINIKEN 2015

## KLINIKEN

Chirurgie

---

Geburtshilfe

---

Geriatric akut

---

Gynäkologie

---

Kardiologie

---

Medizin

---

Orthopädie

---

Pneumologie

---

Säuglinge

---

**Total**

	Fälle	Case Mix	CMI	ø AD	Pflegetage
	5 095	2 413	0.849	4.6	23 635
	543	364	0.670	4.1	2 241
	636	1 144	1.799	15.7	9 984
	223	202	0.904	4.0	897
	677	950	1.403	2.5	1 660
	5 969	4 809	0.805	6.0	35 986
	2 633	3 405	1.293	5.7	15 110
	522	631	1.209	7.9	4 137
	489	111	0.227	3.9	1 902
	<b>16 787</b>	<b>14 029</b>	<b>0.950</b>	<b>5.7</b>	<b>95 552</b>

## WEITERE KENNWERTE

### AMBULANT/AMBULANT MIT BETT (VERRECHENBARE TP)

	2014	2013	Delta in %
TARMED TP	34 331 064	33 734 885	1,8
Labor TP	1 409 515	1 114 079	26,5
Physiotherapie TP	2 204 092	2 118 881	4,0
Ergotherapie TP	325 182	330 275	-1,5
Ernährungsberatung TP	82 885	184 740	-55,7
Diabetesberatung TP	21 176	77 192	-72,6
Logopädie TP	28 151	38 516	-26,9
Hebamme TP	50 848	79 215	-35,8

### VERLEGUNGEN 2014

	absolut	Anteil in %
Verlegungen vom Spital Netz Bern ins Inselspital	520	30,8
Verlegungen vom Inselspital ins Spital Netz Bern	998	59,0
Ein- und Austritt vom bzw. zum Spital Netz Bern	173	10,2
<b>TOTAL VERLEGUNGEN</b>	<b>1 691</b>	<b>100,0</b>

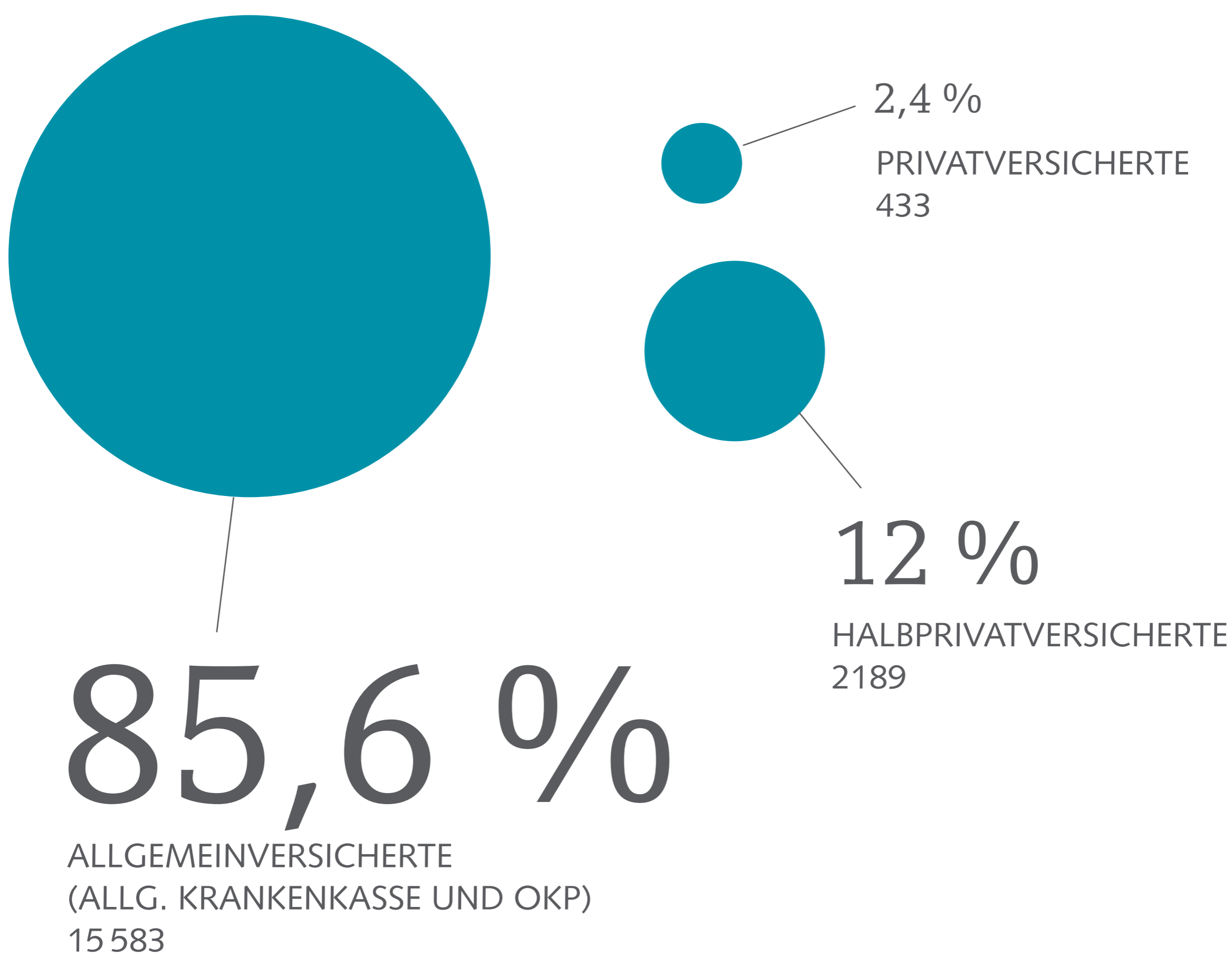


1 %  
3%  
5%  
0%  
5%  
1%  
5%  
9%  
3%

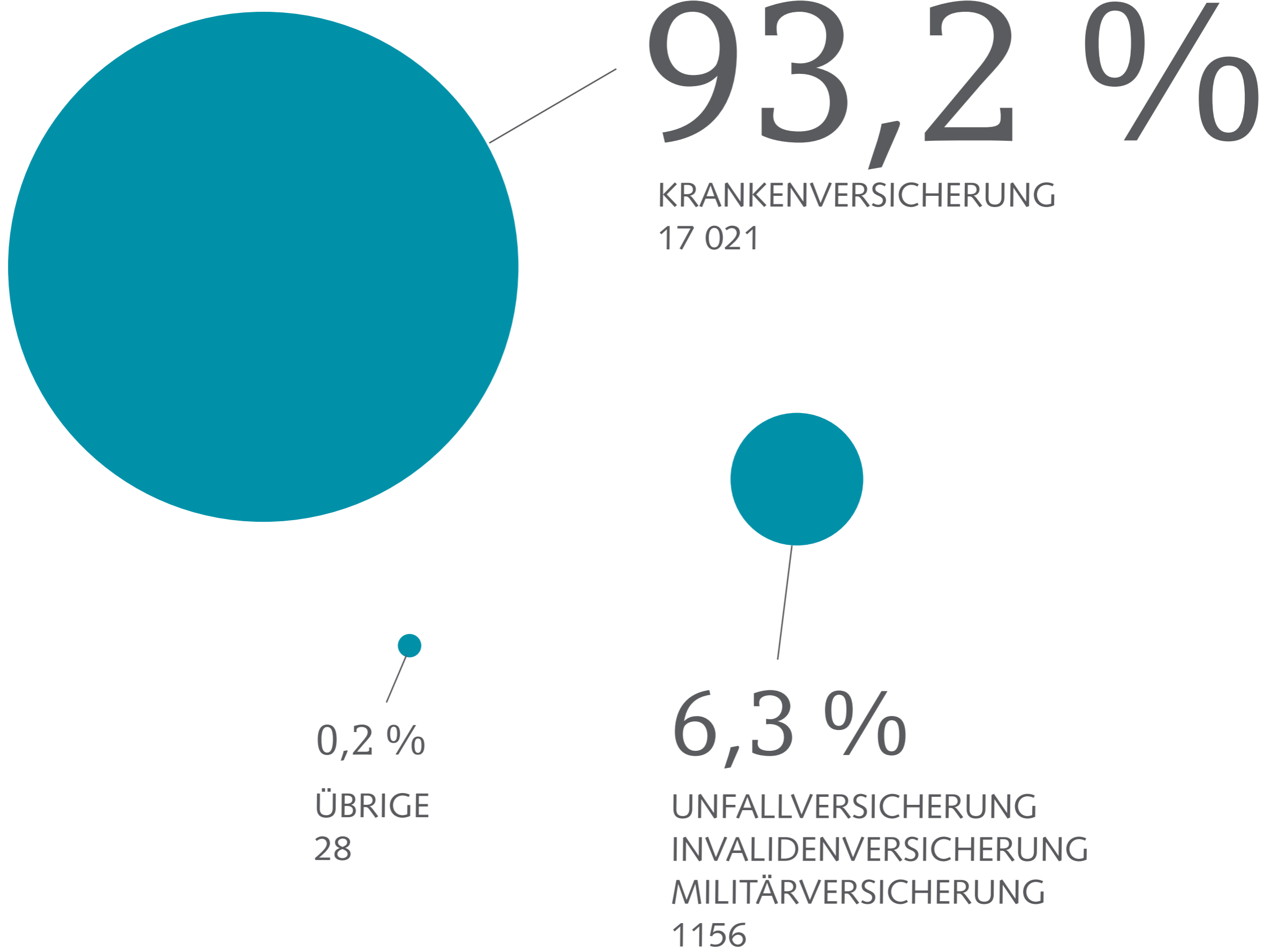
1 %  
3%  
0%  
2%  
0%

## AUSTRITTE 2014

### AUSTRITTE NACH VERSICHERUNGSKLASSE



AUSTRITTE NACH GARANT





# LEISTUNGSSTATISTIK 2014 NACH HAUPTDIAGNOSEKATEGORIE

MDC		2014 Fälle	2013 Fälle	C
PR	Prä-MDC	3	2	
1	Krankheiten und Störungen des Nervensystems	310	302	
2	Krankheiten und Störungen des Auges	2	5	
3	Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses	60	51	
4	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	229	240	
5	Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	357	298	
6	Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	533	562	
7	Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas	135	128	
8	Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	1 430	1 334	
9	Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma	164	167	
10	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	69	56	
11	Krankheiten und Störungen der Harnorgane	141	122	
12	Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane	10	5	
13	Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane	13	8	
14	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	1	2	
15	Neugeborene	0	0	
16	Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems	30	40	
17	Hämatologische und solide Neubildungen	10	10	

N (MDC)

2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013
Case Mix	Case Mix	Anteil CM	Anteil CM	CMI	CMI	ø AD	ø AD
13.0	15.1	0,4%	0,4%	4.319	7.548	18.7	14.0
205.3	202.3	6,1%	6,0%	0.662	0.670	4.9	4.2
0.5	1.5	0,0%	0,0%	0.234	0.301	1.0	1.6
24.2	19.0	0,7%	0,6%	0.404	0.372	3.2	2.6
166.2	191.9	4,9%	5,7%	0.726	0.800	6.0	6.4
269.2	234.9	7,9%	6,9%	0.754	0.788	5.2	4.9
452.8	463.6	13,4%	13,7%	0.850	0.825	4.5	4.6
120.2	121.9	3,5%	3,6%	0.891	0.952	5.3	5.0
1 733.7	1 647.2	51,2%	48,5%	1.212	1.235	6.0	6.2
104.4	118.2	3,1%	3,5%	0.637	0.708	5.3	5.3
53.7	47.9	1,6%	1,4%	0.778	0.855	6.9	7.3
65.8	59.0	1,9%	1,7%	0.467	0.484	4.4	3.4
4.8	3.2	0,1%	0,1%	0.481	0.639	3.0	5.4
10.2	6.7	0,3%	0,2%	0.786	0.843	4.7	4.8
0.6	0.6	0,0%	0,0%	0.637	0.310	1.0	3.5
0.0	0.0	0,0%	0,0%	0.000	0.000	0.0	0.0
27.3	34.3	0,8%	1,0%	0.909	0.858	6.8	4.8
9.7	14.3	0,3%	0,4%	0.968	1.431	6.3	7.9

<b>MDC</b>	<b>2014 Fälle</b>	<b>2013 Fälle</b>	<b>C</b>
18A HIV	0	0	
18B Infektiöse und parasitäre Krankheiten	47	108	
19 Psychische Krankheiten und Störungen	30	25	
20 Alkohol- und Drogengebrauch und alkohol- und drogeninduzierte psychische Störungen	39	43	
21A Polytrauma	3	3	
21B Verletzungen, Vergiftungen und toxische Wirkungen von Drogen und Medikamenten	52	77	
22 Verbrennungen	2	3	
23 Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und andere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens	22	15	
FE Fehler-DRG und sonstige DRG	2	3	
<b>TOTAL DRG-AUSTRITTE CODIERT</b>	<b>3 694</b>	<b>3 609</b>	

\* Die Kategorie der «Fehler-DRG und sonstige DRG» ist eine von der SwissDRG AG definierte Kategorie, in welche Fälle gelangen, die nicht einer MDC zuzuordnen sind. Der Begriff Fehler-DRG ist keine Bewertung der Kodier- oder Dokumentationsqualität.

MDC = Major Diagnostic Category

CMI = Case Mix Index

CM = Case Mix

DRG = Diagnosis Related Groups

AD = Aufenthaltsdauer



**SPITAL AARBERG**

2014 Case Mix	2013 Case Mix	2014 Anteil CM	2013 Anteil CM	2014 CMI	2013 CMI	2014 ø AD	2013 ø AD
0.0	0.0	0,0%	0,0%	0.000	0.000	0.0	0.0
45.5	119.8	1,3%	3,5%	0.968	1.110	6.3	7.3
15.9	11.2	0,5%	0,3%	0.530	0.449	3.2	2.8
17.3	20.3	0,5%	0,6%	0.444	0.473	3.2	4.0
3.1	5.7	0,1%	0,2%	1.049	1.906	9.3	10.7
24.8	39.3	0,7%	1,2%	0.477	0.510	3.0	2.9
1.0	0.7	0,0%	0,0%	0.507	0.243	7.5	1.0
13.7	10.6	0,4%	0,3%	0.621	0.705	5.5	6.5
3.6	5.2	0,1%	0,2%	1.795	1.749	10.5	15.7
<b>3 386.8</b>	<b>3 394.5</b>			<b>0.917</b>	<b>0.941</b>	<b>5.4</b>	<b>5.4</b>

Gruppe,  
eine

# LEISTUNGSSTATISTIK DER KLINIKEN 2014

## KLINIKEN

Chirurgie

---

Medizin

---

Orthopädie

---

## TOTAL

Fälle	Case Mix	CMI	ø AD	Pflegetage
1 389	1 140.0	0.821	5	6 900
1 363	976.0	0.716	5.5	7 517
942	1 271.0	1.349	5.9	5 534
<b>3 694</b>	<b>3 387.0</b>	<b>0.917</b>	<b>5.4</b>	<b>19 951</b>



# LEISTUNGSSTATISTIK 2014 NACH HAUPTDIAGNOSEKATEGORIE

MDC		2014 Fälle	2013 Fälle
PR	Prä-MDC	1	1
1	Krankheiten und Störungen des Nervensystems	173	154
2	Krankheiten und Störungen des Auges	9	6
3	Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses	43	42
4	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	153	124
5	Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	267	242
6	Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	433	380
7	Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas	101	78
8	Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	1 095	1 178
9	Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma	123	70
10	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	33	31
11	Krankheiten und Störungen der Harnorgane	128	72
12	Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane	36	47
13	Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane	175	185
14	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	509	482
15	Neugeborene	484	442
16	Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems	10	13
17	Hämatologische und solide Neubildungen	3	3

N (MDC)

2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013
Case Mix	Case Mix	Anteil CM	Anteil CM	CMI	CMI	ø AD	ø AD
0.5	6.2	0,0%	0,2%	0.499	6.179	1.0	11.0
122.8	111.2	3,8%	3,2%	0.710	0.722	4.0	4.4
2.5	1.4	0,1%	0,0%	0.275	0.227	1.1	1.0
14.4	14.0	0,4%	0,4%	0.335	0.334	2.3	2.0
112.8	95.9	3,5%	2,8%	0.737	0.773	5.2	5.4
195.2	196.5	6,1%	5,7%	0.731	0.812	4.7	5.2
297.5	275.2	9,3%	8,0%	0.687	0.724	4.3	4.2
84.0	68.1	2,6%	2,0%	0.831	0.873	5.3	4.7
1 380.0	1 593.0	43,0%	46,0%	1.260	1.352	5.6	5.9
82.4	40.3	2,6%	1,2%	0.670	0.576	4.0	3.1
22.1	21.6	0,7%	0,6%	0.671	0.697	4.8	5.5
67.5	46.8	2,1%	1,4%	0.527	0.651	3.7	3.4
23.5	32.5	0,7%	0,9%	0.653	0.692	3.0	3.3
168.5	179.7	5,3%	5,2%	0.963	0.971	4.5	4.6
357.1	323.9	11,1%	9,4%	0.702	0.672	4.3	4.4
102.7	102.9	3,2%	3,0%	0.212	0.233	4.0	4.2
9.0	10.5	0,3%	0,3%	0.904	0.808	4.8	4.8
2.2	4.4	0,1%	0,1%	0.732	1.471	3.3	7.3

MDC	2014 Fälle	2013 Fälle
18A HIV	0	0
18B Infektiöse und parasitäre Krankheiten	61	218
19 Psychische Krankheiten und Störungen	29	33
20 Alkohol- und Drogengebrauch und alkohol- und drogeninduzierte psychische Störungen	45	30
21A Polytrauma	2	2
21B Verletzungen, Vergiftungen und toxische Wirkungen von Drogen und Medikamenten	65	48
22 Verbrennungen	3	3
23 Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und andere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens	16	17
FE Fehler-DRG und sonstige DRG	6	8
<b>TOTAL DRG-AUSTRITTE CODIERT</b>	<b>4 003</b>	<b>3 909</b>

\* Die Kategorie der «Fehler-DRG und sonstige DRG» ist eine von der SwissDRG AG definierte Kategorie, in welche Fälle gelangen, die nicht einer MDC zuzuordnen sind. Der Begriff Fehler-DRG ist keine Bewertung der Kodier- oder Dokumentationsqualität.

MDC = Major Diagnostic Category

CMI = Case Mix Index

CM = Case Mix

DRG = Diagnosis Related Groups

AD = Aufenthaltsdauer



## SPITAL MÜNSINGEN

2014 Case Mix	2013 Case Mix	2014 Anteil CM	2013 Anteil CM	2014 CMI	2013 CMI	2014 ø AD	2013 ø AD
0.0	0.0	0,0%	0,0%	0.000	0.000	0.0	0.0
90.2	270.3	2,8%	7,8%	1.479	1.240	8.6	6.4
8.0	8.7	0,2%	0,3%	0.276	0.264	1.2	1.7
16.0	12.2	0,5%	0,4%	0.356	0.406	2.4	2.2
2.8	2.6	0,1%	0,1%	1.420	1.296	9.5	15.5
31.2	22.9	1,0%	0,7%	0.479	0.478	2.8	3.1
1.2	1.6	0,0%	0,0%	0.416	0.527	2.0	6.7
6.7	6.1	0,2%	0,2%	0.416	0.359	2.2	2.8
8.0	10.8	0,2%	0,3%	1.336	1.352	10.8	9.4
<b>3 459.0</b>	<b>3 209.0</b>			<b>0.802</b>	<b>0.885</b>	<b>4.6</b>	<b>4.9</b>

Gruppe,  
eine

# LEISTUNGSSTATISTIK DER KLINIKEN 2014

## KLINIKEN

Chirurgie

---

Geburtshilfe und Säuglinge

---

Gynäkologie

---

Medizin

---

Orthopädie (inkl. Neurochirurgie)

---

## TOTAL

	Fälle	Case Mix	CMI	ø AD	Pflegetage
	852	637.0	0.747	4.2	3 604
	975	453.0	0.465	4.2	4 076
	232	194.0	0.834	3.8	885
	1 085	740.0	0.682	4.6	4 957
	859	1 186.0	1.380	5.9	5 062
	<b>4 003</b>	<b>3 209.0</b>	<b>0.802</b>	<b>4.6</b>	<b>18 584</b>



# LEISTUNGSSTATISTIK 2014 NACH HAUPTDIAGNOSEKATEGORIE

MDC		2014 Fälle	2013 Fälle	C
PR	Prä-MDC	0	1	
1	Krankheiten und Störungen des Nervensystems	132	148	
2	Krankheiten und Störungen des Auges	7	4	
3	Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses	40	27	
4	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	101	111	
5	Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	192	159	
6	Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	215	179	
7	Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas	73	36	
8	Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	388	342	
9	Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma	65	49	
10	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	24	30	
11	Krankheiten und Störungen der Harnorgane	66	43	
12	Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane	13	9	
13	Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane	2	6	
14	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	1	189	
15	Neugeborene	0	193	
16	Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems	22	16	
17	Hämatologische und solide Neubildungen	7	8	

N (MDC)

2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013
Case Mix	Case Mix	Anteil CM	Anteil CM	CMI	CMI	ø AD	ø AD
0.0	9.7	0,0%	0,8%	0.000	9.737	0.0	47.0
81.3	112.1	7,5%	9,3%	0.616	0.757	4.4	5.3
1.9	0.9	0,2%	0,1%	0.271	0.232	1.1	1.0
16.6	10.1	1,5%	0,8%	0.416	0.375	2.7	2.4
72.6	91.9	6,7%	7,6%	0.718	0.828	5.6	6.5
145.1	130.7	13,4%	10,8%	0.756	0.822	5.0	5.3
123.1	110.9	11,4%	9,2%	0.572	0.619	3.5	3.6
58.3	37.0	5,4%	3,1%	0.798	1.027	4.5	8.7
398.6	349.0	36,8%	28,8%	1.027	1.020	5.9	5.8
38.1	26.8	3,5%	2,2%	0.586	0.547	4.4	4.6
16.1	20.9	1,5%	1,7%	0.671	0.697	5.0	5.2
36.0	25.2	3,3%	2,1%	0.545	0.587	5.1	4.7
6.8	6.5	0,6%	0,5%	0.520	0.721	3.9	4.2
1.0	4.2	0,1%	0,3%	0.494	0.698	3.0	3.3
0.1	130.0	0,0%	10,7%	0.134	0.688	1.0	4.1
0.0	44.2	0,0%	3,7%	0.000	0.229		3.8
19.0	10.4	1,8%	0,9%	0.863	0.650	5.5	3.1
6.4	10.8	0,6%	0,9%	0.916	1.345	4.3	5.4

MDC	2014 Fälle	2013 Fälle	C
18A HIV	0	2	
18B Infektiöse und parasitäre Krankheiten	32	36	
19 Psychische Krankheiten und Störungen	12	10	
20 Alkohol- und Drogengebrauch und alkohol- und drogeninduzierte psychische Störungen	17	6	
21A Polytrauma	2	3	
21B Verletzungen, Vergiftungen und toxische Wirkungen von Drogen und Medikamenten	25	26	
22 Verbrennungen	1	1	
23 Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und andere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens	10	14	
FE Fehler-DRG und sonstige DRG	0	4	
<b>TOTAL DRG-AUSTRITTE CODIERT</b>	<b>1 447</b>	<b>1 652</b>	

\* Die Kategorie der «Fehler-DRG und sonstige DRG» ist eine von der SwissDRG AG definierte Kategorie, in welche Fälle gelangen, die nicht einer MDC zuzuordnen sind. Der Begriff Fehler-DRG ist keine Bewertung der Kodier- oder Dokumentationsqualität.

MDC = Major Diagnostic Category

CMI = Case Mix Index

CM = Case Mix

DRG = Diagnosis Related Groups

AD = Aufenthaltsdauer



2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013
Case Mix	Case Mix	Anteil CM	Anteil CM	CMI	CMI	ø AD	ø AD
0.0	2.8	0,0%	0,2%	0.000	1.386		5.0
28.7	42.7	2,7%	3,5%	0.898	1.185	7.5	7.2
6.7	3.0	0,6%	0,2%	0.556	0.296	4.5	2.3
9.2	1.8	0,8%	0,1%	0.540	0.295	4.1	1.5
2.6	4.1	0,2%	0,3%	1.284	1.358	5.5	7.7
10.6	11.8	1,0%	1,0%	0.423	0.455	3.2	2.4
0.2	0.8	0,0%	0,1%	0.235	0.811	1.0	5.0
3.8	6.4	0,4%	0,5%	0.383	0.460	2.3	3.6
0.0	5.9	0,0%	0,5%	0.000	1.478	0.0	6.0
<b>1 082.6</b>	<b>1 210.6</b>			<b>0.748</b>	<b>0.733</b>	<b>4.9</b>	<b>4.9</b>

Gruppe,  
eine

# LEISTUNGSSTATISTIK DER KLINIKEN 2014

## KLINIKEN

Chirurgie

---

Medizin

---

**TOTAL**

Fälle	Case Mix	CMI	ø AD	Pflegetage
679	561.5	0.827	4.6	3 124
768	521.1	0.678	5.1	3 907
<b>1 447</b>	<b>1 082.6</b>	<b>0.748</b>	<b>4.9</b>	<b>7 031</b>



# LEISTUNGSSTATISTIK 2014 NACH HAUPTDIAGNOSEKATEGORIE

MDC		2014 Fälle	2013 Fälle
PR	Prä-MDC	41	45
1	Krankheiten und Störungen des Nervensystems	309	250
2	Krankheiten und Störungen des Auges	10	2
3	Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses	280	326
4	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	553	783
5	Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	1 165	854
6	Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	1 168	1 133
7	Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas	314	251
8	Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	418	446
9	Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma	208	155
10	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	100	219
11	Krankheiten und Störungen der Harnorgane	188	157
12	Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane	12	14
13	Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane	12	22
14	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	2	1
15	Neugeborene	0	0
16	Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems	35	42
17	Hämatologische und solide Neubildungen	32	42

N (MDC)

2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013
Case Mix	Case Mix	Anteil CM	Anteil CM	CMI	CMI	ø AD	ø AD
369.2	398.7	7,1%	7,4%	9.006	8.861	25.0	28.9
235.3	183.6	4,5%	3,4%	0.761	0.734	5.2	5.2
4.2	0.5	0,1%	0,0%	0.419	0.231	3.6	1.0
176.4	211.0	3,4%	3,9%	0.630	0.647	2.5	2.5
542.4	858.0	10,5%	15,9%	0.981	1.096	8.3	8.3
1 438.0	879.1	27,7%	16,3%	1.234	1.029	3.7	5.0
1 017.0	1 040.0	19,6%	19,3%	0.871	0.918	5.2	5.4
307.0	277.0	5,9%	5,1%	0.978	1.105	6.1	6.8
387.9	429.0	7,5%	7,9%	0.928	0.961	6.3	6.6
125.1	104.0	2,4%	1,9%	0.601	0.672	4.3	4.5
112.0	299.0	2,2%	5,5%	1.120	1.365	5.9	5.1
93.1	88.0	1,8%	1,6%	0.495	0.562	4.5	4.3
4.7	6.8	0,1%	0,1%	0.392	0.482	4.3	2.5
4.7	25.9	0,1%	0,5%	0.389	1.177	2.7	4.2
0.8	0.2	0,0%	0,0%	0.385	0.245	1.0	1.0
0.0	0.0	0,0%	0,0%	0.000	0.000	0.0	0.0
25.8	32.4	0,5%	0,6%	0.736	0.771	3.3	5.0
50.9	64.1	1,0%	1,2%	1.592	1.527	7.6	8.5

MDC	2014 Fälle	2013 Fälle	C
18A HIV	1	1	
18B Infektiöse und parasitäre Krankheiten	108	219	
19 Psychische Krankheiten und Störungen	33	27	
20 Alkohol- und Drogengebrauch und alkohol- und drogeninduzierte psychische Störungen	103	76	
21A Polytrauma	11	6	
21B Verletzungen, Vergiftungen und toxische Wirkungen von Drogen und Medikamenten	73	102	
22 Verbrennungen	3	4	
23 Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und andere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens	29	24	
FE Fehler-DRG und sonstige DRG	11	23	
<b>TOTAL DRG-AUSTRITTE CODIERT</b>	<b>5 219</b>	<b>5 224</b>	

\* Die Kategorie der «Fehler-DRG und sonstige DRG» ist eine von der SwissDRG AG definierte Kategorie, in welche Fälle gelangen, die nicht einer MDC zuzuordnen sind. Der Begriff Fehler-DRG ist keine Bewertung der Kodier- oder Dokumentationsqualität.

MDC = Major Diagnostic Category

CMI = Case Mix Index

CM = Case Mix

DRG = Diagnosis Related Groups

AD = Aufenthaltsdauer

Abrechnungsversion 2014 SwissDRG 3.0



**SPITAL TIEFENAU**

2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013
Case Mix	Case Mix	Anteil CM	Anteil CM	CMI	CMI	ø AD	ø AD
2.0	3.6	0,0%	0,1%	2.042	3.592	27.0	20.0
129	314.9	2,5%	5,8%	1.195	1.438	8.5	8.2
19.2	16.1	0,4%	0,3%	0.580	0.596	3.7	4.0
48.1	42.5	0,9%	0,8%	0.467	0.560	4.7	5.3
13.8	6.1	0,3%	0,1%	1.257	1.013	6.9	4.0
38.7	51.9	0,7%	1,0%	0.530	0.509	2.6	3.1
0.7	7.8	0,0%	0,1%	0.235	1.946	1.0	12.8
16.3	13.9	0,3%	0,3%	0.562	0.578	4.7	4.5
19.9	41.5	0,4%	0,8%	1.811	1.806	12.4	10.8
<b>5 182.0</b>	<b>5 396.0</b>			<b>0.993</b>	<b>1.033</b>	<b>5.3</b>	<b>6.0</b>

Gruppe,  
eine

# LEISTUNGSSTATISTIK DER KLINIKEN 2014

## KLINIKEN

Medizin

---

Kardiologie

---

Pneumologie

---

Chirurgie Traumatologie

---

Viszerale Chirurgie

---

IPS Medizin

---

**TOTAL**

	Fälle	Case Mix	CMI	ø AD	Pflegetage
	1 663	1361.9	0.819	6.3	10 542
	819	1121.4	1.369	2.4	1 978
	497	616.2	1.240	9.6	4 758
	437	334.4	0.765	4.7	2 067
	1 686	1532.6	0.909	4.6	7 789
	117	215.5	1.842	4.4	520
	<b>5219</b>	<b>5182.0</b>	<b>0.993</b>	<b>5.3</b>	<b>27 654</b>



# LEISTUNGSSTATISTIK 2015 NACH HAUPTDIAGNOSEKATEGORIE

MDC		2015 Fälle	2014 Fälle	C
PR	Prä-MDC	293	2	
1	Krankheiten und Störungen des Nervensystems	151	853	
2	Krankheiten und Störungen des Auges	2	3	
3	Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses	32	54	
4	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	137	275	
5	Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	113	366	
6	Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	92	404	
7	Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas	18	85	
8	Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett- System und Bindegewebe	620	1 193	
9	Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma	29	94	
10	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	17	59	
11	Krankheiten und Störungen der Harnorgane	39	108	
12	Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane	2	5	
13	Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane	3	11	
14	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	0	0	
15	Neugeborene	0	0	
16	Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems	18	35	
17	Hämatologische und solide Neubildungen	3	33	

N (MDC)

2015 Case Mix	2014 Case Mix	2015 Anteil CM	2014 Anteil CM	2015 CMI	2014 CMI	2015 ø AD	2014 ø AD
618	26	31,3%	0,6%	2.108	13.200	17.6	52.5
149	1167	7,5%	27,2%	0.985	1.368	8.9	12.3
2	2	0,1%	0,0%	1.100	0.500	17.0	4.3
14	25	0,7%	0,6%	0.450	0.465	3.6	4.8
128	230	6,5%	5,4%	0.934	0.836	7.7	8.2
91	341	4,6%	8,0%	0.808	0.933	7.0	8.2
60	339	3,0%	7,9%	0.652	0.840	5.3	5.6
21	77	1,1%	1,8%	1.189	0.906	10.2	5.7
726	1565	36,8%	36,4%	1.171	1.311	5.6	6.8
22	73	1,1%	1,7%	0.766	0.776	5.6	5.8
15	48	0,7%	1,1%	0.871	0.807	7.9	8.3
28	67	1,4%	1,6%	0.708	0.619	6.2	5.7
1	4	0,1%	0,1%	0.550	0.700	4.5	6.0
4	7	0,2%	0,2%	1.300	0.645	10.7	2.6
0	0	0,0%	0,0%	0.000	0.000	0.0	0.0
0	0	0,0%	0,0%	0.000	0.000	0.0	0.0
17	31	0,9%	0,7%	0.961	0.886	7.9	6.2
4	39	0,2%	0,9%	1.333	1.167	13.0	5.9

<b>MDC</b>	<b>2015 Fälle</b>	<b>2014 Fälle</b>	<b>C</b>
18A HIV	0	2	
18B Infektiöse und parasitäre Krankheiten	25	84	
19 Psychische Krankheiten und Störungen	13	40	
20 Alkohol- und Drogengebrauch und alkohol- und drogeninduzierte psychische Störungen	15	50	
21A Polytrauma	3	13	
21B Verletzungen, Vergiftungen und toxische Wirkungen von Drogen und Medikamenten	31	56	
22 Verbrennungen	0	1	
23 Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und andere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens	6	13	
FE Fehler-DRGs und sonstige DRGs	1	3	
<b>TOTAL DRG-AUSTRITTE CODIERT</b>	<b>1 663</b>	<b>3 842</b>	
REHABILITATION	184	349	
<b>GESAMTTOTAL</b>	<b>1 847</b>	<b>4 191</b>	



2015 Case Mix	2014 Case Mix	2015 Anteil CM	2014 Anteil CM	2015 CMI	2014 CMI	2015 ø AD	2014 ø AD
0	2	0,0%	0,0%	0.000	1.000	0.0	4.0
31	105	1,6%	2,5%	1.228	1.252	10.4	10.5
6	37	0,3%	0,9%	0.477	0.933	2.4	8.4
9	28	0,5%	0,6%	0.613	0.554	5.5	5.9
6	35	0,3%	0,8%	2.100	2.700	12.0	11.8
17	32	0,8%	0,7%	0.539	0.564	3.7	3.5
0	0	0,0%	0,0%	0.000	0.400	0.0	2.0
3	7	0,1%	0,2%	0.483	0.531	3.8	5.0
2	6	0,1%	0,1%	1.700	2.133	7.0	28.7
<b>1 974</b>	<b>4 293</b>			<b>1.187</b>	<b>1.117</b>	<b>8.4</b>	<b>8.1</b>
<b>1 974</b>	<b>4 293</b>			<b>1.187</b>	<b>1.117</b>		

# LEISTUNGSSTATISTIK DER KLINIKEN 2015

## KLINIKEN

Geriatric akut

---

Orthopädie

---

Medizin

---

## TOTAL

	<b>Fälle</b>	<b>Case Mix</b>	<b>CMI</b>	<b>ø AD</b>	<b>Pflegetage</b>
	389	723	1.859	16.1	6 246
	619	717	1.159	5.1	3 187
	655	534	0.815	7.0	4 553
	<b>1 663</b>	<b>1 974</b>	<b>1.187</b>	<b>8.4</b>	<b>13 986</b>



# LEISTUNGSSTATISTIK 2014 NACH HAUPTDIAGNOSEKATEGORIE

MDC		2014 Fälle	2013 Fälle
PR	Prä-MDC	742	836
1	Krankheiten und Störungen des Nervensystems	4 755	4 480
2	Krankheiten und Störungen des Auges	1 212	1 251
3	Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses	2 529	2 402
4	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	2 371	2 184
5	Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	7 410	6 632
6	Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	2 127	2 144
7	Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas	1 022	875
8	Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett- System und Bindegewebe	5 101	4 977
9	Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma	1 438	1 286
10	Endokrine, Ernährungs- und Stoff- wechselkrankheiten	941	932
11	Krankheiten und Störungen der Harnorgane	2 298	2 016
12	Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane	453	457
13	Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane	873	872
14	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	2 208	2 117
15	Neugeborene	2 043	1 999
16	Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems	266	237
17	Hämatologische und solide Neubildungen	827	804

## N (MDC)

2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013
Case Mix	Case Mix	Anteil CM	Anteil CM	CMI	CMI	ø AD	ø AD
5 998.4	6 129.9	9,5%	10,1%	8.084	7.332	22.5	21.1
7 901.4	7 341.1	12,5%	12,1%	1.662	1.639	6.0	6.3
876.6	941.3	1,4%	1,5%	0.723	0.752	2.9	3.1
2 235.7	2 178.9	3,5%	3,6%	0.884	0.907	3.2	3.4
2 480.6	2 250.1	3,9%	3,7%	1.046	1.030	5.7	6.1
16 463.8	14 984.7	26,1%	24,6%	2.222	2.259	5.0	5.3
2 433.8	2 447.2	3,9%	4,0%	1.144	1.141	6.3	6.3
1 717.3	1 551.1	2,7%	2,6%	1.680	1.773	8.1	7.9
6 690.7	6 555.0	10,6%	10,8%	1.312	1.317	6.1	6.2
1 298.5	1 222.7	2,1%	2,0%	0.903	0.951	4.4	5.2
1 038.8	1 087.1	1,6%	1,8%	1.104	1.166	5.0	5.7
2 170.3	1 945.0	3,4%	3,2%	0.944	0.965	5.4	5.3
408.4	404.1	0,6%	0,7%	0.902	0.884	5.5	5.0
1 071.1	1 081.6	1,7%	1,8%	1.227	1.240	4.3	4.8
1 712.8	1 676.4	2,7%	2,8%	0.776	0.792	5.2	6.0
3 259.0	2 857.7	5,2%	4,7%	1.595	1.430	10.0	9.7
230.1	240.7	0,4%	0,4%	0.865	1.016	5.6	6.9
1 543.6	1 637.2	2,4%	2,7%	1.866	2.036	8.4	9.4

<b>MDC</b>	<b>2014 Fälle</b>	<b>2013 Fälle</b>
18A HIV	41	44
18B Infektiöse und parasitäre Krankheiten	616	768
19 Psychische Krankheiten und Störungen	422	525
20 Alkohol- und Drogengebrauch und alkohol- und drogeninduzierte psychische Störungen	130	112
21A Polytrauma	223	225
21B Verletzungen, Vergiftungen und toxische Wirkungen von Drogen und Medikamenten	641	649
22 Verbrennungen	54	47
23 Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und andere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens	248	260
FE Fehler-DRG und sonstige DRG*	164	298
<b>TOTAL DRG-AUSTRITTE CODIERT</b>	<b>41 155</b>	<b>39 429</b>
<b>NEUROREHABILITATION</b>	<b>175</b>	<b>173</b>
<b>GESAMTTOTAL</b>	<b>41 330</b>	<b>39 602</b>

\* Die Kategorie der «Fehler-DRG und sonstige DRG» ist eine von der SwissDRG AG definierte Kategorie, in welche Fälle gelangen, die nicht einer MDC zuzuordnen sind. Der Begriff Fehler-DRG ist keine Wertung der Kodier- oder Dokumentationsqualität.

MDC = Major Diagnostic Category

CMI = Case Mix Index

CM = Case Mix

DRG = Diagnosis Related Groups

AD = Aufenthaltsdauer



2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013
Case Mix	Case Mix	Anteil CM	Anteil CM	CMI	CMI	ø AD	ø AD
67.8	80.3	0,1%	0,1%	1.653	1.824	11.2	9.5
870.2	1 079.7	1,4%	1,8%	1.413	1.406	8.1	8.0
543.4	834.9	0,9%	1,4%	1.288	1.590	12.1	14.9
59.2	55.4	0,1%	0,1%	0.455	0.494	3.6	3.4
913.3	988.3	1,4%	1,6%	4.096	4.393	12.3	12.0
646.1	571.1	1,0%	0,9%	1.008	0.880	4.7	4.8
125.0	71.7	0,2%	0,1%	2.315	1.525	6.5	7.0
139.2	169.1	0,2%	0,3%	0.561	0.650	2.7	3.6
223.1	425.7	0,4%	0,7%	1.361	1.429	7.0	6.4
<b>63 118.0</b>	<b>60 807.8</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>1.534</b>	<b>1.542</b>	<b>6.0</b>	<b>6.4</b>
						37.0	36.8
						<b>6.2</b>	<b>6.5</b>

Gruppe,  
eine

# HITLISTEN DER TOP-15-DRG

## TOP-15-DRG NACH ANZAHL AUSTRITTEN 2014

P67D	Neugeborener Einling, Aufnahmegewicht > 2499 g ohne OR-Prozedur, ohne 95 Stunden, ohne schweres Problem, ohne anderes Problem oder ein Beleg
F49F	Invasive kardiologische Diagnostik ausser bei akutem Myokardinfarkt, ein
F56B	Perkutane Koronarangioplastie mit hochkomplexer Intervention, ohne äuss
F24B	Perkutane Koronarangioplastie (PTCA) mit kompl. Diagn. und hochkompl. ohne äusserst schwere CC, Alter > 15 Jahre
O60D	Vaginale Entbindung ohne komplizierende Diagnose
F54Z	Komplexe oder mehrfache Gefässeingriffe ohne komplizierende Prozeduren komplexe Diagnose, Alter > 2 Jahre oder mässig komplexe Gefässeingriffe Diagnose, ohne äusserst schwere CC, ohne Rotationsthrombektomie
E69C	Bronchitis und Asthma bronchiale, ein Belegungstag oder ohne äusserst sc CC oder Alter < 56 Jahre, ohne RS-Virus-Infektion
C15Z	Andere Eingriffe an der Retina
I53Z	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne äusserst schwere CC, mit komple Halotraktion
B70E	Apoplexie ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfa Blutung, ohne systemische Thrombolyse, mehr als 1 Belegungstag oder De schweren CC
G67C	Versch. Erkr. d. Verdauungsg. od. gastroint. Blutung od. Ulkuserkr. ohne Alter < 75 J., ohne kompliz. Diagn., ohne Dialyse, Alter > 2 J., ohne Para-/
F75C	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems ohne äusserst schwere CC, Alter
L64A	Harnsteine und Harnwegsobstruktion, Alter > 75 Jahre od. mit äusserst sch CC oder Urethrastriktor, andere leichte bis moderate Erkr. der Harnorgane, oder Beschw. und Symptome der Harnorgane oder Urethrozystoskopie
B20B	Kraniotomie oder grosse Wirbelsäulen-Operation mit komplexer Prozedur, intraoperatives neurophysiologisches Monitoring
F98Z	Endovaskuläre Implantation eines Herzklappenersatzes

## TOTAL TOP-15-DRG-AUSTRITTE

## TOTAL CODIERTE FÄLLE (OHNE NEUROREHABILITATION)

## ANTEIL TOP 15 IN %

	Fälle	Case Mix	CMI	ø AD
ohne Beatmung > Aufw. Belegungstag	1 004	193.4	0.193	3.2
mit Beatmung > Aufw. Belegungstag	699	315.9	0.452	1.0
mit Beatmung > höchst schwere CC	538	832.0	1.547	1.4
mit Beatmung > Intervent. od. mit PTA, mit Beatmung > Aufw. Belegungstag	494	835.3	1.691	2.2
mit Beatmung > höchst schwere CC	440	253.2	0.576	3.1
mit Beatmung > höchst schwere CC, ohne Revision, ohne mit Beatmung > höchst schwere CC mit komplizierender Operation	388	433.5	1.117	2.6
mit Beatmung > höchst schwere oder schwere CC	364	159.5	0.438	2.7
mit Beatmung > höchst schwere oder schwere CC	329	279.5	0.850	3.0
mit Beatmung > höchst schwere oder schwere CC, ohne Revision, ohne mit Beatmung > höchst schwere CC mit komplizierender Operation	309	324.5	1.050	5.6
mit Beatmung > höchst schwere oder schwere CC, ohne intrakranielle Operation, ohne Delirium mit äusserst schweren oder schweren CC	306	317.2	1.036	6.0
mit Beatmung > höchst schwere oder schwere CC od. mit Beatmung > höchst schwere oder schwere CC, ohne Revision, ohne mit Beatmung > höchst schwere CC mit komplizierender Operation	273	121.8	0.446	3.7
mit Beatmung > höchst schwere oder schwere CC > 17 Jahre	271	166.8	0.616	3.1
mit Beatmung > höchst schwere oder schweren CC, ohne Revision, ohne mit Beatmung > höchst schwere CC mit komplizierender Operation	266	131.7	0.495	3.4
mit Beatmung > höchst schwere oder schweren CC, ohne Revision, ohne mit Beatmung > höchst schwere CC mit komplizierender Operation	266	734.5	2.761	5.8
mit Beatmung > höchst schwere oder schweren CC, ohne Revision, ohne mit Beatmung > höchst schwere CC mit komplizierender Operation	251	1 786.4	7.117	9.5
	<b>6 198</b>	<b>6 885.3</b>	<b>1.111</b>	<b>3.3</b>
	<b>41 155</b>	<b>63 118.0</b>		<b>6.0</b>
	15,1%	10,9%		



## DRG NACH HÖHE DES CASE MIX 2014

F98Z	Endovaskuläre Implantation eines Herzklappenersatzes
F03D	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, mit Zweifacheingriff oder oder Re-Operation oder invasiver Diagnostik oder intraoperativer Ablation
F24B	Perkutane Koronarangioplastie (PTCA) mit kompl. Diagn. und hochkompl. ohne äusserst schwere CC, Alter > 15 Jahre
F56B	Perkutane Koronarangioplastie mit hochkomplexer Intervention, ohne äuss
B20B	Kraniotomie oder grosse Wirbelsäulen-Operation mit komplexer Prozedur, intraoperatives neurophysiologisches Monitoring
A13A	Beatmung > 95 und < 250 Stunden mit hochkomplexen Konstellationen
A11A	Beatmung > 249 und < 500 Stunden mit hochkompl. Eingriff oder intensiv > 1470/1656 Punkte oder mit Eingriff bei angeb. Fehlb., Alter < 2 J. oder m kompliz. Proz., mit intensivmed. Komplexbeh. > 1470/1656 P. oder Alter <
F06E	Koronare Bypass-Operation, ohne invasive kardiologische Diagnostik, ohne
A07B	Beatmung > 499 und < 1500 Stunden mit komplexer OR-Prozedur oder P komplexer Vakuumbehandlung, oder Alter < 16 Jahre
A13B	Beatmung > 95 und < 250 Stunden mit sehr komplexen Konstellationen
B01Z	Mehrzeitige kompl. OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Ne Epilepsiechirurgie mit invasivem präop. Video-EEG
B21A	Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensy
P61B	Neugeborenes, Aufnahmegewicht < 1000 g ohne signifikante OR-Prozedu
F54Z	Komplexe oder mehrfache Gefässeingriffe ohne komplizierende Prozeduren komplexe Diagnose, Alter > 2 Jahre oder mässig komplexe Gefässeingriffe Diagnose, ohne äusserst schwere CC, ohne Rotationsthrombektomie
F03C	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, mit Zweifacheingriff oder Herzfehler, mit Re-Operation oder invasiver Diagnostik oder intraoperative

### TOTAL TOP-15-DRG AUSTRITTE

TOTAL CODIERTE FÄLLE (OHNE NEUROREHABILITATION)

ANTEIL TOP 15 IN %

	Fälle	Case Mix	CMI	ø AD
	251	1 786.4	7.117	9.5
angeborenem Herzfehler oder Alter < 16 Jahre	175	841.0	4.806	10.8
Intervent. od. mit PTA, sehrst schwere CC	494	835.3	1.691	2.2
Alter > 15 Jahre, ohne	538	832.0	1.547	1.4
	266	734.5	2.761	5.8
	57	706.8	12.399	25.8
med. Komplexbeh. mit best. OR-Proz. und < 16 J.	32	631.6	19.738	37.8
intraoperative Ablation	157	588.1	3.746	10.1
polytrauma oder	21	574.1	27.340	64.9
	57	566.4	9.938	26.6
ervensystems oder	103	547.5	5.316	15.3
ystem	73	518.1	7.098	11.2
ir	37	494.5	13.366	69.8
n, ohne Revision, ohne mit komplizierender	388	433.5	1.117	2.6
angeborenem er Ablation	74	413.2	5.584	11.5
	<b>2 723</b>	<b>10 503.2</b>	<b>3.857</b>	<b>7.9</b>
	<b>41 155</b>	<b>63 118.0</b>		<b>6.0</b>
	6,6%	16,6%		

# LEISTUNGSSTATISTIK DER UNIVERSITÄTSKLINIKEN 2014

## UNIVERSITÄTSKLINIKEN

Universitätsklinik für Allgemeine Innere Medizin

---

Universitätsklinik für Intensivmedizin

---

Universitäres Notfallzentrum

---

Universitätsklinik für Frauenheilkunde

---

Universitätsklinik für Kinderheilkunde

---

Universitätsklinik für Kinderchirurgie\*

---

Universitätsklinik für Dermatologie

---

Universitätsklinik für Rheumatologie, Klinische Immunologie und Allergologie

---

Universitätsklinik für Urologie

---

Universitätsklinik für Nephrologie und Hypertonie

---

Universitätsklinik für Kardiologie

---

Universitätsklinik für Herz- und Gefäßchirurgie

---

Universitätsklinik für Angiologie

---

Universitätsklinik für Orthopädische Chirurgie

---

Universitätsklinik für Plastische- und Handchirurgie

---

Universitätsklinik für Augenheilkunde

---

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

---

Universitätsklinik für Schädel-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

---

Universitätsklinik für Neurologie

---

Universitätsklinik für Neurochirurgie

---

Universitätsklinik für Medizinische Onkologie\*\*

---

Universitätsklinik für Radio-Onkologie

---

Universitätsklinik für Viszerale Chirurgie und Medizin

---



	Fälle	Case Mix	CMI	ø AD	Pflegetage
	3 472	4 343.6	1.251	9.3	32 187
	789	2 647.3	3.355	5.3	4 218
	840	233.6	0.278	1.1	933
	4 490	3 364.5	0.749	4.5	20 194
	3 274	5 457.4	1.667	8.3	27 062
	1 972	2 116.2	1.073	4.6	9 138
	649	570.8	0.880	3.7	2 423
	720	689.1	0.957	6.1	4 418
	2 060	2 005.7	0.974	5.4	11 036
	733	1 157.7	1.579	8.6	6 326
	4 277	7 611.3	1.780	2.8	11 933
	1 709	7 516.6	4.398	11.6	19 798
	796	895.1	1.125	2.2	1 740
	2 599	4 309.8	1.658	7.2	18 834
	901	1 108.2	1.230	4.8	4 311
	1 085	795.4	0.733	2.9	3 136
ie	1 450	1 420.2	0.979	3.1	4 466
	786	868.1	1.104	3.4	2 653
	1 498	2 401.5	1.603	6.0	9 033
	1 935	4 155.8	2.148	6.2	12 086
	1 146	1 995.5	1.741	10.7	12 212
	388	577.7	1.489	7.1	2 759
	2 360	4 810.3	2.038	8.1	19 034

## UNIVERSITÄTSKLINIKEN

Universitätsklinik für Thoraxchirurgie

---

Universitätsklinik für Pneumologie

---

Universitätsklinik für Nuklearmedizin

---

## ZWISCHENSUMME

uncodiert

Neurorehabilitation

**TOTAL**

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.

\* inklusive Notfallzentrum für Kinder und Jugendliche

\*\* inklusive Palliative Care

	Fälle	Case Mix	CMI	ø AD	Pflegetage
	574	1 221.4	2.128	7.9	4 530
	431	698.0	1.619	8.3	3 556
	221	146.9	0.665	4.0	889
	<b>41 155</b>	<b>63 118.0</b>	<b>1.534</b>	<b>6.0</b>	<b>248 905</b>
	0			0	0
	175			37.0	6 481
	<b>41 330</b>			<b>6.2</b>	<b>255 386</b>

chtet,  
ndelten



## WEITERE KENNWERTE

### AMBULANT/AMBULANT MIT BETT (VERRECHENBARE TP)

	2014	2013	Delta in %
TARMED TP	203 478 923	185 704 466	9,6
Labor TP	25 559 574	23 546 590	8,5
Physiotherapie TP	2 079 351	1 974 093	5,3
Ergotherapie TP	1 014 079	827 279	22,0
Ernährungsberatung TP	563 078	546 163	3,1
Diabetesberatung TP	151 592	103 712	46,2
Logopädie TP	452 551	429 375	5,4

### VERLEGUNGEN 2014

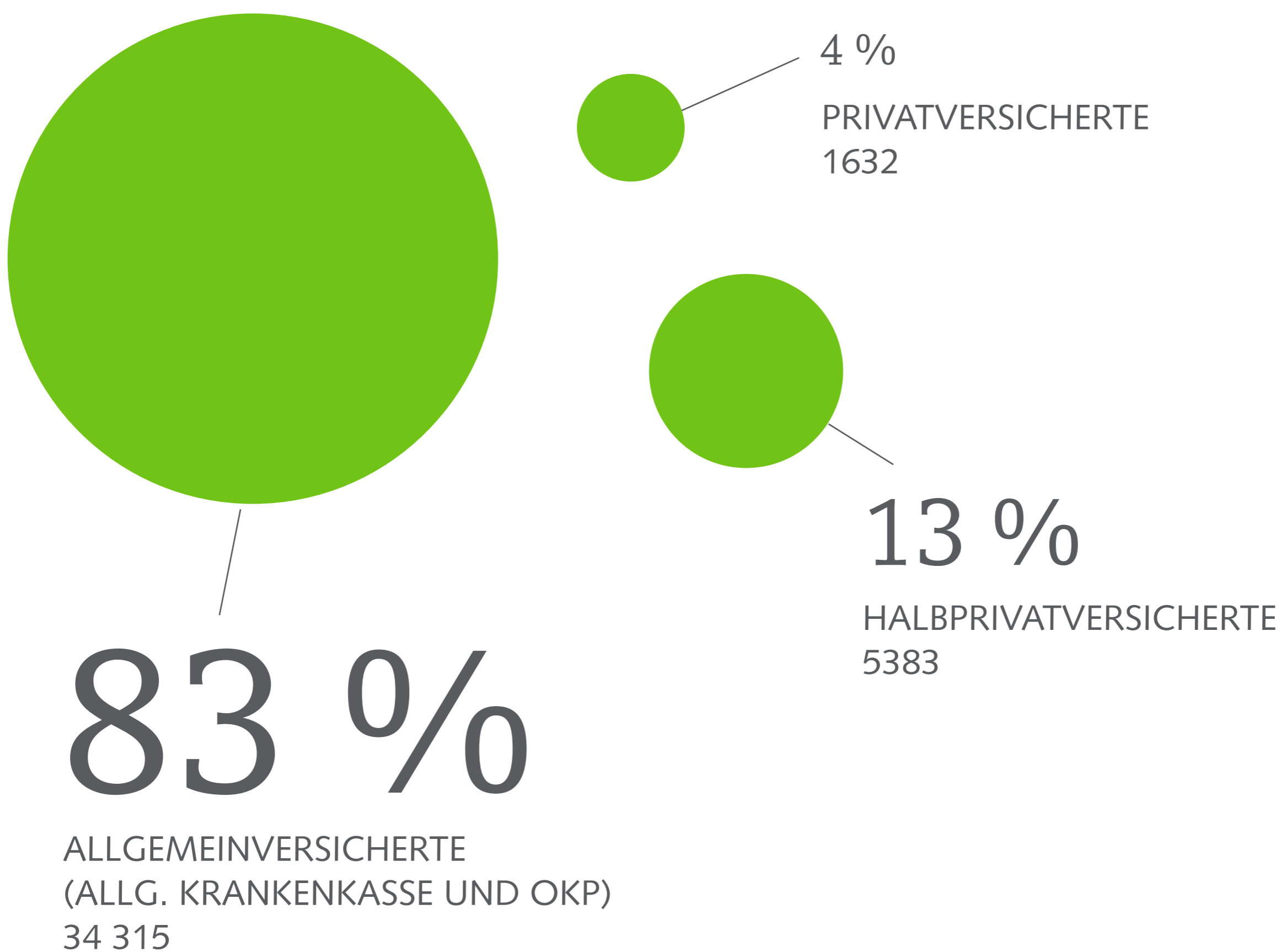
	absolut	Anteil in %
Verlegungen vom Spital Netz Bern ins Inselspital	520	30,8
Verlegungen vom Inselspital ins Spital Netz Bern	998	59,0
Ein- und Austritt vom bzw. zum Spital Netz Bern	173	10,2
<b>TOTAL VERLEGUNGEN</b>	<b>1 691</b>	<b>100,0</b>

1 %  
5%  
5%  
3%  
5%  
1%  
2%  
4%

1 %  
3%  
0%  
2%  
0%

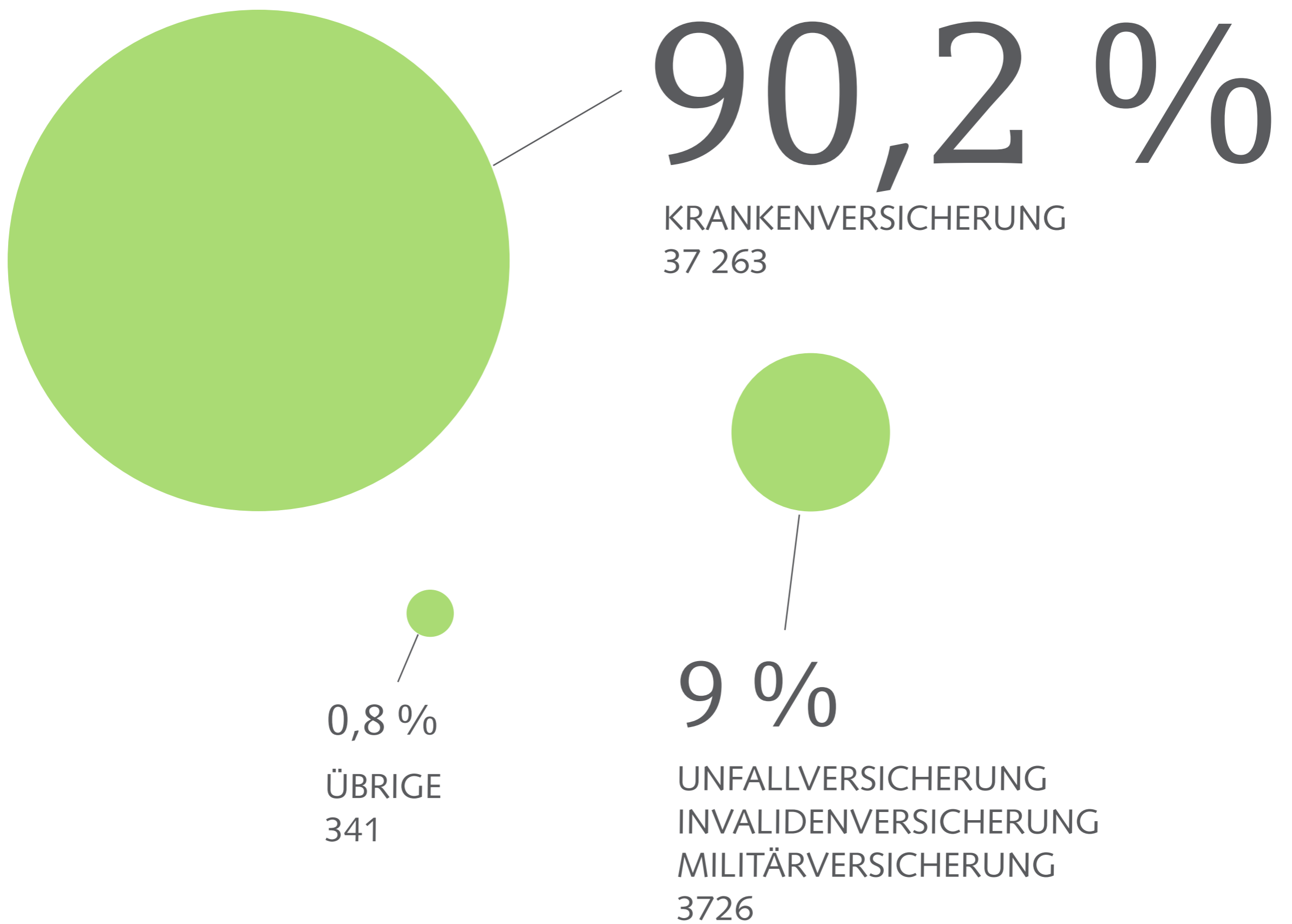
## AUSTRITTE 2014

### AUSTRITTE NACH VERSICHERUNGSKLASSE





AUSTRITTE NACH GARANT



# Konzernrechnung

➤ INSELSPITAL-STIFTUNG UND  
SPITAL NETZ BERN AG



nung





## KOMMENTAR

---

Für den Jahresabschluss per 31. Dezember 2014 wurde eine konsolidierte Jahresrechnung nach Swiss GAAP FER erstellt, welche neben dem Inselspital erstmals auch die Betriebe der Spital Netz Bern AG enthält. Die Inselspital-Stiftung gilt als Konzernmutter.

Im Geschäftsjahr 2014 wurde ein Konzerngewinn von CHF 25,0 Mio. erzielt. Das Betriebsergebnis vor Abschreibungen (EBITDA) belief sich auf CHF 106,1 Mio. Die EBITDA-Marge lag bei 6,9 %. Die betreffenden Kennzahlen liegen damit auf dem Niveau des Vorjahres (Konzerngewinn CHF 27,4 Mio. bzw. EBITDA-Marge 6,8 %).

Das Ergebnis ist primär auf den Erfolg des Segments «Spitalbetrieb Inselspital» zurückzuführen. Das Jahresergebnis dieses Segments lag im Jahr 2014 bei CHF 36,0 Mio. (Vorjahr CHF 24,0 Mio.). Das positive Ergebnis ist hauptsächlich auf die Zunahme der statio-

nären (+ CHF 39,8 Mio. / 5,6 %), ambulanten (+ CHF 22,1 Mio. / 7,7 %) und ambulant-stationären Anteile der ausserkantonalen Patienten stieg auf 25,2 % (Vorjahr 23,8 %).

Im Segment «Spital Netz Bern» wurde ein Verlust von CHF 15,7 Mio. erzielt, was hauptsächlich auf den geringeren Umsatz der stationären Patienten (Index um 4,0 %) und auf die geringere Rate SwissDRG zurückzuführen ist.

Es gilt zu beachten, dass die Umsätze im stationären und ambulanten Bereich hauptsächlich auf den Erlösen aus den stationären und ambulanten Umsätzen basieren, die auf den Preisen der stationären und ambulanten Tarifen beruhen.

Im stationären Bereich des Segments «Spitalbetrieb Inselspital» wurde im Jahr 2014 (analog 2012 und 2013) ein Gewinn von CHF 36,0 Mio. erzielt, was hauptsächlich auf die Zunahme der stationären Patienten (+ CHF 39,8 Mio. / 5,6 %) und die Erhöhung der stationären Rate SwissDRG (+ CHF 15,7 Mio. / 4,3 %) zurückzuführen ist.



ZUR BILANZ DER INSELSPITAL-STIFTUNG



ZUR ERFOLGSRECHNUNG DER  
INSELSPITAL-STIFTUNG



ZUR GELDFLUSSRECHNUNG DER  
INSELSPITAL-STIFTUNG

5 %) und ambulanten Er-  
(%) zurückzuführen. Der  
Patientinnen und Patien-  
nr 24,6 %).

n AG» resultierte im 2014  
io. Das negative Ergebnis  
gesunkenen Schweregrad  
Reduktion des Case Mix  
den Rückgang der Base-  
aren.

die verbuchten stationä-  
tze teilweise auf proviso-

nselspitals konnte für das  
(2013) keine tarifliche Ei-  
sicherern erzielt werden.

Die stationären Fälle (nach SwissDRG) wurden mit einer vom Kanton Bern provisorisch verfügbaren Base-rate von CHF 11 000 fakturiert.

Die Spital Netz Bern AG konnte sich in den Verhandlungen (zusammen mit diespitäler.be) mit den Krankenversicherern auf eine Baserate 2014 von CHF 9 725 bzw. 9 710 einigen.

Für den ambulanten Tarif TARMED besteht sowohl für das Inselepital als auch für die Spitäler der Spital Netz Bern AG seit dem 1.1.2010 ein vertragsloser Zustand. Der Tarifentscheid des Bundesverwaltungsgerichts ist ausstehend. Die Spitäler fakturieren aktuell den provisorischen Taxpunktwert von CHF 0,91.

Für die Tarif- bzw. Ertragsrisiken wurden Rückstellungen gebildet.

# BILANZ

---

## UMLAUFVERMÖGEN

Flüssige Mittel

---

Wertschriften

---

Forderungen aus Lieferungen und Leistungen

---

Übrige kurzfristige Forderungen

---

Angefangene Behandlungen und Vorräte

---

Aktive Rechnungsabgrenzung

---

## ANLAGEVERMÖGEN

Finanzanlagen

---

Assoziierte Gesellschaften

---

Mobile Sachanlagen

---

Immobilien

---

Immaterielle Anlagen

---

Anzahlungen Anlagevermögen

---

Anlagen in Bau

---

## TOTAL AKTIVEN



	<b>31.12.2014</b>	<b>31.12.2013</b>	<b>Abweichung</b>	
	TCHF	TCHF	in TCHF	in %
	315 122	238 930	76 192	31,9
	50 000	50 000	–	–
	204 922	173 803	31 119	17,9
	41 475	64 183	–22 708	–35,4
	38 788	32 635	6 153	18,9
	44 578	31 801	12 777	40,2
	<b>694 885</b>	<b>591 352</b>	<b>103 533</b>	<b>17,5</b>
	120 774	99 113	21 661	21,9
	7 155	6 408	747	11,7
	143 647	113 530	30 117	26,5
	795 789	737 486	58 303	7,9
	8 969	5 642	3 327	59,0
	6 784	6 110	674	11,0
	68 195	49 155	19 040	38,7
	<b>1 151 313</b>	<b>1 017 444</b>	<b>133 869</b>	<b>13,2</b>
	<b>1 846 198</b>	<b>1 608 796</b>	<b>237 402</b>	<b>14,8</b>

## **KURZFRISTIGES FREMDKAPITAL**

Verbindlichkeiten aus Lieferungen und Leistungen

---

Übrige kurzfristige Verbindlichkeiten

---

Passive Rechnungsabgrenzung

---

Kurzfristige Rückstellungen

---

## **LANGFRISTIGES FREMDKAPITAL**

Langfristige Finanzverbindlichkeiten

---

Langfristige Rückstellungen

---

Verpflichtungen aus Fonds

---

## **EIGENKAPITAL**

### **KONZERNKAPITAL OHNE MINDERHEITEN**

Stiftungskapital

---

Fondskapital

---

Reserven

---

Jahresergebnis

---

## **MINDERHEITSANTEILE**

## **TOTAL PASSIVEN**

	<b>31.12.2014</b> TCHF	<b>31.12.2013</b> TCHF	<b>Abweichung</b>	
			in TCHF	in %
	74 804	50 042	24 762	49,5
	53 354	51 459	1 895	3,7
	20 411	12 073	8 338	69,1
	24 192	22 151	2 041	9,2
	<b>172 761</b>	<b>135 725</b>	<b>37 036</b>	<b>27,3</b>
	15 964	16 572	-608	-3,7
	149 672	142 992	6 680	4,7
	28 280	28 021	259	0,9
	<b>193 916</b>	<b>187 585</b>	<b>6 331</b>	<b>3,4</b>
	19 098	19 098	-	-
	47 665	47 298	367	0,8
	1 384 526	1 187 247	197 279	16,6
	25 809	28 688	-2 879	-10,0
	<b>1 477 098</b>	<b>1 282 331</b>	<b>194 767</b>	<b>15,2</b>
	2 423	3 155	-732	-23,2
	<b>1 479 521</b>	<b>1 285 486</b>	<b>194 035</b>	<b>15,1</b>
	<b>1 846 198</b>	<b>1 608 796</b>	<b>237 402</b>	<b>14,8</b>



# ERFOLGSRECHNUNG

---

## BETRIEBSERTRAG

Stationärer Ertrag

---

Ambulanter Ertrag

---

Honorarertrag

---

Ertrag Lehre & Forschung

---

Ertrag Weiterbildung Assistenzärzte/-innen

---

Erlösminderungen

---

Veränderung angefangene Behandlungen

---

Übriger betrieblicher Ertrag

---

## BETRIEBSAUFWAND

Personalaufwand

---

Honoraraufwand

---

Medizinischer Bedarf

---

Einlage in Fonds im Fremdkapital

---

Übriger Betriebsaufwand

---

## ERGEBNIS VOR ABSCHREIBUNGEN (EBITDA)

	<b>2014</b> TCHF	<b>2013</b> TCHF	<b>Abweichung zum Vorjahr</b>	
			in TCHF	in %
	958 537	710 925	247 612	34,8
	342 922	286 468	56 454	19,7
	57 427	45 229	12 198	27,0
	79 356	84 817	-5 461	-6,4
	6 945	4 040	2 905	71,9
	-2 105	4 076	-6 181	-151,6
	1 320	-387	1 707	-441,1
	94 183	73 940	20 243	27,4
	<b>1 538 585</b>	<b>1 209 108</b>	<b>329 477</b>	<b>27,2</b>
	-891 272	-689 777	-201 495	29,2
	-64 334	-37 110	-27 224	73,4
	-264 488	-225 117	-39 371	17,5
	-259	-3 095	2 836	-91,6
	-212 112	-171 723	-40 389	23,5
	<b>-1 432 465</b>	<b>-1 126 822</b>	<b>-305 643</b>	<b>27,1</b>
	<b>106 120</b>	<b>82 286</b>	<b>23 834</b>	<b>29,0</b>

## **ABSCHREIBUNGEN**

Abschreibungen auf Sachanlagen

---

Abschreibungen auf immateriellen Anlagen

---

## **BETRIEBSERGEBNIS (EBIT)**

### **FINANZERGEBNIS**

Ertrag aus assoziierten Gesellschaften

---

Übriger Finanzertrag

---

Finanzaufwand

---

## **JAHRESERGEBNIS VOR STEUERN (EBT)**

### **ERTRAGSSTEUERN**

## **JAHRESERGEBNIS**

davon Anteile von Minderheiten



	2014 TCHF	2013 TCHF	Abweichung zum Vorjahr	
			in TCHF	in %
	-83 122	-59 895	-23 227	38,8
	-3 210	-1 675	-1 535	91,6
	<b>-86 332</b>	<b>-61 570</b>	<b>-24 762</b>	<b>40,2</b>
	<b>19 788</b>	<b>20 716</b>	<b>-928</b>	<b>-4.5</b>
	1 559	765	794	103,8
	4 335	6 886	-2 551	-37,0
	-630	-963	333	-34,6
	<b>5 264</b>	<b>6 688</b>	<b>-1 424</b>	<b>-21,3</b>
	<b>25 052</b>	<b>27 404</b>	<b>-2 352</b>	<b>-8,6</b>
	<b>-71</b>	<b>-</b>	<b>-71</b>	<b>100,0</b>
	<b>24 981</b>	<b>27 404</b>	<b>-2 423</b>	<b>-8.8</b>
	<b>-828</b>	<b>-1 284</b>	<b>456</b>	<b>-35,5</b>

# GELDFLUSSRECHNUNG



## KONSOLIDIERTES JAHRESERGEBNIS

+/- Abschreibungen (+) / Zuschreibungen (-) auf Anlagevermögen

---

+/- Verluste (+) aus Wertbeeinträchtigungen / Wegfall (-) von Wertbeeinträchtigungen

---

+/- Zunahme (+) / Abnahme (-) von Rückstellungen

---

+/- Sonstige fondsunwirksame Aufwendungen (+) / Erträge (-)

---

+/- Verlust (+) / Gewinn (-) aus Anlageabgängen

---

+/- Abnahme (+) / Zunahme (-) Forderungen aus Lieferungen und Leistungen

---

+/- Abnahme (+) / Zunahme (-) Vorräte und angefangene Behandlungen

---

+/- Abnahme (+) / Zunahme (-) übrige Forderungen und aktive Rechnungsabgrenzungen

---

+/- Zunahme (+) / Abnahme (-) Verbindlichkeiten aus Lieferungen und Leistungen

---

+/- Zunahme (+) / Abnahme (-) übrige kurzfristige Verbindlichkeiten und passivierende Rückstellungen

---

+/- Anteilige Verluste (Gewinne) aus Anwendung der Equity-Methode

---

+/- Dividendenausschüttungen von Equity-Beteiligungen

---

= **GELDZUFLUSS / -ABFLUSS AUS BETRIEBSTÄTIGKEIT (OPERATIVER CASH FLOW)**

	2014 TCHF	2013 TCHF
	24 981	27 404
	86 332	61 570
gungen	–	–5 447
	864	4 877
	–366	355
	–1 993	4
	–1 519	15 882
	–1 097	389
renzung	13 686	19 282
gen	11 156	–3 604
re Rechnungsabgrenzung	–8 954	–12 932
	–1 558	–5 069
	811	1 045
<b>(FLOW)</b>	<b>122 343</b>	<b>103 756</b>



–	Auszahlungen (Kauf) für Wertschriften
+	Einzahlungen (Verkauf) für Wertschriften
–	Auszahlungen für Investitionen (Kauf) von Sachanlagen
+	Einzahlungen aus Devestitionen (Verkauf) von Sachanlagen
–	Auszahlungen für Investitionen (Kauf) von Finanzanlagen
+	Einzahlungen aus Devestitionen (Verkauf) von Finanzanlagen
–	Auszahlungen für Investitionen (Kauf) von immateriellen Anlagen
+	Einzahlungen aus Devestitionen (Verkauf) von immateriellen Anlagen
+/-	Einzahlungen (+) / Auszahlungen (-) für den Erwerb konsolidierter Gesellschaften
=	<b>GELDZUFLUSS / -ABFLUSS AUS INVESTITIONSTÄTIGKEIT</b>

Aufnahme (+) / Rückzahlungen (-) von kurzfristigen Finanzverbindlichkeiten

Aufnahme (+) / Rückzahlungen (-) von langfristigen Finanzverbindlichkeiten

= **GELDZUFLUSS / -ABFLUSS AUS FINANZIERUNGSTÄTIGKEIT**

## VERÄNDERUNG FLÜSSIGE MITTEL

### NACHWEIS VERÄNDERUNG FLÜSSIGE MITTEL

Flüssige Mittel per 1.1.

Flüssige Mittel per 31.12.

### VERÄNDERUNG FLÜSSIGE MITTEL

	2014 TCHF	2013 TCHF
	-18 121	-39 356
	-	-
	-96 017	-67 685
	5 353	338
	-204	-2 010
	5 467	26 886
	-418	-146
	-	-
aftern	59 100	956
	<b>-44 840</b>	<b>-81 017</b>
	-	-
	-1 311	1 548
	<b>-1 311</b>	<b>1 548</b>
	<b>76 192</b>	<b>24 287</b>
	238 930	214 643
	315 122	238 930
	<b>76 192</b>	<b>24 287</b>

OP





10

## IMPRESSUM

Inselspital, Universitätsspital Bern  
und Spital Netz Bern AG  
CH-3010 Bern  
[www.insel.ch](http://www.insel.ch)  
[www.spitalnetzbern.ch](http://www.spitalnetzbern.ch)

Redaktion und Organisation: Bereich Kommunikation  
und Marketing Inselspital, Bern

Konzept & Gestaltung: Push'n'Pull | Deutschweiz, Bern

Fotos: Annette Boutellier, Bern; Kreation, Foto & Grafik  
Inselspital, Bern; Pia Neuenschwander, Bern;  
Henn Architekten, München; Paolo Dutto, Zürich

Filme: Simon Kurt, Biberist/Bern;  
TV-Studio Inselspital, Bern; Tamara Milosevic, Bern

Produktion: rubmedia/Go Group, Wabern/Bern