INSELGRUPPE

JAHRESBERICHT

2015

Inhalte

VORWORTE SEITE 3

Joseph Rohrer, Verwaltungsratspräsident, und Holger Baumann, Vorsitzender Geschäftsleitung, über die vollendete Fusion und die künftigen Herausforderungen.

STORYS SEITE 8

Mit acht Beiträgen aus verschiedenen Fachgebieten und Bereichen gewäh
der Jahresbericht Einblicke ins Jahr 2015 und zeigt anhand von Geschicht
Fakten und Hintergründen die Vielfalt des Unternehmens auf.

PEOPLE SEITE 137

Wer leitet die Insel Gruppe? Die Klinik- und Institutsleitungen des Inselsp
die Standortleitungen der Landspitäler/des Stadtspitals, die Mitglieder d
Verwaltungsrats sowie die Mitglieder der Geschäftsleitung im Bild.

ZAHLEN UND FAKTEN SEITE 163

Kennzahlen zu Qualität, Mitarbeitenden, Leistungen und Umwelt.

FINANZEN SEITE 240

Auszug aus der Konzernrechnung der Insel Gruppe AG.

nrt
ten,
itals,
es

Vorworte

› JOSEPH ROHRER,
VERWALTUNGSRATSPRÄSIDENT

› HOLGER BAUMANN,
VORSITZENDER GESCHÄFTSLEITUNG

INSEL SPITAL

«Wir sind
Wir stehen
uns

Am 1. Januar 2016 gab es Grund zum Feiern: Der Zusammenschluss der Sp
dem Inselspital ist vollbracht. In der Geschichte der Spitäler ist es eine hi
Geschichte, die weitergeschrieben wird. Die Insel Gruppe AG vereint das Un
Stadtspital und den vier Landspitälern. Damit haben wir ein einzigartiges Mod
dizinischen Versorgung geschaffen und dies zum Vorteil der Bevölkerung. Gleic
tische Auftrag erfüllt. Ein Auftrag, welcher im Interesse der Bevölkerung, abe
Medizinal- und Wirtschaftsstandortes Bern weiterentwickelt werden muss.

Wir sind nicht am Ziel angelangt. Wir stehen gemeinsam auf der von uns g
Erfolgreich wollen wir unser Unternehmen als Einheit weiterentwickeln: dank
unserer Spitäler, der medizinischen Innovation, der Forschung und Wissensc
tinnen und Patienten, aber auch für alle unsere heutigen und zukünftigen
Mitarbeiter in allen Belangen der Partner der Wahl sein.

Nicht nur für die Insel Gruppe haben sich durch den Zusammenschluss neue
sondern auch für den Kanton. Die Kantonsregierung behält trotz geringer Be
verträge und Wahl des Verwaltungsrates die grösstmögliche Kontrolle über
über die Sicherstellung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung. Dabe
weniger finanzielle Risiken als in der Vergangenheit, da die gesamte Finanzie
und ihrer Bauvorhaben durch die Insel Gruppe selber erfolgen muss.

l nicht am Ziel angelangt.
n gemeinsam auf der von
s geschaffenen Startlinie.»

JOSEPH ROHRER, VERWALTUNGSRATSPRÄSIDENT

pital Netz Bern AG mit
storische Wende; eine
niversitätsspital mit dem
ell der abgestuften me-
chzeitig wurde der poli-
er auch im Interesse des

geschaffenen Startlinie.
k des engen Verbundes
chaft für unsere Patien-
Mitarbeiterinnen und

e Perspektiven ergeben,
eteiligung via Leistungs-
r die Insel Gruppe und
i trägt der Kanton weit
erung der Insel Gruppe

Der Zusammenschluss ist weit mehr als die blosse Summe aller wirtschaftliche
Patientinnen und Patienten sind dank des Zusammenschlusses die administra
den Spitälern aufgehoben. Der Patient hat jetzt die Sicherheit, in kürzester
nähe die zeitnah benötigte medizinische Versorgung in maximaler Behandlu
sei dies aus der Grundversorgung oder aus dem hoch spezialisierten universit

Die bisher erzielten Fortschritte bestätigen unsere Prioritäten. Die kommend
im nationalen und internationalen Wettbewerb, die rasante Entwicklung in d
sere Neubauten, der Service public sind nur zu meistern, wenn die Rahmen
wirklichen Wettbewerb verbessert werden, die Politik und die Insel Gruppe
Strick ziehen und die Insel Gruppe ihre strategischen Allianzen und Zusamm
Akteuren verstärken kann.

Ich möchte mich bei dieser Gelegenheit bei den Hausärzten, den medizinis
allen unseren Patientinnen und Patienten für ihr Vertrauen herzlich bedank
Ihnen versichern, dass wir alles daransetzen werden, um unsere Dienstleistu
auszuweiten und qualitativ kontinuierlich weiterzuentwickeln. Ihr Vertrauen is
Mitarbeiterin und jeden Mitarbeiter der Insel Gruppe. Ihr Vertrauen ist Anspo
für Sie und unser Unternehmen einzusetzen.

Im Namen des Verwaltungsrates der Insel Gruppe AG
Joseph Rohrer, Verwaltungsratspräsident

en Faktoren. Für unsere
tiven Hürden zwischen
Zeit und in Wohnorts-
ngsqualität zu erhalten,
tären Bereich.

len Herausforderungen
der Spitzenmedizin, un-
bedingungen für einen
weiterhin am gleichen
henarbeit mit wichtigen

chen Partnern und bei
ken. Ich kann und darf
ngen zu Ihren Gunsten
t Anerkennung für jede
orn, sich noch vermehrt

«Jeder uns
sich mit mediziniscl
Bedür

Vorneweg möchte ich im Namen der Geschäftsleitung allen Mitarbeitende
zum Wohl der Patientinnen und Patienten danken. Unsere Mitarbeitenden
Erfolgs. Wir schätzen ihr Engagement und freuen uns, für die Umsetzung unse
der abgestuften Versorgung aus einer Hand auf ihr wertvolles Wissen und ih
Insel Gruppe zählen zu dürfen.

Auf den ersten Blick erscheint 2015 finanziell als «rotes» Jahr: Das TARMED-
richtsurteil für die Jahre 2010 bis 2015 zwingt uns zu Rückstellungen von CH
zu einem Minus-Ergebnis von CHF 23,7 Mio. Diese Rückstellungen für das
aber nur einmalig an und dürfen den Blick auf das prinzipiell positive Result
der Rückstellungsbildung beträgt das Plus der Betriebsrechnung CHF 26,1 M
als im Vorjahr, trotz Schliessung des Spitals Ziegler.

Das Ergebnis zeigt, dass der Zusammenschluss die Zukunft jedes einzelnen Sta
ten der medizinischen Versorgung der Bevölkerung und der lokalen Arbeitspl
liche Kantonsgelder. Jeder unserer Standorte entwickelt sich mit medizinischer
Bedürfnissen der Bevölkerung, kann zusätzlich Funktionen für die gesamte Gr
dadurch weitere finanzielle Mittel generieren. Die Spitäler der Insel Gruppe k
bewahren und gleichzeitig von den Gruppen-Synergien profitieren.

serer Standorte entwickelt
hen Angeboten nach den
fnissen der Bevölkerung.»

n für das Engagement
sind die Basis unseres
res visionären Konzepts
re Begeisterung für die

Bundesverwaltungsge-
F 49,8 Mio. und damit
TARMED-Urteil fallen
at nicht verstellen: Vor
io., CHF 1,1 Mio. mehr

ndorts sichert, zuguns-
lätze und ohne zusätz-
n Angeboten nach den
uppe übernehmen und
können so ihre Identität

Bezüglich Unternehmensentwicklung war 2015 ein erfreuliches Jahr. In den
Herz und Gefässe sowie Neuro konnten wir unsere führende Stellung festige
greifende Angebote in der Geriatrie und der Gastroenterologie haben das Le
rundet. Zudem erlebten wir in der Insel Gruppe mit über 2300 Geburten ein
Ferner bestätigte sich der langjährige Trend zu kürzeren Aufenthalten: 2015 v
Patient durchschnittlich 6,1 Tage im Inselspital.

Um Probleme zu beschreiben, benutzen die Medien oft den Baustellen-Vergl
Baustellen Fortschritt und Innovation. Wichtige Bauprojekte zur Erneuerung
in der Realisierungsphase: Auf dem Inselcampus wird das spätere Organzen
Aarberg ein neuer OP-Trakt gebaut.

Baustellen werden die Insel Gruppe auch in Zukunft prägen. Wir sind zuver
mik im Jahr 2016 beizubehalten. Unser Ziel ist es, nebst den Bautätigkeiten
lauf der medizinischen Versorgung voranzutreiben. Der weitere Ausbau unse
tungsangebots hat Priorität. Die Weiterentwicklung des Organzentrums un
ein Comprehensive Cancer Center stehen dabei im Vordergrund. Hierfür sc
die baulichen Voraussetzungen auf dem Inselcampus. Um das Konzept der a
weiterzuentwickeln, wird das Projekt Stadtspital vorangetrieben. Im Landsp
wir 2016 die Neurologische Rehabilitation in Betrieb nehmen und damit au
Behandlungskonzept von der Akutbehandlung über die Akut-Neuroreha bis

Im Namen der Geschäftsleitung der Insel Gruppe AG
Holger Baumann, Vorsitzender Geschäftsleitung

n Schwerpunktgebieten
n. Neue, standortüber-
eistungsportfolio abge-
en wahren Babyboom.
verweilte der stationäre

leich. Bei uns bedeuten
g der Infrastruktur sind
trum und am Standort

rsichtlich, unsere Dyna-
den reibungslosen Ab-
eres medizinischen Leis-
d die Ergänzung durch
chaffen wir momentan
bgestuften Versorgung
pital Riggisberg werden
ch hier ein abgestuftes
zur Reha anbieten.

Storys

GERIATRIE

ÄLTERE MENSCHEN IN IHRER SELBSTSTÄNDIGKEIT FÖRDERN

ZENTRUM FÜR ANGEBORENE HERZFEHLER (ZAH)

HAND IN HAND UND TÜR AN TÜR FÜR UNSERE PATIENTEN

ABGESTUFTE VERSORGUNG ZWISCHEN STADT UND LAND

WIN-WIN-SITUATION AM BEISPIEL MÜNSINGEN

HÄMATOLOGIE

NEUE THERAPIEN FÜR BLUTKRANKHEITEN – WO FINDEN FORSCHENDE IHRE INSPIRATION?

MITARBEITENDE IM FOKUS

MIT ENGAGEMENT BERATEN, BEGLEITEN, FÜHREN UND UNTERSTÜTZEN

ADIPOSITAS

INTERDISZIPLINÄRE BEHANDLUNG BRINGT LANGFRISTIGE ERFOLGE BEI KRANKHAFTEM ÜBERGEWICHT

DAS SPITAL NEU ORGANISIEREN

MASTERPLAN UND NACHHALTIGKEIT: EIN ZUSAMMENSPIEL

GRANTS

DRITTMITTELBESCHAFFUNG IN DER FORSCHUNG

GERIATRIE

Ältere Menschen

Selbstständigkeit

n in ihrer
t fördern

Die medizinische Fachdisziplin G
ist auf die Diagnose und Therap
Problemen im Alter spezialisiert.
nen und Patienten dabei, ihre Se
lange zu erhalten oder wenn m
Die Geriatrische Universitätsklini
Insel Gruppe ein abgestuftes Ve
Standorten Inselspital, Spital Tie
mit unterschiedlichem Schwerpu

INTERDISZIPLINÄRE
ZUSAMMENARBEIT

PATIENTENGESC
AKUT-GERIATRI

Geriatrie (Altersmedizin)
bie von Krankheiten und
Sie unterstützt Patientin-
elbstständigkeit möglichst
öglich zurückzuerlangen.
k bietet innerhalb der
ersorgungsmodell an den
fenau und Spital Belp
unkt an.

CHICHTE
E, SPITAL TIEFENAU

FILM GERIATRISCHE
REHABILITATION, SPITAL BELP

Die Memory Clinic Geriatrie im Inselspital ist eine ambulante Sprechstunde für Menschen mit Verdacht auf Störungen der Hirnleistung. Rund 200 Patienten werden jährlich von Hausärzten, Standorten und Kliniken der Insel Gruppe und anderen Spitälern angemeldet und abgeklärt. Umfangreiche neuropsychologische Tests, körperliche Untersuchungen sowie teilweise Röntgenbilder und Laboruntersuchungen sind hierzu nötig. Anschliessend eröffnet Prof. Andreas Stuck, Direktor und Chefarzt der Geriatrischen Universitätsklinik, oder ein Arzt aus seinem Team dem Patienten und seiner Begleitperson, ob die nachlassende Hirnleistung alters- oder krankheitsbedingt ist. Liegt beispielsweise eine Demenz vor, so werden Therapiemöglichkeiten besprochen. Aber auch weitere Vorkehrungen und Massnahmen zum Schutz des Patienten und seines Umfeldes werden

send erhält der behand
umfassenden Bericht der

Interdisziplinäre Zusamm

Das Spital Tiefenau be
Geriatrie jährlich rund 50
akuten Erkrankungen wi
Lungenentzündung ode
Bereits am ersten Tag be
tiven Massnahmen mit Ph
wenn nötig auch Logopä
ratung. Einmal wöchentlic
aller Disziplinen, zusamm
tung, welche Massnahme
damit ein Patient in die e
rückkehren kann und do

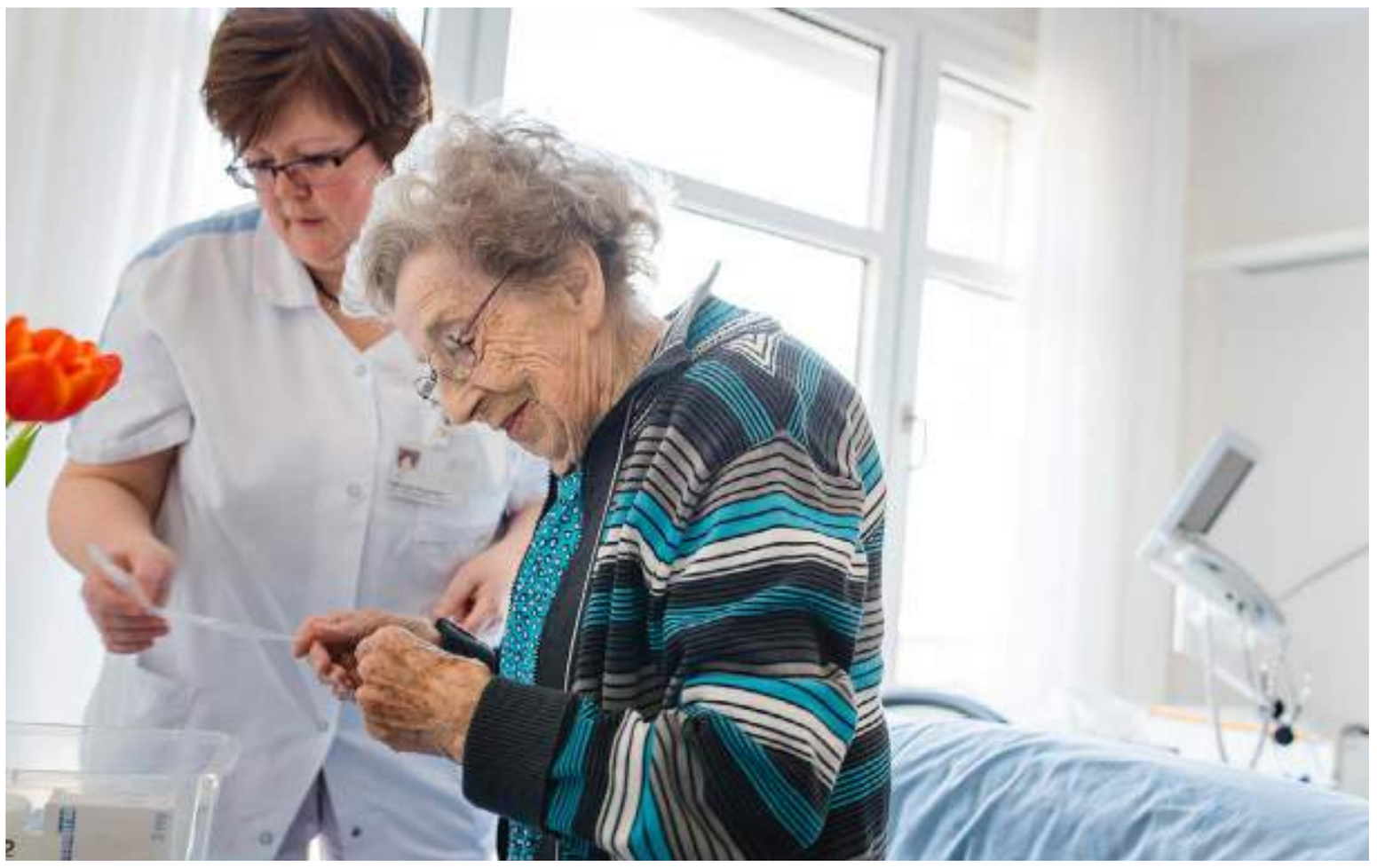
diskutiert. Abschlies-
elnde Hausarzt einen
Abklärung.

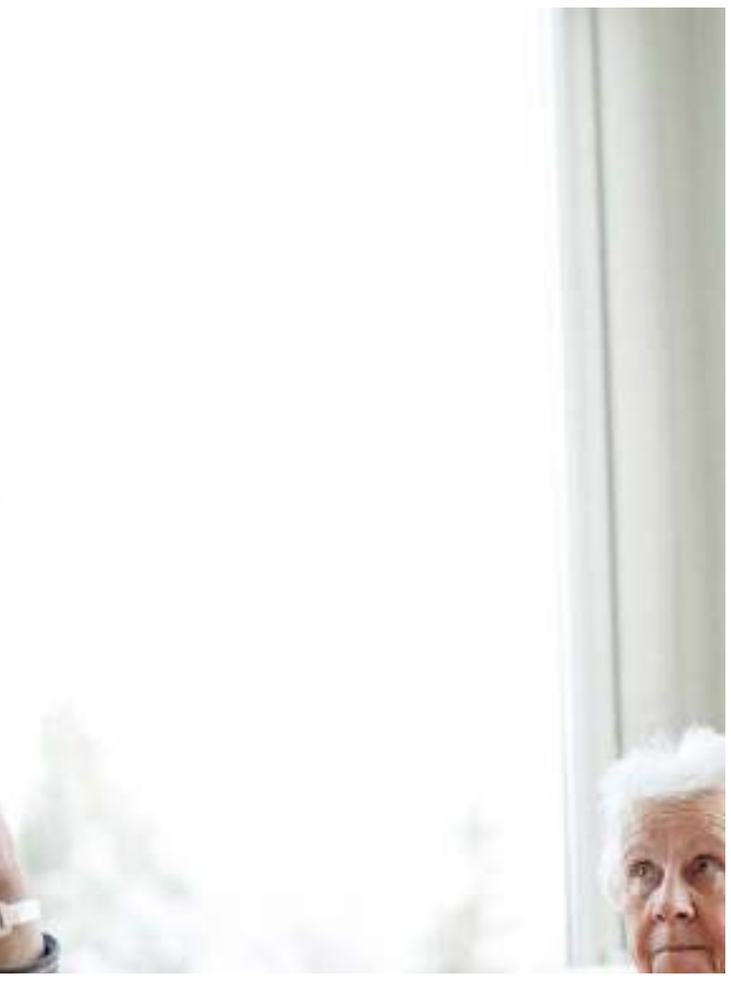
henarbeit

handelt in der Akut-
0 ältere Menschen mit
ie beispielsweise einer
r einem Schlaganfall.
eginnen die rehabilita-
ysio- und Ergotherapie,
die und Ernährungsbe-
ch besprechen Vertreter
nen mit der Sozialbera-
en allenfalls nötig sind,
igenen vier Wände zu-
ort gut zurechtkommt.

Am Standort Spital Belp werden ältere Patientinnen und Patienten betreut, bei denen die Akutspitalbehandlung abgeschlossen ist, die jedoch noch eine intensive Rehabilitation benötigen, bis sie nach Hause zurückkehren können. Dort ist eine Abteilung mit 48 Betten für die geriatrische Rehabilitation reserviert, die rund zwei bis drei Wochen dauert. An beiden Standorten wird der Patient nur nach einer sorgfältigen Austrittsplanung, in Absprache mit den Angehörigen und oftmals dem Hausarzt, entlassen. Diese interdisziplinäre, vernetzte Zusammenarbeit macht die Geriatrie der Insel Gruppe so erfolgreich: Rund vier von fünf Patienten können nach ihrem Spitalaufenthalt wieder selbstständig daheim wohnen. ■

BILDERGALERIE





«Eine pe

**PRÄVENTION IM ALTER VERBESSERT DIE GESUNDHEIT ÄLTERER
DIES ZEIGT EINE INTERNATIONALE STUDIE DES INSELSPITALS UN
UNTER DER LEITUNG VON PROF. ANDREAS STUCK.**

Mehr als 2000 Personen über 65 Jahren beteiligten sich an einer internationalen Studie zur Wirksamkeit einer persönlichen Gesundheitsberatung. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden in zwei Gruppen aufgeteilt. Während die eine Hälfte die übliche medizinische Betreuung erhielt, gab es für die andere Hälfte zusätzlich ein Beratungsangebot. Die Studienteilnehmer mussten dazu einen detaillierten Fragebogen ausfüllen, der von einem Computer ausgewertet wurde. Anschliessend besuchten Pflegefachpersonen alle Teilnehmenden dieser Gruppe zu Hause und führten mit ihnen regelmässig persönliche Beratungsgespräche durch, bei welchen sie Empfehlungen zur Verbesserung der Gesundheit gaben. So motivierten sie die Patienten, ungesundes Verhalten zu reduzieren und rieten Untersuchungen (Brustsc suchungen) und Massnah Blutdruckmessung usw.).

Gespräch mit Vorteilen

Ob die Teilnehmenden die vention von Krankheiten frei entscheiden. Trotzde nach zwei Jahren klare U den beiden Gruppen. D der persönlichen Beratung der und bewegten sich m war auch ihre Lebenserw den Studienteilnehmern

rsönliche Gesundheitsberatung verlängert das Leben.»

PROF. ANDREAS STUCK, KLINIKDIREKTOR UND CHEFARZT,
GERIATRISCHE UNIVERSITÄTSKLINIK

MENSCHEN.
ND DER UNIVERSITÄT BERN

ihnen zu präventiven creening, Augenunter-hmen (Grippeimpfung,

ese Ratschläge zur Prä- umsetzten, durften sie em zeigten sich bereits Unterschiede zwischen ie Teilnehmenden mit g ernährten sich gesün-nehr. Nach acht Jahren wartung höher als bei der Vergleichsgruppe.

Auf 21 Personen konnte ein Todesfall verhindert werden, berechneten die Forscher um Studienleiter Prof. Andreas Stuck, Klinikdirektor der Geriatrischen Universitätsklinik. 2015 wurde die Studie in der *Zeitschrift PLOS Medicine* unter dem Titel «Effect of Health Risk Assessment and Counselling on Health Behaviour and Survival in Older People: A Pragmatic Randomised Trial» veröffentlicht. ■

«Mit einer umfassenden Austritt
wollen wir sicherstellen, dass uns
zu Hause bestmöglich versorgt
Damit erleichtern wir die nahtlo
Weiterbetreuung durch die Haus
und reduzieren Rückfälle sowie e
Spitalaufenthalte.»

PROF. ANDREAS SCHÖNENBERGER, CHEFARZT,
GERIATRISCHE UNIVERSITÄTSKLINIK IM SPITAL TIEFENAU

tsplanung
sere Patienten
sind.
ose
särzte
erneute

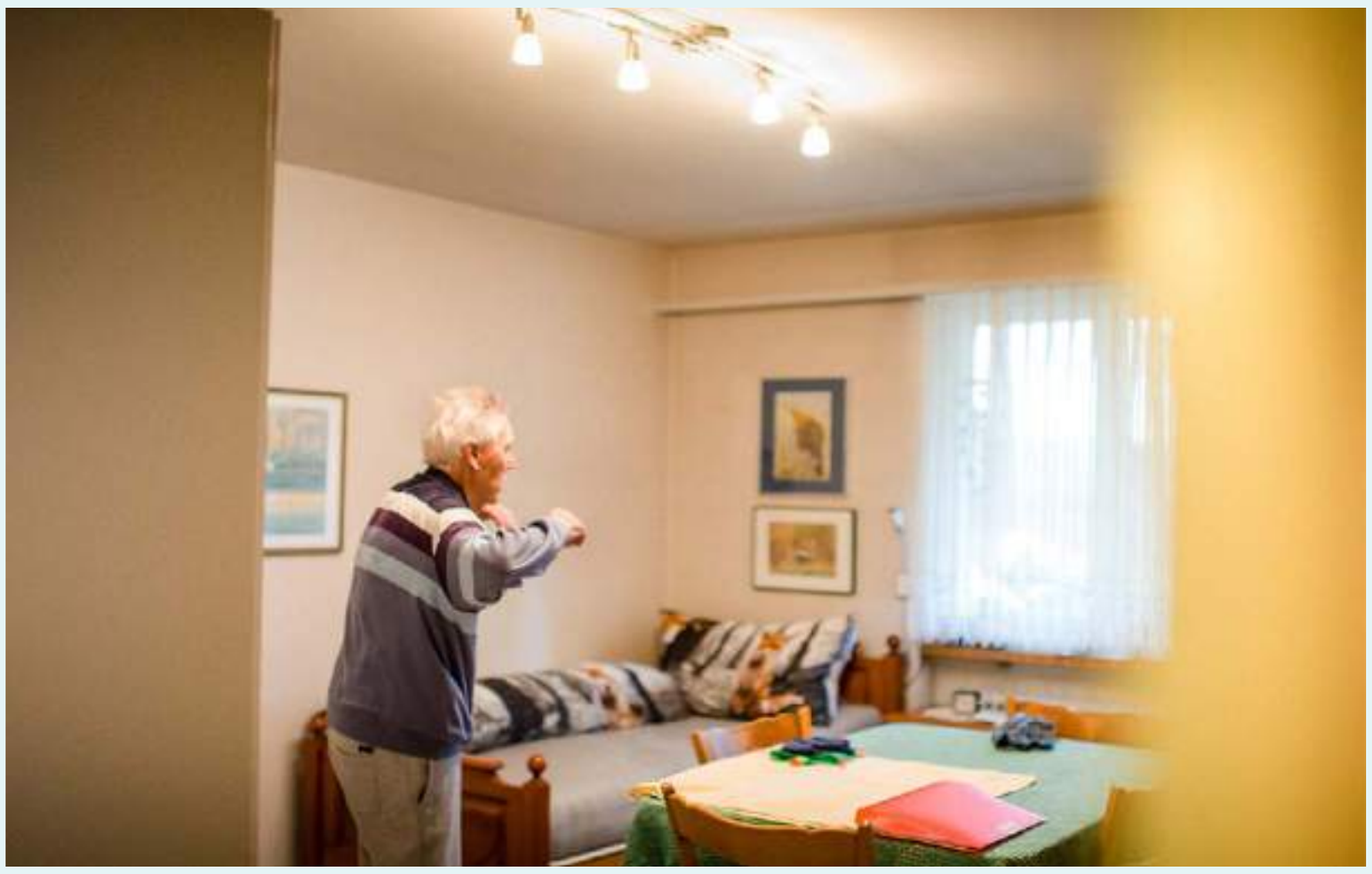
Der 84-jährige Willy Koller* ist Patient in der Akut-Geriatrie i
wegen geschwollener Beine aufgrund einer Herzschwäche (kar
eingewiesen worden. Zudem leidet der Patient unter einem sta
rischen Abklärung, welche auch soziale Aspekte mitberücksicht
medizinischen Behandlung schon am ersten Tag die Rehabilitati
zwölf Treppenstufen überwinden muss, trainiert er täglich in d
sicherheit, Treppensteigen und Beweglichkeit. Der Juckreiz erw
das mit einer besser verträglichen Alternative ersetzt wird. Nac
stark verbessert: Willy Koller hat rund 7 kg an Gewicht – im Bein
reiz ist fast verschwunden. Das Team der Akut-Geriatrie um P
über den Zustand und bevorstehenden Austritt des Patienten in
sie Willy Koller wegen seiner geschwollenen Beine jeden Morg
wöchentlich beim Duschen unterstützt. Den Rest der Betreuung
kann die Partnerin des Patienten übernehmen. Ein Rollator im H
hen bereit. Willy Koller wird die Physiotherapie ambulant weit
einer Zunahme von zwei bis drei Kilogramm muss er sofort sei
wieder Wasser im Bein eingelagert haben könnte.

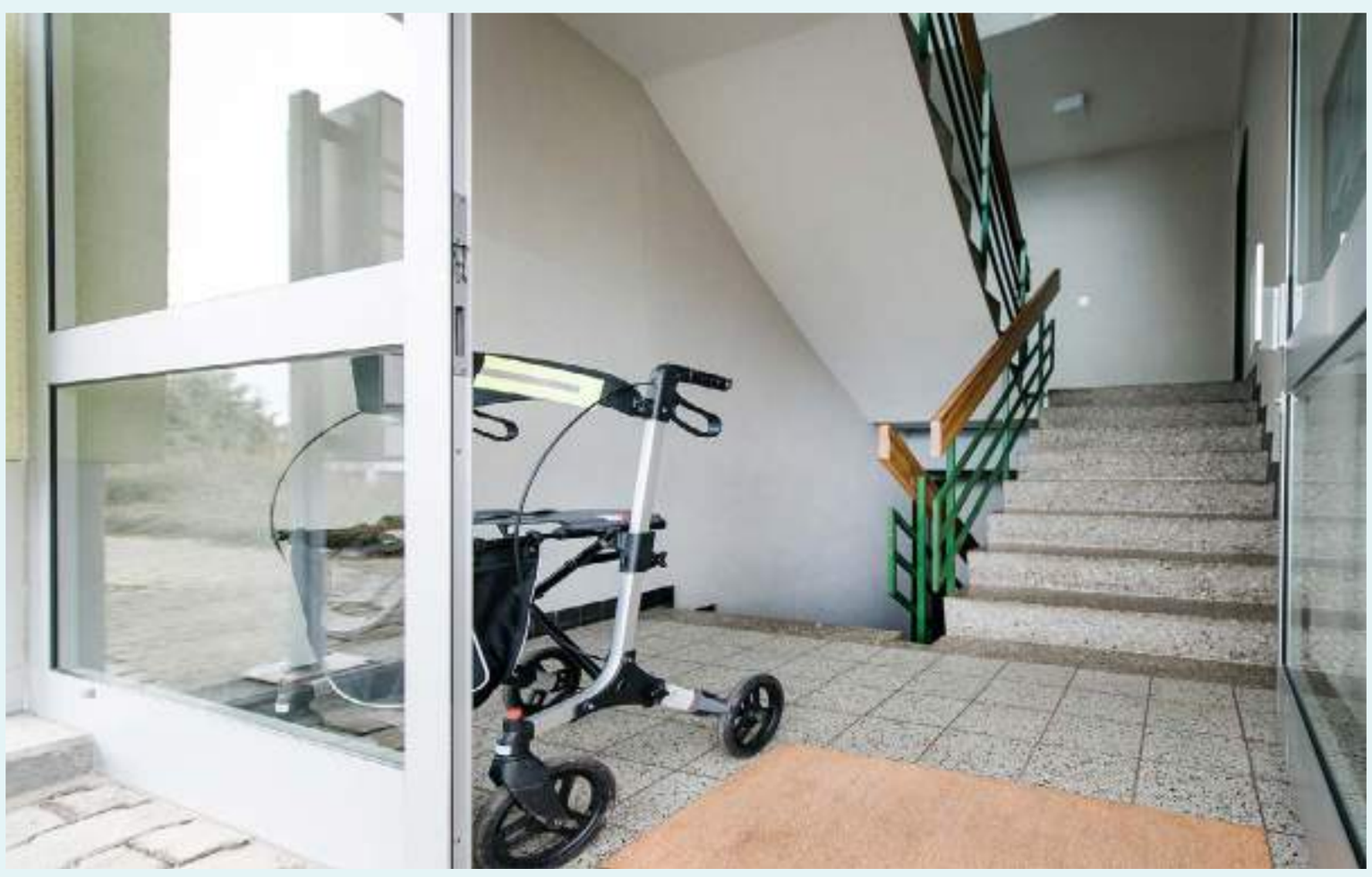
* Name geändert

im Spital Tiefenau. Er ist von seinem Hausarzt
rdiale Dekompensation) notfallmässig ins Spital
arken Juckreiz. Nach einer umfassenden geriat-
tigt, beginnt bei Willy Koller gleichzeitig mit der
ion: Da er zu Hause bis zum Wohnungseingang
der Physiotherapie und der Ergotherapie Gang-
eist sich als Nebenwirkung eines Medikaments,
ch 14 Tagen hat sich der Zustand des Patienten
n eingelagertes Wasser – verloren, und der Juck-
Prof. Andreas Schönenberger hat den Hausarzt
nformiert. Mit der Spitex wurde vereinbart, dass
gen einen Stützstrumpf anlegt und ihn einmal
g, wie das Ausziehen des Strumpfes am Abend,
Hauseingang sowie Stöcke in der Wohnung ste-
erführen und täglich sein Gewicht messen. Bei
nen Hausarzt aufsuchen, da sich in diesem Fall

BILDERGALERIE

FUCHS-REVIER





ZENTRUM FÜR ANGEBORENE HER

Hand in Hand u

Tür an Tür für unsere Patienter

ZFEHLER (ZAH)

und

Seit fünf Jahren arbeiten versch
für Patienten mit angeborenen
unter einem Dach. Dieser «Thi
Herzfehler erlaubt es, diese Pat
vor der Geburt bis ins Pensions
zu stellen und die medizinische
sie zugeschnitten zu organisier
Betreuung, die für Menschen r
lebenslang wichtig bleibt.

niedene Spezialisten
n Herzfehler an einem Ort
nk Tank» für angeborene
tienten von der Zeit
salter in den Mittelpunkt
e Betreuung optimal auf
en. Eine spezialisierte
mit einem Herzfehler

Dre

KYRA SCHILD

NACH SCHWEREM START
EIN AKTIVES LEBEN

BEATRICE LINDE

EIN GANZES LEB
«HALBEM HERZ

i Menschen – drei Geschichten

ER

EN MIT
»

ELISA FAYE NDIONE

KINDERHERZNETZWERK
BASEL-BERN – INTERKANTONALE
SPEZIALBETREUUNG GREIFT
SCHON VOR DER GEBURT

DAS ZENTRUM FÜR
ANGEBORENE HERZFEHLER (ZAH)

HUMANITÄRES ENGAGEMENT
KINDERHERZMEDIZIN

Ein erst mehrere Tage nach der
Geburt gefundener Herzfehler
die folgenden Operationen ver
gen Kyra Schild und ihrer Fami
den ersten Lebenswochen alles
Heute ist die 15-Jährige ein ak
normaler Teenager.

KYRA SCHILD

r
und
rlan-
lie in
s ab.
tiver

Nach sch

An die Herz- und Bauchoperation, die Kyra im Säuglingsalter erhalten hat, erinnern heute nur noch die Narben. Narben, die das Mädchen zwar nicht täglich an ihre besondere Geschichte denken lassen, aber die dennoch störend sind. Vor allem, wenn man als 15-jährige Geräteturnerin, angehende Lernende Fachangestellte Gesundheit und vor allem junge Frau andere Themen im Kopf hat.

Nach einigen Abklärungen betreffend Kostenübernahme zwischen Krankenkasse und IV kann die Schülerin aus Meiringen bald kosmetisch operiert werden. In die Wege geleitet haben diesen für Kyra wichtigen Schritt Corina Thomet, Pflegeexpertin APN, und Kinderherzchirurg Prof. Alexander Kadner am Zentrum für angeborene Herzfehler (ZAH). «Seit Bestehen des Zentrums ist Frau Thomet für Kyra eine wichtige Bezugsperson, der sich meine Tochter während der jährlichen Kontrolle anvertra
mit ihr bespricht, die ich
unbedingt wissen muss»,
die in der Leiterin der *T*
eine weitere Vertrauens
auch für sich selber sieht
grüsst die *Dienstleistung*
nem Dach sehr und mein
und nahe Zusammenarbe
bereichen. Es beruhigt sie
der anstehende Wechsel
Erwachsenenabteilung nä
halb des Zentrums so in
Papier» geschieht. «Es w
dern», meint Kyra unaufg
trollen in Bern eine unspe
Kontrollen, die für Mutte
nem Wiedersehen gleichl
liche Begrüssung durch d
Kinderkardiologen Mlade

nwerem Start ein aktives Leben

aut und auch Themen
n als Mutter nicht alle
, sagt Franziska Schild,
ransitionssprechstunde
person für Kyra, aber
. Mutter Franziska be-
gen des ZAH unter ei-
nt, man spüre die gute
eit zwischen den Fach-
e und ihre Tochter, dass
von der Kinder- auf die
ächsten Sommer inner-
erster Linie «auf dem
wird sich kaum viel än-
geregt, für die die Kon-
ktakuläre Routine sind.
r Franziska dennoch ei-
kommen: «Die persön-
en Leitenden Arzt und
n Pavolvic, der uns vom

ersten Tag an betreut hat, oder das Hallo auf dem Flur vom Abteilungsleiter, Prof. Jean-Pierre Pfammatter, tun mir sehr gut. Und Prof. Thierry Carrel, der als Kyras Herzchirurg die unterbrochene Aorta korrigierte, grüsst uns immer mit Namen. – Das schätze ich sehr.»

VIDEO-STATEMENT
MUTTER
FRANZISKA SCHILD

MUTTER FRANZISKA SCHILD ÜBER DIE BETREUUNG IM INSELSPITAL

Zehn Tage nach der Geburt im Spital Meirin-
gen musste Kyra mit Erschöpfung und Luftnot
notfallmässig in die Kinderklinik des Inselspi-
tals eingewiesen werden. – Der Herzfehler einer
unterbrochenen Hauptschlagader machte sich
bemerkbar.

Aufgrund des schlechten Kreislaufes bei unter-
brochener Hauptschlagader wurde der Darm
nicht ausreichend durchblutet. Es musste zu-
nächst eine Bauchoperation durchgeführt wer-
den. Erst fünf Tage später konnte die Operation
an der Hauptschlagader erfolgreich durchge-
führt werden. Kurz vor Weihnachten nahmen die
Eltern Kyra nach Hause. Während sich das Herz
und der Kreislauf gut erholt hatten, brauchte der
Darm noch Zeit: Kyra wurde noch einige Mo-
nate über eine Magensonde ernährt. Im Alter
von neun Monaten erfolg
griff zur Aufdehnung ein
Hauptschlagader durch
ter. Von da an entwickel
Monat besser. Sie erlernt
hen, besucht mit zweieinh
mit ihren Eltern für elf W
mit drei Jahren ihre erster
bei jedem Wetter gemein
dern in der Waldspielgrup
sich gleich ihrer fünf Jah
zu einem gesunden und
sierten Kind.

Letzten Sommer machte
Kardiologiesprechstunde
zur Bestimmung ihrer K
ren, Atem- und Blutdruck

BILDERGALERIE

te ein Herzkatheterein-
er Narbenzone an der
Jean-Pierre Pfammat-
t sich Kyra Monat um
das Sprechen, das Ge-
halb Jahren gemeinsam
Vochen Alaska, startet
n Skiversuche, tobt sich
nsam mit anderen Kin-
ppe aus und entwickelt
re jüngeren Schwester
sehr vielseitig interes-

das Mädchen in der
einen Konditionstest
örperleistung: Radfah-
messung, EKG und ein

dreidimensionales MRI ihres Herzens. Fazit: Trotz schwierigem Start ins Leben ist Kyra absolut gesund. Sie kann reiten, singen, Ski fahren, in der Schülerband mitspielen und vor allem Geräteturnen. – Der nächste Wettkampf ist schon angesagt. ■

TRANSITIONSSPRECHSTUNDE – WENN JUGENDLICHE MIT HERZFEHLER ERWACHSEN WERDEN

Beatrice Linder hat einen selten
sogenanntes univentrikuläres H
hat sich nur eine Pumpkamme
Körper- und Lungenkreislauf v
Was heute routinemässig mit e
verbessert werden kann, wurd
der Patientin als nicht korrigier

BEATRICE LINDER

nen Herzfehler – ein Herz. Das heisst, es r ausgebildet, welche ersorgen muss. einer Herzoperation e in der Kinderzeit bar angesehen.

Ein gan

Im Blut von Beatrice Linder* besteht ein chronischer Sauerstoffmangel und schränkt ihre Leistungsfähigkeit ein. Ein seltener Herzfehler führt dazu, dass nicht beide Herzkammern, sondern nur eine Blut pumpen kann. Man spricht dabei vom einkammrigen (univentrikulären) Herzen.

Aus Angst, sich zu viel zuzumuten, bewegte sich die 34-jährige Bernerin früher zurückhaltender. «Joggen, zum Beispiel, kann ich nicht. Das ist zu anstrengend. Auch lange Wanderungen liegen nicht drin. Und auf einen Sprint durch den Bahnhof muss ich zugunsten meiner Kräfte verzichten und den Zug ohne mich abfahren lassen. – Wenn ich mir zu viel zumute, was nicht selten vorkommt, kriege ich Atemnot, erhole mich heute aber relativ rasch wieder», sagt die gelernte Pflegefachfrau, die nach einigen Berufsjahren auf der Kinderheilkunde und Kardiologie heute zu 80 Prozent als Teamleiterin in einer Versicherung arbeitet. Seit einigen Jahren ist sie Patientin am Zentrum für angeborene Herzfehler (ZAH). Nachdem sie in der Sprechstunde für Erwachsene mit angebo
der fortschreitenden Ein
tungsfähigkeit und der da
nahme ihrer Lebensqual
Prof. Markus Schwerzma
am Herz-Rehabilitationsp
tals vor. «So habe ich ans
mit Herzinfarkt- und ande
lernt, mich wieder richtig
in der richtigen Dosis auc
besuche ich zweimal die W
ter, wo ich die Trainingsg
ze. Dank diesem Training
Muskelkraft zugenomme
Vertrauen in meinen Kör

**Gute Perspektiven dank
Lebenseinstellung und s
Betreuung**

Wird heute bei Kleinki
Herzfehler die sogenann
durchgeführt – dabei wi

nzes Leben mit «halbem Herz»

renem Herzfehler von schränkung ihrer Leis- amit verbundenen Ab- ität berichtete, schlug ann ihr die Teilnahme rogramm des Inselspi- schliessend gemeinsam eren Herzpatienten ge- zu bewegen und mich ch zu fordern. Seitdem Woche das Fitnesscen- geräte moderat einset- g hat nicht nur meine en, sondern auch mein per.»

positiver
pezialisierter

ndern mit ähnlichem nte Fontan-Operation rd der Lungenkreislauf

Fontan-Operation

Operation für Patienten mit einem so schweren Herzfehler, dass eine Trennung von venösem und arteriellem Blut im Herzen nicht möglich ist. Durch die Fontan-Operation wird das venöse Blut, welches aus dem Körper zum Herzen zurückfliesst, am Herzen vorbei direkt zu den Lungenarterien geleitet, sodass keine Herzpumpkammer mehr im Lungenkreislauf zwischengeschaltet ist.

Grafik univentrikuläres Herz

*Name geändert

schrittweise in mehreren Operationen vom Körperkreislauf getrennt – war dies bei Beatrice Linder vor 34 Jahren noch nicht möglich. Ihre Diagnose und somit ihre Lebenserwartung waren schlecht. «Es ging ganz einfach niemand davon aus, dass ich überhaupt erwachsen würde», sagt Beatrice Linder, die sich um ihren Lebensplan oft weniger Gedanken und Sorgen macht als ihr Umfeld. Trotz des schweren Herzfehlers wurde sie mit viel Glück doch erwachsen, ihr Herz hatte sich der Situation so gut als möglich angepasst. Eine Herzoperation ist bei Beatrice Linder aber auch weiterhin nicht möglich – ein Bluthochdruck in der Lunge lässt einen solchen Eingriff nicht zu.

Seit Bestehen des ZAH wird Frau Linder ein- bis zweimal jährlich in der Sprechstunde für Erwachsene mit angeborenem Herzfehler betreut und bespricht mit ihrem Vertrauensarzt Markus Schwerzmann auch die Einnahme von Medi-

kamenten; eine komplex
Thematik. So stellte sich
Jahre eingesetzte Herzme
serung der Pumpleistung
mehr nötig ist. Neu wurd
Senkung des Lungenhoc
und seit letztem Herbst au
des Medikament zur Ver
schlages, der in zunehme
Herzfehler vermehrt auft
Beatrice Linder bis zu Beg
genommen, musste dan
Blutungen notfallmässig
Herzpatientin überstand
Eingriff wurde mit dem
chen und geplant. So ko
den Eingriff – auch wenn
eingriff ging – von ein
durchgeführt werden, der
geborene Herzfehler. Bei
tation im Juni dieses Jahr

«Im ZAH arbeiten Ärzte und Pflegende Hand in Hand.»

PROF. MARKUS SCHWERZMANN, LEITER GUCH-KARDIOLOGIE, ZAH

xe und anspruchsvolle heraus, dass das lange edikament zur Verbes- g ihres Herzens nicht le ein Medikament zur chdrucks verschrieben uch ein blutverdünnen- rhinderung eines Hirn- endem Alter mit ihrem treten kann. Dieses hat ginn dieses Jahres ein- n aber wegen innerer operiert werden. Die die Operation gut. Der ZAH-Team abgespro- onnte die Narkose für n es um einen Bauch- em Herz-Narkosearzt spezialisiert ist auf an- der nächsten Konsul- es wird sie das Thema Medikamente wieder angehen und gemeinsam mit dem Ärzteteam eine Entscheidung treffen, ob die Blutverdünnung wieder aufgenommen werden soll.

Dazu noch einmal Markus Schwerzmann: «Im ZAH arbeiten Ärzte und Pflegende Hand in Hand. Diese engmaschige Betreuung, die kurzen Wege und gemeinsamen Besprechungen kommen allen Patienten zugute. – Auch jenen, die nicht operiert werden können. Wir lassen niemanden alleine.» ■

Dass die Lungenarterie der heu
nun gut einjährigen Elisa Faye M
aus Basel eng war, zeigte sich s
während der Schwangerschaft.
Der Herzfehler einer Fallot-Tetr
wurde gemeinsam von Spezialis
aus Basel und Bern diagnostizie
betreut und korrigiert.

ELISA FAYE NDIONE

te
Ndione
chon

alogie
sten
rt,

Kinderherznetzwe
Spezialbetreuur

Bereits in den Ultraschalluntersuchungen während der Schwangerschaft ergaben sich erste Hinweise auf einen möglichen Herzfehler bei Elisa Faye Ndione. So nahmen die Kinderkardiologen des Universitäts-Kinderspitals beider Basel unter der Leitung von Prof. Birgit Donner bereits vor der Geburt mit ihren Kollegen am Zentrum für angeborene Herzfehler (ZAH) des Inselspitals in Bern Kontakt auf. Kurz nach der Geburt zeigte sich, dass bei Elisa der Herzfehler einer schweren Form einer Fallot-Tetralogie besteht, mit einem kompletten Unterbruch der Lungenschlagader. Somit kommt kurz nach der Geburt zu wenig Blut in die Lungen. Nach Stabilisierung und Verbesserung der Lungendurchblutung mit Medikamenten am Kinderspital in Basel wurde Elisa ein paar Stunden nach der Geburt für die notwendige Korrektur-Operation nach Bern verlegt. Ihre Eltern fanden für die Dauer des Spitalaufenthaltes gleich neben dem Kinderspital im Ronald-McDonald-Haus vorübergehend ein Zuhause.
Bei der Herzoperation musste Prof. Alexander Kadner, Kinderherzchirurg zwischen den beiden Herz den Vorhöfen verschliesse und die Lungenschlagade det, sodass diese mit einer prothese und Erweiterung mussten. Ebenso wurde ei Seitenast der Lungenarte weitert.

VIDEO-ST
PROF. MA

rk Basel-Bern – Interkantonale
ng greift schon vor der Geburt

BILDERGALERIE

g am ZAH, zwei Defekte
zkammern und den bei-
en. Die Pulmonalklappe
r waren nicht ausgebil-
r biologischen Klappen-
gsflicken ersetzt werden
ne Verengung an einem
rie mit einem Stent er-

Diese Korrekturen erfolgten in den ersten zehn Lebensmonaten von Elisa und bedeuteten auch für die Eltern eine anstrengende Zeit: «Die Angst kann einem niemand nehmen, aber wenigstens konnten wir unsere Fragen stellen und wurden sehr ernst genommen», meint Mutter Susanne Hoerni, die sich in der engen Zusammenarbeit der Kollegen aus Basel und Bern auch heute gut betreut und aufgehoben fühlt. «Elisa hat eine

TATEMENTS
ARKUS SCHWERZMANN

VIDEO-STATEMENT
PROF. ALEXANDER KADNER

PROF. MARKUS SCHWERZMANN ÜBER DIE ZUS

AMMENARBEIT MIT DEM UNIVERSITÄTS-KINDERSPITAL BEIDER BASEL (UKBB)

WEITER ZUM VIDEO-STATEMENT 2
PROF. MARKUS SCHWERZMANN

PROF. ALEXANDER KADNER ÜBER DIE ZUS

AMMENARBEIT MIT DEM UNIVERSITÄTS-KINDERSPITAL BEIDER BASEL (UKBB)

«Die Angst kann e
wenigstens konnten w
wu

grosse Lebenskraft und viel Temperament. Das kommt ihr zugute», meint auch Vater Mous-sa Ndione, der sich gleichwohl sehr erleichtert zeigt, dass die in Basel lebende Grossmutter die Eltern bei der Betreuung des wachen und äusserst liebenswerten Mädchens unterstützt. So nimmt sie ihre Enkeltochter zweimal die Woche über Nacht zu sich und entlastet ihre Tochter und ihren Schwiegersohn, die in Sachen Schlaf noch etwas zu kurz kommen.

«Ich denke, dass Elisa den Eingriff in der Nacht verarbeitet. Was wissen wir schon, wie eine kleine Kinderseele auf eine solche Operation reagiert. – Da gibt es schon einiges zu verarbeiten, auch wenn zum Glück alles gut gekommen ist», sagt Susanne Hoerni. ■

Fallot-Te

Erstmals schen Ar um die K (Pulmon einer unt rechts au der linke

einem niemand nehmen, aber
wir unsere Fragen stellen und
rden sehr ernst genommen.»

MUTTER SUSANNE HOERNI

tralogie

beschrieben wurde dieses Krankheitsbild 1880 vom französi-
rzt Etienne-Louis Fallot. Bei der Fallot-Tetralogie handelt es sich
Kombination einer Verengung der Lungenschlagaderklappe
alstenose) und einem grossen Kammerscheidewanddefekt und
typischen Stellung der Hauptschlagader (die Aorta entspringt weit
us dem Herzen und erhält Blut sowohl aus der rechten als auch
en Herzkammer). *Grafik Fallot-Tetralogie*

BILDERGALERIE UNIVERSITÄTS-
KINDERSPITAL BEIDER BASEL (UKBB)

TEAM KIND

DERKARDIOLOGIE UKBB

Das Zentrum für angeborene Herzfehler (ZAH)

Die Betreuung von Patienten mit einem angeborenen Herzfehler spielt sich
alisierter Medizin und Familienpraxis ab: vorgeburtliche Abklärungen, die G
Neugeborenen, umfassende Diagnose des Herzfehlers und seiner Folgen, C
se, medizinische Betreuung und Pflege nach dem Eingriff bis zur Entlassung,
senenalter, soziale Beratung, hausärztliche Betreuung, kardiologische Verlau
sind wichtige medizinische Stationen im Leben eines Patienten mit angebo
diese erfordern ein Zusammenspiel mit den verschiedensten Berufsgrupp
Neonatologen, Intensivmediziner, Anästhesisten, Pflegende, Mitarbeiten
ärzte und niedergelassene Kardiologen. All diese Personen sind Teil eines N
das Team des Zentrums für angeborene Herzfehler (ZAH) zusammenarbe
Netz mit weiteren Spezialisten, z. B. für die Behandlung von Herzrhythmus
insuffizienz und Herztransplantation, mit Sportmedizinern, Lungenspezialis

«Die interdisziplinäre Zusammenarbeit im
fünf bis sechs verschiedene Disziplinen ist einziga
seit mittlerweile fünf Jahren bestens etabliert u
Patienten erhalten ein optimiertes Management un
sierten Behandlungsplan mit konkreten Ans

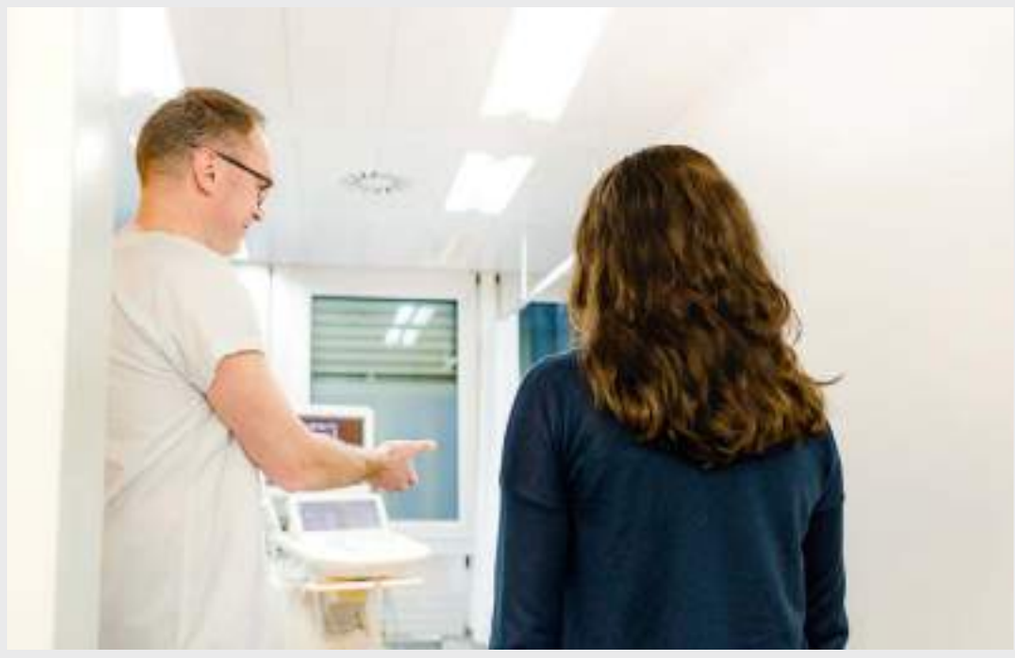
PROF. ALEXANDER KADNER, LEITER CHIRURGIE FÜR ANGEBO

n zwischen hoch spezi-
Geburt, Versorgung des
Operation unter Narko-
, Transition ins Erwach-
ufskontrollen. Das alles
renem Herzfehler. Und
ben wie Geburtshelfer,
de Sozialdienst, Haus-
Netzwerkes, mit denen
eitet. Ergänzt wird das
sproblemen oder Herz-
sten und Genetikern.

n Inselspital über
rtig und hat sich
nd bewährt. Die
nd einen speziali-
prechpersonen.»

ORENE HERZFEHLER, ZAH

KYRA SCHILD
NACH SCHWEREM START
EIN AKTIVES LEBEN



BEATRICE LINDER
EIN GANZES LEBEN MIT
«HALBEM HERZ»

Im ZAH sind in der Kindheit die Kinderkardiologen die Ansprechpartner, im
GUCH-Kardiologen (GUCH für Grown-up Congential Heart Disease). Unc
Eingriffe benötigen die Patienten einen spezialisierten Kinderherzchirurgen
ten Herzfehler sowohl bei Kindern als auch bei Erwachsenen operieren ka
Rolle zwischen der Betreuung im Kindes- und Erwachsenenalter spielt die e
tiierte *Transitionssprechstunde* (Leiterin Corina Thomet, Pflegeexpertin A
che von 13–24 Jahren, aber auch deren Eltern auf den Wechsel von der K
GUCH-Sprechstunde vorbereitet. Die Sprechstunde bietet Jugendlichen o
fische Fragen in Zusammenhang mit dem Erwachsenwerden zu klären: «
flusst das ganze Leben eines Teenagers. Die Jugendlichen müssen zum Beis
lernen eines Handwerkberufs realistisch ist. Oder was geschieht, wenn sie
Medikamenten Alkohol trinken. – Diese über die medizinische Betreuung hin
müssen ebenfalls thematisiert werden», erklärt Corina Thomet.

«Anders als noch vor 16 Jahren sind
vorgeburtlich feststellbar. So kann rechtzeitig
ob eine Geburt mit Vorteil im hoch speziali
st

PROF. JEAN-PIERRE PFAMMATTER, LEITER K

n Erwachsenenalter die
d für die chirurgischen
, der die verschiedens-
ann. Eine verbindende
eigens für das ZAH ini-
PN), welche Jugendli-
inderkardiologie in die
die Möglichkeit, spezi-
«Ein Herzfehler beein-
spiel wissen, ob das Er-
mit blutverdünnenden
hausgehenden Aspekte

Herzfehler heute
g geklärt werden,
sierten Inselspital
tattfinden sollte.»

KINDERKARDIOLOGIE, ZAH

ELISA FAYE NDIONE
KINDERHERZNETZWERK BASEL-BERN – INTERKANTONALE SPEZIALBETREUUNG GREIFT SCHON VOR DER GEBURT

BILDER HERZOPERATION

Das Inselspital beheimatet die schweizweit grössten Zentren für Herz- und K
Kernteam des ZAH setzt sich dabei aus der Universitätsklinik für Kardiologie
Windecker) und der Universitätsklinik für Herz- und Gefässchirurgie (Direkt
zusammen. Der Teilbereich Kinderkardiologie wird durch Prof. Jean-Pierre
der Bereich Erwachsene mit angeborenem Herzfehler (GUCH) durch Prof.
sowie der Bereich Chirurgie für angeborene Herzfehler durch Prof. Alexand
2013 arbeitet das ZAH eng mit der Kinderkardiologie des Universitäts-Kin
(UKBB) zusammen (Leitung Prof. Birgit Donner). Durch das Kinderherznet
eine umfassende hoch spezialisierte Versorgung herzkranker Kinder und
zugsgebiet Bern-Basel garantiert. Dabei werden invasive Abklärungen und
Herzkatheter und herzchirurgische Eingriffe im Inselspital durchgeführt, wä
te kardiale Bildgebung mittels MRI interdisziplinär am UKBB erfolgt.

«Dank der guten und kollegialen Zusammenarb
ZAH hat sich auch die Betreuung der Patienten def
Die täglichen gemeinsamen Fallbesprechungen
ergeben oft neue medizinisch-technisch-pflegerisch
die wir einzeln vielleicht nicht gek

PROF. MARKUS SCHWERZMANN, LEITER G

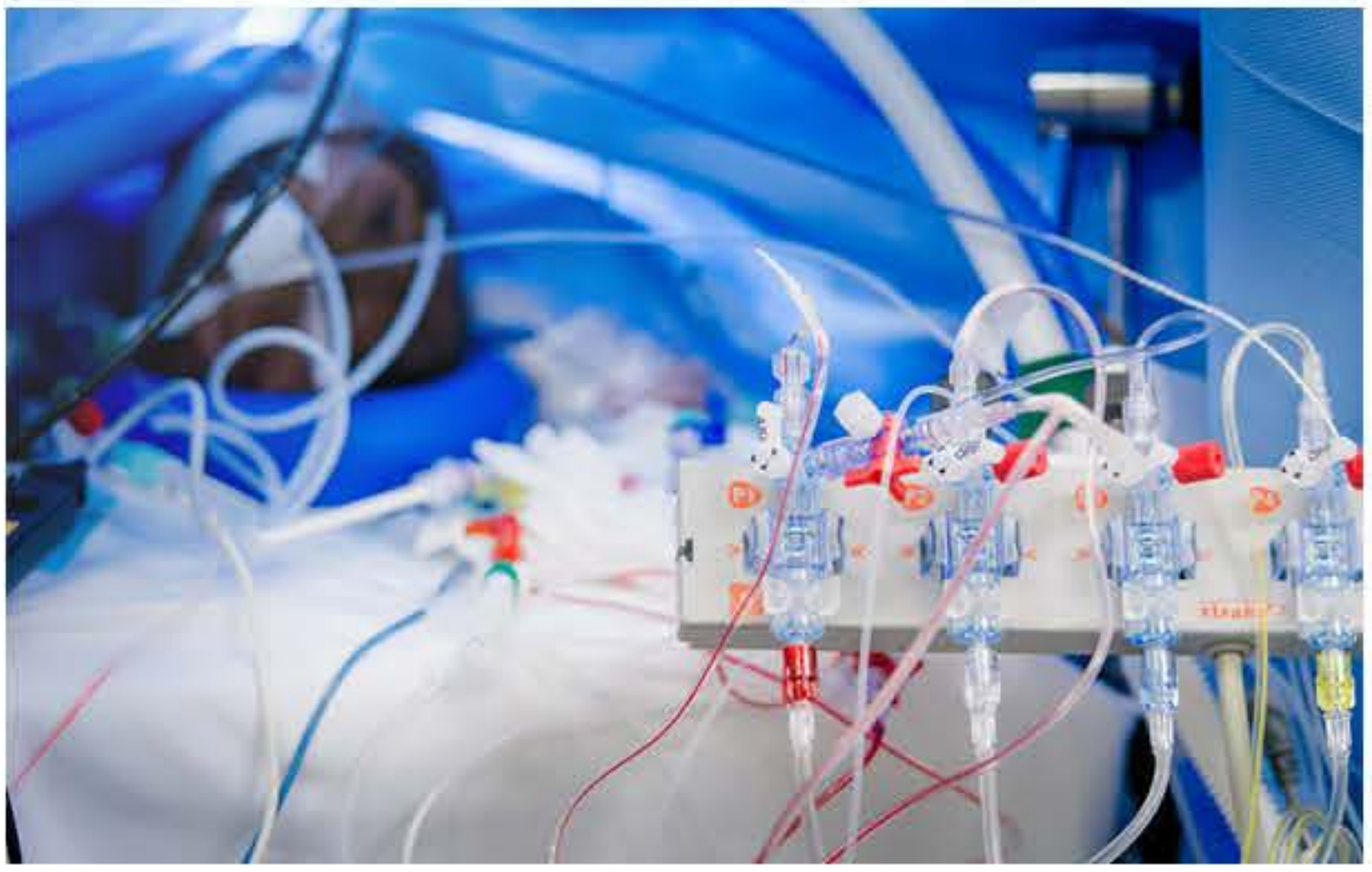
Kreislaufprobleme. Das
(Direktor Prof. Stephan
tor Prof. Thierry Carrel)
e Pfammatter geleitet,
Markus Schwerzmann
der Kadner. Seit Herbst
derspitals beider Basel
zwerk Basel-Bern wird
d Jugendlicher im Ein-
Behandlungen mittels
ährend die spezialisier-

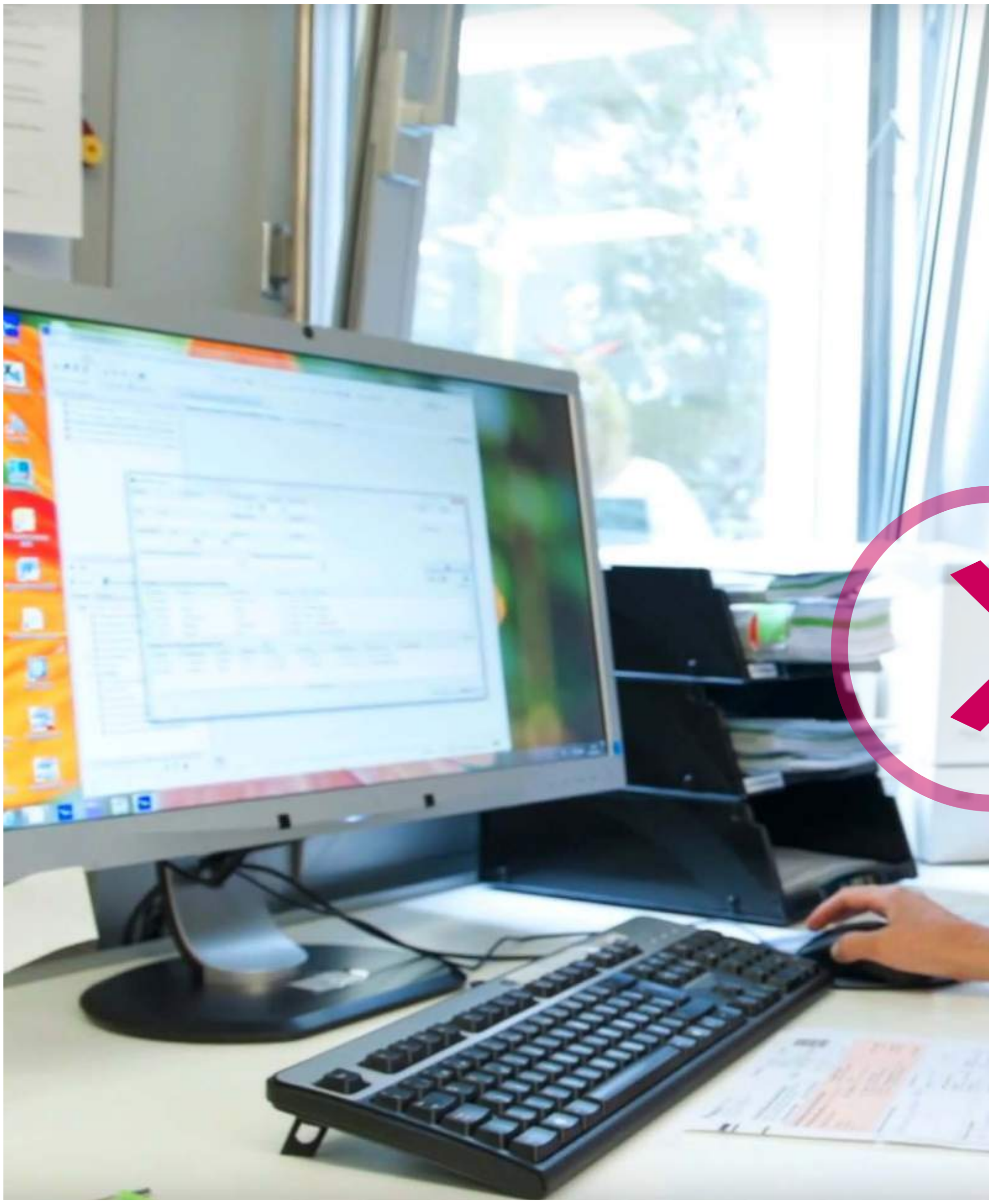
beit im Team des
finitiv verbessert.
am runden Tisch
ne Optionen, auf
ommen wären.»

UCH-KARDIOLOGIE, ZAH

FILME HUMANITÄRES ENGAGEMENT KINDERHERZ-MEDIZIN

WEBSITE ZAH:
www.ang-herzfehler.ch





PROF. JEAN-PIERRE PFAMMATTER ZUR AUSWAHL GEEIGNE

ETER PATIENTEN FÜR DAS TDH-HILFSPROGRAMM FÜR HERZKRANKE KINDER

WEITER ZUM VIDEO-STATEMENT
PROF. ALEXANDER KADNER

PROF. ALEXANDER KADNER ÜBER DIE

ZUSAMMENARBEIT MIT DEM KINDERSPITAL IBN SINA IN RABAT, MAROKKO

WEITER ZUM VIDEO-STATEMENT
PROF. JEAN-PIERRE PFAMMATTER

Ein Kinderherzzentrum für Marc

**GEMEINSAM MIT DEM KINDERHILFSWERK TERRE DES HOMMES (TDH
HERZ-STIFTUNG CORELINA ARBEITEN MITARBEITENDE DES ZENTRUM
HERZFEHLER (ZAH) AM AUFBAU EINER KINDERHERZCHIRURGIE IN RAB**

Seit 2012 beteiligt sich das Inselspital als einziges Deutschschweizer Spital a
für Kinder aus Afrika und Nahost. Dabei werden schwer herzkranke Kinder au
zur lebensrettenden Operation in die Schweiz geflogen und von Tdh in eine
VS temporär betreut. Seit einigen Jahren arbeitet Tdh daran, Kompetenzen in
bauen, um Kinder vor Ort behandeln zu können. Bisher können in Marokko k
operiert werden, aber das nordafrikanische Land verfügt über eine ausreiche
struktur und engagierte einheimische Fachkräfte. Durch die fachliche Unters
das Kinderspital Ibn Sina in Rabat schon bald selbstständig herzchirurgische

2015 reiste ein Team aus Kinderpflegespezialistinnen, Anästhesie-Fachleut
Kardiotechniker des Inselspitals in der Freizeit mehrmals nach Rabat, um die
entgeltlich zu schulen und zu unterstützen. Seither operierten gemischte sch
sche Teams erfolgreich 13 Kinder zwischen 2 und 8 Jahren. Das Inselspital ste
Rabat eine Herz-Lungen-Maschine zur Verfügung. Mit diesem Hightech-Ge
lauf bei «abgeschaltetem» Herzen während der Operation künstlich aufrecht

2016 sind drei weitere Missionen vorgesehen mit dem Ziel, dass Ende des Ja
herzteam ohne Schweizer Hilfe erste einfache Operationen selbstständig durc
sollen in Rabat schrittweise auch schwierigere Eingriffe ermöglicht werden.

okko

**H) UND DER KINDER-
AS FÜR ANGEBORENE
BAT.**

am Tdh-Hilfsprogramm
us armen Verhältnissen
m Heim in Massongex
Marokko selbst aufzu-
keine Kinder am Herzen
nde medizinische Infra-
tützung aus Bern kann
Eingriffe vornehmen.

en, Ärzten und einem
dortigen Kollegen un-
nweizerisch-marokkani-
llte dem Kinderspital in
erät kann der Blutkreis-
terhalten werden.

hres das lokale Kinder-
hführen kann. Bis 2020

FILME HUMANITÄRES ENGAGEMENT KINDERHERZ-MEDIZIN

2011

- **Beginn der Zusammenarbeit Inselpital und Terre des hommes (Tdh).**
- **Die ersten zwei Kinder werden im Inselspital operiert.**

2012

Das Inselspital behandelt 20 Kinder unterschiedlicher Nationalitäten (Irak, Bén Marokko, Togo, Senegal usw.).

2013

21 Kinder aus verschiedenen Nationen werden im Rahmen der Tdh-Hilfsprogr im Inselspital operiert.

2014

22 Kinder werden im Rahmen der Tdh-Hilfsprogramms im Inselspital operiert.

2015

- **25 Kindern wird eine lebensrettende Herzoperation im Inselspital ermöglicht**
- **Ein Team von Freiwilligen des Inselspitals reist dreimal nach Rabat, um die d Kollegen zu schulen und zu unterstützen.**

Mai 2015

Im Kinderspital in Rabat findet die erste Operation am offenen Herzen statt.

15. März 2016

In Bern wird eine Vereinbarung zum schrittweisen Aufbau eines eigenständige für Marokko unterzeichnet (Vertragspartner: Insel Gruppe AG, Terre des homm spital Ibn Sina in Rabat, Marokko).

hin, Mauretanien,

amms

t.

lortigen

en Kinderherzzentrums

es (Tdh) und Kinder-

Transitionssprechstunde – wenn mit Herzfehler erwachsen werde

Welchen Beruf will ich erlernen?

Wenn ich 18 bin, möchte ich ein Tattoo/Piercing machen.

So

Was passiert, wenn ich eine Zigarette rauche?

Ich möchte die RS bei den Motorfahrern machen.

Jugendliche
en

oll ich mit meinen Freunden eine neue Sportart ausprobieren?

Ich bin verliebt und beschäftige mich mit dem Thema Verhütung.

An einer Geburtstagsparty habe ich zum ersten Mal Alkohol getrunken.

Alles ganz normale Gedanken, die Jugendliche beschäftigen. Wenn sie allerdings mit einem Herzfehler zur Welt gekommen sind, interessiert sich auch das Herzteam für diese wichtigen Themen auf dem Weg ins Erwachsenenleben.

Über 90% der Kinder mit angeborenem Herzfehler erreichen heutzutage das
zum Erwachsenwerden gehört im ZAH der Übertritt von der Kinder- in die E
bzw. in die GUCH-Sprechstunde (Grown-up Congenital Heart Disease). De
nenalter ist es wichtig, sich regelmässig durch eine/n Herzspezialist / in unters
sich Patienten und Eltern auf diesen Übergang (Transition) in die GUCH-Sp
können, bietet das ZAH seit 2012 eine Transitionssprechstunde an.

Die Transitionssprechstunde ist in erster Linie ein Angebot für Jugendliche im A
Aber auch ihre Eltern müssen auf den Wechsel in die GUCH-Sprechstunde vo
ben sie sich doch seit der Geburt um ihre Tochter / ihren Sohn und den Herz
Erwachsenwerden heisst somit für sie, nicht nur ihre Kinder ziehen zu lassen,
Verantwortung für die Kontrolle und Behandlung des Herzfehlers zu übergebe
Transitionssprechstunde findet noch gemeinsam mit den Eltern statt, aber im
immer weniger lange dabei, und die jungen Erwachsenen übernehmen immer

Geleitet wird dieses schweizweit einzigartige Angebot von Corina Thome
(Advanced Practice Nurse). Sie hat es gemeinsam mit der Zentrumsleitung
Fachentwicklung der Direktion Pflege / MTT kontinuierlich aufgebaut. Wie
te ist auch hier typisch, dass es sich um eine ganz individuelle Betreuung
Patienten anders aussieht. Es gibt bei dieser Patientengruppe kein Standardproz
Zudem besteht die Betreuung über einen langen Zeitraum, in welchem sich e
entwickeln kann.

s Erwachsenenalter und
rwachsenenkardiologie
enn auch im Erwachse-
uchen zu lassen. Damit
rechstunde vorbereiten

Alter von 13–24 Jahren.
orbereitet werden – ha-
fehler gekümmert. Das
sondern ihnen auch die
n. Die erste Sitzung der
Laufe der Zeit sind sie
mehr Verantwortung.

t, *Pflegeexpertin APN*
ZAH und dem Bereich
für alle APN-Angebo-
handelt, die bei jedem
zedere «ab der Stange».
in Vertrauensverhältnis

Derzeit sind 350 Jugendliche und junge Erwachsene im Transitionsprozess
Thomet mit viel persönlichem Engagement betreut. Immer wenn ein Kontrollt
ist auch Zeit mit Frau Thomet einberechnet. Die Transitionssprechstunde hat s
Teil im breitgefächerten interdisziplinären Angebot des Zentrums entwickelt.

«Zu Beginn der Transition geht es für die Jugendlichen erst einmal darum, zu
gene Herz genau funktioniert und welche konkreten Auswirkungen der Her
hat», erklärt Corina Thomet. Die Jugendlichen haben Gelegenheit, Fragen zu
schon lange beschäftigen, aber die sie sich nicht der Ärztin / dem Arzt zu stelle
ist Corina Thomet hier für die Adoleszenten eine Vertrauensperson auf Augen
kommen dann andere Themen dazu, die der Patientin / dem Patienten wichti
wird direkt wieder an das zuvor schon Besprochene angeknüpft», sagt Corin
dazu mit einer eigens entwickelten Concept-Map.

Die Pflegeexpertin APN ist auch in der ärztlichen Sprechstunde mit dabei und
gen zu stellen. Oder sie begleitet auch einmal einen ihrer Schützlinge zu eine
gewünscht wird. Und für dringende Anliegen ist sie fast immer auf dem Smar
von den Jugendlichen sehr geschätzt wird. Neben den Sprechstunden betreib
hin viel Aufbau- und Netzwerkarbeit – mit anderen Kliniken im Inselspital, an
der IV, Sozialämtern, dem Militärärztlichen Dienst oder international mit Part

und werden von Frau
termin im ZAH ansteht,
sich zu einem wichtigen

u verstehen, wie das ei-
zfehler auf ihren Alltag
stellen, die sie vielleicht
en trauen. In Ihrer Rolle
nhöhe. «Nach und nach
ig sind. In jeder Sitzung
na Thomet und arbeitet

d hilft, wenn nötig, Fra-
r Operation, wenn dies
rtphone erreichbar, was
bt Frau Thomet weiter-
nderen Standorten, mit
tnerspitälern. ■

EVALUATION DER TRANSITIONSSPRECHSTUNDE

2015 wurde die Transitionssprechstunde des ZAH im Rahmen einer Maste
Pflegewissenschaft der Universität Basel evaluiert. Ziel dieser qualitativen
untersuchen, wie die Sprechstunde von Jugendlichen und teilnehmenden E

Alle Studienteilnehmenden erlebten die Transitionssprechstunde positiv und
Augenhöhe». Die Adoleszenten stuften die Wichtigkeit als hoch ein (ø 8,1 v
und schätzten eine konstante Ansprechperson. Auch die Eltern fanden Sprec
(ø 7,1 von 10 Punkten). Sie schätzten das grosse Fachwissen der Leiterin und
neutrale Position vorteilhaft, da sie als Fachperson ohne familiäre Beziehung
der Adoleszenz übliche Reibungen zwischen Eltern und Jugendlichen involvie

«Es ist auch für mich wichtig, dass meine Tochter hier jemanden hat und ic
kann, da ist jemand, den du fragen kannst.» Mutter

«Ja, es ist wirklich sehr auf den Alltag bezogen … es ist eigentlich so perso
abgestimmt, sage ich jetzt mal.» Jugendlicher

«Sie spricht die gleiche Sprache.» Jugendliche

rarbeit des Intituts für
Studie war es zu
Eltern erlebt wurde.

als Gespräch «auf
on 10 Punkten)
chstunde wichtig
l fanden deren
nicht in allfällige, in
ert war.

ch ihr sagen

önlich

Advanced Nursing Practice (ANP
Angebote für spezifische Patient

Der gezielte, auf international anerkannten Grundlagen basierende Aufbau vo
lichkeit, für definierte Patientengruppen und ihre Angehörigen innovative A
ANP ist vor allem in den angelsächsischen Ländern etabliert, wird weltweit in
tiziert und seit ca. 15 Jahren in der Schweiz gelehrt und umgesetzt.

An den Standorten der Insel Gruppe werden seit 2011 mehrere innovativ
ANP-Angebote aufgebaut und umgesetzt – und zwar immer dann, wenn da
gruppe und ihre Angehörigen in sinnvoller Weise die Versorgung ausgebau
mehr Sicherheit und bessere Ergebnisse erreicht werden können. ANP-Leis
zum Standardprozedere, sondern sind immer individuell auf die einzelnen Pa
Der Rahmen für die Entwicklung von ANP-Angeboten in der Insel Gruppe
Pflege/MTT vorgegeben.

Der Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SB
Verein für Pflegewissenschaft (VfP), die Interessengruppe Swiss ANP und d
de formation et de recherche en soins (IUFRS) haben 2012 eine/n Pflegeexp
beschrieben:

«Eine Pflegeexpertin APN ist eine registrierte P
welche sich Expertenwissen, Fähigkeiten zur Entsc
bei komplexen Sachverhalten und klinische
eine erweiterte pflegerische Praxis

P)
tengruppen

on ANP bietet die Mög-
Angebote zu gestalten.
rund 40 Ländern prak-

ve und evidenzbasierte
amit für eine Patienten-
t/ergänzt und dadurch
stungen gehören nicht
atienten zugeschnitten.
wird von der Direktion

BK), der Schweizerische
as Institut universitaire
ertin/en APN wie folgt

Pflegefachperson,
cheidungsfindung
Kompetenzen für
angeeignet hat.»

Glossar:

ANP (Advanced Nursing Practice) bezeichnet eine erweiterte vertiefte Pflegepraxis.

APN (Advanced Practice Nurse) bezeichnet die Berufsrolle, welche diese erweiterte vertiefte Praxis umsetzt.

Die zentrale Kompetenz der APN liegt in ihrer klinischen Tätigkeit. Sie bietet in
erweiterte vertiefte Pflegepraxis. Sie nutzt eine ganzheitliche Perspektive un
Partnerschaft auf mit Patienten und ihren Angehörigen. Sie verfügt über sp
in Beratung und Coaching, gewährleistet eine evidenzbasierte Praxis und u
scheidungsfindungen. Sie bietet fachliches Leadership sowie Konsultationen
und fördert die interprofessionelle Zusammenarbeit.

Um als APN arbeiten zu können, fordert die Insel Gruppe, angelehnt an de
of Nurses, von diplomierten Pflegefachpersonen einen akademischen Absch
oder Doktorat), eine Spezialisierung in einem Bereich der Pflege und hohe Ex
gebiet. ■

n ihrem Fachgebiet eine
d baut eine langfristige
ezifische Kompetenzen
nterstützt ethische Ent-
n an für Fachpersonen

n International Council
luss (Master of Science
pertise in diesem Fach-

ANP-ANGEBOTE
INSEL GRUPPE

PORTRÄT
FRANZISKA GEESE,
PFLEGEEXPERTIN APN,
UROLOGIE

TRANSITIONSSPRECHSTUNDE
CORINA THOMET,
PFLEGEEXPERTIN APN, ZAH

VON ANP-ANGEBOTEN PROFITIEREN ALLE

Patienten und Angehörige:

- Evidenzbasierte Interventionen, Kontinuität in der Betreuung
  > bessere Patientenergebnisse, hohe Patientenzufriedenheit
- Wirksame Unterstützung beim Umgang mit Krankheiten und Therapien im Alltag

Fachpersonen

- Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit
- Integrierte Versorgung durch koordinierte Prozesse entlang des Patientenpfades
- Neue Karrieremöglichkeiten in der klinischen Praxis

Insel Gruppe

- Angebot innovativer, imagefördernder Versorgungsmodelle
- Stärkung der Bindung zu Patienten und Zuweisenden
- Grössere Attraktivität als Arbeitgeber

IN DER INSEL GRUPPE BESTEHEN ANP-ANGEBOTE (ODER SIND IM AUFBAU BEGRIFFEN) FÜR PATIENTEN MIT:

- angeborenen Hämostasestörungen
- angeborenen Herzfehlern
- Brustkrebs und gynäkologischen Krebsarten
- chronischer Niereninsuffizienz
- dermatologischen Erkrankungen
- Familien mit einem frühgeborenen Kind
- Laryngektomie und Tracheostomie
- malignen hochgradigen Hirntumoren
- Palliative Care
- Prostatakarzinom
- Sarkomerkrankungen
- Systemsklerose
- Tracheostomie bei Kindern
- Vulva-, Vaginal- und Cervixkarzinom

ABGESTUFTE VERSORGUNG ZWISC

Win-win-Situatio

Beispiel Münsing

CHEN STADT UND LAND

on am

gen

Dank der Partnerschaft mit der
Tiefenau und der Universitätsk
Frauenheilkunde bietet das Lar
umfassende Grundversorgung

m Stadtspital
linik für
ndspital eine
an.

INNERHALB DER INSEL GRUPPE PROFITIEREN PATIENTINNEN UND PATI
MODELL: AM VERTRAUTEN ORT WERDEN SIE KOMPETENT BETREUT U
LEICHTEN ZUGANG ZU ALLEN GRUNDVERSORGUNGSDIENSTLEISTUNG
GYNÄKOLOGIE/GEBURTSHILFE BIS HIN ZUR SPITZENMEDIZIN.

Magen-Darm-Praxis in neuen Händen

Seit Januar 2016 führt der bisherige Inselspital-Oberarzt Marcus Herzig die Magen-Darm-Praxis am bisherigen Standort im Spital Münsingen weiter. Dabei hat die fachliche Verantwortung Prof. Radu Tutuian, Chefarzt im Spital Tiefenau.

Marcus Herzig hat sich seit letztem September unter der Leitung seines Vorgängers, dem bekannten Gastroenterologen und Entwickler des Venendruck-Messgeräts Veinpress (CTI Swiss Medtech Award 2014), Dr. Ulrich Baumann, eingearbeitet. Dieser wird im Rahmen eines 40-Prozent-Pensums bis Ende Juni 2016 weiterhin Patienten betreuen.

Dank dieser Lösung kann
treuung am vertrauten O
mit Zugang zu allen Dienst
Darm-Medizin und -Chir
zenmedizin. Weiter kann A
sendes Angebot in der Gru
medizinischen Bereich sich

IENTEN VOM ABGESTUFTEN VERSORGUNGS-
UND HABEN DANK DEM SPITALVERBUND EINEN
GEN IM BEREICH MEDIZIN, CHIRURGIE UND

n eine kompetente Be-
Ort angeboten werden
tleistungen der Magen-
urgie bis hin zur Spit-
Münsingen sein umfas-
undversorgung auch im
nern.

FILM MAGEN-DARM-PRAXIS

GEN

ERATIONENWECHSEL IN DER MAGEN-DARM-PRAXIS IM SPITAL MÜNSINGEN

Ab Sommer neue Frauenpraxis im Spital

Dr. Roger Rauch, seit 30 Jahren als Chefarzt für Gynäkologie und Geburtshilfe im Spital Münsingen tätig, wird im Verlauf des Sommer 2016 sein Erbe in jüngere, weibliche Hände geben.

Die drei Gynäkologinnen Dres. Gassmann, Hess und Schäffeler werden ab August 2016 in speziell dafür aus- und umgebauten Räumlichkeiten eine Frauenpraxis eröffnen und als Belegärztinnen dem Spital zur Verfügung stehen.

Dabei bleibt das Angebot Gynäkologie und Geburtshilfe am vertrauten Ort bestehen und ist durch die noch stärker geplante Zusammenarbeit und Anbindung an die Universitätsklinik

für Frauenheilkunde bis h
abgesichert. Dank diese
der Frauenklinik konnten
Brustheilkunde nach Mü
den: Die Leiterin der Seno
Sprechstunden an.

Ein weiterer Vorteil dieses
en Arbeitsmodellen für M
als Kaderfrauen vermehrt
wollen und damit ihre eig
sichern. – Was als topm
wiederum den Patientinn
zukunftsweisend Schule m

BILDERGALERIE

hin zur Spitzenmedizin
r Zusammenarbeit mit
auch Leistungen in der
nsingen gebracht wer-
logie bietet regelmässig

Angebots liegt in neu-
Aedizinerinnen, die auch
im Jobsharing tätig sein
gene Work-Life-Balance
otivierter Frauenpower
nen zugutekommt und
achen wird. ■

103
92
42
45

HÄMATOLOGIE

Neue Therapien Blutkrankheiten finden Forschen ihre Inspiration?

für
– wo
de

Hämatologie beschäftigt sich m
Erkrankungen sowie der Physio
Blutes. Viele dieser Krankheiten
selten, aber schwerwiegend. Fo
und Forscher im Inselspital suc
Therapieansätze, um die Leben
ihrer Patientinnen und Patient
verbessern. Die guten Ideen d
haben sie oft in der Freizeit.

nit den
logie des
n sind
orscherinnen
hen neue
nsqualität
en zu
azu

FILM HÄMATOLOGISCHES ZENTRALLABOR

VÖGEL HABEN SIE SCHON ALS JUGENDLICHE FASZINIERT: AUF IHREN ORNITHOLOGISCHEN STREIFZÜGEN HOLT SICH **PROF. ANNE ANGELILLO** IDEEN FÜR DIE ERFORSCHUNG EINER NEUEN THERAPIE DER BLUTERKRANKHEIT.

TAPETENWECHSEL TUT GUT: **PROF. GABRIELA M. BAERLOCHER** HOLT SICH AUF REISEN INSPIRATION FÜR IHRE FORSCHUNG ZUR THERAPIE EINER BÖSARTIGEN BLUTSTAMMZELL-ERKRANKUNG.

AUS DER FASZINATION FÜR STAMMBÄUME ERGAB SICH EINE LEIDENSCHAFT FÜR GERINNUNG: **PROF. JOHANNA KREMER HOVINGA** UNTERSUCHT, WIE SICH DIE LEBENSBEDROHLICHEN BLUTGERINNSEL BEI DER AUTOIMMUNERKRANKUNG TTP VERMEIDEN LASSEN.

PROF. RAMANJANEYULU ALLAM IST AM LIEBSTEN IM LABOR. DORT HAT ER VOR KURZEM EIN PROTEIN ENTDECKT, DAS IN DER BLUTBILDUNG EINE WICHTIGE ROLLE SPIELT.

«D
den

Die Aufnahme entstand im Naturhistorischen Museum Bern

Das Vogelbeobachten macht Kopf leer, und ich kann über vieles nachdenken.»

PROF. ANNE ANGELILLO, KLINIKDIREKTORIN UND CHEFÄRZTIN, UNIVERSITÄTSKLINIK FÜR HÄMATOLOGIE UND HÄMATOLOGISCHES ZENTRALLABOR

Eine neue Be

Hämophilie ist die Fachbezeichnung für eine Gerinnungsstörung, die auch als Bluterkrankheit bekannt ist. Verletzt man sich, gerinnt das Blut schlecht oder gar nicht. Zudem treten insbesondere in den Gelenken häufig spontane Blutungen auf. Ursache der Krankheit ist ein Mangel oder gänzliches Fehlen des Gerinnungsfaktors bzw. Blutgerinnungsförderers (Prokoagulans) Faktor VIII oder Faktor IX. Dies sind die Proteine, die für die Blutgerinnung zuständig sind. Ungefähr einer von 5000–10 000 Knaben und Männern ist von Hämophilie betroffen. Der bekannteste war Alexei Nikolajewitsch Romanow, der Sohn des letzten russischen Zaren.

Auf indirektem Weg zum Ziel

Die herkömmliche Therapie besteht darin, dem Patienten alle zwei bis drei Tage das fehlende Protein mittels Infusion zuzuführen. Dies schränkt die Lebensqualität der Be beispielsweise Reisen kaum ist die Behandlung oft mit bunden.

Prof. Anne Angelillo, Klin ärztin der Universitätsklini des Hämatologischen Z deshalb einen neuen, indi das fehlende Protein zu seinen Gegenspieler, eine gerinnungshemmer (Anti zu reduzieren. Denn in ei sind Gerinnungsförderer nem Gleichgewicht. In pra Versuchen mit Patienten Angelillo vielversprechend Therapie hat weniger Ne duziert die Anzahl sponta gen. Da der Wirkstoff ein

ehandlungsmethode bringt das Blut besser zum Gerinnen

etroffenen sehr ein, da
m möglich sind. Zudem
t Nebenwirkungen ver-

nikdirektorin und Chef-
ik für Hämatologie und
Zentrallabors, verfolgt
irekten Ansatz. Anstatt
ersetzen, versucht sie,
en körpereigenen Blut-
ikoagulans) Protein S,
nem gesunden Körper
und -hemmer in ei-
äklinischen Studien mit
nblut hat Prof. Anne
de Resultate erzielt: Ihre
benwirkungen und re-
n auftretender Blutun-
nmal im Monat mittels

Spritze verabreicht wird, verbessert sich auch die Lebensqualität der Patienten ganz erheblich. Die Forschungsergebnisse sollen 2016 publiziert werden.

Kraft finden ausserhalb des Labors

Die Inspiration für ihre Forschung holt sich Prof. Anne Angelillo in der Natur: «Das Beobachten von Vögeln macht den Kopf leer, und ich kann über vieles nachdenken.» Die Faszination für diese Tiere hat sie schon als Gymnasiastin entdeckt. Damals studierte sie sie nicht nur draussen, sondern auch als Fossilien in Museen. Diese Leidenschaft prägte ihren Werdegang: «Dank der Vögel wusste ich schon früh, dass ich Forscherin werden wollte. Dass ich diesen Wunsch in der Medizin auslebe, hat sich erst später ergeben.» ■

«Mic

Die Aufnahme entstand im Naturhistorischen Museum Bern

ch fasziniert der Jura, der einst
ein Meer war und in dem das

Leben weit zurückreicht.»

PROF. JOHANNA KREMER HOVINGA, LEITENDE ÄRZTIN, UNIVERSITÄTSKLINIK FÜR HÄMATOLOGIE UND HÄMATOLOGISCHES ZENTRALLABOR

INSELSPITAL
Prof. Dr. med.
J. Kremer
Leitende Ärztin
FSOMEP
INSELSPITAL

Thrombotisch thrombozytopenische Purpura (TTP) ist eine lebensbedrohliche Blutkrankheit. Verursacht wird sie durch einen schweren Mangel des körpereigenen Enzyms ADAMTS13. Dieses spaltet den Von Willebrand Faktor (VWF), ein für die Blutstillung wichtiges Protein. Ohne Spaltung bleibt der VWF gross und klebrig, sodass Blutplättchen spontan an ihm kleben bleiben und aktiviert werden. Dies führt zu spontanen Gerinnseln, die einen Hirnschlag oder Herzinfarkt auslösen können. Die Krankheit kann erblich, d. h. durch Mutationen im ADAMTS13-Gen, bedingt sein. Etwas häufiger, aber mit jährlich zwei bis drei Fällen pro einer Million Menschen immer noch sehr selten, ist die erworbene Form, die durch das Auftreten von Antikörpern gegen ADAMTS13 ausgelöst wird. Betroffen sind meist Menschen im Alter von 20 bis 50 Jahren.

Antikörper entfernen …

Die Standardtherapie besteht in einem täglichen Plasmaaustausch, durch welchen ADAMTS13 zugeführt und die hemmenden Antikörper entfernt werden. Trotz Behandlung sterben 10–20 Prozent

der Patientinnen und Patie
Schub. Bei rund 50 Prozen
sel zu Langzeitschäden wie
gen, Lähmungen, Bluthoc
lust der Nierenfunktion. E
Patientinnen und Patienten
Jahre einen Rückfall. Ohn
Krankheit in neun von zeh
Tage zum Tod.

… oder einfach neutralisie

Prof. Johanna Kremer Ho
in der Universitätsklinik fü
Hämatologischen Zentralla
sich Antikörper gegen AD
beitet an der Entwicklung k
Antikörper dereinst neutra
hat sie einen neuen Wirksto
brand-Faktor-Nanobody, n
dert das Zusammenkleben
plättchen im akuten TTP-S
sich die Akutphase der Kra
des neuen Wirkstoffs sind

Weniger Gerinnungsantikörper, mehr Lebensqualität

enten an einem akuten
t führen die Blutgerinn-
e Konzentrationsstörun-
chdruck oder dem Ver-
benfalls die Hälfte aller
n erleiden innert weniger
e Behandlung führt die
nn Fällen innert weniger

eren

ovinga, Leitende Ärztin
ür Hämatologie und im
abor, erforscht, warum
AMTS13 bilden. Sie ar-
kleiner Moleküle, die die
alisieren sollen. Zudem
off, den Anti-Von-Wille-
mitentwickelt. Er verhin-
des VWF und der Blut-
chub. Dadurch verkürzt
nkheit. Weitere Vorteile
, dass er unter die Haut
gespritzt werden kann und dass mit dieser Therapie deutlich weniger Spitalbesuche notwendig sind. Dies eröffnet den Patientinnen und Patienten eine ganz andere Art der Lebensgestaltung. Der neue Therapieansatz wurde in einer multizentrischen klinischen Studie getestet. Die Studie dazu erschien im *New England Journal of Medicine.*

Reisen durch die Zeit

Als Kind betrieb Prof. Johanna Kremer Hovinga zunächst in der eigenen Familie Ahnenforschung. «Im Norden von Holland, von wo meine Eltern stammen, sammelte man Daten zum eigenen Stammbaum wie andernorts Kaffeerahmdeckeli», sagt sie. Dann entdeckte sie in der Dorfbibliothek die Geschichte von Königin Victoria von England und deren Verwandtschaft, in der die Bluterkrankheit verbreitet auftrat. «Da wusste ich: Gerinnung ist mein Ding!» Auch heute noch beschäftigt sich Prof. Johanna Kremer Hovinga gerne mit der Vergangenheit: «Mich fasziniert der Jura, der einst ein Meer war und in dem das Leben weit zurückreicht. Dort gehe ich immer mal wieder auf Schatzsuche nach Fossilien.» ■

«
ei
übe

«Auf einem längeren Flug oder ner Zugreise kann ich kreativer er Dinge nachdenken, als wenn der Sucher ständig losgeht.»

PROF. GABRIELA M. BAERLOCHER, STELLVERTRETENDE CHEFÄRZTIN,
UNIVERSITÄTSKLINIK FÜR HÄMATOLOGIE UND HÄMATOLOGISCHES ZENTRALLABOR

Prof. Dr. med.
G. M. Baerloche
Leitende Ärztin

Endlich: Ein Wirkstof
Essentieller Thr

Essentielle Thrombozythämie (ET) ist eine chronische Blutkrankheit. Sie zeichnet sich durch eine Erhöhung der Blutplättchen (Thrombozyten) aus. Eine Rolle dabei spielt das Enzym Telomerase. Es ist in kranken Stammzellen von Patientinnen und Patienten mit ET überaktiv, sodass sie sich dauernd teilen und mehr Blutplättchen produzieren. ET kann zu lebensgefährlichen Blutgerinnungsstörungen wie Thrombosen oder Blutungen oder sogar zu einer akuten Leukämie führen. Die Krankheit ist sehr selten und tritt nur bei rund 3 von 10 000 Personen auf. Das Inselspital behandelt jede Woche 3–6 Patientinnen und Patienten mit ET.

Jahrelange Forschung zeigt Erfolg

Prof. Gabriela M. Baerlocher, Stv. Chefärztin der Universitätsklinik für Hämatologie und des Hämatologischen Zentrallabors, hat nach über zehn Jahren Forschung einen entwickelt. Er geht erstma der Krankheit an, währen Symptome bekämpft werd neuartigen Wirkstoff, de Imetelstat, kann die Telom len gehemmt werden, so zwei Monaten die Anzah normalisiert. In gesunden der Wirkstoff die Funktio gen nicht. Prof. Gabriela Telomerasehemmer zuers Patientenmaterial und sp die mit 18 Patientinnen u 2015 erschien der Forsc *New England Journal of M* sind multizentrische Studi der Therapieansatz für a Myelofibrose oder myelo me geprüft wird.

ff, der gezielt eine Ursache von ombozythämie (ET) bekämpft

neuen Therapieansatz als gezielt eine Ursache d bis anhin bloss deren den konnten. Mit einem m Telomerasehemmer merase in kranken Zel- dass sich innert ein bis l Blutplättchen wieder n Zellen beeinträchtigt on des Enzyms hinge- M. Baerlocher hat den st in In-vitro-Tests mit äter in einer Pilotstu- und Patienten geprüft. hungsbericht dazu im *Medicine*. Als Nächstes ien geplant, bei denen ndere Krankheiten wie odysplastische Syndro-

Reisen inspiriert

Unkonventionelle Ideen kommen Prof. Gabriela M. Baerlocher weit weg vom Alltag: «Auf einem längeren Flug oder einer Zugreise an einen Kongress kann ich kreativer über Dinge nachdenken, als wenn der Sucher ständig losgeht. Auch bei einem Tapetenwechsel auf einer Privatreise in fremde Kulturen werde ich inspiriert. Befruchtend ist zudem der Austausch mit Kolleginnen und Kollegen.» ■

«Ich bin mit Leib und Seele Forscher.»

PROF. RAMANJANEYULU ALLAM, FORSCHER, UNIVERSITÄTSKLINIK FÜR HÄMATOLOGIE UND HÄMATOLOGISCHES ZENTRALLABOR

Blutkrankheit b
a

Die Diamond-Blackfan-Anämie (DBA) ist eine erbliche, schwere chronische Blutarmut. Sie tritt extrem selten auf – weltweit sind nur gerade 800 Fälle bekannt. Bei DBA besteht ein Mangel an roten Blutkörperchen (Erythrozyten), weil deren Bildung im Knochenmark gestört ist. Behandelt wird DBA mit Steroiden und Transfusionen oder einer Knochenmarktransplantation.

Den roten Blutkörperchen auf der Spur

Prof. Ramanjaneyulu Allam, Forscher an der Universitätsklinik für Hämatologie und am Hämatologischen Zentrallabor des Inselspitals, hat ein neu-

es Protein entdeckt, den
(RNH1). Dieses Protein ist a
Blutkörperchen beteiligt u
der komplex aufgebauten
brik» der Zelle. Im Laborv
an RNH1 ähnliche Auswir
Prof. Ramanjaneyulu Alla
Patientenproben, ob und w
hen von DBA mitwirkt und
bei der Bildung von roten Bl
Erkenntnisse aus dieser Fo
nur Auswirkungen auf d
haben, sondern auch auf
heiten wie Leukämie.

Die Erforschung einer seltenen bringt mögliche neue Therapie-ansätze für andere Krankheiten

Ribonuklease-Inhibitor an der Bildung von roten und wirkt im Ribosom, «Proteinherstellungsfa-versuch hat ein Mangel rkungen wie eine DBA. am untersucht nun mit wie RNH1 beim Entste-d welche Rolle es genau utkörperchen spielt. Die orschung könnten nicht die Therapie von DBA die anderer Blutkrank-

Das Labor ist sein Zuhause

Prof. Ramanjaneyulu Allam ist mit Leib und Seele Forscher: Er hat ein vierjähriges Forschungsstipendium des Schweizerischen Nationalfonds erhalten (SNF) und arbeitet auch im Departement Klinische Forschung (DKF) der Universität Bern. 2014 erhielt er deren mit 30 000 Franken dotierten Johanna Dürmüller-Bol DKF Forschungspreis. ■

MITARBEITENDE IM FOKUS

Mit Engagement begleiten, führen, unterstützen

t beraten,

n und

RENATE SALZMANN

Diabetesberaterin,
Spital Aarberg

DANIEL KAUFMA

Leiter Gebäudete
Spital Riggisberg

DR. FRIEDERIKE HASLBECK

Klinische Musiktherapeutin,
Inselspital

FILM STARTEN

MUSIK HÖREN

FRANZISKA GEE

Pflegeexpertin A
Inselspital

ANN

echnik und Sicherheit,

CHRISTOF JUCKER

Leiter Sozialdienst,
Spital Tiefenau

SE

PN,

CORINNE STUCKI &
BARBARA MONTEIRO

Spitalpädagoginnen,
Inselspital

FILM STARTEN

«Typ-1-Diabetiker müssen in ku
Zeit lernen, ihren Blutzucker zu
und Insulin zu spritzen.»

RENATE SALZMANN, DIABETESBERATERIN, SPITAL AARBERG

urzer

messen

Diabetesbera

**RENATE SALZMANN BERÄT IM SPITAL AARBERG PATIENTINNEN
SIND NICHT NUR FACHKOMPETENZ UND WISSENSVERMITTLUN
EINFÜHLUNGSVERMÖGEN. DENN FÜR NEU DIAGNOSTIZIERTE E
WENN SIE ERFAHREN, DASS SIE AN EINER SCHWEREN CHRONIS**

«Ich bin gelernte Pflegefachfrau und arbeite seit 16 Jahren im Spital Aarberg. Um beruflich weiterzukommen, bildete ich mich 2008 im Nachdiplomstudium Pflege, Gesundheitsförderung und Prävention weiter. Dabei stellte ich fest, dass mir die beratende Tätigkeit liegt. Als meine Vorgesetzte pensioniert wurde und ich die Gelegenheit erhielt, in die Beratung zu wechseln, sagte ich deshalb sofort zu. Ich absolvierte beim SBK Bildungszentrum Zürich ein berufsbegleitendes Nachdiplomstudium in Diabetesberatung und trat 2010 meine jetzige Stelle als Diabetesberaterin an.

Diabetes mellitus ist eine komplexe chronische Krankheit. Etwa 90 Prozent aller Diabetiker haben Diabetes Typ 2. Risikofakt
Vorbelastung, Übergewich
und Bewegungsmangel. D
heitsausbruchs nimmt mi
was auch die frühere Bez
tes» erklärt. Man findet di
zunehmend auch bei jüng
bei Kindern mit starkem Ü

Im Frühstadium des Diab
ten kaum äusserliche An
me auf. Da der steigende
Schmerzen verursacht, ble
lange unentdeckt. Erst we
längere Zeit sehr hoch is
Symptome wie grosser D

atung bedingt psychologisches Fingerspitzengefühl

UND PATIENTEN MIT DIABETES. DABEI NG GEFRAGT, SONDERN AUCH VIEL BRICHT OFT EINE WELT ZUSAMMEN, CHEN KRANKHEIT LEIDEN.

toren sind eine erbliche nt, fettreiche Ernährung Das Risiko eines Krank- t steigendem Alter zu, eichnung «Altersdiabe- esen Diabetes-Typ aber geren Menschen, sogar Übergewicht.

etes mellitus Typ 2 tre- nzeichen und Sympto- e Blutzucker auch keine eibt die Krankheit meist enn der Blutzucker über t, treten die typischen Durst, häufiges Wasser-

lösen, Gewichtsverlust und Müdigkeit auf. Häufig kommt es erst zu diesem Zeitpunkt zu einer Diagnose. Beim Diabetes Typ 2 produziert die Bauchspeicheldrüse entweder nicht mehr genügend Insulin oder der Körper kann das Insulin nicht mehr wirksam verwenden. Lassen sich die erhöhten Blutzuckerwerte mit gesunder, ausgewogener Ernährung und regelmässiger körperlicher Aktivität nicht normalisieren, werden Tabletten eingesetzt. Reichen diese nicht aus, wird eine Insulintherapie notwendig.

Im Gegensatz dazu ist Diabetes mellitus Typ 1 eine Autoimmunerkrankung. Sie entsteht, wenn die Betazellen der Bauchspeicheldrüse, die das für die Blutzuckerregulierung notwendige Insu-

lin herstellen, vom Immunsystem des Körpers zerstört werden. Bei diesem Typ sind die Krankheitssymptome meist von Anfang an stark ausgeprägt. Patienten sind ein Leben lang auf die Gabe von Insulin angewiesen.

In der Diabetesberatung betreue ich Patienten beider Typen in allen Krankheitsstadien. Ein wichtiger Punkt ist die Wissensvermittlung und fachliche Begleitung der Betroffenen sowie ihrer Partner oder Eltern. Typ-1-Diabetiker müssen in kurzer Zeit lernen, ihren Blutzucker zu messen und Insulin zu spritzen. Dazu gehört das Verständnis darüber, wie sich Kohlehydrate auf den Blutzuckerspiegel auswirken, wie man die Menge der gegessenen Kohlehydrate schätzt und wie man die Insulinmenge entsprechend anpasst, um eine akute Stoffwechselentgleisung – eine Unterzu-

ckerung bzw. Hypoglyk
rung bzw. Hyperglykämie

Vor allem bei neu diagn
ist zudem die psychologis
wichtig. Gerade bei Betro
oft eine Welt zusammen,
ment auf den anderen ge
sungen und Insulinspritze
Tagesablauf. Manche reag
oder Trauer, und sie benö
Situation umgehen zu kön

Im Winter 2015/2016 h
Weiterbildung als Wunde
nommen. Sowohl in der
auch in der Fusspflege, d
schaffend betreibe, bege

VERGRÖSSERN

ämie oder Überzucke-
e – zu vermeiden.

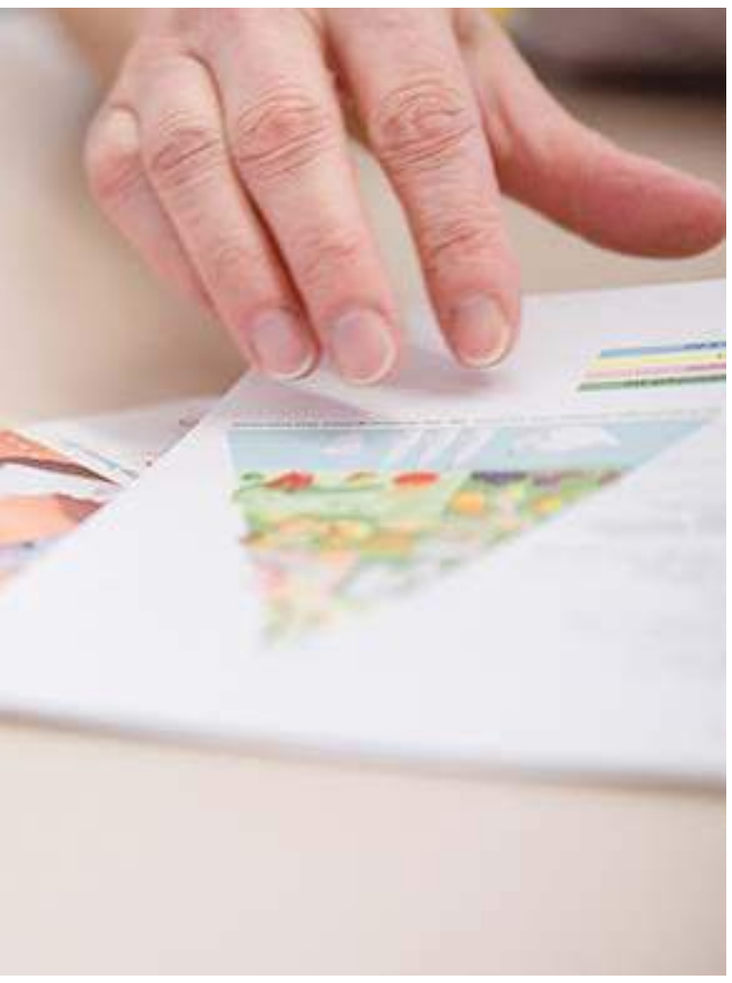
ostizierten Diabetikern
sche Begleitung enorm
ffenen mit Typ 1 bricht
denn von einem Mo-
ehören Blutzuckermes-
n für sie zum normalen
gieren mit Verzweiflung
tigen Zeit, um mit ihrer
nnen.

abe ich in Aarau eine
expertin in Angriff ge-
Diabetesberatung wie
die ich momentan frei-
egnen mir ab und zu

Patienten mit Infekten und Wunden an den Füssen. Diabetes kann nämlich zu einer Schädigung von Nerven oder Arterien in den Beinen führen. Dies kann das Schmerzempfinden in den Füssen beeinträchtigen, sodass Patienten Druckstellen, Verletzungen und Fussdeformationen nur noch ungenügend wahrnehmen. Im schlimmsten Fall kann dies eine Amputation zur Folge haben. Als Wundexpertin werde ich auch Fusskontrolle und -pflege in meiner Diabetesberatung anbieten. So kann ich hoffentlich dazu beitragen, durch Prävention und Aufklärung Spätfolgen zu vermeiden.» ■

FÜR FUSS
UND
PFLEGE

Diabetes in
Schritt um Schritt



«Ich bin überzeugt, dass innerh
einer grossen Gruppe für alle S
ein Mehrwert entsteht.»

DANIEL KAUFMANN, LEITER GEBÄUDETECHNIK UND SICHERHEIT, SPITAL RIGGISBERG

nalb
Standorte

DANIEL KAUFMANN IST TECHNISCHER LEITER IM SPITAL RIGGIS
EIN EINHEITLICHES COMPUTER AIDED FACILITY MANAGEMENT
TECHNOLOGIEN UND ORGANISATIONSFORMEN IST TYPISCH F

«Ich habe ursprünglich eine Lehre als Maschinenmechaniker abgeschlossen. Danach bildete ich mich in verschiedenen Bereichen weiter. Seit 15 Jahren führe ich im Spital Riggisberg als Leiter Gebäudetechnik und Sicherheit ein Team von vier Mitarbeitenden und vier Lernenden.

Unsere ergonomischen PC-Arbeitsplätze befinden sich im ehemaligen Keller zwischen Spital und Personalwohnhaus. Die Arbeitsplätze mit grosser Fensterfront, jedoch ohne unzählige Bundesordner von gelagertem Papier, das niemand liest, verkörpern unser Arbeitscredo: modern, agil, auf dem neusten Stand und konzentriert auf das Wesentliche. Dass wir unserem Motto gerecht werden, verdanken wir zum einen den Lernenden, die uns jung halten. Von ihnen lernen wir, sich neuen Technologien nich
dern sie früh als sinnvoll
terstützung gutzuheissen.
wir uns immer wieder sel
blind zu werden.

70 Prozent meines Pensu
Unterhalt und die Wartur
Gebäudes und seiner Um
auch die Reinigungen de
mer und OP-Säle. Die üb
nes Pensums sind für das
lity Management CAFM v
Computerprogramm, das
und einer Anwenderober
Facility Management un
diese Datenbank fortlauf

Schwieriges wird zum Ansporn

**SBERG. FÜR DIE INSEL GRUPPE BAUTE ER
T AUF. DIE OFFENHEIT GEGENÜBER NEUEN
ÜR IHN UND SEIN TEAM.**

t zu widersetzen, son-
eingesetzte Arbeitsun-
. Zum anderen pushen
bst, um nicht betriebs-

ums entfallen auf den
ng der Infrastruktur des
gebung. Dazu gehören
r Büros, Patientenzim-
prigen 30 Prozent mei-
Computer Aided Faci-
vorgesehen. Dies ist ein
s aus einer Datenbank
fläche besteht und das
nterstützt. Wir füttern
fend. Das heisst, jeder

meiner Mitarbeitenden trägt die im Zusammenhang mit seiner täglichen Arbeit entstandenen Daten systematisch ein. Dies ermöglicht jederzeit eine aufgeschlüsselte Kosten-Nutzen-Übersicht. Sie ist Basis der wöchentlichen Rapporte, die wir stehend in der «Zentrale» vor den offenen Daten eines grossen, an der Wand hängenden Screens abhalten.

Bis vor vier Jahren waren in den Institutionen der heutigen Insel Gruppe verschiedene CAFM-Systeme im Einsatz. Als Projektleiter CAFM für die Division Land führte ich diese bis 2011 zusammen. Ein einheitliches System für alle Standorte ist in Zeiten des Kostendrucks eine effiziente Lösung. Denn es ermöglicht es uns, quasi per Knopfdruck die nötigen Daten für Auswertungen

und Planungen zu generieren. So schafft etwa eine genaue Übersicht über die Wartungsarbeiten Kostentransparenz und hilft, allfällige Doppelspurigkeiten oder Fehlinvestitionen zu vermeiden. Auch für die Mitarbeitenden hat das CAFM Positives: Die Eingaben in die Datenbank erfordern von uns allen diszipliniertes und gewissenhaftes Arbeiten, was unsere Tätigkeit aufwertet. Ein einheitliches System lohnt sich somit auf allen Ebenen und zahlt sich erst noch in Franken aus.

Die Einbindung in die Insel Gruppe sehe ich als neue Herausforderung. Ich bin überzeugt, dass innerhalb einer grossen Gruppe für alle Standorte ein Mehrwert entsteht: Die kleineren Standorte profitieren von der Erfahrung des grossen Zen-

trums, und für das Zentr
die Agilität und schnelle
standorte als nützlich. Di
Zukunft des Spitals Riggi
nicht immer einfach. Einig
mir haben sie den Kampfg
nem Team besser zu wer
ler und moderner. Ich find
wenn man sich nicht bec
ten ausruhen kann, sonde
Mass auf glühenden Kohl

Als Ausgleich zur Arbeit i
Insel Gruppe brauche ich
erholen. Ich wohne auf de
und bin schnell im Gantr

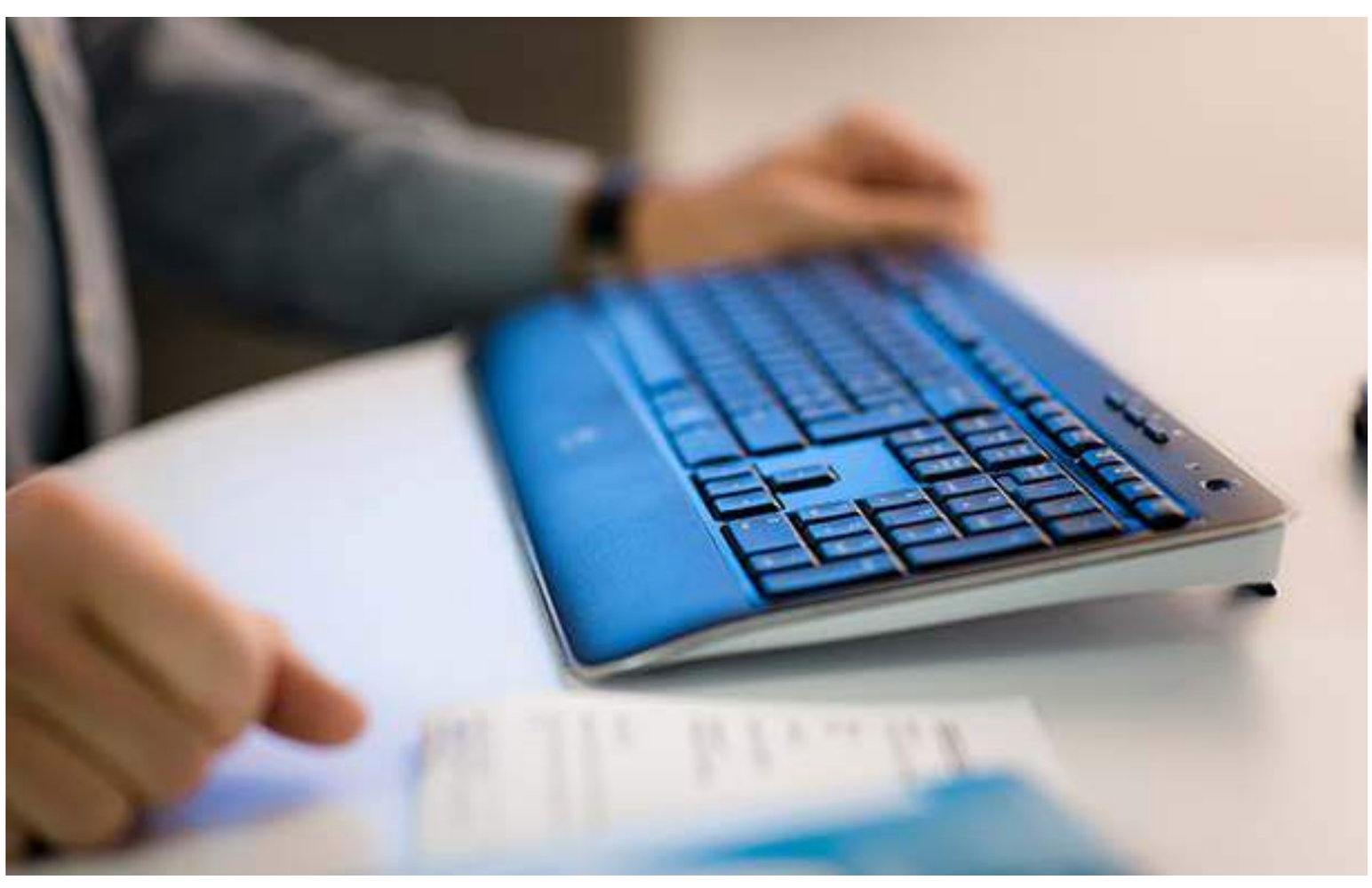
VERGRÖSSERN

rumsspital erweist sich Umsetzung der Land- e Diskussionen um die sberg waren allerdings gen waren sie zu viel. In geist geweckt, mit mei- den, speditiver, schnel- le es gar nicht schlecht, quem auf dem Erreich- ern immer in dosiertem len geht.

m grossen Gebilde der die Natur, um mich zu em Land, in Gerzensee, rischgebiet. Gerade im

Winter unternehme ich hier gerne Skitouren und gehe Schneeschuhlaufen oder Skifahren. Das gibt mir neue Kraft und befähigt mich, meine Mitarbeitenden immer wieder aufs Neue zu motivieren und vorwärtszuschauen.» ■

SPITALRIGGISBERG



Never

«Das Case Management trägt dazu bei, Leerläufe zu vermeide die Spitaltage zu reduzieren und die Spitalärzte wie auch die Hausärzte zu entlasten.»

CHRISTOF JUCKER, LEITER SOZIALDIENST, SPITAL TIEFENAU

en,

e

Auch nach dem Spitala
alles rund laufen: Das
ei

CHRISTOF JUCKER, LEITER DES SOZIALDIENSTES IM SPITAL TIEF
CASE MANAGEMENT ÜBERZEUGT: ES BIETET PATIENTINNEN UN
BESTMÖGLICHE ANSCHLUSSLÖSUNG FÜR DIE ZEIT NACH DEM

«Ich war lange Zeit als Sozialarbeiter in den Bereichen Sozilahilfe und Vormundschaft tätig. Danach machte ich eine Ausbildung als biomedizinischer Analytiker und nahm eine Stelle im damaligen Spital Ziegler an. Mit den Jahren zog es mich aber immer mehr in meinen Erstberuf zurück. Im Spital Tiefenau fand ich eine Anstellung als Sozialarbeiter. 2011, bereits ein halbes Jahr nach meinem Stellenantritt, wurde mir die Leitung des achtköpfigen Teams angeboten. Ich musste mir zwar einen Ruck geben, denn ich hatte keine Führungsposition angestrebt, aber der Wechsel wurde für mich zum Glücksfall.

Ende 2012 lancierten wir das Projekt Case Management. Das Case Management wird derzeit von fünf ehemaligen Pflegefachfrauen ausgeführt, die eine spezielle We
sen haben. Sie arbeiten e
den Ärzten zusammen un
den Austritt des Patienten
bewährt, wie unsere Aus
Weil die Case Managerinn
genden sprechen und na
können sie für sie die be
lösung finden. Das Case
dazu bei, Leerläufe zu ve
zu reduzieren und die Sp
Hausärzte zu entlasten.

Wir unterscheiden im Ca
Bereiche: Für Patienten
Anschlusslösungen in Re
niken, Kurhäusern oder

ufenthalt soll für die Patienten Case Management ermöglicht nen erfolgreichen Spitalaustritt

ENAU, IST VOM D PATIENTEN DIE SPITALAUFENTHALT.

eiterbildung abgeschlos-
eng mit der Pflege und
d planen alles rund um
n. Das Modell hat sich
swertungen bestätigen:
en die Sprache der Pfle-
ähe am Patienten sind,
estmögliche Anschluss-
Management trägt so
rmeiden, die Spitaltage
pitalärzte wie auch die

ase Management drei
suchen wir stationäre
ehakliniken, Spezialkli-
Alters- und Pflegehei-

men. Der grösste Teil dieser Anfragen stammt aus der Geriatrie. Der zweite Bereich beinhaltet die Vermittlung von ambulanten Hilfen. Wir prüfen beispielsweise, ob die junge alleinerziehende Mutter von zwei kleinen Kindern mit gebrochenem Bein daheim alleine zurechtkommt. Hier arbeiten wir mit der Spitex zusammen. Zudem klären wir ab, welche ergänzenden Hilfen, wie beispielsweise ein Notrufsystem, ältere Patienten benötigen. In den dritten Bereich fallen Abklärungen z. B. finanzieller Art oder Themen rund um den Erwachsenenschutz. Bei Letzterem geht es häufig darum, eine Beistandschaft zu initiieren. Dabei treten wir bisweilen auch in Kontakt mit den jeweiligen Wohnsitzgemeinden respektive der Stadt Bern.

Ein Case Management ist dann gut handelbar, wenn die Mehrzahl der Fälle in Bezug auf Anamnese, Bedarfsermittlung, Abklärung, Organisation, Austritt und Abschluss standardisiert sind. Der Anteil an wirklich komplexen Fällen ist mit fünf bis zehn Prozent relativ klein. Meistens geht es darum, Anschlusslösungen nach dem Spitalaufenthalt zu finden. Die grösste Herausforderung besteht häufig darin, die Wünsche von Patienten und deren Angehörigen mit dem zu vereinen, was bei den gesundheitlichen Einschränkungen der Patienten oder dem verfügbaren Angebot an Heimplätzen und Rehakliniken möglich ist. Hier

wird von unseren Mitarbe
Fingerspitzengefühl verlan

Das Team Sozialdienste/C
fasst weiter zwei Sachbea
Sozialarbeiterin. Neben d
ist das Fachwissen der Soz
gefragt. Häufig übernehm
selber. Gerade Spezialfälle
versicherungsfragen oder
gen im Bereich Erwachse
meinen Aufgabenbereich.
Case Managerinnen bei

VERGRÖSSERN

eitenden oft einiges an
ngt.

Case Management um-
arbeiterinnen und eine
em Case Management
zialarbeit weiterhin sehr
me ich die Fallführung
e wie rechtliche Sozial-
r komplizierte Klärun-
enenschutz gehören in
Zudem vertrete ich die
Ferienabwesenheiten.

So erhalte ich immer wieder einen guten Einblick ins Tagesgeschäft auf den Abteilungen. Höhepunkt unserer Arbeit ist das Lösen von schwierigen Aufgaben. Und wenn von den Patienten oder ihren Angehörigen zum Abschluss eine positive Rückmeldung kommt, sind wir doppelt zufrieden.» ■

DR. FRIEDERIKE HASL

LBECK MUSIZIERT AUF DER NEONATOLOGIE-ABTEILUNG FÜR DIE KLEINSTEN

«Ich habe mich quasi der Förderung der Männergesundh verschrieben.»

FRANZISKA GEESE, PFLEGEEXPERTIN APN, INSELSPITAL

neit

SPEZIALISIERTE PFLEGE ALS ERGÄNZUNG EINER INTERPROFESSIO
UNIVERSITÄTSKLINIK FÜR UROLOGIE: IM ONKOLOGISCHEN UM
PFLEGEEXPERTIN APN PATIENTEN MIT EINEM PROSTATAKARZIN

«Patienten mit einem Prostatakarzinom und ihre Angehörigen haben einen hohen Bedarf an Informationen und Unterstützung. Zwar besprechen Ärzte und Pflegende Themen wie Inkontinenz und Sexualität mit den Betroffenen, aber die systematische Begleitung von der Diagnose bis zur Palliation erfolgt noch nicht bei allen. Deshalb haben wir, ein Team der Universitätsklinik für Urologie, bestehend aus Klinikdirektor/Chefarzt, leitendem Oberarzt, Pflegedienstleiter und Pflegeexpertin, 2013 die Funktion der *Pflegeexpertin Advanced Practice Nurse (APN)* geschaffen – mit wertvoller Unterstützung der Direktion Pflege/MTT in Konzeption und Evaluation.

Diese Stelle zur spezifischen Betreuung dieser Patientengruppe ist nach wie vor die einzige ihrer Art in der Schweiz. Dass wir für dieses Angebot von der Stiftung zur Förderung der Krankenpflege im Kanton Bern am Tag der Pflege mit dem ersten Rang des Berner P
gezeichnet worden sind
den deutschen Innovatio
gewonnen haben, freut m

Um auf dem Gesundheit
Klinik attraktiv zu bleiben
onen. Mit dem ergänzen
ratungsangebot für Patien
takarzinom und deren An
Universitätsklinik für Uro
Jahren diesen Weg – zei
zierung des universitären
Bern. Dieses neue Versorg
es, vermehrt auf die Pat
-erwartungen einzugehen
als Referenzmodell. Es ha
turmwirkung nach aussen
gressen das Konzept vor
dungen für Workshops un

ie Chance der Stunde genutzt

ONELLEN BETREUUNG IN DER MFELD BERÄT FRANZISKA GEESE ALS OM UND DEREN ANGEHÖRIGE.

Pflegepreises 2015 aus- und später auch noch nsaward Phenomenon hich sehr.

tsmarkt als urologische n, braucht es Innovati- nden pflegerischen Be- nten mit einem Prosta- ngehörige beschritt die logie vor zweieinhalb tgleich mit der Zertifi- Prostatakrebszentrums gungsmodell ermöglicht tientenbedürfnisse und n und gilt in Fachkreisen t eine gewisse Leucht- n: Wir können an Kon- rstellen, erhalten Einla- nd Vorträge oder geben Inputs bei internen Fortbildungen. Wir freuen uns immer, wenn Delegationen anderer Betriebe uns vor Ort besuchen und sich ein Bild von unserem Beratungsangebot machen wollen.

Ich habe mich quasi der Förderung der Männergesundheit verschrieben. Bei meiner täglichen Arbeit als APN erhebe ich systematisch den Unterstützungsbedarf meiner Patienten und deren Angehörigen. Ich biete ihnen gezielt Beratungen zum Umgang mit den Auswirkungen von Krankheit und Therapie und wir besprechen Themen wie Inkontinenz, erektile Dysfunktion, Abgeschlagenheit, Stress, Unsicherheit, Angst und Paarkommunikation. Mein Ziel ist es, sie bei ihren krankheitsbedingten Herausforderungen zu unterstützen und sie hinsichtlich der Veränderungen, mit welchen sie konfrontiert sind, kompetent zu beraten.

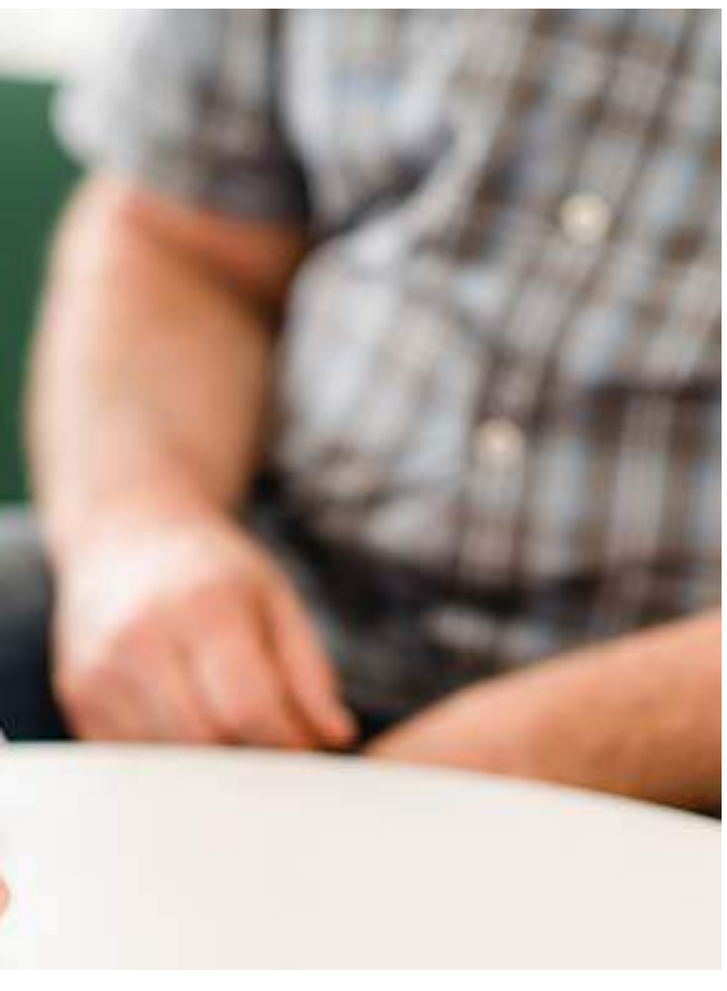
Aktuell überprüfen wir unser Angebot, indem wir mit Patienten und Angehörigen, welche es schon kennen, Interviews für eine qualitative Studie durchführen. Ziel ist es herauszufinden, ob die beratenen Patienten und Angehörigen ihren Bedürfnissen entsprechend unterstützt wurden. Der Schwerpunkt liegt dabei auf deren Erlebenswelt in Bezug auf die Erkrankung Prostatakrebs. Durch die Studie möchten wir diese Patientengruppe noch besser verstehen, um das Beratungsangebot bedürfnisorientiert und patientenzentriert auszubauen – so wie es das Bundesamt für Gesundheit in seiner Strategie «Gesundheit2020» fordert.

Mit meinen 29 Jahren gehöre ich zur jüngeren Generation, die als APN tätig ist. Mir war schon seit dem Bachelor-Studium Pflege bewusst, dass ich in einer beratenden Funktion tätig sein möchte. Das Wissen, welches ich während des Bachelor- und Master-Studiengangs «Beratung & Anleitung und ihren Angehörigen» derung, Prävention und heit» erworben habe, ka als Grundstein nutzen. S bringt mir die interdiszipli Psychoonkologie der Kre sel, die ich im Sommer a benötige diese interprofes um die Patienten und An gen und unterstützen zu einem weitreichenden W heitsbild Prostatakarzinom auch fundierte Kenntnisse schlechterspezifisches Soz Umgang mit intimen und innerhalb einer Partnersch mir diese Weiterbildung a Reflexionsprozess zu för

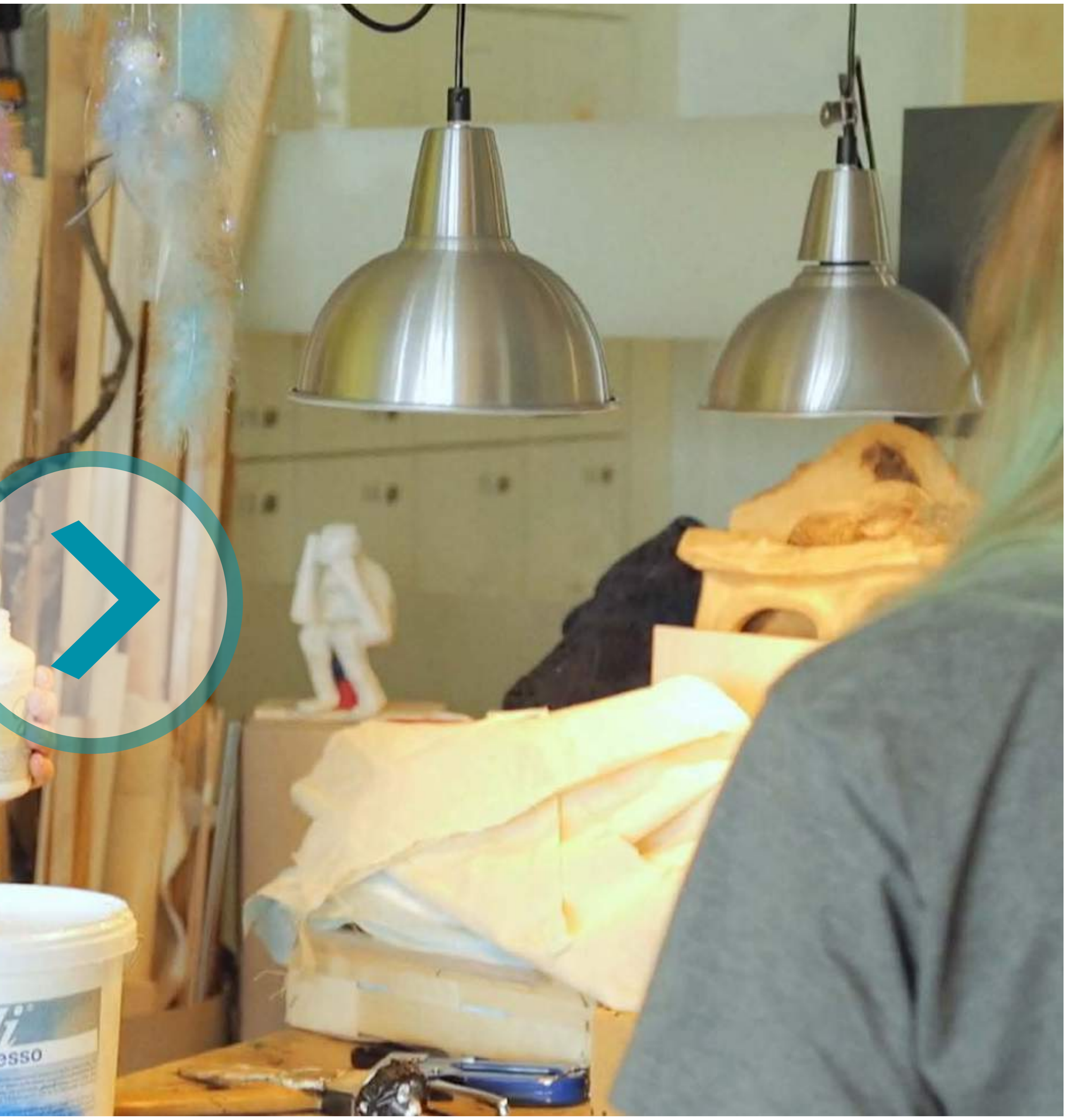
VERGRÖSSERN

mit den Schwerpunkten von chronisch Kranken und «Gesundheitsförpsychosoziale Gesundnn ich als APN täglich pezifisches Know-how näre Weiterbildung für bsliga, Universität Babschliessen werde: Ich ssionelle Weiterbildung, ngehörigen gut auffankönnen. Denn neben Vissen über das Krankn fordert meine Position e über Rollenbilder, gezialverhalten sowie den d persönlichen Themen haft. Nicht zuletzt hilft uch dabei, den eigenen dern und selber noch besser auf meine Beratungsfunktion vorbereitet zu sein. Ein gesundes Verhältnis von Nähe und Distanz ist hier von grosser Bedeutung für die Selbstpflege, zumal einem die Patientenschicksale doch nahe gehen.

Im Sinne der Universitätsklinik für Urologie stelle ich mir im Rahmen meiner Tätigkeit auch die Frage, ob ein Ausbau des Beratungsangebotes auf weitere Männerkrebskrankheiten erfolgen sollte. In der Praxis begegne ich immer wieder neuen interessanten Fragestellungen – und damit neuen Optionen, Patienten und Angehörige in ihrer Krankengeschichte besser zu unterstützen.» ■



EIN SCH



HULTAG IM KINDERSPITAL MIT CORINNE STUCKI UND BARBARA MONTEIRO

ADIPOSITASZENTRUM

Interdisziplinäre bringt langfristig krankhaftem Üb

Behandlung

ge Erfolge bei

bergewicht

In den Industrienationen nehm
und Adipositas seit den letzten
ein Drittel der Weltbevölkerun
(Body-Mass-Index BMI > 25 k
(BMI > 30 kg / m²). Davon sind
morbid adipös (BMI > 35 kg / m

nen Übergewicht

30 Jahren zu: Über
g ist übergewichtig
g/m²) oder adipös
sechs Prozent
n²).

Adipositas stellt ein zunehmendes Gesundheitsproblem dar, gilt als Risikofaktor für chronische Erkrankungen und wird mit einigen sehr häufig vorkommenden, oft als Zivilisationskrankheiten angesehenen *Begleiterkrankungen* assoziiert. Die Folgen von Übergewicht und vor allem von Adipositas sind gravierend; das Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen, Zuckerkrankheit, Bluthochdruck, Leberverfettung, Schlafapnoe-Syndrom, bestimmte Krebsleiden und Erkrankungen des Bewegungsapparats steigen: Bei einem BMI von über 30 kg / m^2 ist das Diabetesrisiko 10 x erhöht, das Herzinfarktrisiko 3 x und das Sterberisiko 1,5 x grösser als bei einem BMI von 22 kg / m^2. Studien haben zudem gezeigt, dass entsprechende Gewichtsreduktion die Zuckerkrankheit, den Bluthochdruck, zu hohen Cholesterinspiegel usw. oft vollständig heilen kann.

Zur Klassifizierung des Üb
tage neben der Messun
der *Body-Mass-Index* die
tete Messmethode, wob
effektiven Fettverteilung
sen Teil das mit dem Üb
Gesundheitsrisiko bestimm
werden.

Am universitären Adiposit
Übergewicht und Adiposit
(d. h. nicht operativen) un
ventionellen Therapien (d
nahmen) behandelt. In d
gruppieren sich die Spezia
– und nicht umgekehrt. D
Behandlungen werden im
Inselspitals von Teams der

bergewichts ist heutzu-
g des Bauchumfanges
e am weitesten verbrei-
ei beide Verfahren der
g, die zu einem gros-
ergewicht verbundene
nt, nur teilweise gerecht

aszentrum Bern werden
as mittels konservativen
d / oder neuesten inter-
. h. chirurgischen Mass-
lieser Zentrumsmedizin
alisten um die Patienten
ie Untersuchungen und
Bauchzentrum Bern des
r Endokrinologie (Ober-

arzt Endokrinologie: PD. Dr. med. Markus Laimer) und der Viszeralchirurgie (Leiter bariatrische und metabolische Chirurgie: Dr. med. Philipp C. Nett) durchgeführt: Ein interdisziplinäres und multiprofessionelles Team mit jahrelanger Erfahrung auf den Gebieten Viszerale Chirurgie, Gastroenterologie, Endokrinologie, Radiologie und Ernährungsberatung arbeitet Hand in Hand.

REPORTAGE ADIPOSITASZENTRUM

BERATUNG, VORUNTERSU

UCHUNGEN UND OP-VORBEREITUNG IM BAUCHZENTRUM DES INSELSPITALS

Kinder werden im Adipositaszentrum eigens vom Team Pädiatrie unter der Leitung von Dr. med. Marco Janner (Oberarzt pädiatrische Endokrinologie) betreut.

Vor jeder konservativen Behandlung zur nachhaltigen Gewichtsreduktion steht die medizinische Abklärung über die Ursachen der Adipositas im Vordergrund: Stoffwechselerkrankungen wie die Unterfunktion der Schilddrüse (Hypothyreose) oder eine Störung des Cortisonhaushaltes (Cushing-Syndrom) sowie psychische Erkrankungen, die zu Übergewicht führen können, müssen dabei erkannt und behandelt werden. Und nur wenn eine lebenslange und konsequente *Umstellung der Ernährungs- und Lebensgewohnheiten* (z. B. mehr Bewegung und Sport) des Patienten erreicht wird, können Übergewicht und Adipositas erfolgreich behandelt werden.

Ist eine mindestens zwei Ja
konservative Therapie zur
folglos geblieben, kann de
lige bariatrische Operation
bei morbidem Übergewic
oft letzte Möglichkeit. Die
geschehen, wenn der Pati
handlung motiviert ist und
näres Team aus Interniste
Psychologen / Psychiatern
damit verbundenen Lang
mögliche Folgen beraten
Operationen werden dabe
geführt und umfassen als
Schlauchmagen sowie de
tere Operation schränkt m
mengeneinnahme ein, s
nahme von Nährstoffen

BILDERGALERIE

ahre lang durchgeführte
Gewichtsreduktion er-
er Patient für eine allfäl-
n evaluiert werden, eine
cht (BMI > 35 kg / m²)
es soll jedoch nur dann
ient für eine solche Be-
d durch ein interdiszipli-
n, Ernährungsberatern,
und Chirurgen über die
zeitperspektiven sowie
werden kann.

ei laparoskopisch durch-
häufigste Eingriffe den
en Magenbypass. Letz-
nicht nur die Nahrungs-
ondern auch die Auf-
durch den Darm. Auch

nach dem Eingriff werden die Patienten weiter betreut: In Absprache mit dem Hausarzt kümmert sich das Zentrum um das anschliessend notwendige Nachsorgeprogramm. ■

PATIENTENGESCHICHTE

Lesen Sie die Erfolgsgeschichte
von Karin Weber Klossner, Patientin
und Mitarbeiterin im Inselspital

WEBSITE ADIPOSITASZENTRUM

Die gängigsten chirurgischen Eingriffe

Bauchzentrum
P22

WELCHE BEGLEITERKRANKUNGEN SIND MIT ÜBERGEWICHT ASSOZIIERT?

Bluthochdruck (arterielle Hypertonie)

Die unbehandelte Hypertonie und die damit verbundene Koronarsklerose sind bei übergewichtigen Patienten häufig. Weil mit jedem Kilogramm Gewichtsverlust auch der Blutdruck sinkt, gehört die Gewichtsreduktion zur Basistherapie der arteriellen Hypertonie. Etwa 40 % aller Fälle der koronaren Herzerkrankungen sind auf einen erhöhten BMI zurückzuführen und somit auch mehrheitlich vermeidbar.

Schlaganfall (Apoplex)

Übergewicht ist ein Hauptrisiko für den Schlaganfall. Grössere Fettansammlungen im Bauch- und Hüftbereich erhöhen das Schlaganfallrisiko sogar schon bei leichtem Übergewicht.

Schlafapnoe-Syndrom

Menschen, die an kurzzeitigem Atemstillstand während des Schlafs leiden, haben oftmals einen BMI von über 35 kg / m^2. Die einzige erfolgsversprechende Behandlung des Schlafapnoe-Syndroms ist die nachhaltige Gewichtsreduktion.

Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)

Das Übergewicht ist ein Risikofaktor für den Typ-2-Diabetes-mellitus. Eine Gewichtszunahme bei Erwachsenen von mehr als fünf Kilogramm innerhalb weniger Jahre bringt ein deutliches Diabetesrisiko mit sich. Fast 80 % aller Typ-2-Diabetiker sind übergewichtig.

Leberverfettung (Lebersteatose)

Die Verfettung der Leber mit Etablierung einer Leberfibrose bis und mit -zirrhose kann fortschreitende Lebersynthesestörungen verursachen.

Arthrose

Übergewicht begünstigt einerseits die Entstehung abnutzungsbedingter Gelenkveränderungen, andererseits kann eine Arthrose durch die Einschränkung der körperlichen Betätigung eine bereits schon bestehende Adipositas akzentuieren.

Bösartige Tumoren (Malignome)

Adipositas erhöht das Risiko für bestimmte bösartige Erkrankungen. Dazu gehören das Kolon- und Prostatakarzinom sowie auch der Gebärmutterkrebs.

Erkrankungen während der Schwangerschaft und Geburt

Während einer Schwangerschaft ist das Risiko übergewichtiger Frauen, an Schwangerschaftsdiabetes, Bluthochdruck, Harnwegsinfektionen oder Venenthrombosen zu erkranken, wesentlich erhöht.

BODY-MASS-INDEX

Der Body-Mass-Index (BMI) ist eine Masszahl für die Beurteil
gewichtes. Er wird berechnet aus dem Gewicht (in Kilogramm)
die Körpergrösse (in Meter) im Quadrat.

Beispiel: 90 kg : (1.65 m x 1.65 m) = BMI 33 kg/m²

Die Formel ist nur ein Richtwert, weil weder Statur und Gesch
sichtigt werden noch der Muskel- oder Fettanteil und der Kno
einberechnet sind. Die Bewertung erfolgt nach WHO-Norm u
nur für erwachsene Personen ab dem 18. Lebensjahr.

Gewichtsnormen

Normalgewicht: BMI zwischen 19 und 25 kg / m² für Frauen bz
20 bis 25 kg / m² für Männer

Übergewicht: BMI zwischen 25 und 30 kg / m²

Fettleibigkeit (Adipositas): BMI von mehr als 30 kg / m²

ung des Körper-
) dividiert durch

lecht berück-
chenbau
nd gilt hier

w.

EFFEKTIVE FETTVERTEILUNG

Eine Fettvermehrung im Bauchraum (Apfeltyp) kann weit gefä
Fettzunahme im Bereich der Hüften und der Oberschenkel (Bi
die dem Apfeltyp angehören, leiden häufiger an Bluthochdruc
krankheiten, Diabetes und Fettstoffwechselstörungen als Men
Fettverteilung in Birnenform.

Eine andere Berechnung der Körperfettverteilung wird bestimm
aus Taillen- und Hüftumfang, der bei Frauen den Wert von 0,8
von 1,0 nicht überschreiten soll. Höhere Werte können zu Adi
Begleiterkrankungen führen.

hrlicher sein als eine

rnentyp). Menschen,
k, koronaren Herz-
schen mit einer

mt aus dem Quotient
35 und bei Männern
positas-assoziierten

UMSTELLUNG DER ERNÄHRUNGS- UND LEBENSGEWOHNHEIT

Ziel der Ernährungsumstellung ist zunächst, das Verhältnis zw Energieverbrauch umzukehren. Zu einer solchen Behandlung g und regelmässige körperliche Aktivität. Der Energiegrundumsa Menschen ist verschieden hoch, dementsprechend muss auch angepasst werden. Wichtig ist dabei die Aufklärung des Patien einzelnen Nahrungsmittel. Zudem steht das Erlernen von gesu Die psychologische Betreuung der Patienten spielt eine ebenso Essen kann der Konfliktbewältigung oder dem Abbau von Frus sen dienen. Deswegen kann eine Verhaltenstherapie durch ein unterstützen.

Adipositas kommt familiär gehäuft vor. Dabei spielen erlernte (Beschäftigung der Kinder durch TV) und familiäre Fehlerernäh durch Süssigkeiten) eine wichtige Rolle bei der Adipositasentst Adipositasbehandlung sollte auch immer das familiäre Umfeld

TEN

ischen Energiezufuhr und
gehören eine Ernährungsberatung
atz in Ruhe eines jeden einzelnen
die Nahrungsaufnahme individuell
nten über die Energiedichte der
ndem Essverhalten im Vordergrund.
o wichtige Rolle. Das übermässige
strationen nach schlechten Erlebnis-
nen Psychologen die Behandlung

familiäre Verhaltensmuster
hrung (Beruhigung der Kinder
tehung. Eine konservative
miteinbeziehen.

Nach 23 Jahren wieder Spass am Kleiderkaufen

KARIN WEBER KLOSSNER (53), PATIENTIN UND ZUGLEICH MITARBEITENDE DES INSELSPITALS

Noch bis vor einigen Jahren wu
erst ab BMI 40 kg / m² als letzte
und war somit für Karin Weber
von knapp 35 kg / m² unerreich
ihr Leben eine neue Wende ge

War Karin Weber Klossner als junge Frau mit rund 45 Kilogramm
erreichte sie nach drei Schwangerschaften und einem tragischen
von 55 Kilogramm erst wieder dank einem Magenbypass. Die Jal
Diäten, körperlichen Beschwerden und psychischen Belastungen.

Wie hat die heute 53-jährige Mitarbeitende und zugleich Patient
erlebt? – Karin Weber Klossner gewährt Einblick in ihre Patienten

urde ein Magenbypass
e Möglichkeit geprüft
r Klossner mit einem BMI
nbar. Bis letzten Frühling
enommen hat.

zu leicht, um schwanger zu werden,
Todesfall in der Familie ihr Idealgewicht
hre dazwischen waren geprägt von
.

in des Inselspitals diese Veränderung
ngeschichte.

Einst mussten Sie zunehmen, um schwanger werden zu können, letztes Jahr erhielten Sie mit fast 90 Kilogramm Körpergewicht einen Magenbypass. – Was ist geschehen?

ANTWORT ANZEIGEN

Sie haben fast 23 Jahre Ihres Lebens als übergewichtige Frau gelebt. Inwiefern haben Sie unter dem Übergewicht gelitten?

ANTWORT ANZEIGEN

Warum haben Sie mit einem Magenbypass so lange gewartet?

ANTWORT ANZEIGEN

Zwischen Entscheid und effektiver Operation lagen drei Monate. Wie wurden Sie während dieser Zeit als Vorbereitung auf den Eingriff untersucht?

ANTWORT ANZEIGEN

Im Mai 2015 wurden Sie laparoskopisch operiert und wiegen heute wieder nur 55 Kilogramm. Wie hat sich seither Ihr Essverhalten, Ihr Leben verändert?

ANTWORT ANZEIGEN

PATIENTENGESCHICHTE

«Mit jeder meiner drei Schwangerschaften, ich bin Mutter zweier Söhne von 29 und 28 Jahren und einer Tochter von 22 Jahren, nahm ich etwas zu. Diese Kilos brachte ich nie mehr weg. Aber die massive Gewichtszunahme nahm ihren Ursprung mit einem äusserst tragischen Todesfall in der Familie. Aufgrund des schrecklichen Ereignisses wurde ich zum Frustesser.»

Einst mussten Sie zunehmen, um schwanger werden zu können, letztes Jahr erhielten Sie mit fast 90 Kilogramm Körpergewicht einen Magenbypass. – Was ist geschehen?

ANTWORT ANZEIGEN

Sie haben fast 23 Jahre Ihres Lebens als übergewichtige Frau gelebt. Inwiefern haben Sie unter dem Übergewicht gelitten?

ANTWORT ANZEIGEN

Warum haben Sie mit einem Magenbypass so lange gewartet?

ANTWORT ANZEIGEN

Zwischen Entscheid und effektiver Operation lagen drei Monate. Wie wurden Sie während dieser Zeit als Vorbereitung auf den Eingriff untersucht?

ANTWORT ANZEIGEN

Im Mai 2015 wurden Sie laparoskopisch operiert und wiegen heute wieder nur 55 Kilogramm. Wie hat sich seither Ihr Essverhalten, Ihr Leben verändert?

ANTWORT ANZEIGEN

PATIENTENGESCHICHTE

«Einerseits psychisch: Ich sah mein Selbstvertrauen dahinschwinden und fühlte mich gegenüber meiner Familie und meinen Freundinnen – besonders beim gemeinsamen Kleiderkaufen – als Versagerin. Vor allem auch, weil ich unzählige Diäten machte und eigentlich nur noch vom Dicksein sprach, das mit den Jahren niemand mehr hören mochte. Aber ich litt auch gesundheitlich stark unter den zu vielen Kilos: Ich hatte Gelenk- und Rückenschmerzen, litt unter zu hohem Blutdruck und einer Fettleber. Zudem verstärkte sich auf-grund des Übergewichts auch mein Rheuma.»

Einst mussten Sie zunehmen, um schwanger werden zu können, letztes Jahr erhielten Sie mit fast 90 Kilogramm Körpergewicht einen Magenbypass. – Was ist geschehen?

ANTWORT ANZEIGEN

Sie haben fast 23 Jahre Ihres Lebens als übergewichtige Frau gelebt. Inwiefern haben Sie unter dem Übergewicht gelitten?

ANTWORT ANZEIGEN

Warum haben Sie mit einem Magenbypass so lange gewartet?

ANTWORT ANZEIGEN

Zwischen Entscheid und effektiver Operation lagen drei Monate. Wie wurden Sie während dieser Zeit als Vorbereitung auf den Eingriff untersucht?

ANTWORT ANZEIGEN

Im Mai 2015 wurden Sie laparoskopisch operiert und wiegen heute wieder nur 55 Kilogramm. Wie hat sich seither Ihr Essverhalten, Ihr Leben verändert?

ANTWORT ANZEIGEN

PATIENTENGESCHICHTE

«Bis vor einigen Jahren brauchte es für einen Bypass einen BMI von 41 kg/m². So war ich mit einem BMI von 35 kg/m² auf 158 cm Körpergrösse zwar zu schwer, aber für einen chirurgischen Eingriff dennoch zu leicht. Erst als diese Richtlinien gesenkt wurden, konnte ich mich einem bariatrisch-chirurgischen Eingriff unterziehen.»

Einst mussten Sie zunehmen, um schwanger werden zu können, letztes Jahr erhielten Sie mit fast 90 Kilogramm Körpergewicht einen Magenbypass. – Was ist geschehen?

ANTWORT ANZEIGEN

Sie haben fast 23 Jahre Ihres Lebens als übergewichtige Frau gelebt. Inwiefern haben Sie unter dem Übergewicht gelitten?

ANTWORT ANZEIGEN

Warum haben Sie mit einem Magenbypass so lange gewartet?

ANTWORT ANZEIGEN

Zwischen Entscheid und effektiver Operation lagen drei Monate. Wie wurden Sie während dieser Zeit als Vorbereitung auf den Eingriff untersucht?

ANTWORT ANZEIGEN

Im Mai 2015 wurden Sie laparoskopisch operiert und wiegen heute wieder nur 55 Kilogramm. Wie hat sich seither Ihr Essverhalten, Ihr Leben verändert?

ANTWORT ANZEIGEN

PATIENTENGESCHICHTE

«Die drei Monate braucht es, um alle Voruntersuchungen wie EKG, Lungenfunktionstest, Blutuntersuchungen, Ultraschall durchzuführen. Zudem testet ein Psychiater allfällige Bedenken. – Ich war mir jedoch von Anfang an sicher, dass ich den Eingriff wagen will.»

Einst mussten Sie zunehmen, um schwanger werden zu können, letztes Jahr erhielten Sie mit fast 90 Kilogramm Körpergewicht einen Magenbypass. – Was ist geschehen?

ANTWORT ANZEIGEN

Sie haben fast 23 Jahre Ihres Lebens als übergewichtige Frau gelebt. Inwiefern haben Sie unter dem Übergewicht gelitten?

ANTWORT ANZEIGEN

Warum haben Sie mit einem Magenbypass so lange gewartet?

ANTWORT ANZEIGEN

Zwischen Entscheid und effektiver Operation lagen drei Monate. Wie wurden Sie während dieser Zeit als Vorbereitung auf den Eingriff untersucht?

ANTWORT ANZEIGEN

Im Mai 2015 wurden Sie laparoskopisch operiert und wiegen heute wieder nur 55 Kilogramm. Wie hat sich seither Ihr Essverhalten, Ihr Leben verändert?

ANTWORT ANZEIGEN

PATIENTENGESCHICHTE

«Heute esse ich nicht mehr aus Frust, sondern aus Lust, wenn auch nur noch rund ein Viertel einer Portion, da ich kaum mehr Hunger spüre. Aber ich kann alles essen, mit Ausnahme von gewissen Gemüsen und Früchten wegen einer seit Jahren bestehenden Fruktose-Intoleranz. Mir geht es heute trotz B12-Mangel und einer gewissen Müdigkeit sehr gut. – Und was mich besonders freut: Ich kann mit meiner Tochter oder meinen Freundinnen wieder unbeschwert Kleider anprobieren und fühle mich als Teil von ihnen.»

DAS SPITAL NEU ORGANISIEREN

Masterplan und ein Zusammensp

Nachhaltigkeit: viel

Durch Neubauten und Sanieru
ein Spital mit medizinischen Ze
das Intensiv-, Notfall- und Op
(INO) als Herzstück des Areals
die Patientenwege verkürzt un
auf dem Areal erleichtert. Gleic
der Masterplan Ziele, Leitideer
für die Nachhaltigkeit vor.

ngen entsteht
entren rund um
perationszentrum
. So werden
d die Orientierung
chzeitig sieht
n und Regeln

Seit rund 130 Jahren ist die Kreuzmatte im Stadtteil III die Heimat des Inselspitals; auf ihr sind im Laufe dieser Zeit immer wieder neue Gebäude erstellt worden, um dem Wachstum des Spitals und den Entwicklungen der Medizin gerecht zu werden. Mit den Einzelgebäuden wie dem Bettenhochhaus oder der Kinderklinik ging leider auch die ursprüngliche Ordnung der Pavillonanlage verloren. Der anstehende Erneuerungsbedarf vieler Gebäude, die Raumknappheit und die durch die vereinzelten Bauten erschwerten Patientenprozesse lösten eine vertiefte Planung aus, die als Resultat zum Masterplan 2060 für das Inselspital führte. Dieser bildet die Grundlage für die neue Überbauungsordnung Insel Areal III, welche von der Berner Stimmbevölkerung an der Gemeindeabstimmung vom 8. März 2015 mit einem Ja-Stimmenanteil von 86,6 Prozent gutgeheissen wurde.

1100 Meter legt der Durchschnittspatient bei seiner Behandlung im Inselspital auf dem Spitalareal zurück – ein viel zu langer Weg, der unnötig Zeit verschlingt und K
Masterplan schafft Abhilf
zentralen Anlaufstellen v
leichter orientieren könne
Ziel gelangen. Dank kürz
Diagnose, Therapie und
Grundsatz umgesetzt we
geben sich zu den Patient
Mitarbeitende in den Zent
vernetzen und Fachkräft
arbeiten.

Masterplan fördert Ökol
Zusammenarbeit

Dabei setzt sich der Ma
1. März 2016 in Kraft g
ordnung Insel Areal III a
nen auch mit Nachhaltig
Erfordernissen auseinand
ordnung verlangt, dass n
der nicht bebauten Fläch
resp. gestaltet wird. Eine

BILDERGALERIE

Kosten verursacht. Der
fe. Dank den geplanten
werden sich Patienten
en und effizienter zum
zeren Wegen zwischen
Pflege kann folgender
erden: Spezialisten be-
ten – nicht umgekehrt.
tren können sich besser
e optimal zusammen-

ogie und

asterplan und die am
esetzte Überbauungs-
uf verschiedenen Ebe-
gkeit und ökologischen
er: Die Überbauungs-
mindestens 15 Prozent
ne naturnah bepflanzt
en grossen Teil davon

macht der geschützte Engländerhubel aus wie auch die verschiedenen Pocket-Parks rund um die Gebäude. Und durch das Konzept der Dreifelderwirtschaft wird das Insel Areal immer über eine nicht bebaute Fläche (Brache) verfügen.

VIDEO-STATEMENT
HANSJÖRG EGGIMANN,
LEITER STRATEGISCHE PLANUNG

HANSJÖRG EGGIMANN ÜBER DIE NACHHALTIGKEIT DES MASTERPLANS

Zur gelebten Ökologie tragen auch Mauersegler bei: Bis heute beherbergt das Areal des Inselspitals am Gebäude Polikliniktrakt 2 für diese Vogelart Brutkästen. Und wenn dieses Gebäude 2017 verschwindet, setzen wir alles daran, dass die Mauersegler bei uns bleiben. In einer ersten Phase werden die Nistkästen an die Fassade des Dermatologie-Gebäudes verlegt, um dann längerfristig am Loryhaus und Anna Seiler Haus ihren festen Platz zu finden. Weiter sorgt das durch die Überbauungsordnung vorgegebene Strassennetz dafür, dass die Infrastruktur (Kanalisations-, Wasser-, Fernwärme- und Elektroleitungen) in unterirdischen zugänglichen Kanälen geführt wird. So müssen die Strassenräume bei Anpassungen nur noch gering durch Bauarbeiten belastet werden.

Umweltfreundliches und nachhaltiges Bauen ist unser Anspruch. Um Ressourcen zu schonen und diese im Bau effizient
Insel Gruppe die Einhaltu
rien, sodass auch ein spar
liches Betreiben der Geb
Weiter sollen die eingese
Güter unter sozial fairen B
worden sein. Besonderes
derung zugeteilt, dass in
und kulturelle Interaktion
Die Orientierung und d
der Menschen sowie de
ander sollen ohne Hinde
Gebäude müssen das W
schen fördern, die Gesun
Sicherheit gewährleisten.
guter Lichteinfall in aller
ein Muss. Behaglichkeit k
unterstützt den Heilungs
und leistet einen Beitrag
Mitarbeitenden. ■

t einzusetzen, gilt in der
ung ökologischer Krite-
rsames und wirtschaft-
äude ermöglicht wird.
etzten Materialien und
edingungen hergestellt
Gewicht wird der For-
den Gebäuden soziale
en stattfinden können:
ie direkte Begegnung
r Austausch unterein-
ernisse stattfinden; die
ohlbefinden der Men-
dheit schonen und die
. So ist beispielsweise
n Kernarbeitsbereichen
ommt allen zugute: Sie
sprozess der Patienten
zur Zufriedenheit der

Schweizerisc

Umweltfreundlich und gesund

Zusätzlich zum Masterplan hat die Geschäftslei-
tung entschieden, dass für Neubauten die bran-
chenüblichen Standards wie die ECO-BKP-Merk-
blätter und Minergie-Standards genutzt werden
müssen, was mit dem Generalplaner für den Bau-
bereich 12 vertraglich festgelegt worden ist (Zer-
tifizierung Minergie-P-Eco). Die Überbauungs-
ordnung Insel Areal verlangt, dass die Gebäude
auf dem Areal mit Fernwärme beheizt werden.
Im Baubereich 12 wird ein sehr energieeffizien-
tes Gebäude entstehen, das Strom ausschliess-
lich aus erneuerbarer Quelle beziehen wird. Der
Energie- und Medienbedarf des Neubaus wird
vollständig in das Arealkonzept Insel integriert,
dadurch werden höchste Wirkungsgrade bei
optimalen Redundanzen ermöglicht.

Ein Bau des Universitätsspitals mit hochtech-
nologischen Installationen der Spitzenmedizin

stellt komplexe Anforderu
und deren Energie- und M
mal das Gebäude im Bau
schiedliche Funktionen zu
eine Einstellhalle für Aut
Ambulatorien, Diagnosti
reiche, Bettenstationen u
muss die Nutzungsflexib
Umbauten) für die sich st
de Medizin gewährleistet
Initiative des Inselspitals zu
fizierungsstelle Minergie e
P-Eco-Standard für komp
beitet, der künftig auch
der Schweiz eingesetzt w

Die im Bau verwendete
grundsätzlich mit den En
bau abgestimmt, mit der
liche Werkstoffe einzuset
Innenraumklima zu gener

Neubau Baubereich 12: hes Herz- und Gefässzentrum und Zentren der Fachkliniken

ungen an die Gebäude Medienversorgung, zu-bereich 12 sehr unter-u beherbergen hat wie os, Empfangsbereiche, k- und Operationsbe- und Büroräume. Auch bilität (Umnutzungen, tetig weiterentwickeln- sein. Deshalb wird auf usammen mit der Zerti- ein spezieller Minergie- lexe Spitalbauten erar- für andere Projekte in erden soll.

n Materialien werden mpfehlungen von eco- m Ziel, umweltfreund- tzen und ein gesundes rieren. ■

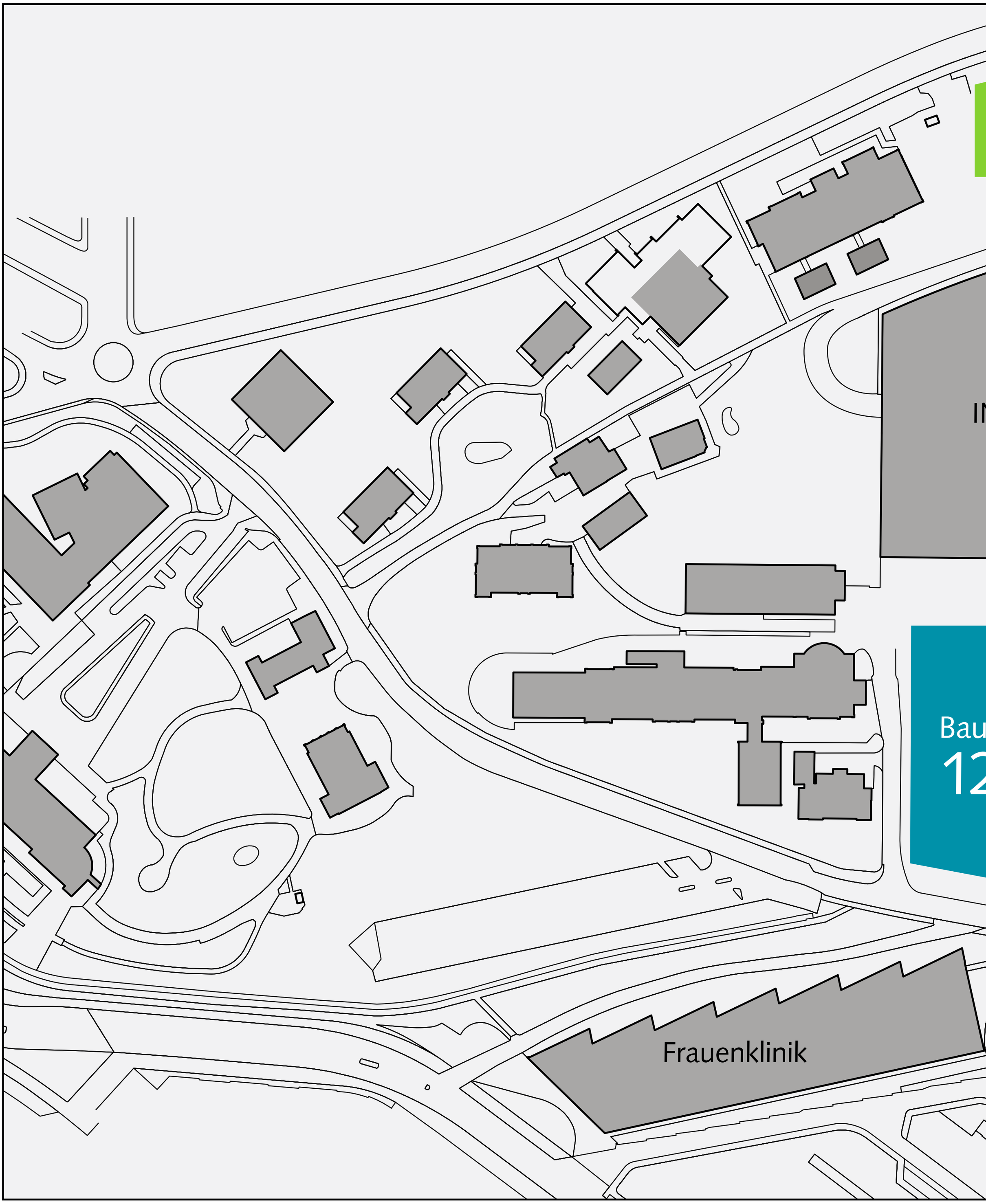
VIDEO-STATEMENT
MARGRIT KILCHENMANN,
LEITERIN FACHSTELLE ÖKOLOGIE

ÜBERSICHTSPLAN

DETAILS
BAUBEREICH 12

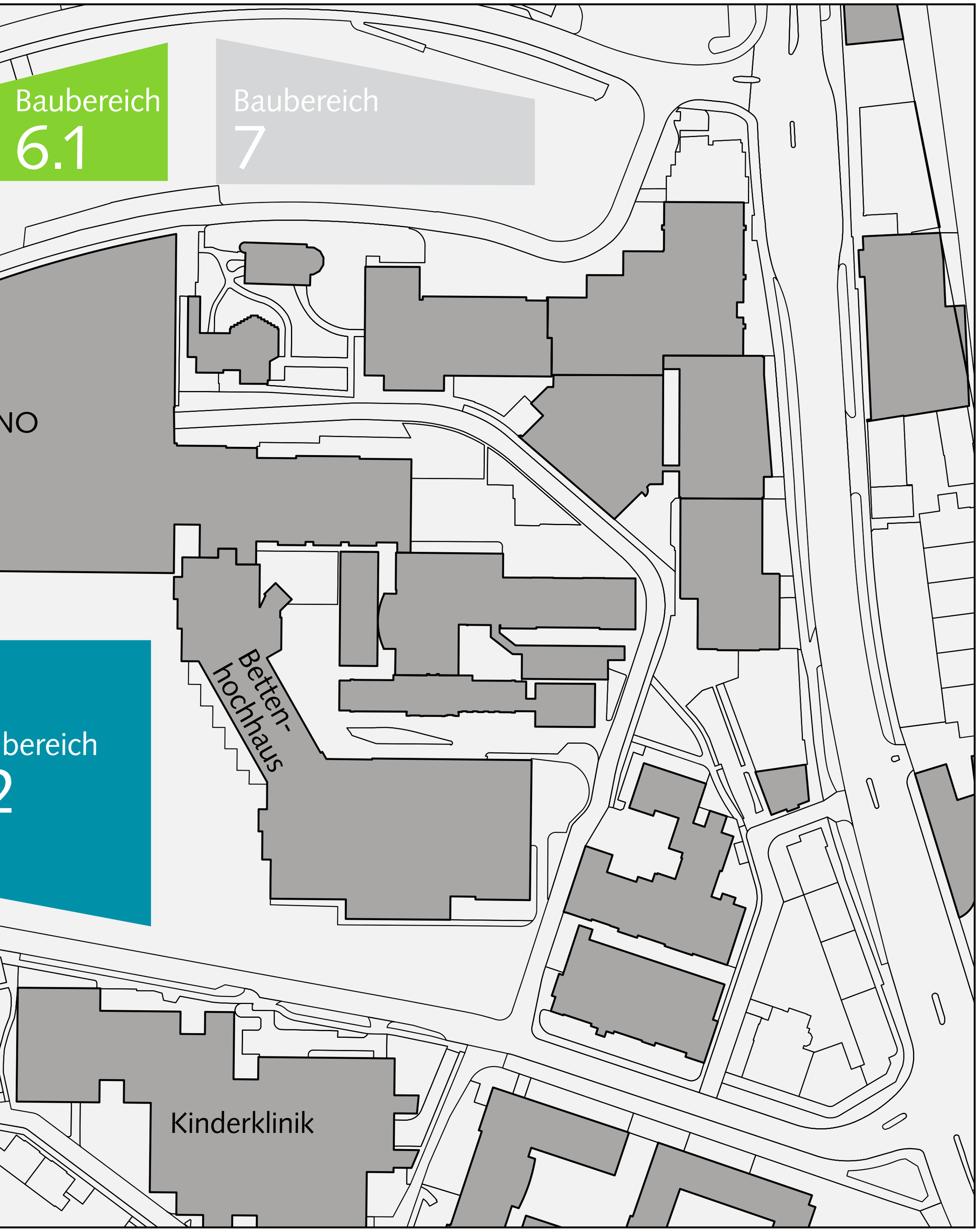
MARGRIT KILCHENMANN ÜBER ÖKOLOGISCHES BAUEN

Übersichtsplan



Neubau Baubereich 6.1: Organ- und Tumorzentrum; Vornutzung Frauen

Neubau Baubereich 12: Schweizerisches Herz- und Gefässzentrum und



nklinik

Zentren der Fachkliniken

Flexibilität – die grosse Herausforderung

Im Jahr 2015 erfolgte der Baustart für das neue Organ- und Tumorzentrum auf dem Baubereich 6.1. Das Gebäude ist für zwei unterschiedliche Nutzungen ausgelegt und wird in zwei Etappen realisiert:

Die erste Etappe umfasst die Geschosse U1 bis G. Im 1. Quartal 2018 wird die Frauenklinik den Betrieb in diesem neuen Gebäude aufnehmen, damit die bestehende Frauenklinik instandgesetzt werden kann. Die anstehende Sanierung der Frauenklinik verursacht einen hohen Zeitdruck für diese erste Bauetappe «Vornutzung Frauenklinik».

Nach dem Auszug der Frauenklinik erfolgen in der zweiten Bauetappe (2019–2020) die Aufstockung des Gebäudes (Geschosse H-L) sowie geringfügige bauliche Anpassungen für den Betrieb des Organ- und Tumorzentrums.

Das Bauwerk Organ- und Tumorzentrum im Baubereich 6.1 ist sehr nachhaltig geplant und basiert auf dem gut modellierten Masterplan:

Es vermag die zwei unte
gen nacheinander bei m
tung anzubieten. Diese L
Gruppe optimal, da so ke
Frauenklink erstellt werde
nender, nachhaltiger Umg
rialien garantiert wird. Es
terplan-Ziel, die Ressource
einzusetzen. Zudem werd
nach Minergie-Eco-Stand
gelten die Kriterien der 20
für den Energiehaushalt u

VIDEO-STATEM
KURT WEIBEL,
GESAMTPROJEK

Neubau Baubereich 6.1: Organ- und Tumorzentrum; Vornutzung Frauenklinik

erschiedlichen Nutzun-
inimaler Wertvernich-
Lösung ist für die Insel
ein Provisorium für die
en muss und ein scho-
gang mit den Baumate-
s entspricht dem Mas-
en effektiv und effizient
den beide Bauzustände
dard realisiert, und es
000-Watt-Gesellschaft
und die Mobilität. ■

Die *2000-Watt-Gesellschaft* ist ein energiepolitisches Modell, das im Rahmen des Programms Novatlantis an der Eidgenössischen Technischen Hochschule Zürich entwickelt wurde. Gemäss dieser Vision sollte der Energiebedarf jedes Erdenbewohners einer durchschnittlichen Leistung von 2000 Watt entsprechen.

ENT

TLEITER BAUBEREICH 6.1

ÜBERSICHTSPLAN

DETAILS
BAUBEREICH 6.1

KU

URT WEIBEL ÜBER DIE FLEXIBLE NUTZUNG DES NEUBAUS IM BAUBEREICH 6.1

Auf Kies gebaut: Facts & Figures zum Aushub Bauberei

Die Baugrube für das Organ- und Tumorzentrum umfasst eine Fläche von und ist rund 16–20 Meter tief. Das entspricht einem Volumen von ca. 60 Während der Planung ist aus den Daten der Sondierungsbohrungen ein geo modell erstellt worden. Die Erkenntnis über die Beschaffenheit und die Stru Das Inselspital steht auf einer Kiesgrube.

Der Kies als wichtiger Rohstoff muss für die Wiederverwertung schichtwe werden. Mit der guten Aushub- und Transportplanung basierend auf dem werden sowohl ökologische wie auch ökonomische Ziele verfolgt. Das Ma der Baugrube zu einer naheliegenden Strassenbaustelle für die Kofferung, baustelle zur Hinterfüllung oder in ein Betonwerk für die Betonproduktion material kann ohne zusätzliche Sortierprozesse und Zusatztransporte verw

Die Beschaffenheit der Baugrube stellt besondere Anforderungen für die S grubenwände. Für die Verankerungen sind zwei Verfahren angewendet wo gesetzten Ankern (Bohrpfahlwand) und Nageln mit dem Auftragen von Ze Die horizontalen Verformungen der Baugrubenabschlüsse (Pfahlwand und mittels Geomonitoring und Inklinometermessungen überwacht, zudem we am Intensiv-, Notfall- und Operationszentrum (INO) gemacht.

Das Wasser aus der Baugrube darf nicht direkt in Gewässer oder die Kana werden. Es wird zuerst auf den pH-Wert geprüft und gegebenenfalls neut die Trübung kontrolliert werden und erst nachdem sich die festen Teilchen teilchen) gesetzt haben, darf das Wasser der Kanalisation zugeführt werd

Als weitere Massnahme für den Umweltschutz müssen alle Maschinen au mit einem Partikelfilter ausgerüstet sein. Und für die Maschinen wird ein bares Maschinenöl eingesetzt.

ch 6.1

60 x 60 Metern
Einfamilienhäusern.
ologisches Boden-
uktur des Baugrundes:

eises abgetragen
Baugrundmodell
aterial wird direkt ab
zu einer Hochbau-
n geführt. Das Boden-
vertet werden.

Sicherung der Bau-
orden: Pfählen mit
ement (Nagelwand).
d Nagelwand) werden
erden Messungen
alisation eingeleitet
tralisiert. Weiter muss
n (inkl. Schwebe-
en.

uf der Baustelle
biologisch abbau-

GRANTS

Drittmittelbesch

in der Forschung

affung

Oft stellt man sich als Laie vor,
den ganzen Tag im Labor und
Erfindungen. Doch weit gefehl
ihrer Zeit verbringen Wissensch
beschaffen. Universitäten zahle
Teil der Forschung. Um das me
sich die Forschenden selbst ber

ein Forschender steht
tüftelt an neuen
t – einen Grossteil
haft damit, Geld zu
en nur einen kleinen
eiste Geld müssen
mühen.

Reagenzgläser, Pipetten, Untersuchungsapparate, das Gehalt für technische Assistenten, Biologen, Informatiker oder Mediziner, das Futter für Labormäuse – für all das und noch viel mehr brauchen Forschende Geld. Doch woher nehmen und nicht stehlen?

«Die Universitäten bezahlen eine gewisse Infrastruktur wie Räume und Geräte und oft auch ein paar Stellen. Geld, das über diesen Grundbedarf hinausgeht, muss kompetitiv eingeworben werden. In der Regel werden Doktoranden und Postdocs damit finanziert», sagt Dr. Danielle Krebs, Leiterin Weiterentwicklung der Direktion Lehre und Forschung im Inselspital. Dieses Geld, was von «dritter Stelle», also ausserhalb der Beziehung Forscher – Universität stammt, wird «Drittmittel» genannt, auf Englisch *grant*. Die Drittmittel können dabei von der Europäischen Union (EU) wie beim Projekt von *Prof. Nicolas Rodondi* stammen, vom Schweizerischen Nationalfonds (SNF) wie bei den Projekten von *Prof. Thomas Geiser* und *Prof. Claudio Bassetti*, von der Deutschen Forschungsgemeinschaft, den National Institutes of Health in den USA oder von Stiftungen und Organisationen wie der Krebsliga.

Wenn man sich für einen Geldgeber entschieden hat, fängt die langwierige Arbeit an: Antragsdokumente herunterladen, ausfüllen, Antragsdokumente bereitstellen und hochladen. «Als Forscher nimmt man in Kauf», sagt Thomas G… schäftigt sich ja die ganz… ma, das einen total inte… gehören Anschreiben, Z… schreibung des Projektes, … den, wie viel Geld man b… man das Projekt fertigst… lauf, Publikationsliste und… ein Empfehlungsschreiben… ist ohne Begleitdokumen… 200 Seiten lang, im Schnit… der Forscher nach woche… Schreiben alles hochgela… den» geklickt hat, geht … Wird mein Antrag angen…

Für die Beurteilung der A… der Geldgeber klare Krite… lein, dass das Projekt wis… ist», sagt Alan Knaus aus… abteilung des SNF. Das be… Antragsteller in dem Geb… und sich gut auskennt. Zw… wissenschaftlich bedeutsa… ist. Drittens müssen sich … und das Ganze machbar…

alle erforderlichen Do-
d natürlich das Schrei-
t man das aber gerne
Geiser, «denn man be-
ze Zeit mit einem The-
eressiert.» Zum Antrag
usammenfassung, Be-
Untersuchungsmetho-
raucht, in welcher Zeit
ellen möchte, Lebens-
l manchmal wird noch
gewünscht. Ein Antrag
te zwischen einer und
tt fünf bis 20. Nachdem
n- oder monatelangem
den und auf «Absen-
das bange Warten los:
ommen?

Anträge gibt es seitens
rien: «Für uns zählt al-
ssenschaftlich exzellent
s der Kommunikations-
deutet erstens, dass der
iet schon geforscht hat
veitens, dass das Projekt
m, originell und aktuell
die Methoden eignen
sein. «Diese Kriterien

werden bei jedem Gesuch individuell beurteilt», erklärt Knaus.

Von den 2249 im Jahr 2014 gestellten Anträgen nahm der SNF 43 Prozent, also 1165 an. «Wir bevorzugen kein Fachgebiet», sagt Knaus. «Alle Forschenden, die an einer hiesigen Hochschule oder an einer nicht-kommerziellen Forschungsinstitution zu mindestens 50 Prozent beschäftigt sind, können sich bei uns bewerben. Die Nationalität spielt dabei keine Rolle.» ■

ZUM INTERVIEW MIT PROF. THOMAS GEISER

ZUM INTERVIEW MIT PROF. CLAUDIO BASSETTI

ZUM INTERVIEW MIT PROF. NICOLAS RODONDI

EINGEWORBENE DRITTMITTEL

Eingeworbene Drittmittel

Die aktuellste Evaluation der eingesetzten Forschungsgel
der Unversität Bern weist für 2014 für die universitären K
der Insel Gruppe rund CHF 33 Mio. Ausgaben auf, die du
wurden. Davon sind rund 82 % kompetitive Drittmittel (S

der der Medizinischen Fakultät

liniken und Institute

rch Drittmittel bestritten

NF 37 %, übrige 45 %).

«Wenn man

P

INTERVIEW MIT PROF. THOMAS GEISER, DIREKTOR UND CHEFARZT DER UNIVERSITÄTSKLINIK FÜR PNEUMOLOGIE IM INSELSPITAL

Herr Geiser, Sie haben monatelang an Ihrem Antrag für den Schweizerische geschrieben. Verliert man da nicht irgendwann die Lust?
Thomas Geiser: Das ist schon ein Riesenaufwand. Aber man beschäftigt sich j nem Thema, das einen fasziniert. Wenn man ein Ziel vor Augen hat, nimmt

Wann sind Sie auf die Idee mit den Stammzellen gekommen?
Auf dem Europäischen Lungenkongress 2014 in München habe ich mich mit über die schlechte Prognose der Patienten mit Lungenfibrose und neue The ten. So kamen wir auf die Idee: Wir machen ein gemeinsames Projekt! Zur V einen ehemaligen Mitarbeiter aus Hannover und einen Kollegen aus St. Galle

Warum haben Sie sich beim SNF beworben?
Bei *Sinergia* können wir unsere Erfahrungen ideal bündeln. Wir im Inselspi seit Längerem Stammzellen, die wir im Labor gezüchtet haben, Basel erfors Lungen von Patienten. Die Kollegen in Hannover sind Experten in mikroskopis chungen der Lunge und die in St. Gallen in Mikroarraytechnologie, mit der sic bestimmen lassen. Wir trafen uns kurz darauf zu viert und formulierten unse wichtig beim Antrag.

ein Ziel vor Augen hat, nimmt man die Mühe in Kauf.»

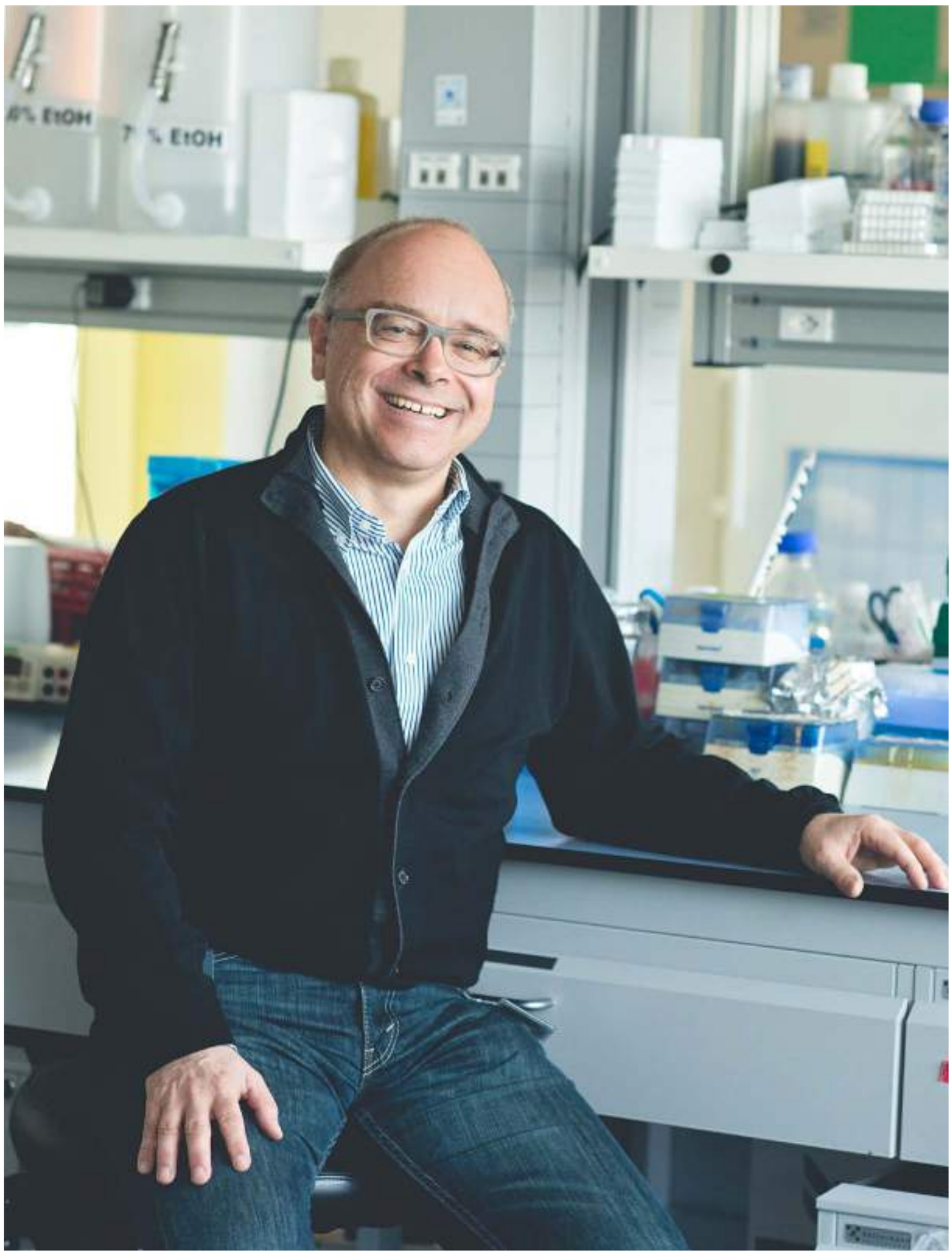
ROF. THOMAS GEISER ERKLÄRT, WARUM ER SICH BEIM STELLEN EINES FORSCHUNGSANTRAGES WIE EIN SPORTLER FÜHLT.

n Nationalfonds (SNF)

ja die ganze Zeit mit ei-
man die Mühe in Kauf.

einer Kollegin aus Basel
erapieansätze unterhal-
Verstärkung fragten wir
en an.

tal untersuchen schon
cht solche aus kranken
schen Gewebeuntersu-
h Hunderte von Genen
re Ziele – das ist enorm



SNF-FORSCHUNGSPROJEKT VON PROF. THOMAS GEISER

Warum?
Man muss erklären, dass man etwas Neues untersuchen will. Es muss entw
eines biologischen Prozesses beitragen oder das Potenzial haben, in absel
Diagnose oder Therapie von Krankheiten zu helfen.

Wie lernt man, das zu formulieren?
Als junger Forscher bekommt man häufig Absagen oder muss Anträge übera
man und zusätzlich in Kursen. Bei meinem Antrag haben die jungen Kollegen e
geschrieben, die wir Älteren überarbeitet haben. Diese Versionen haben wi
ihre Bälle immer wieder hin und her geschickt, korrigiert und ergänzt.

Sie haben Ihren Antrag Mitte Januar 2015 eingereicht. Wie waren die Tage
Unter uns gesagt: Ich fand das Datum ungeschickt. Weihnachten und Neuj
mit seiner Familie verbringen und nicht mit Schreiben.

Was hat Ihre Familie gesagt?
Meine Frau ist auch Ärztin, die versteht das gut und dafür bin ich ihr sehr dar
die Weihnachtstage mit meiner Familie genossen. Man muss auch mal absch
zur Seite legen. Oft kommt man dann auf gute Ideen, etwa bei einem Winter
Skifahren.

Haben Sie damit gerechnet, das Geld zu bekommen?
Ich hoffe immer darauf. Das ist wie bei Sportlern. Die trainieren Wochen u
Wettkampf und hoffen auf den Sieg, auch wenn sie nicht immer gewinnen.
lehnt, muss man das sportlich nehmen und bereits über den nächsten nachd

Im Frühsommer 2015 bekamen Sie die Zusage. Wie haben Sie sich gefühlt
Natürlich super! Beim Europäischen Lungen-Kongress im Herbst in Amsterda
Ich weiss aber nicht mehr, ob mit Champagner, Weisswein oder Bier – jeden
total gefreut, dass wir unser Projekt mit Unterstützung des SNF nun realisier

veder zum Verständnis
nbarer Zukunft bei der

arbeiten. Dadurch lernt
eine super erste Version
r uns wie Tennisspieler

e vorher?
ahr will man doch Zeit

nkbar. Ich habe damals
halten und den Antrag
rspaziergang oder beim

und Monate auf einen
Wird ein Antrag abge-
lenken.

?
am haben wir gefeiert.
falls haben wir uns alle
en können. ■

Prof. Thomas Geiser:
Mit Stammzellen tödliche Lungenkrankheit heilen

**Prof. Thomas Geiser will wissen, wie man Menschen mit Lungenfibrose bess
das Gewebe zwischen den luftgefüllten Lungenbläschen *(siehe Grafik)* aus u
Deshalb gelangt immer weniger Sauerstoff ins Blut. Die Patienten bekomme
Husten. Nach fünf Jahren sind mehr als 60 Prozent der Patienten gestorben[1]
Medikamente», sagt Geiser. «Zwar gibt es zwei neue, die den Verlauf der Er
heilen kann man die Krankheit damit nicht.»**

**In der Wand der Lungenbläschen der Patienten entstehen Schäden, wie klein
verheilen mit Narben, wodurch sich das Gewebe verdickt. «Wir vermuten, d
spielen, dass das Gewebe ohne Narben verheilt», sagt Geiser. Die Stammzel
die Wundheilung fördern. Wird die Lunge geschädigt, werden die Stammzel**

Drei Fragen interessieren Thomas Geiser und sein Team:

1. **Sind bei Patienten mit Lungenfibrose zu wenig Stammzellen in der Lunge**
2. **Wie bekommt man bei den Betroffenen mehr Stammzellen in die Lunge?**
3. **Wie kann man die Stammzellen in der Lunge besser aktivieren oder sie an
   Wachstumsfaktoren herzustellen?**

**«Wenn wir das wissen, ist das der Schlüssel zu neuen Medikamenten», sagt
Stammzellen in die Lunge locken, mehr Stammzellen aktivieren oder sie anre
«Ob und welche Strategie am besten funktionieren wird, werden wir erst in
Therapie bei Lungenfibrose, könnten damit auch andere Krankheiten behand
Narbengewebe in den Organen bildet, etwa Leberzirrhose. «Damit könnten
erleichtern und hoffentlich auch verlängern.»**

[1] Kim DS et al. Classification and natural history of the idiopathic interstitial
In: Proc Am Thorac Soc 2006; 3: 285–292

ser helfen kann. Bei dieser Krankheit wird
ungeklärten Gründen dicker und dicker.
en schlecht Luft und leiden unter quälendem
. «Wir haben leider keine effektiven
krankung etwas aufhalten können, aber

nste Verletzungen. Diese «Wunden»
ass Stammzellen eine wichtige Rolle dabei
llen produzieren Wachstumsfaktoren, die
llen in die Lunge geschickt und aktiviert.

oder werden zu wenige aktiviert?

nregen, mehr heilende

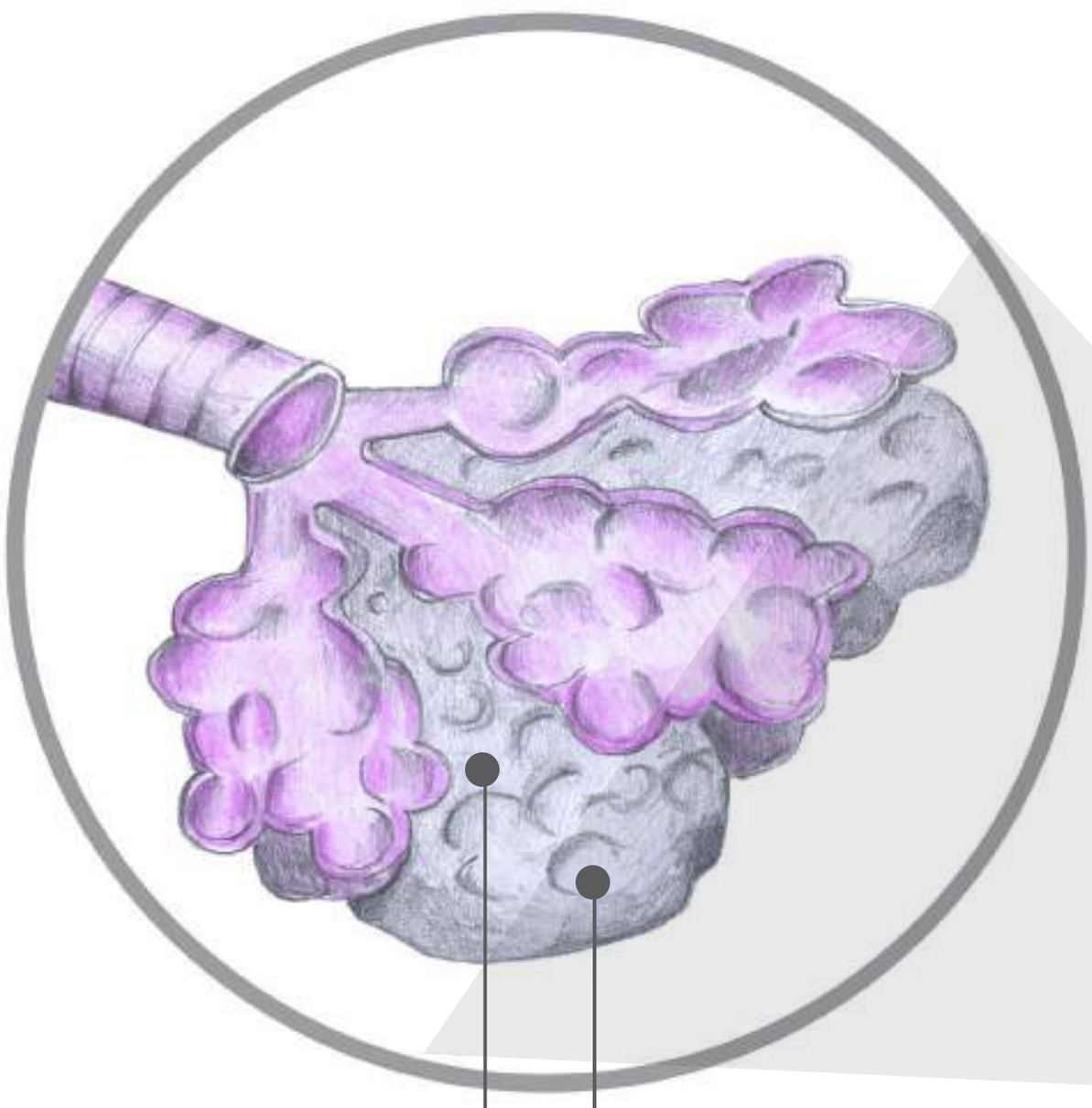
t Geiser. Diese könnten entweder mehr
egen, mehr Wachstumsfaktoren herzustellen.
einigen Jahren wissen.» Bewährt sich die
delt werden, bei denen sich schädliches
wir Tausenden von Patienten das Leben

l pneumonias.

GRAFIK
LUNGENFIBROSE

ANATOMIE DER LUNGENFIBROSE

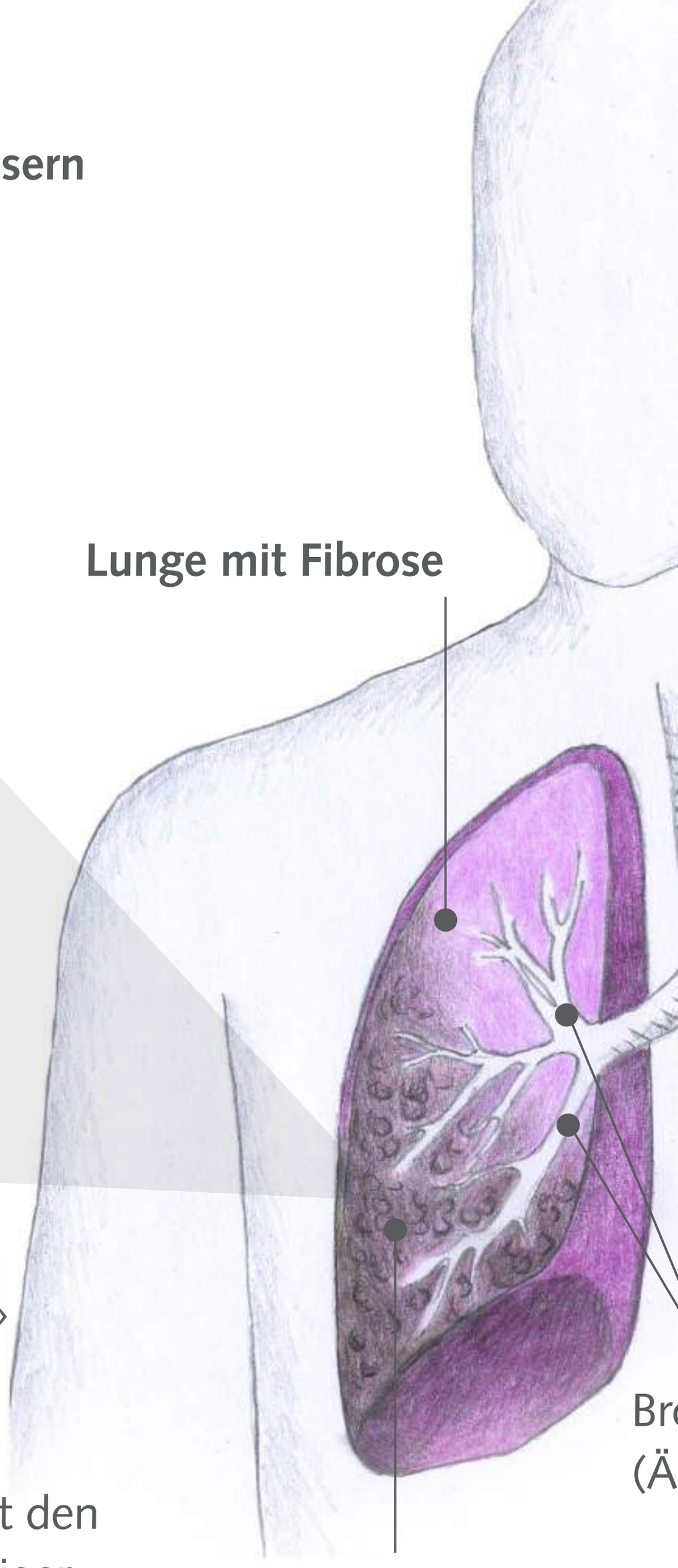
Fibrose: Vermehrung von Bindegewebsfasern und dadurch Verhärtung des Gewebes.
Unabänderlich vergrösserte, beschädigte Bronchiolen und deformierte Alveolen



Vernarbtes «Honigwabengewebe»

Die Fibrose zwischen den Alveolen hemmt den Gasaustauch: Die Lunge kann immer weniger Sauerstoff aus der Luft aufnehmen und ans Blut abgeben.

Lunge mit Fibrose



Br
(Ä

abwechselnd Bereiche
und gesunde Bereiche

Gesunde Lunge

onchien
ste der Luftröhre)

mit Fibrose

Bronchiolen
(feinste Verzweigungen
der Bronchien)

Alveolen
(Lungenbläschen)

«Man muss S
H

DAS MONATELANGE SCHREIBEN LOHNT SICH, E
MITFREUT: NACH DER ZUSAGE VERGLICH SEIN SC

INTERVIEW MIT PROF. CLAUDIO BASSETTI, DIREKTOR UND CHEFARZT D
UNIVERSITÄTSKLINIK FÜR NEUROLOGIE IM INSELSPITAL

Herr Bassetti, warum bewarben Sie sich um das Sinergia-Projekt?
Claudio Bassetti: *Sinergia* unterstützt Forschergruppen, die mit unterschied
Kenntnissen an einem Problem arbeiten. Ich brauchte Forschende aus Schla
dizin, Neurorehabilitation und Neurophysiologie, die sich mit Studien am P
auskennen – so erschien mir Sinergia des Schweizerischen Nationalfonds (SN

Wann kamen Sie auf die Idee?
Schon vor zehn Jahren. Weil das Thema aber schwierig zu untersuchen ist,
konkreten Plan. Über die Jahre traf ich Kollegen, die unterschiedliche Expertis
wendigen Methoden perfekt beherrschten. Im Herbst 2013 beschlossen wir,
ben und im Januar 2014 einzureichen. Uns wurde aber rasch klar, dass wir es

Warum nicht?
Das Gesamtziel zu formulieren, war einfach, und die Projektleiter begann
schreiben. Schwierig wurde es, als wir die Einzelprojekte zusammenbringen
haben wir den Antrag erst im Januar 2015 einreichen können.

Spass daran haben, eine solche Herausforderung anzunehmen.»

RZÄHLT PROF. CLAUDIO BASSETTI, NICHT NUR WEIL SICH DIE FAMILIE OHN DAS GELD VOM SNF MIT DEM MONATSGEHALT VON RONALDO.

ER

dlichen Methoden und f- und Schlaganfallme- atienten und im Labor F) ideal.

hatte ich lange keinen sen hatten und die not- den Antrag zu schrei- nicht schaffen würden.

en, ihren Teilantrag zu n wollten. Letztendlich

SNF-FORSCHUNGSPROJEKT VON PROF. CLAUDIO BASSETTI

Mitte Januar 2015 war Abgabetermin. Wie ging es Ihnen in den Tagen dav
Wie das immer so ist vor solchen Terminen: Man arbeitet intensiv bis ganz
uns unsere Teile immer wieder hin- und hergeschickt, verbesserten Formuli
präzisierten. Als ich endlich auf «E-Mail senden» geklickt hatte, war ich erle
natürlich grosse Hoffnung, wollte den Antrag aber auch erst einmal verges
anderer Arbeit abgelenkt, damit ich nicht zu enttäuscht wäre, wenn wir die Z
würden.

Was sagte Ihre Familie, dass Sie monatelang mehr Zeit dem Antrag widme
Die ist es gewohnt, dass ich viel arbeite. Als der Antrag angenommen w
insbesondere mein zweiter Sohn Enrico, der damals neun war. Er verglich so
mit dem Monatslohn von Ronaldo.

Haben Sie damit gerechnet, das Geld zu bekommen?
Als im Juni 2015 die Zusage kam, waren wir ziemlich überrascht – es ist u
Sinergia-Antrag beim ersten Versuch angenommen wird. Wir haben uns tota

Haben Sie sofort Champagner getrunken?
Nein, das geht natürlich nicht wegen der Patienten – Ärzte, die mitten im
Aber am Abend haben wir gefeiert.

Sie schreiben seit 25 Jahren eine Handvoll Anträge pro Jahr. Wie lernt man
Im Medizinstudium wird einem das ja nicht beigebracht.
Indem man immer wieder Anträge schreibt und mit Kollegen diskutiert. Man
erst dann kann man sich verbessern. Für Forschende gibt es hierzulande ge
an Forschungsgelder zu kommen. Man braucht Neugierde, Eigeninitiative u
onstoleranz. Das Wichtigste ist aber: Man muss Spass daran haben, eine s
anzunehmen. ■

vor?

kurz davor. Wir haben
ierungen, kürzten oder
ichtert. Ich machte mir
sen. Ich habe mich mit
usage nicht bekommen

eten als ihr?

urde, waren alle stolz,
fort das Geld vom SNF

ungewöhnlich, dass ein
al gefreut!

Dienst Alkohol trinken.

n das?

muss Kritik annehmen,
nügend Möglichkeiten,
nd eine hohe Frustrati-
olche Herausforderung

Prof. Claudio Bassetti:
Schnellere Erholung nach einem Schlaganfall mit bessere

Nach einem Schlaganfall können viele Patienten nicht richtig sprechen, ihre A
nehmen Berührungen auf der Haut nicht gut wahr. Mit Sprachtraining, Physio
sich die Nervenzellen im Gehirn wieder, und die Symptome bessern sich. Bei
mehrere Monate. Prof. Claudio Bassetti und seine Kollegen wollen wissen, w
beschleunigen können und welche Rolle der Schlaf dabei spielt.

«Wir haben bei Patienten und bei Tieren mit Schlaganfall gesehen, dass dieje
erholten», erzählt Bassetti. Anders herum normalisierten sich die Hirnfunktio
oder tiefer schliefen. «Mich haben diese Beobachtungen fasziniert, und ich w

Im Schlaf entstehen neue Verbindungen zwischen Nervenzellen, das fördert
gänge im Hirn finden auch nach einem Schlaganfall statt und sind ausschlag
normal bewegen und sprechen kann. So kam Claudio Bassetti auf die Idee zu
Umbauvorgänge nach einem Schlaganfall beeinflusst. Dabei hat er vor allem
Nerven im Blick. Wenn wir wach sind, sind die Nerven in der Hirnrinde aktiv
sie während des Schlafes weniger «feuern» und «isoliert» voneinander sind.
ruhigen Tiefschlaf die Nerven doch ziemlich aktiv sind und abwechselnd star
Aktiv- und Ruhephasen scheinen das Gelernte und das Gemerkte im Schlaf z

Nach einem Schlaganfall verhalten sich die Nervenzellen im Wachzustand wi
Gesunden: Sie «feuern» wenig und sind isoliert von den anderen Hirnbereich
kurz nach einem Schlaganfall von Vorteil sein könnten, um Energie zu sparen
Nachteil sein, weil sie verhindern, dass sich neue Verbindungen zwischen de

Er und sein Team wollen herausfinden, ob man diesen Prozess nach einem Sc
stimulieren sie die Hirnrinde bei Nagetieren. Auch bei Patienten ist dies mög
Magnet von aussen. Ausserdem will Bassetti wissen, ob es den Patienten be
wenn ja, in welcher Phase der Rehabilitation der Schlaf am wichtigsten ist. «W
den Schlaf verbessern und eine neue Therapieoption für Schlaganfall-Patiente

m Schlaf

Arme oder Beine sind gelähmt oder sie
otherapie und anderen Übungen erholen
manchen Patienten dauert das allerdings
ie sie die Erholung der Nervenzellen

enigen mit Schlafstörungen sich langsamer
nen schneller, wenn die Untersuchten besser
vollte das genauer untersuchen.»

Lernen und Gedächtnis. Diese Umbauvor-
gebend dafür, dass sich der Patient wieder
u untersuchen, ob und wie Schlaf die
die unterschiedlichen Aktivitätsphasen der
und kommunizieren miteinander, während
Kürzlich stellten Forschende fest, dass im
k und weniger stark «feuern». Diese
u festigen.

e während der Ruhephasen im Schlaf bei
en. Bassetti glaubt, dass solche Ruhephasen
. «Umgekehrt könnten sie später von
n Nervenzellen bilden.»

chlaganfall beeinflussen kann. Dazu
lich und geschieht schmerzlos mittels
sser geht, wenn sie mehr schlafen und
Vielleicht könnte Magnetstimulation
en werden.»

«Ma

MEHR ALS 90 PROZENT
PROF. NICOLAS RODONDI ERKLÄRT, WIE

INTERVIEW MIT PROF. NICOLAS RODONDI, CHEFARZT DER UNIVERSITÄT
ALLGEMEINE INNERE MEDIZIN IM INSELSPITAL

Herr Rodondi, warum haben Sie sich bei der Europäischen Union (EU) bew
Nicolas Rodondi: Weil ich damit ein Projekt mit Kliniken in mehreren Länd
zelprojekte sponsert der Schweizerische Nationalfonds (SNF) meist maximal
Franken. Für unseres haben wir insgesamt 8 Millionen Euro von der EU und
tariat für Bildung, Forschung und Innovation) bekommen.

Ist es einfach, die EU von einer Idee zu überzeugen?
Nein. Mehr als 90 Prozent der Anträge werden abgelehnt. Man muss erklär
viel besser ist als andere.

Wie haben Sie argumentiert?
Frühere Studien zu dem Thema untersuchten nur wenige Teilnehmer in ein
OPERAM-Projekt aber 1900 in mehreren Ländern. Meist nahmen nur gesu
teil, bei uns sind die Studienteilnehmer aber oft älter als 75, sie haben mehrere
men viele Medikamente. Wir untersuchen also genau die Personengruppe, fü
nisse haben wollen. Ausserdem dauert unsere Studie mit einem Jahr länger a
ist statistisch so gestaltet, dass wir herausfinden werden, wie sich die Prognos
Bei solchen Anträgen muss man sehr strategisch vorgehen.

an muss strategisch vorgehen.»

T DER ANTRÄGE BEI DER EUROPÄISCHEN UNION WERDEN ABGELEHNT.
E ER DIE CHANCE ERHÖHT, DASS SEIN ANTRAG ANGENOMMEN WIRD.

TSKLINIK FÜR

vorben?

ern machen kann. Ein-
mit «nur» einer Million
vom SBFI (Staatssekre-

en, warum das Projekt

nzelnen Ländern, unser
nde und jüngere Leute
e Krankheiten und neh-
ür die wir später Ergeb-
ls die früheren, und sie
e der Patienten ändert.

EU-FORSCHUNGSPROJEKT VON
PROF. NICOLAS RODONDI

Wie meinen Sie das?
Ich schaue zuerst, was die EU für Ziele hat. Dass ich alte Menschen mit untersuchen wollte, passte super, denn das ist auch einer der Schwerpunkte d den Jahren. So war die Chance grösser, dass unser Antrag angenommen wü

Was gehört noch zu Ihrer Strategie?
Man muss die besten Experten zusammenbringen. Ich habe schon vi mit Kollegen aus dem Ausland und weiss, wer sich perfekt mit der T das muss man den EU-Experten im Antrag genau darstellen und dann erklären, was man untersuchen will.

Ihr Antrag umfasst 200 Seiten. Haben Sie das alles alleine geschrieben?
Nein, jedes der beteiligten sieben Länder ist für ein oder zwei «Arbeitspakete schrieben 15 Leute an dem Antrag, mir haben auch drei Mitarbeitende in ge ein ziemlich anstrengendes Jahr.

Wie fanden das Ihre Frau und Ihre vier Kinder, dass Sie so viel Zeit zum Sch
Die haben das gar nicht so gemerkt, ich arbeite sonst ja auch viel. Ich penc den im Zug, da habe ich viel geschafft. Einzig in den Ferien habe ich mehr te E-Mails geschrieben. Problematisch finde ich seit Jahren den Abgabetermin M bei der EU schon darum gebeten, den Termin umzulegen, aber das gehe nicht sind viele Kollegen in den Ferien und manche überhaupt nicht erreichbar. Als hatten sie dafür viele neue Vorschläge und wir mussten das Projekt noch ein war ziemlich mühselig.

Sie haben 10 000 Euro für eine Firma ausgegeben, die Ihnen bei den adm half. Lohnte sich das?
Ja. Die EU hat strikte Vorgaben und die Firma weiss genau, wie der Antrag a spart man sich eine Menge Zeit und Mühe. Wenn man die Zusage für einen A die Uni einen Teil dazu.

Wie ging es Ihnen im August 2015, kurz vor der Abgabe?
Ich war froh, den Antrag bald einreichen zu können. Alle Korrekturen müsse dachte ich. Bis kurz vor Abgabe korrigierten die Gruppen aus den anderen Lä Budget, also was für einen Anteil vom Antrag sie haben wollten. ■

mehreren Krankheiten
der EU in den kommen-
rde.

iele Projekte gemacht
hematik auskennt. All
n natürlich verständlich

» zuständig. Insgesamt
eholfen. Das war schon

hreiben brauchten?

dle jeden Tag 2,5 Stun-
elefoniert als sonst und
Mitte August. Ich habe
t, sagte man mir. Im Juli
sie dann zurückkamen,
hmal überarbeiten. Das

ministrativen Aspekten

auszusehen hat – damit
Antrag bekommt, zahlt

en mal ein Ende haben,
ändern häufig noch das

Prof. Nicolas Rodondi:
Bei alten Menschen Spitaleinweisungen vermeiden

Bei *OPERAM* untersuchen Forschungsgruppen in sieben Ländern Europas, wi
die falschen oder zu viele Medikamente einnehmen. Das kann helfen, dass sie

Viele ältere Menschen leiden unter mehreren Krankheiten und müssen mehr a
Selbst jüngere Menschen kommen durcheinander, wenn sie täglich daran den
schlucken sollen. «Bei älteren Menschen mit mehreren Krankheiten haben wir
wissen, welche Therapiestrategie für sie die beste ist», sagt Projektleiter Prof.
guten Studien nicht untersucht.» So kam kürzlich in der Sprint-Studie[1] heraus,
bestimmten Menschen auf 120 zu 80 mmHg zu senken. Doch in der Studie w
ren Krankheiten untersucht und man weiss nicht, ob die Ergebnisse auch für s
Patienten öfter zu Ohnmachtsanfällen. Das kann für einen alten Menschen ge
Beispiel wenn er gleichzeitig einen Blutverdünner einnimmt. Wegen der Ohnm
Hirnblutung bekommen. Abgesehen davon gelten die meisten Studien nur für
solche mit mehreren – obwohl der Grossteil vor allem älterer Menschen heutz

Drei Prozent der Todesfälle sind darauf zurückzuführen, dass Patienten nicht c
sie Nebenwirkungen erlitten haben[2]. Muss ein Patient ins Spital, liegt das in j
tigen Medikamente bekommen oder sie unregelmässig eingenommen hat. «D
sacht Kosten in Millionenhöhe», sagt Rodondi. Deshalb startete er das OPERA
suchen, ob und wie man mit Hilfe eines Computerprogramms die Therapie be
verbessern kann und ob das Spitaleinweisungen vermeiden hilft. «Damit könn
bessern, Todesfälle vermeiden und die Gesundheitskosten senken.»

1 The Sprint Research Group. A Randomized Trial of Intensive versus Standa
Blood-Pressure Control. NEJM 2015; 22: 2103-2116

2 Wester K. Incidence of fatal adverse drug reactions: a population based st
British Journal of Clinical Pharmacology 2008; 65(4): 573-579

e man verhindern kann, dass ältere Menschen
e nicht so oft ins Spital müssen.

als eine Handvoll Tabletten pro Tag nehmen.
ken müssen, wann sie welches Medikament
r zusätzlich das Problem, dass wir oft nicht
Nicolas Rodondi. «Sie werden nämlich in den
dass es besser sein könnte, den Blutdruck bei
urden zu wenig alte Menschen mit mehre-
sie gelten. In der Sprint-Studie kam es bei den
efährlicher sein als für einen jüngeren, zum
macht kann er auf den Kopf stürzen und eine
Menschen mit einer Krankheit und nicht für
zutage mehrere Krankheiten gleichzeitig hat.

die richtigen Medikamente bekamen oder dass
edem dritten Fall daran, dass er nicht die rich-
Das ist gefährlich für die Patienten und verur-
AM-Projekt. Dessen Hauptziel ist es zu unter-
ei alten Menschen mit mehreren Krankheiten
nten wir die Lebensqualität der Patienten ver-

rd

udy.

GRAFIK
OPERAM

OPERAM: NEUN PARTNER IN SIEBEN LÄNDERN

1 **TP21–TP21 GmbH, Berlin**
Deutschland

2 **UU – University of Utrecht**
Niederlande

3 **UMCU – University Medical Centre Utrecht** Niederlande

4 **UCL – Université catholique de Louvain**
Belgien

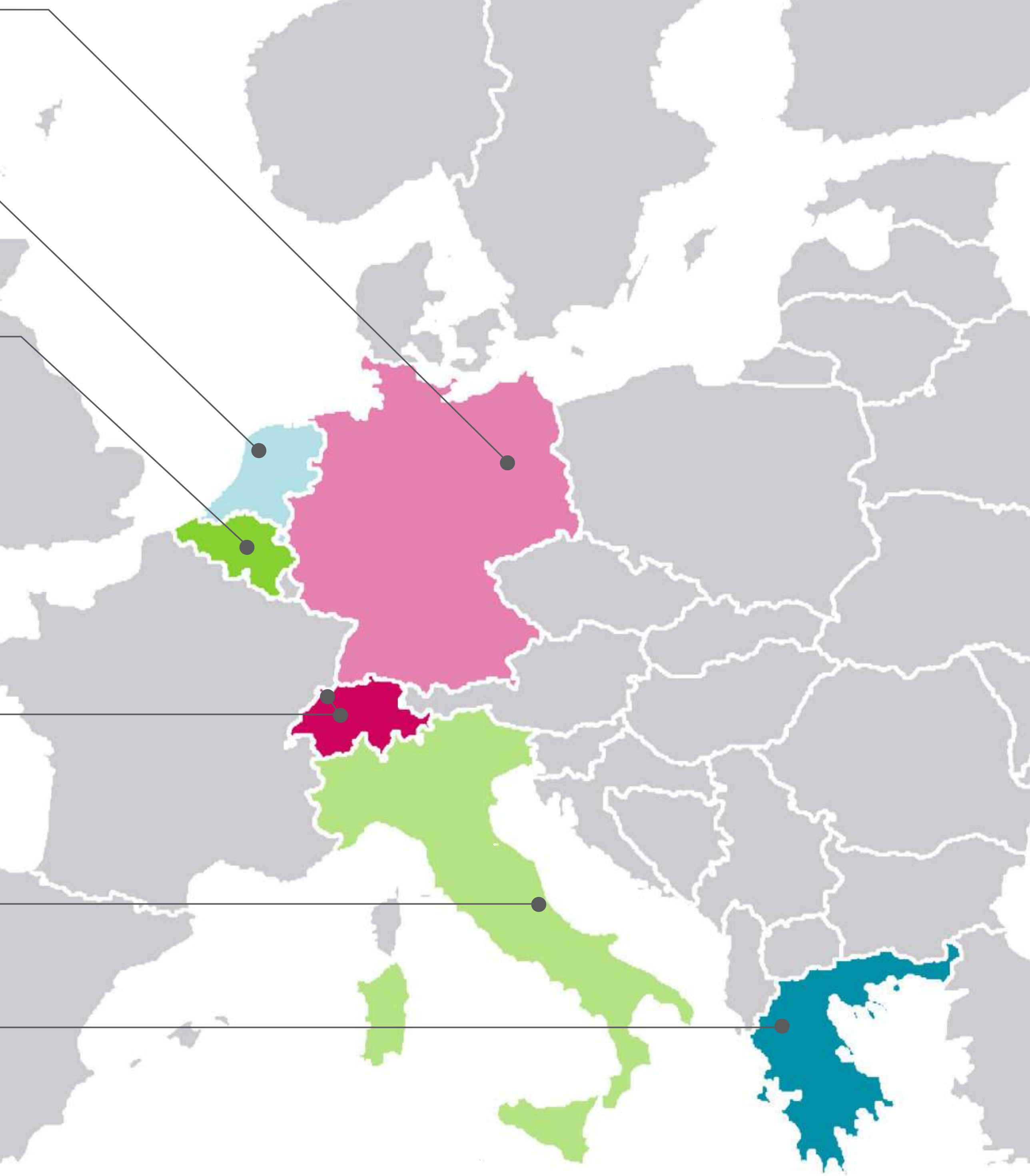
5 **UCC – University College Cork**
Irland

6 **UNIBAS – Universität Basel**
Schweiz

7 **UBERN – Universität Bern** (Koordinator)
Schweiz

8 **Ud'A – University Gabriele D'Annunzio**
Italien

9 **UOI – University of Ioannina**
Griechenland



› STANDORTE

› VERWALTUNGSRAT UND GESCHÄFTSLEITUNG

PEOPLE

Standorte

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
- Infektiologie
- Intensivmedizin
- Kardiologie
- Kinderchirurgie
- Kinderheilkunde
- Klinische Chemie
- Medizinische Onkolog
- Nephrologie und Hyp
- Neurochirurgie
- Neurologie
- Neuroradiologie
- Notfall Erwachsene
- Notfall Kinder und Jug
- Nuklearmedizin
- Orthopädische Chirur
- Osteoporose
- Physiotherapie
- Plastische- und Hando
- Pneumologie
- Radiologie
- Radio-Onkologie
- Rheumatologie, Immu Allergologie
- Schädel-, Kiefer- und

gie

ertonie

gendliche

gie und Traumatologie

chirurgie

nologie und

Gesichtschirurgie

- Spitalpharmazie
- Thoraxchirurgie
- Urologie
- Viszerale Chirurgie und Medizin
- Zentrum für Labormedizin

LANDSPITÄLER/STADTSPITAL

- Spital Aarberg
- Spital und Altersheim Belp
- Spital Münsingen
- Spital Riggisberg
- Spital Tiefenau

DINA Departement Intensivmedizin, Notfallmedizin
und Anästhesiologie

UNIVERSITÄTSKLINIK FÜR ANÄSTHESIOLOGIE UND SCHMERZTHERAPIE

Prof. Dr. med. Robert Greif, MME, FERC, Leitender Arzt
Corinne Fehr, Leiterin Pflegedienst a.i.
Prof. Dr. med. Frank Stüber, Direktor und Chefarzt
PD Dr. med. Lutz Lehmann, Stv. Chefarzt und Leitender Arzt

www.anaesthesiologie.insel.ch

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

www.intensivmedizin.insel.ch

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, Stv. Chefarzt und Leiter Notfall Medizin / Chirurgie
Martina Siffert, Teamleiterin Pflege

www.notfallzentrum.insel.ch

UNIVERSITÄTSKLINIK FÜR FRAUENHEILKUNDE

Yvonne Martinelli-Kühni, Leiterin Pflegedienst
Prof. Dr. med. Michael Mueller, Co-Direktor und Chefarzt
Prof. Dr. med. Daniel Surbek, Geschäftsführender 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 Duppenthaler, Leiterin ambulanter Bereich

www.kinderkliniken.insel.ch

UNIVERSITÄTSKLINIK FÜR KINDERCHIRURGIE

Catharina Bucher Anliker, Assistentin Klinikleitung
Judith Bütikofer, Leiterin Pflegedienst
Prof. Dr. med. Steffen Berger, Direktor und Chefarzt
Dana Stalder Massimini, Leiterin OP Pflege
Ursula Güder, Direktionsassistentin

www.kinderkliniken.insel.ch

NOTFALLZENTRUM FÜR KINDER UND JUGENDLICHE

Ursula Zimmermann, Direktionsassistentin
Franziska Hermann Marina, Leiterin Pflegedienst
Dr. med. Daniel Garcia, Direktor und Chefarzt
Dr. med. Julia Höffe, Stv. Chefärztin

www.kinderkliniken.insel.ch

UNIVERSITÄTSPOLIKLINIK FÜR ENDOKRINOLOGIE, DIABETOLOGIE UND KLINISCHE ERNÄHRUNG

Prof. Dr. med. Zeno Stanga, Leitender Arzt Klinische Ernährung
Anna-Barbara Sterchi, Leiterin Ernährungsberatung
Judith Bütikofer, Leiterin Pflegedienst
Prof. Dr. med. Christoph Stettler, Direktor und Chefarzt
Prof. Dr. med. Emanuel Christ, Stv. Chefarzt
PD Dr. med. Markus Laimer, Oberarzt

www.endokrinologie.insel.ch

DURN Departement Dermatologie, Urologie, Rheumatologie, Nephrologie und Physiotherapie

UNIVERSITÄTSKLINIK FÜR DERMATOLOGIE

Regula Müller-Wick, Leiterin Pflegedienst ab 1.6.2015
Prof. Dr. med. Luca Borradori, Direktor und Chefarzt
Prof. Dr. med. Nikhil Yawalkar, Stv. Chefarzt
Therese Zürcher, Leiterin Pflegedienst bis 31.5.2015 (auf Bild fehlend)

www.dermatologie.insel.ch

UNIVERSITÄTSKLINIK FÜR UROLOGIE

Herold Bumann, Leiter Pflegedienst
Prof. Dr. med. George Thalmann, Direktor und Chefarzt
Prof. Dr. med. Fiona Burkhard, Stv. Chefärztin (auf Bild fehlend)

www.urologie.insel.ch

UNIVERSITÄTSKLINIK FÜR RHEUMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE UND ALLERGOLOGIE

Prof. Dr. med. Arthur Helbling, Leitender Arzt und Leiter Allergologie
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. Burkhard Möller, Leitender Arzt
Prof. Dr. Martin Bachmann, Leiter Bereich Immunologie
Dr. phil. nat. Monique Vogel, Stv. Leiterin Bereich Immunologie
PD Dr. med. Frauke Förger, Leitende Ärztin (auf Bild fehlend)
PD Dr. med. Stephan Reichenbach, Leitender Arzt (auf Bild fehlend)

www.ria.insel.ch

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)

www.nephrologie.insel.ch

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

www.physio.insel.ch

UNIVERSITÄTSKLINIK FÜR KARDIOLOGIE

Dr. sc. tech. André Frenk, Klinikmanager
Daniela Habegger, Leiterin Pflegedienst
Prof. Dr. med. Stephan Windecker, Direktor und Chefarzt
Prof. Dr. med. Michael Billinger, Stv. Direktor und Chefarzt
Prof. Dr. med. Christian Seiler, Stv. Chefarzt

UNIVERSITÄTSKLINIK FÜR HERZ- UND GEFÄSSCHIRURGIE

Prof. Dr. med. Hendrik Tevaearai, eMBA, Leitender Arzt Forschung
PD Dr. med. Matthias Widmer, MME, Leitender Arzt Gefässchirurgie
PD Dr. med. Lars Englberger, Chefarzt Herzchirurgie Erwachsene
Marlise Reichen, Leiterin Pflegedienst
Prof. Dr. h. c. 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
Dr. med. Paul Libera, Klinikmanager

www.herzundgefaesse.insel.ch

UNIVERSITÄTSKLINIK FÜR ANGIOLOGIE

Prof. Dr. med. Nils Kucher, Leitender Arzt
Daniela Habegger, Leiterin Pflegedienst
Prof. Dr. med. Iris Baumgartner, Direktorin und Chefärztin
Prof. Dr. med. Dai-Do Do, Chefarzt
PD Dr. med. Marc Schindewolf, Leitender Arzt
Dr. med. Torsten Fuss, Spitalfacharzt I

www.angiologie.insel.ch

DOPH Departement Orthopädische-, Plastische-,
Handchirurgie und Osteoporose

UNIVERSITÄTSKLINIK FÜR ORTHOPÄDISCHE CHIRURGIE UND TRAUMATOLOGIE

Dr. med. Sandro Kohl, Teamleiter Knie
PD Dr. med. Fabian Krause, Teamleiter Fuss und Sprunggelenk
Gabrielle Clémençon, Leiterin Pflegedienst
Prof. Dr. med. Klaus-Arno Siebenrock, Direktor und Chefarzt, Teamleiter Hüfte, Becken Tumoren
Prof. Dr. med. Marius Keel, Stv. Chefarzt Traumatologie und Teamleiter Wirbelsäule
PD Dr. med. Lorin Benneker, Teamleiter Wirbelsäule
PD Dr. med. Matthias Zumstein, Teamleiter Schulter, Ellbogen und Sport

www.orthopaedie.insel.ch

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

www.plastichandchirurgie.insel.ch

UNIVERSITÄTSKLINIK FÜR OSTEOPOROSE

Prof. Dr. med. Ernst Hunziker, Leiter Forschungsgruppe
Prof. Dr. med. Kurt Lippuner, Direktor und Chefarzt
Corina Pfister, Leiterin Admin./ Organisation
Romain Perrelet, Leiter Med. Technik / IT / Labor

www.osteoporose.insel.ch

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
PD Dr. med. Dr. phil. Martin Zinkernagel, Leitender Arzt, Leiter Poliklinik
Beatrice Steiner, Chefarztsekretärin bis 31.12.2015 (auf Bild fehlend)

www.augenheilkunde.insel.ch

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

Prof. Dr. med. Eberhard Seifert, Leitender Arzt Phoniatrie
Anne-Sophie Dürig, Leiterin Pflegedienst
Prof. Dr. med. Marco Caversaccio, Direktor und Chefarzt
PD Dr. med. Roland Giger, Chefarzt
Nexhmedin Avdija, Leiter OP-Pflege
Prof. Dr. Dr. med. Martin Kompis, Leitender Arzt Audiologie

www.hno.insel.ch

UNIVERSITÄTSKLINIK FÜR SCHÄDEL-, KIEFER- UND GESICHTSCHIRURGIE

Nexhmedin Avdija, Leiter OP-Pflege
Anne-Sophie Dürig, 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)

www.skg.insel.ch

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. Mathias Sturzenegger, Stv. Direktor und Chefarzt
Dr. med. Christa Leutert, Klinikmanagerin

www.neurologie.insel.ch

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
Prof. Dr. med. Claudio Pollo, Leitender Arzt

www.neurochirurgie.insel.ch

DOLS Departement Hämatologie, Onkologie, Infektiologie, Labormedizin und Spitalpharmazie

UNIVERSITÄTSKLINIK FÜR HÄMATOLOGIE UND HÄMATOLOGISCHES ZENTRALLABOR

PD Dr. med. Behrouz Mansouri, Leiter Transfusionsmedizin

Prof. 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

www.hzl.insel.ch

UNIVERSITÄTSKLINIK FÜR RADIO-ONKOLOGIE

Dr. sc. nat. Peter Manser, Abteilungsleiter Medizinphysik
Esther Squaratti-Heinzmann, Depart. Leitung Pflegedienst Onkologie
Prof. Dr. med. Daniel M. Aebersold, Direktor und Chefarzt
Dr. med. Kristina Lössl, Stv. Chefärztin
Markus Reist, Leitender Chef-MTRA
Lic. phil. nat. Tonia Spycher, Klinikmanagerin

www.kro.insel.ch

UNIVERSITÄTSKLINIK FÜR MEDIZINISCHE ONKOLOGIE

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

www.onkologie.insel.ch

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

www.infektiologie.insel.ch

UNIVERSITÄTSINSTITUT FÜR KLINISCHE CHEMIE

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

www.ukc.insel.ch

INSTITUT FÜR SPITALPHARMAZIE

Dr. rer. nat. Ann Christin Jahnke, Bereichsleiterin Qualitätskontrolle
Cornelia Sommer, Leiterin Qualitätssicherung und Stv. FvP
Dr. sc. nat. Jeannette Goette, Chefapothekerin und FvP
Jeannette Adank, Stv. Chefapothekerin und Bereichsleiterin KliBe seit 1.7.2015
Isabelle Constantin, Bereichsleiterin Produktion
Sabin Egger Hilfiker, Spitalapothekerin Spital Netz Bern bis 31.12.2015 (auf Bild fehlend)
Dr. pharm. Svenja Landweer, Stv. Chefapothekerin und Bereichsleiterin KliBe bis 30.6.2015 (auf Bild fehlend)

www.spitalpharmazie.insel.ch

ZENTRUM FÜR LABORMEDIZIN

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

www.zlm.insel.ch

DMLL Departement Magen-Darm, Leber- und Lungenkrankheiten

UNIVERSITÄTSKLINIK FÜR VISZERALE CHIRURGIE UND MEDIZIN

Gabi Briner, Leiterin Pflegedienst Poliklinik Bauchzentrum
Monika Wegmüller, Leiterin Pflegedienst Bettenstation
Prof. Dr. med. Daniel Candinas, Direktor und Chefarzt Viszeralchirurgie
Prof. Dr. med. Jean-François Dufour, Direktor (geschäftsführend) und Chefarzt Hepatologie
Prof. Dr. med. Andrew Macpherson, Direktor und Chefarzt Gastroenterologie
Prof. Dr. med. Beat Gloor, Chefarzt Viszeralchirurgie
Prof. Dr. med. Reiner Wiest, Chefarzt Gastroenterologie
Elisabeth von Ah, Departementsmanagerin

www.viszerale.insel.ch

UNIVERSITÄTSKLINIK FÜR THORAXCHIRURGIE

Elisabeth von Ah, Departementsmanagerin
Barbara Hürlimann, Leiterin Pflegedienst
Prof. Dr. med. Ralph Schmid, Direktor und Chefarzt
Dr. med. Gregor Kocher, Stv. Chefarzt
PD Dr. med. Beatrix Hoksch, Leitende Ärztin

www.thoraxchirurgie.insel.ch

UNIVERSITÄTSKLINIK FÜR PNEUMOLOGIE

Prof. Dr. med. Christophe von Garnier, Chefarzt Standort Tiefenau
Dr. med. Sebastian Ott, Spitalfacharzt I
Barbara Hürlimann, Leiterin Pflegedienst
Prof. Dr. med. Thomas Geiser, Direktor und Chefarzt
Prof. Dr. med. Matthias Gugger, Chefarzt
Franziska Hirschi, Med. Techn. Leitung Poliklinik
Elisabeth von Ah, Departementsmanagerin

www.pneumologie.insel.ch

DRNN Departement Radiologie, Neuroradiologie und Nuklearmedizin

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
Prof. Dr. Andreas Christe, Chefarzt Division Stadtspital / Landspitäler
(auf Bild fehlend)
Dr. med. Rainer Wolf, Leitender Arzt Pädiatrische Bildgebung
(auf Bild fehlend)

www.radiologie.insel.ch

UNIVERSITÄTSINSTITUT FÜR DIAGNOSTISCHE UND INTERVENTIONELLE NEURORADIOLOGIE

Prof. Dr. Roland Wiest, Forschungsleiter
PD Dr. med. Christoph Ozdoba, Chefarzt Division Stadtspital / Landspitäler und Teleradiologie
Prof. Dr. med. Jan Gralla, Direktor und Chefarzt
Michela Mordasini, Leitende Chef-MTRA

www.neurorad.insel.ch

UNIVERSITÄTSKLINIK FÜR NUKLEARMEDIZIN

Daniella Hilt, Departementsmanagerin
Dr. rer. nat. Michael Hentschel, Leitender Medizinphysiker
Prof. Dr. med. Thomas Krause, Direktor und Chefarzt
Dr. med. Bernd Klaeser, Stv. Direktor und Oberarzt
Dieter Fiechter, Leitender Chef-MTRA a. i. seit 1.8.2015 (auf Bild fehlend)
Cornelia Zwahlen, Assistentin Klinikdirektor seit 1.11.2015 (auf Bild fehlend)

www.nukmed.insel.ch

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

www.inneremedizin.insel.ch

LANDSPITÄLER/STADTSPITAL

SPITAL AARBERG

Dr. med. Davor Ruzicic, Chefarzt Anästhesie
Dr. med. Charles de Montmollin, Chefarzt Chirurgie
Danny Wey, Leiter Pflegedienst
Thomas Mössinger, Direktor
Dr. med. Ernst Lipp, Chefarzt Innere Medizin
Dr. med. Christoph Saager, Belegarzt Orthopädie

www.spitalaarberg.ch

SPITAL UND ALTERSHEIM BELP

Regina Glatz, Leiterin Pflegedienst
Kurt Bärenfaller, Direktor
Dr. med. Franz Fäh, Chefarzt Geriatrische Rehabilitation
Marcel Holzer, Leiter Facility Management

www.spitalbelp.ch

SPITAL MÜNSINGEN

Dr. med. Alexander Stibal, Belegarzt Neuropraxis Münsingen
Dr. med. Jürg Bründler, Chefarzt Chirurgie
Ursula Romanelli, Leiterin Pflegedienst
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)

www.spitalmuensingen.ch

SPITAL RIGGISBERG

Dr. med. Jürg Isenegger, Chefarzt Medizin
Carolina Bosshard, Leiterin Pflegedienst
Andreas Bütikofer, Direktor
Dr. med. Marc Dubler, Chefarzt Anästhesie
Helene Rüfenacht, Leiterin Dienste Kliniken

www.spitalriggisberg.ch

SPITAL TIEFENAU

Prof. Dr. med. Andreas Schönenberger, 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. Hans-Peter Kohler, Chefarzt und Leiter Innere Medizin
Prof. Dr. med. Radu Tutuian, Chefarzt Gastroenterologie
Prof. Dr. med. Christophe von Garnier, Chefarzt Pneumologie
Prof. Dr. med. Marius Keel, Chefarzt und Leiter Orthopädie
Prof. Dr. med. Daniel Inderbitzin, Chefarzt und Leiter Chirurgie

www.spitaltiefenau.ch

PEOPLE

Verwaltungsrat u
Geschäftsleitung

und

VERWALTUNGSRAT

Peter Bieri
Dr. med.,
Oberdiessbach

Brigitta Fahrländer Schneeberger
Dr. med.,
Bern

Andreas Lauterburg
Dr. phil. II,
Kehrsiten

Michèle Etienne
Dr. rer. pol.,
Schüpfen

J
M
F

der-

Margret Kiener Nellen
lic. oec.,
Bolligen

Martin Täuber
Prof. Dr. med.,
Bern

Kurt Grüter
lic. oec.,
Bern

oseph Rohrer
Meggen,
Präsident

Daniel Hoffet
Kappelen,
Vizepräsident

GESCHÄFTSLEITUNG

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

Markus Lüdi
Direktor Personal

Franz Bieri
Direktor Betrieb

Holger Bauma
Vorsitzender
Geschäftsleitur

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)

nn
ng

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

Bernhard Leu
Direktor Infrastruktur

Zahlen und Fakt

- QUALITÄT
- MITARBEITENDE
- LEISTUNGEN
- UMWELT

ten

ZAHLEN UND FAKTEN

Qualität

Grundlage für Patientenorientierung

Qualitätsmessungen als Voraussetzung für Verbesserungen

Patientensicherheit – Wir tun was!

Aktionswoche findet grossen Anklang

Sechs Spitäler –
eine Qualität

Gemeinsame Erfolge durch
Kooperation und Vernetzung

Gute Qualität – von
Experten bestätigt

Erfolgreiche Durchführung
eines Peer-Reviews

Patienten werden
nicht zu Nummern

Neue Patientensicherheits-
technologie

QUALITÄTSMESSUNGEN ALS VORAUSSETZUNG FÜR VERBESSER

Qualitätsmessungen stellen keinen Selbstzweck dar, sondern dienen vor allem der selbstkritischen Analyse. Auf diese Weise bilden sie die Grundlage für eine kontinuierliche Verbesserung.

Die Schweizer Spitäler sind auf Basis eines nationalen Messplans zu verschiedenen Qualitätsmessungen verpflichtet. Dadurch wird jedoch nur ein Mindestniveau der erforderlichen Informationsgrundlagen sichergestellt.

Bereits seit mehreren Jahren führen Inselspital und die Standorte des Spital Netz Bern erweiterte Messungen durch, mit denen die gesetzlichen Anforderungen deutlich überschritten werden. Die dadurch erreichte grössere Datengrundlage führt zu genaueren Ergebnissen und ermöglicht eine bessere Beurteilung der Qualität. Vor allem die kontinuierliche Messung ermöglicht es, Trends und Entwicklungen rechtzeitig zu erkennen. Die

Kliniken erhalten regelmä
Ergebnisse und haben da
Möglichkeit, sich mit inter
niken zu vergleichen. Die
jektive Beurteilung in Rela
Disziplinen und Einrichtur

Besonders erfreulich ist d
das Inselspital bei vier
nationalen Patientenzufri
Spitzenplatz unter den
einnimmt. Gemessen am
gleichsspitäler werden s
die besten Ergebnisse erz

Gute Ergebnisse sind zwar
auch den Ansporn für di
an den Wünschen und Be
ten dar.

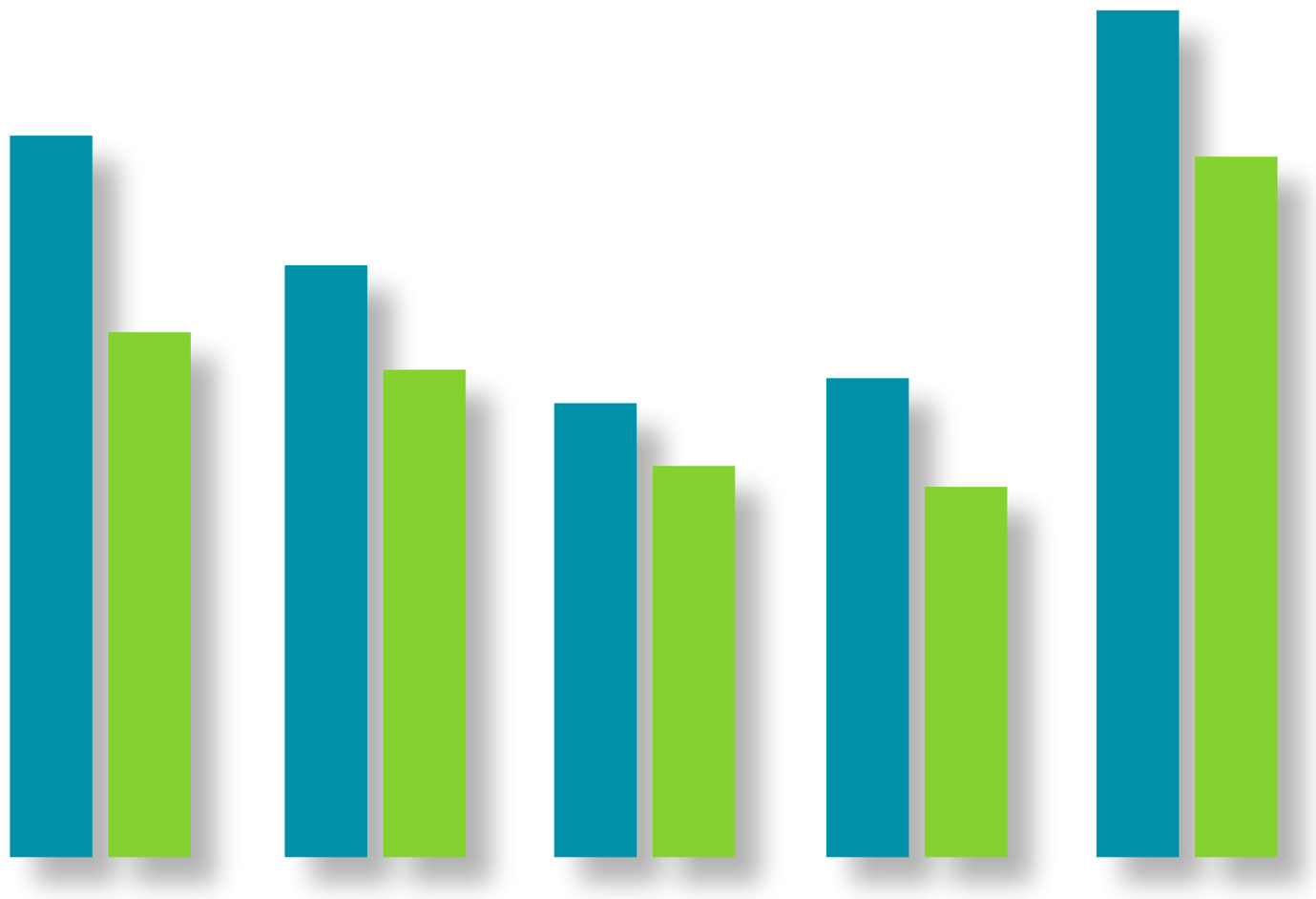
Messungen – Grundlage für Patientenorientierung

UNGEN

ässig Reports über ihre
arüber hinaus auch die
rnen oder externen Kli-
es ermöglicht eine ob-
ation zu vergleichbaren
ngen.

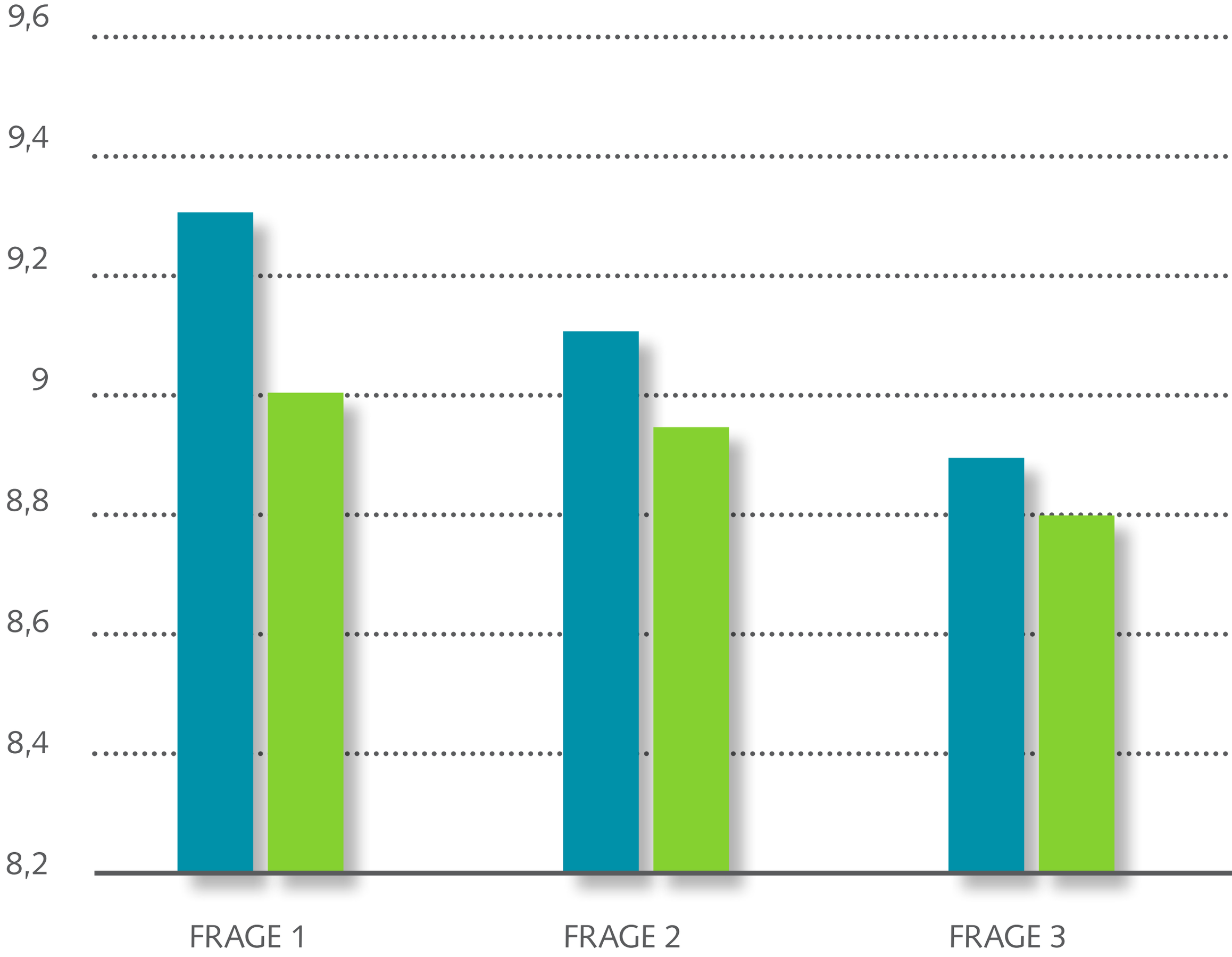
die Tatsache, dass z. B.
von fünf Fragen der
edenheitsmessung den
Universitätsspitälern
Durchschnitt der Ver-
ogar bei allen Fragen
ielt.

r erfreulich, stellen aber
e weitere Orientierung
edürfnissen der Patien-



WEITER ZUR GRAFIK

ERGEBNISSE DES INSELSPITALS BEI DEN ZUFRIEDENHEITSMESSU



FRAGE 1: «Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in dieses Spital k

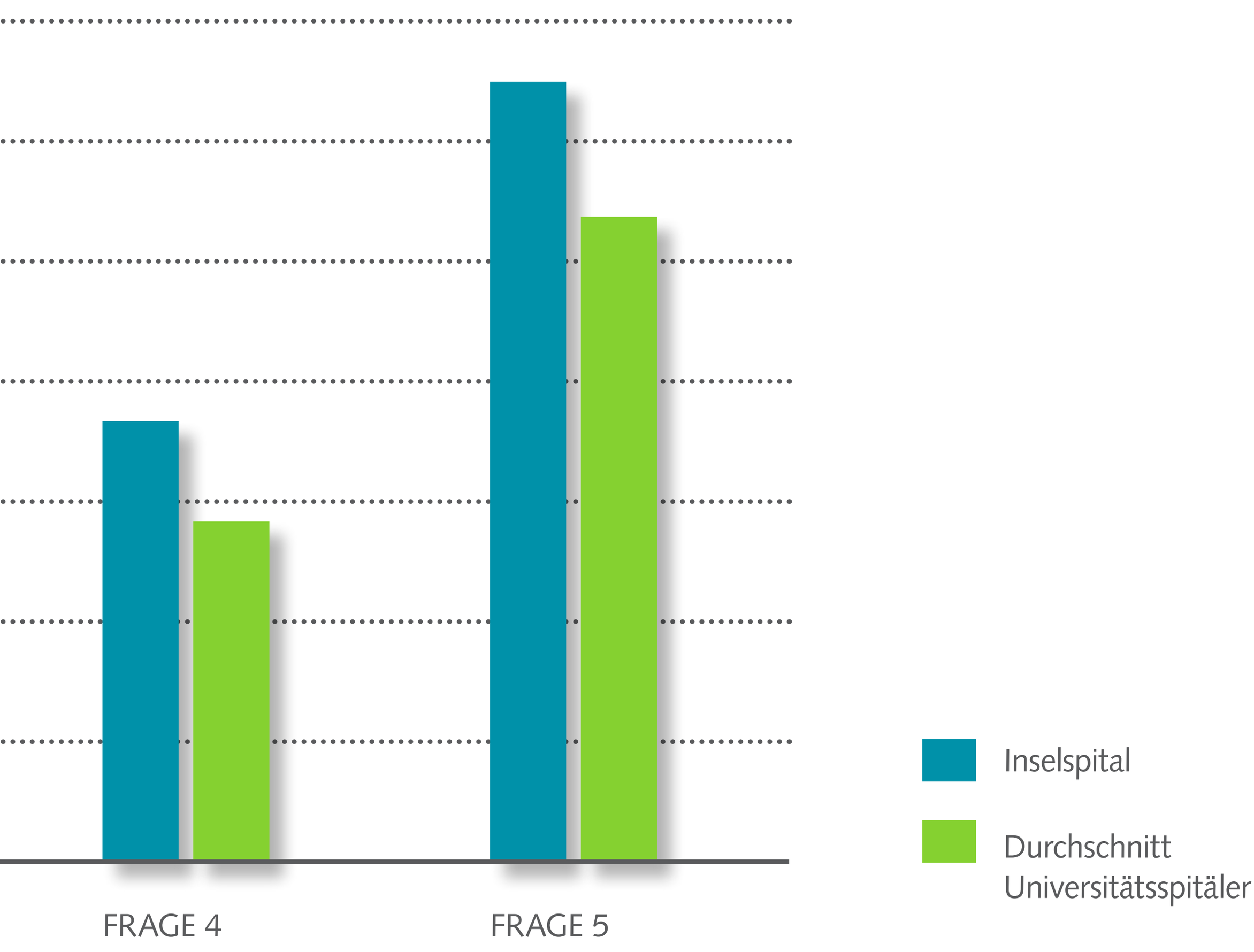
FRAGE 2: «Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhal

FRAGE 3: «Wenn Sie Fragen an einen Arzt oder eine Ärztin stellten, bek

FRAGE 4: «Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie

FRAGE 5: «Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt un

UNGEN IM JAHR 2015



kommen?»

ten haben?»

amen Sie verständliche Antworten?»

e verständliche Antworten?»

d Würde behandelt?»

KOOPERATION UND VERNETZUNG FÜHREN ZU GEMEINSAMEN

Die zum Jahreswechsel stattgefundene Fusion von Inselspital und Spital Netz Bern wurde im Qualitätsmanagement schon im Jahr 2015 durch eine zunehmende Kooperation und Vernetzung erfolgreich vorbereitet.

Der Zusammenschluss von mehreren Spitälern verschiedener Grösse stellt auch für das Qualitätsmanagement eine besondere Herausforderung dar.

Massnahmen und Methoden, die in einem Spital erfolgreich sind, können nicht ohne Weiteres auf einen anderen Standort übertragen werden. Dennoch ist es wichtig, gemeinsame Strategien zu finden, mit denen ein einheitliches Qualitätsniveau erreicht werden kann.

Die bereits seit Jahren erfolgende Kooperation zwischen dem Inselspital und dem Spital Netz Bern wurde deshalb im Jahr 2015 intensiviert.

Dabei leistet das zentrale
wichtigen Support, um die
der einzelnen Spitäler vo
entlasten. Dadurch wird
vor Ort eine Konzentratio
ermöglicht. Gleichzeitig ha
Austausch zwischen den

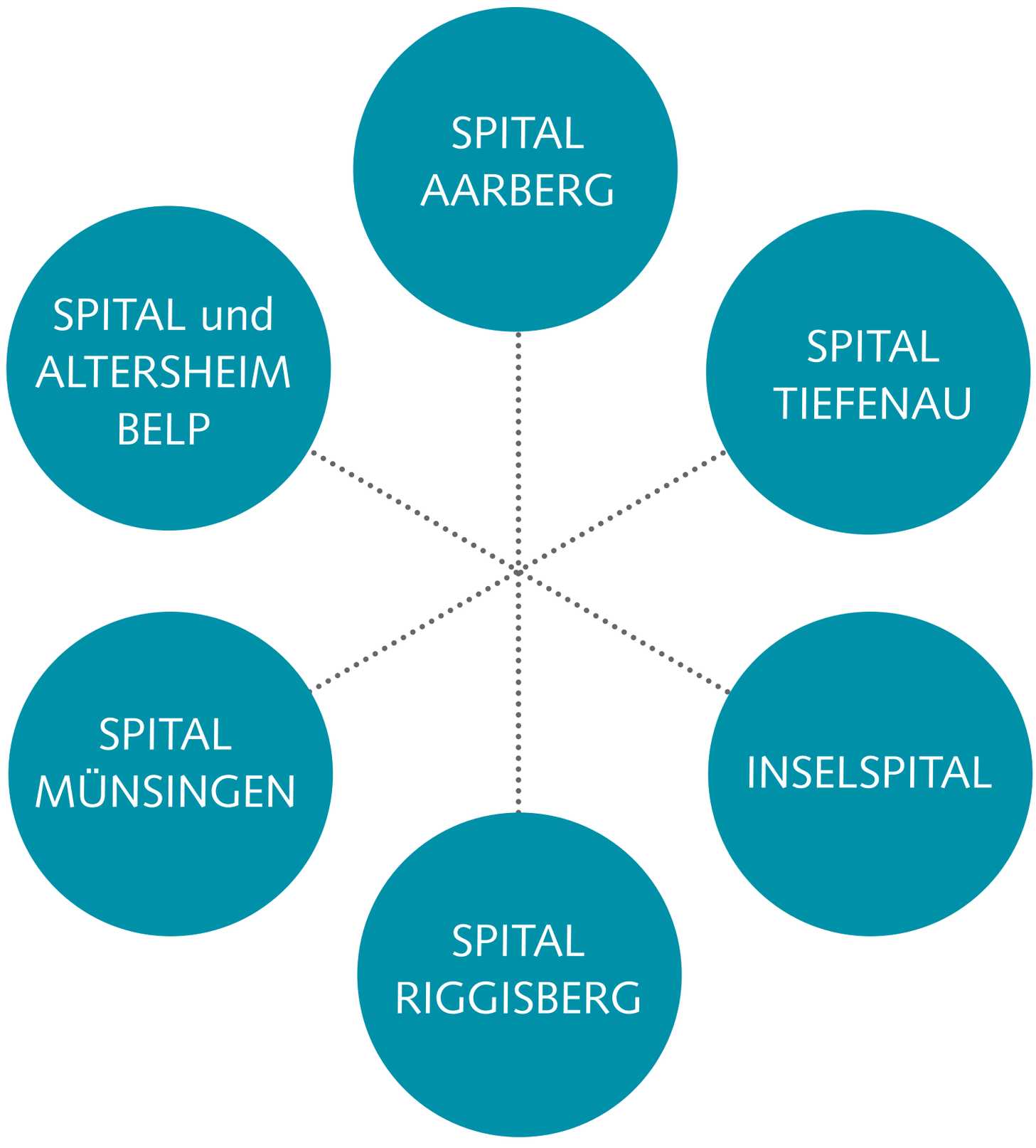
Schon vor der offiziellen F
litätsmanagement gemei
ten, ohne dabei die indivi
ausser Acht zu lassen.

Sechs Spitäler – eine Qualität

ERFOLGEN

Qualitätsmanagement
e Qualitätsbeauftragten
n Routineaufgaben zu
bei der Qualitätsarbeit
on auf das Wesentliche
at sich ein regelmässiger
Standorten etabliert.

Fusion wurden im Qua-
nsame Wege beschrit-
duellen Besonderheiten



DIE KOOPERATION ZWISCHEN DEN SPITÄLERN
IM QUALITÄTSMANAGEMENT WURDE IM JAHR
2015 INTENSIVIERT

AKTIONSWOCHE PATIENTENSICHERHEIT FINDET GROSSEN ANK
IN DER BEVÖLKERUNG

Die Gewährleistung der Sicherheit unserer Patientinnen und Patienten erfolgt auf vielfältige Weise. Die internationale Aktionswoche Patientensicherheit war eine gute Gelegenheit, der interessierten Bevölkerung einen Teil davon zu präsentieren.

Im Jahr 2015 fand erstmals im deutschsprachigen Raum eine internationale Aktionswoche Patientensicherheit statt. Das Motto «Mit Patienten im Dialog» war Anlass, an Informationsständen und bei einer Veranstaltung mit Patienten, Besuchern und anderen Interessierten zu diskutieren.

Während der Aktionswoche bildeten Informationsstände an mehreren Spitalstandorten Anziehungspunkte, an denen die verschiedenen Patientensicherheitsmassnahmen präsentiert wurden. Darüber hinaus fanden dort viele angeregte Diskussionen statt. Viele Patienten berichteten von ihren Erfahrungen und gaben wichtige Anregungen. Die hier-

bei gewonnenen Erkenntn
Hinweise für die Orientier
und Bedürfnissen unserer P

Highlight der Aktionswoch
staltung im Inselspital. Dab
te Referenten von modern
beitragen, die Sicherheit d
sern.

Die parallel dazu durchge
stellung «Patientensicher
stiess bei den Besuchern
besonderer Blickfang wa
Berner Simulationszentrum
OP-Szenario präsentierte.

Die Aktionswoche Patient
als grosser Erfolg, an den
der angeknüpft werden w

Patientensicherheit – Wir tun was!

CLANG

nisse ergaben wertvolle
rung an den Wünschen
Patienten.

ne war die Hauptveran-
bei berichteten namhaf-
en Methoden, die dazu
ler Patienten zu verbes-

eführte interaktive Aus-
heit – Wir tun was!»
auf reges Interesse. Ein
r dabei der Stand des
ms, das ein komplettes

ensicherheit erwies sich
auch im Jahr 2016 wie-
wird.

BESONDERER BLICKFANG: PATIENTENSIMULATOR DES BERNER SIMULATIONSZENTRUMS

ERFOLGREICHE DURCHFÜHRUNG EINES PEER-REVIEWS IM INSE

Bedingt durch die freiwillige Mitgliedschaft bei der Initiative Qualitätsmedizin (IQM) fand 2015 erneut eine externe Begutachtung der Behandlungsqualität durch anerkannte Fachexperten statt.

Es ist eine wichtige Aufgabe, die Qualität der Patientenbehandlung ständig zu hinterfragen. Dies geschieht bereits, indem regelmässig die Ergebnisse der verschiedenen Qualitätsmessungen beobachtet werden.

Um «blinde Flecken» in der eigenen Beurteilung zu vermeiden, ist es unerlässlich, ergänzend auch externe Beurteilungen durchführen zu lassen. Die Mitgliedschaft in der Initiative Qualitätsmedizin (IQM) beinhaltet neben der Verpflichtung zur Transparenz hinsichtlich der Qualitätsindikatoren auch die Durchführung von sogenannten Peer-Reviews.

Dabei analysieren geschu
vergleichbaren Spitälern K
ren dabei eine kritische Ü
geführten Behandlungen

Anschliessend findet eine
sion über die beurteilten
kollegialen Dialog werden
besserungspotenziale disk

Beim diesjährigen Peer-R
nose Schlaganfall im Mi
eines Pilotprojektes des Sp
de zusätzlich erfolgreich
Pflegefachpersonen erpro

Das Urteil der Fachexpe
mend positiv aus. Im Absc
ausgezeichnete Behandlu
Niveau bescheinigt.

Gute Qualität – von Experten bestätigt

LSPITAL

lte Fachspezialisten aus Krankenakten und füh- Überprüfung der durch- durch.

e gemeinsame Diskus- n Fälle statt. In einem n evtl. bestehende Ver- kutiert.

eview stand die Diag- ttelpunkt. Im Rahmen pitalverbandes H+ wur- die Einbeziehung von obt.

erten fiel übereinstim- hlussbericht wurde eine ngsqualität auf hohem

Der kollegiale Dialog auf Basis der Analyse von Krankenakten ist Grundlage des Peer-Reviews.

EINFÜHRUNG NEUER TECHNOLOGIEN ZUR VERBESSERUNG DER

Mit der Einführung einer neuen Technologie wird in der Insel Gruppe die Patientensicherheit deutlich verbessert.

Im Spital sind viele Handlungen, Produkte und Dokumente einer grossen Anzahl an Patienten sicher zuzuordnen. Im täglichen Betrieb ist es deshalb eine grosse Herausforderung, Verwechslungen sicher zu vermeiden.

In vielen anderen Branchen ist man mit der gleichen Problematik konfrontiert und hat entsprechende Strategien entwickelt, mit der Fehler zu-

verlässig vermieden werd
die Verwendung von unve
fikationsnummern in For
hierbei als besonders sich
tels mobilen Scannern ha
technisch inzwischen als v

Eine Anwendung solcher T
im Spital auch direkt bei d

In der Insel Gruppe wird
sequent Rechnung getrag
diese Richtung ist die Einf

ANWENDUNG DER BARCODE-SCANNER
IM KLINISCHEN ALLTAG

Trotz Strichcode – Patienten werden nicht zu Nummern

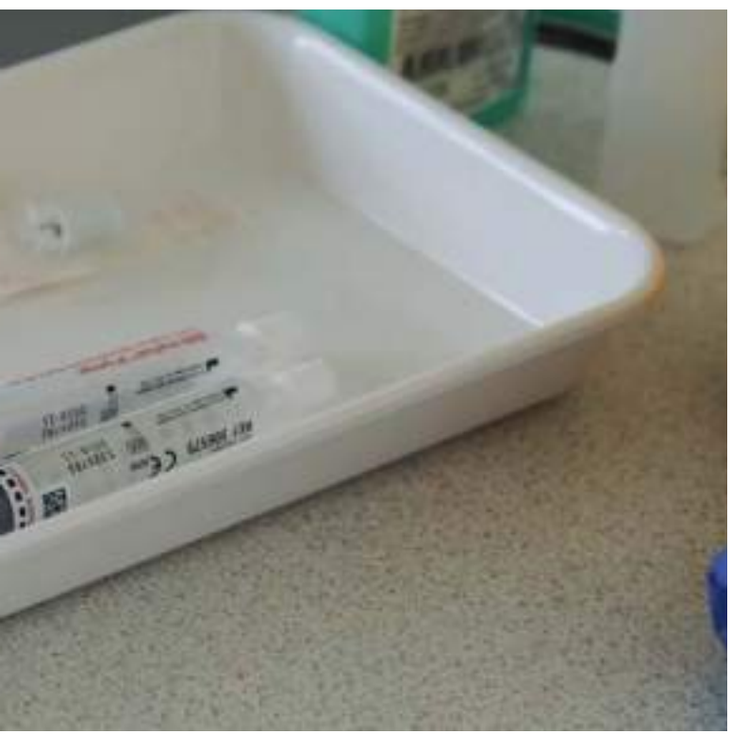
R PATIENTENSICHERHEIT

len können. Vor allem erwechselbaren Identim von Strichcodes gilt her. Die Erfassung mitt sich bewährt und gilt voll ausgereift.

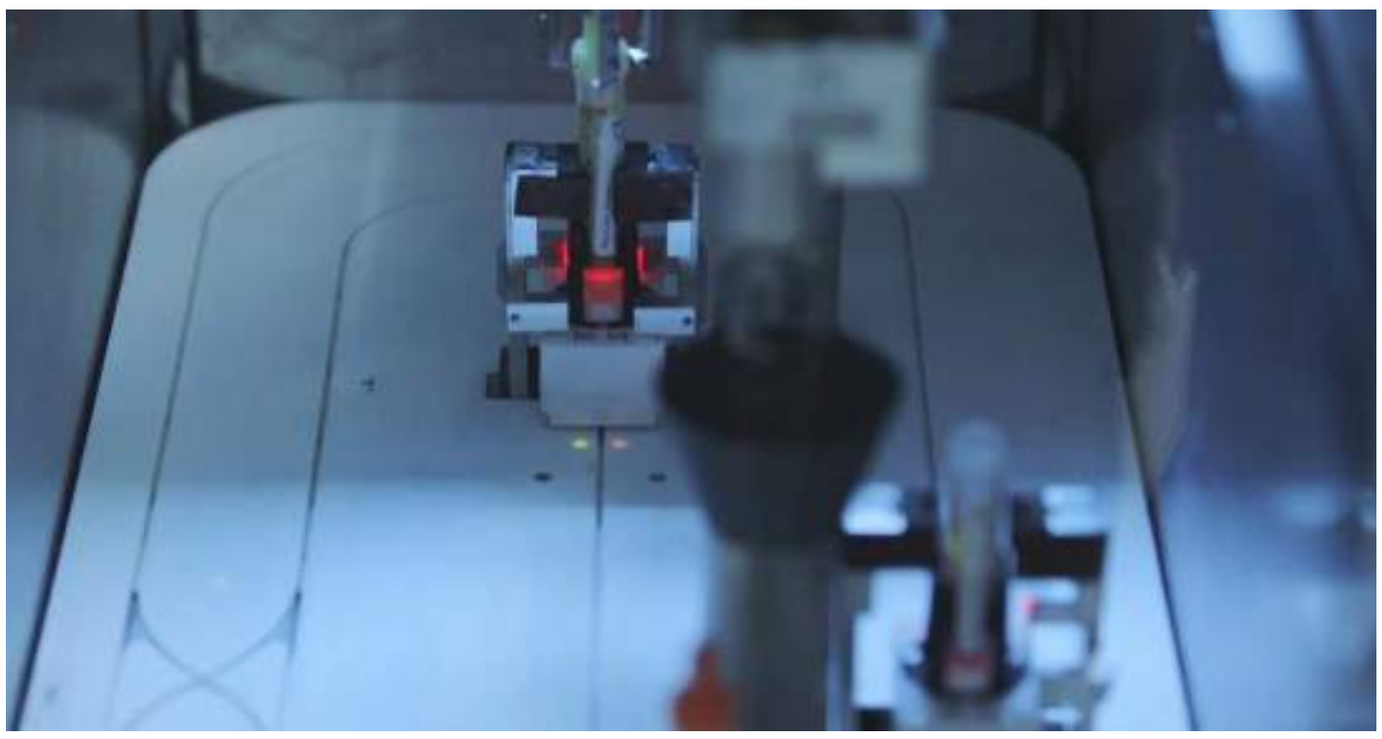
Technologien ist deshalb len Patienten sinnvoll.

dieser Erkenntnis kongen. Ein erster Schritt in führung von modernen Mobilgeräten im stationären Bereich des Inselspitals. Damit werden in zunehmendem Umfang sicherheitsrelevante Vorgänge elektronisch abgesichert. Durch die Speicherung wichtiger Daten gelingt gleichzeitig die Reduzierung der Belastung der Mitarbeitenden durch administrative Aufgaben.

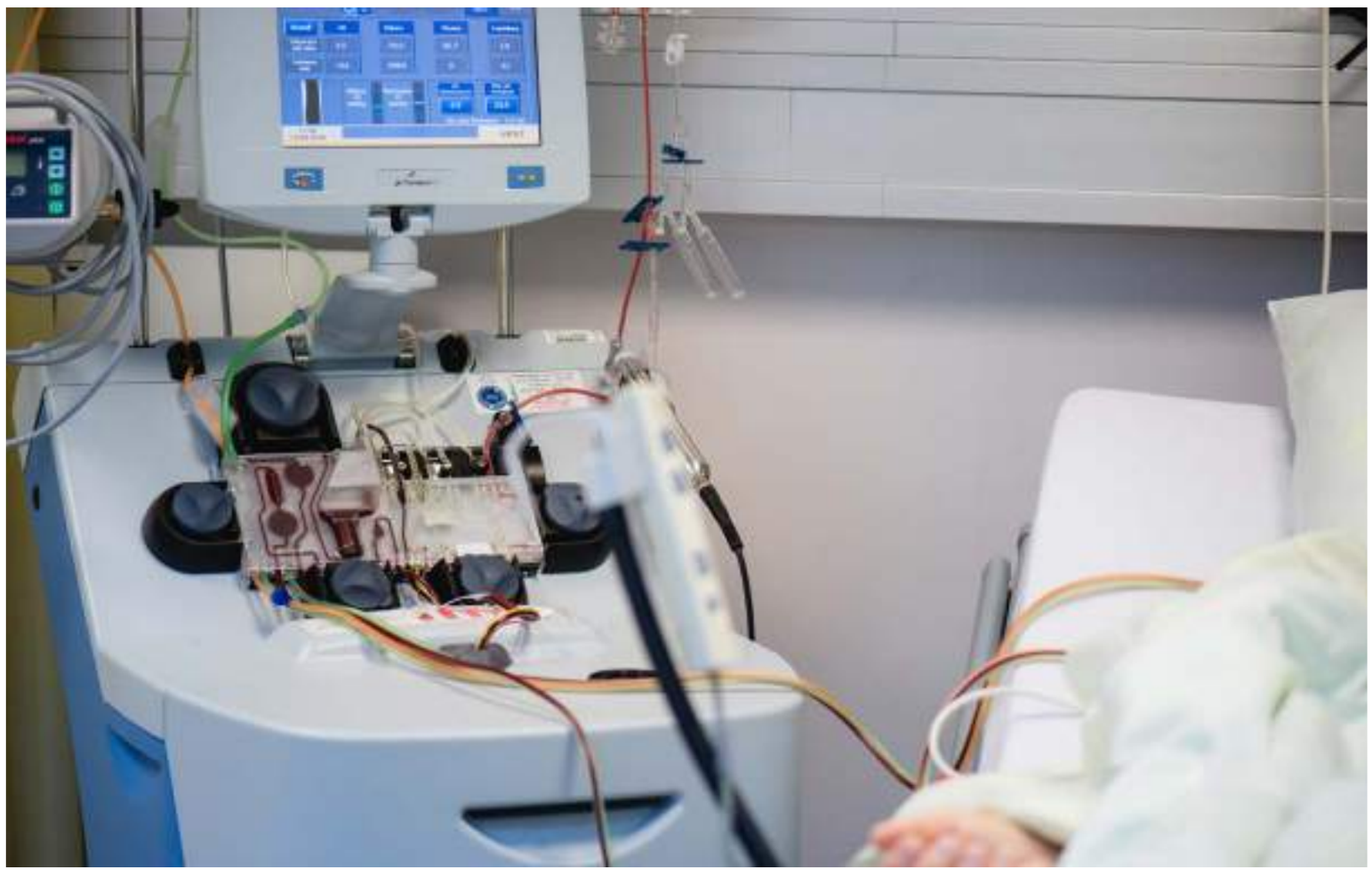
Wie schon bei der Einführung des Patientenarmbandes, wird mit dieser Entwicklung wiederum eine Vorreiterrolle innerhalb der Schweizer Spitallandschaft eingenommen.

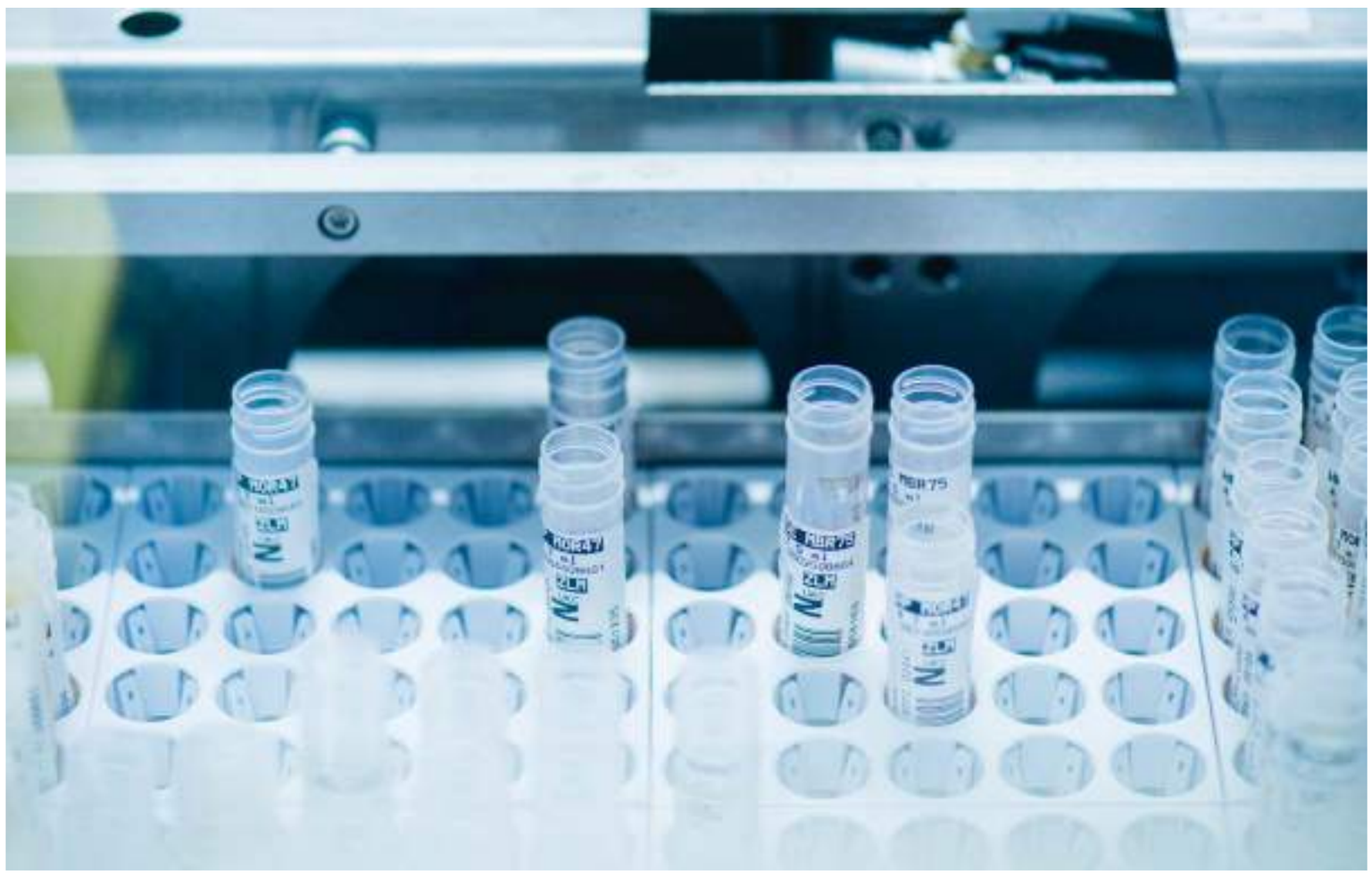


BILDERGALERIE

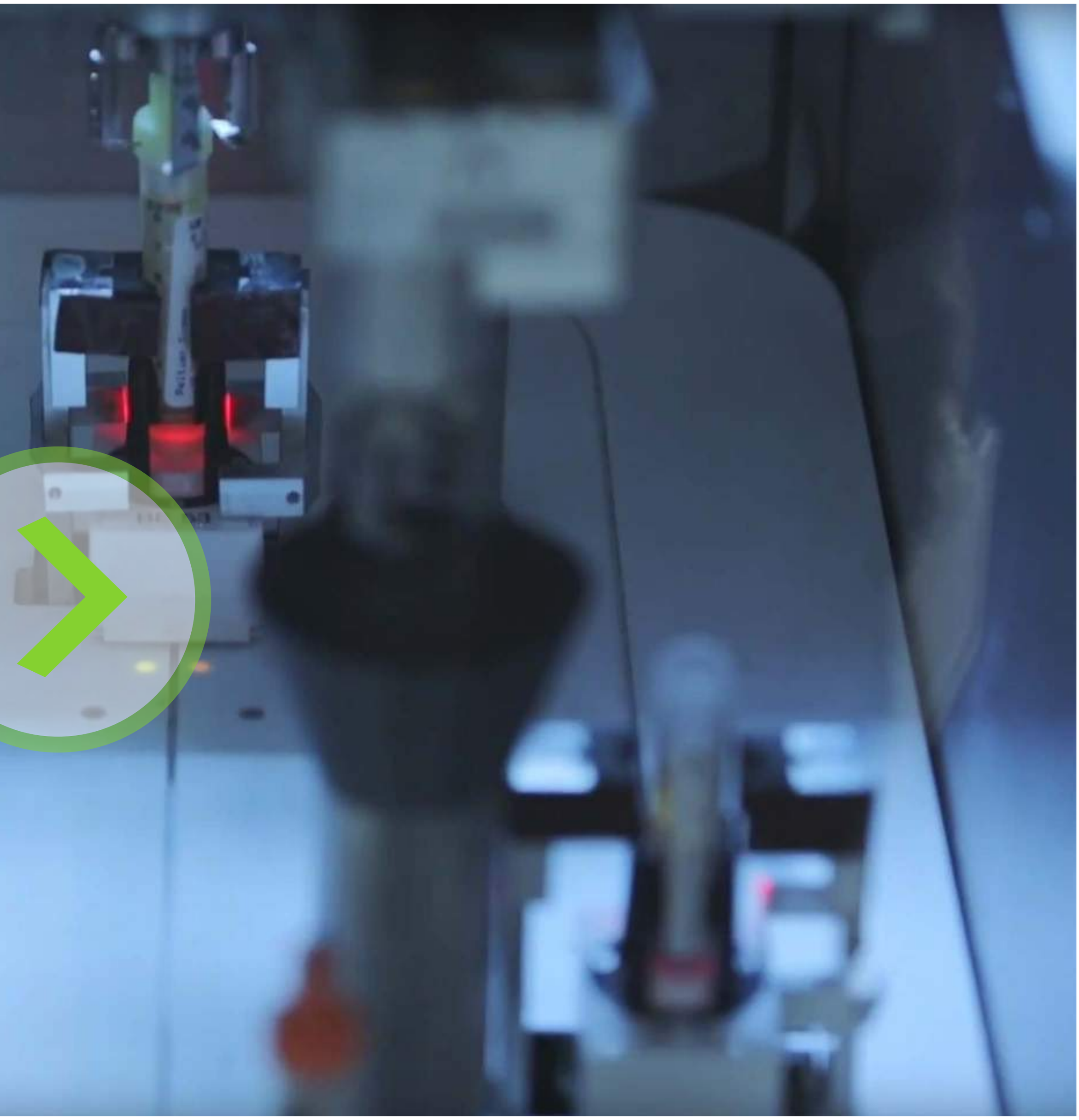


FILM LABORPROBEN





MIT DEM NEUEN ELEKTRONISCHEN ÜBERP



RÜFUNGSSYSTEM KÖNNEN LABORPROBEN SICHER ZUGEORDNET WERDEN

ZAHLEN UND FAKTEN

Mitarbeitende

Zu den Mitarbeitenden Spital Netz Bern

Zu den Mitarbeitenden Inselspital

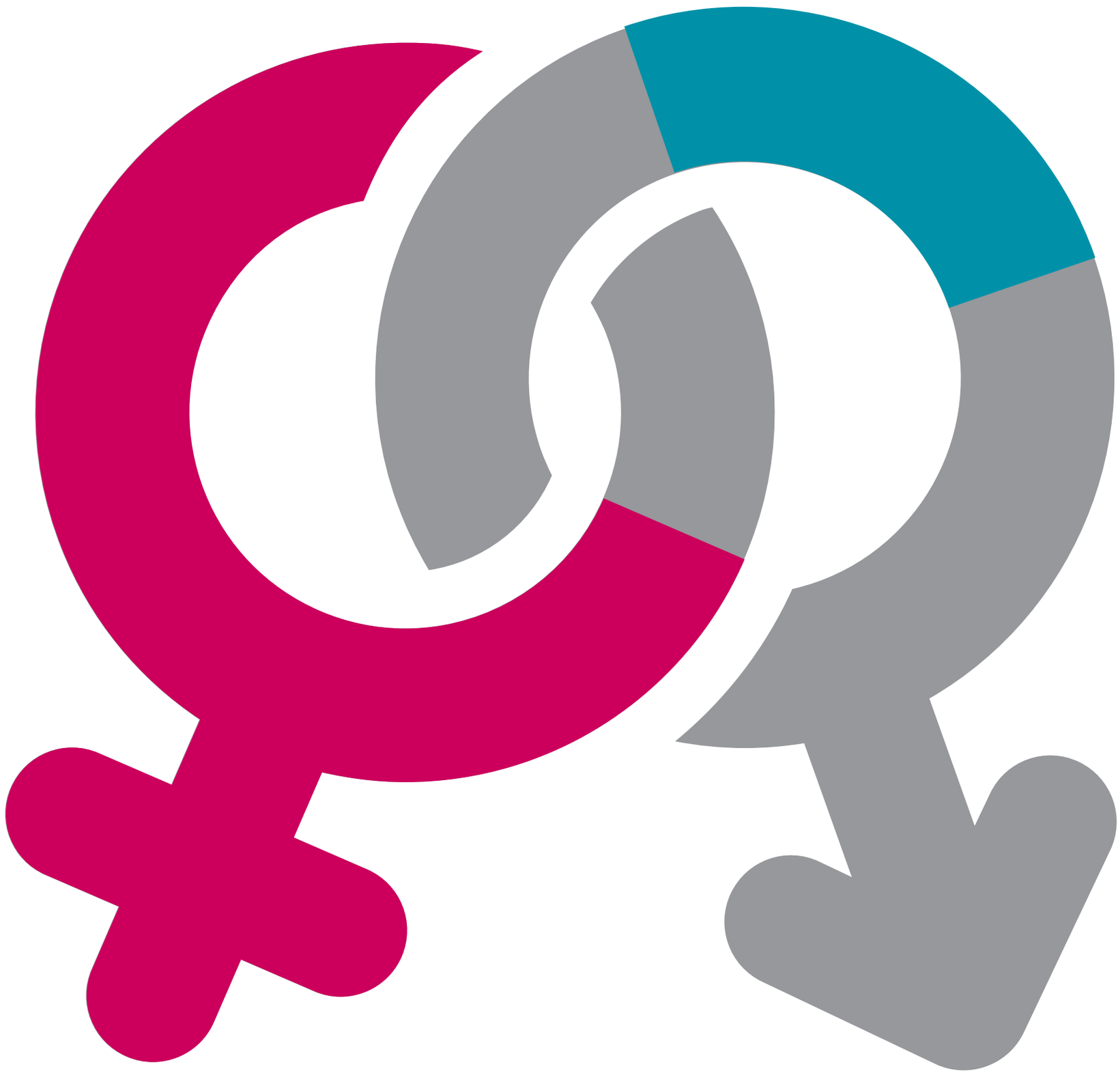
78%

PERSONALBESTAND IM SPITAL NETZ BERN

Im Spital Netz Bern beträgt der durchschnittliche Personalbestand in Vollzeiteinheiten (VZE) im Berichtsjahr 1427 (Vorjahr: 1585). Dies entspricht einer Abnahme von 158 VZE gegenüber dem Vorjahr. Die Abnahme resultiert aus dem Verkauf des Pflegezentrums Elfenau per Ende 2014 sowie aus der Schliessung des Spital Ziegler Mitte 2015.

Der Personalkörper setzt sich wie in den Vorjahren aus 78 % Frauen und 22 % Männern zusammen und teilt sich wie folgt in die verschiedenen Berufsgruppen auf:

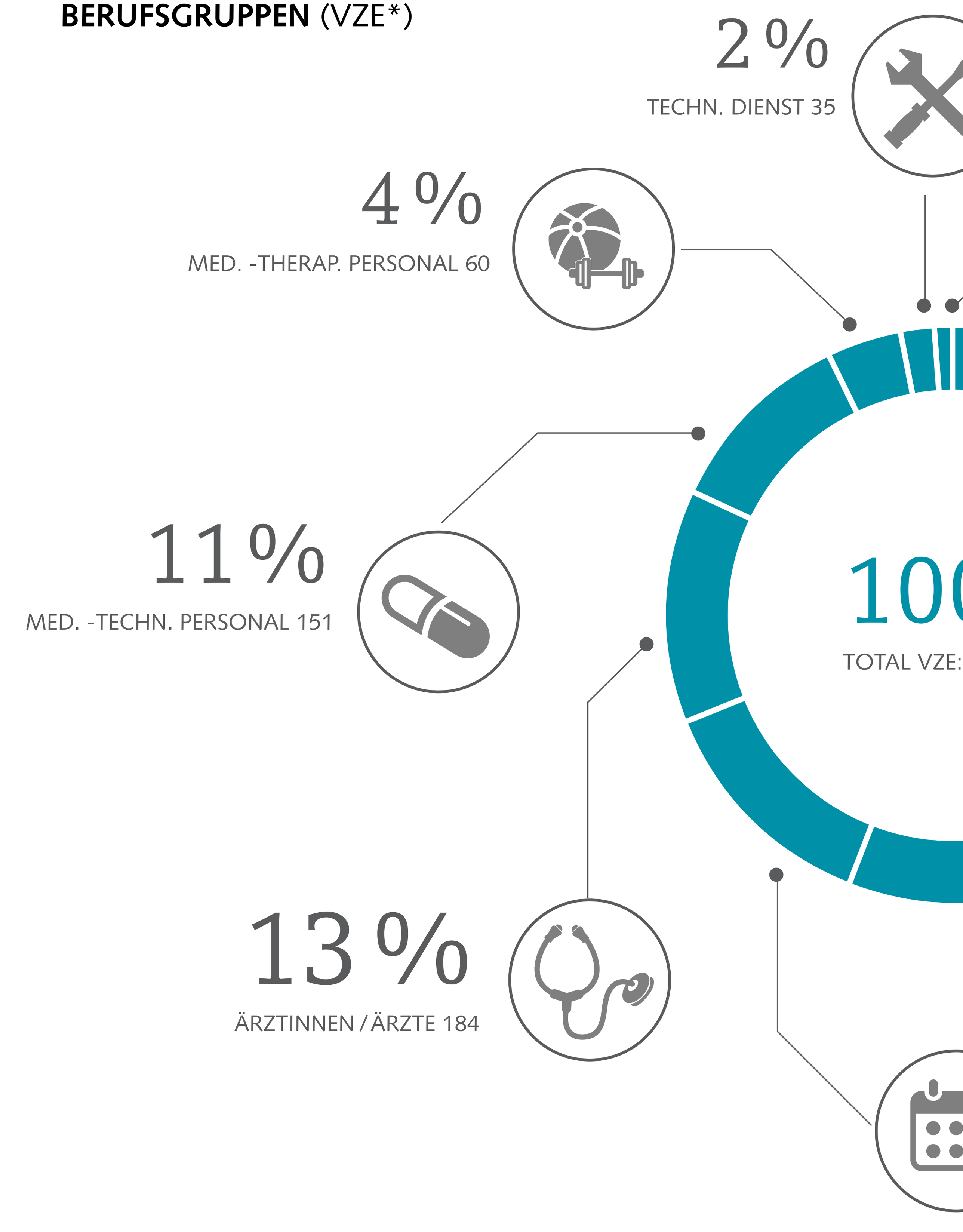
% unserer Mitarbeitenden sind
Frauen und 22 % Männer



78 % 22 %

WEITER ZUR GRAFIK

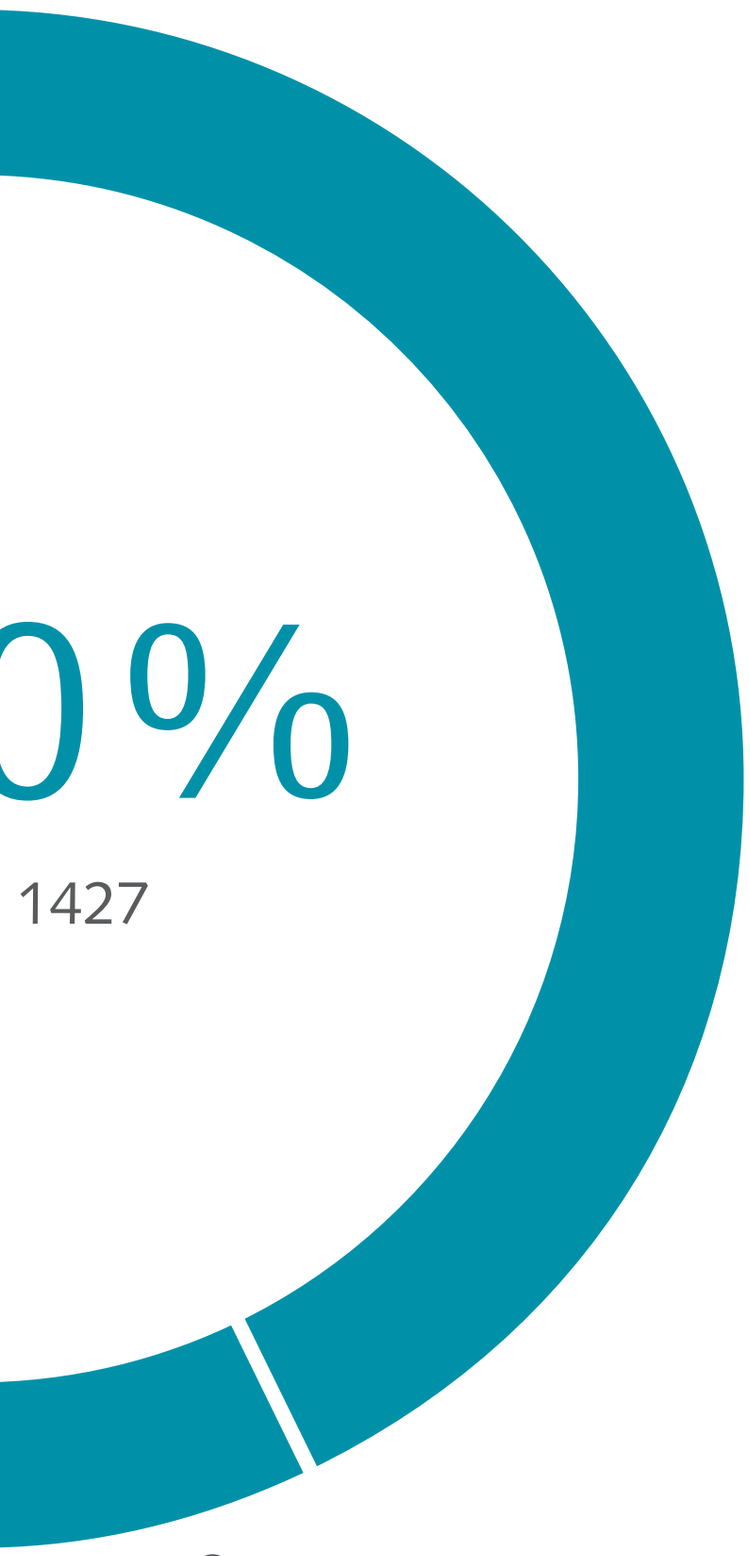
PERSONALBESTAND NACH BERUFSGRUPPEN (VZE*)



* Personalbestand in Vollzeiteinheiten (Mittelwerte 2015): exkl. Lernende, Praktikanten

1 %

SOZIALDIENST, KITA 14



43 %

PFLEGEPERSONAL 608

13 %

HAUSDIENST 188

13 %

ADMINISTRATIVPERSONAL 187

Das Spital Netz B
a

NATIONALITÄTEN

Das Spital Netz Bern beschäftigt Mitarbeitende aus 48 verschiedenen Nationen. Der Anteil der Schweizer beträgt 84 %, gefolgt von der deutschen Belegschaft mit 7 %. Innerhalb der Berufsgruppe der Ärztinnen und Ärzte macht der Anteil der Deutschen gut 18 % aus. In jeder Berufsgruppe ist jedoch der Anteil der Schweizer am grössten. Die grösste Diversität von Nationalitäten ist in der Berufsgruppe der Pflege zu finden (29 verschiedene Nationen).

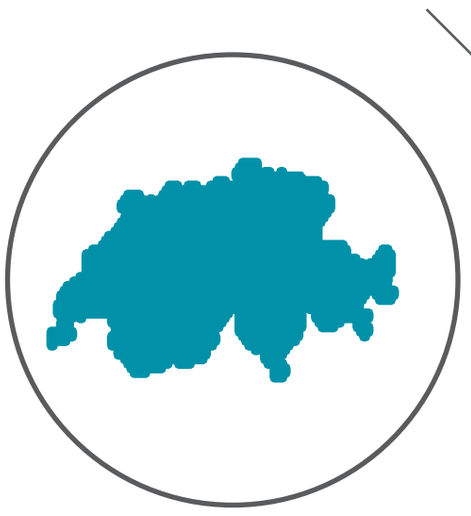
Bern beschäftigt Mitarbeitende
aus 48 verschiedenen Nationen

WEITER ZUR GRAFIK

MITARBEITENDE NACH NATIONEN

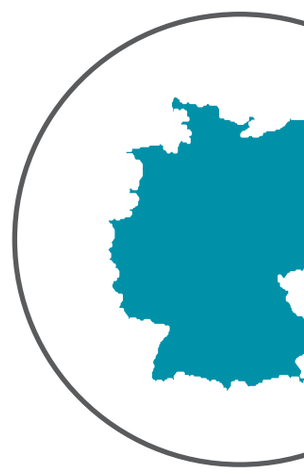
84,0%

SCHWEIZ



6,7

DEUTSCHLA

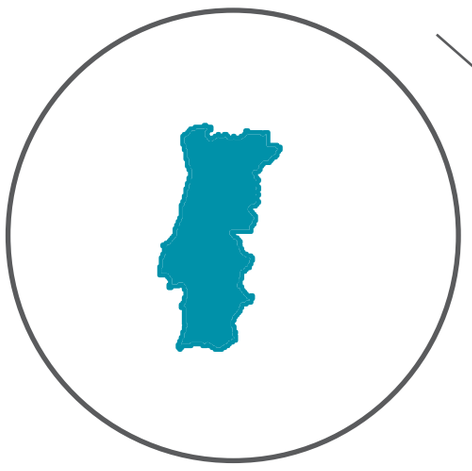


4

RE

1,0 %

PORTUGAL

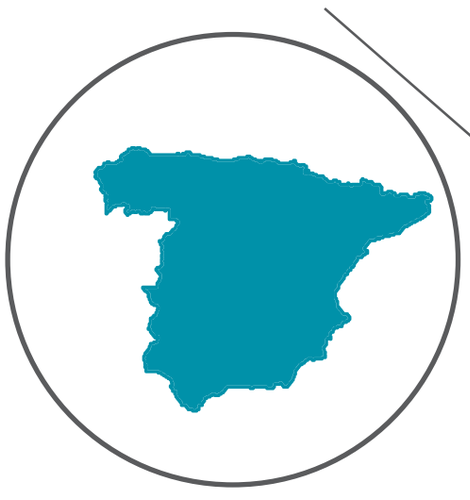


7 %

ND

1,2 %

SPANIEN



0,1 %

AMERIKA/KANADA

0,5 %

SÜDAMERIKA

100 %

4,6 %

ESTLICHE EU

1,0 %

SONSTIGE

0,6 %

ITALIEN

0,3 %

AFRIKA

Sp

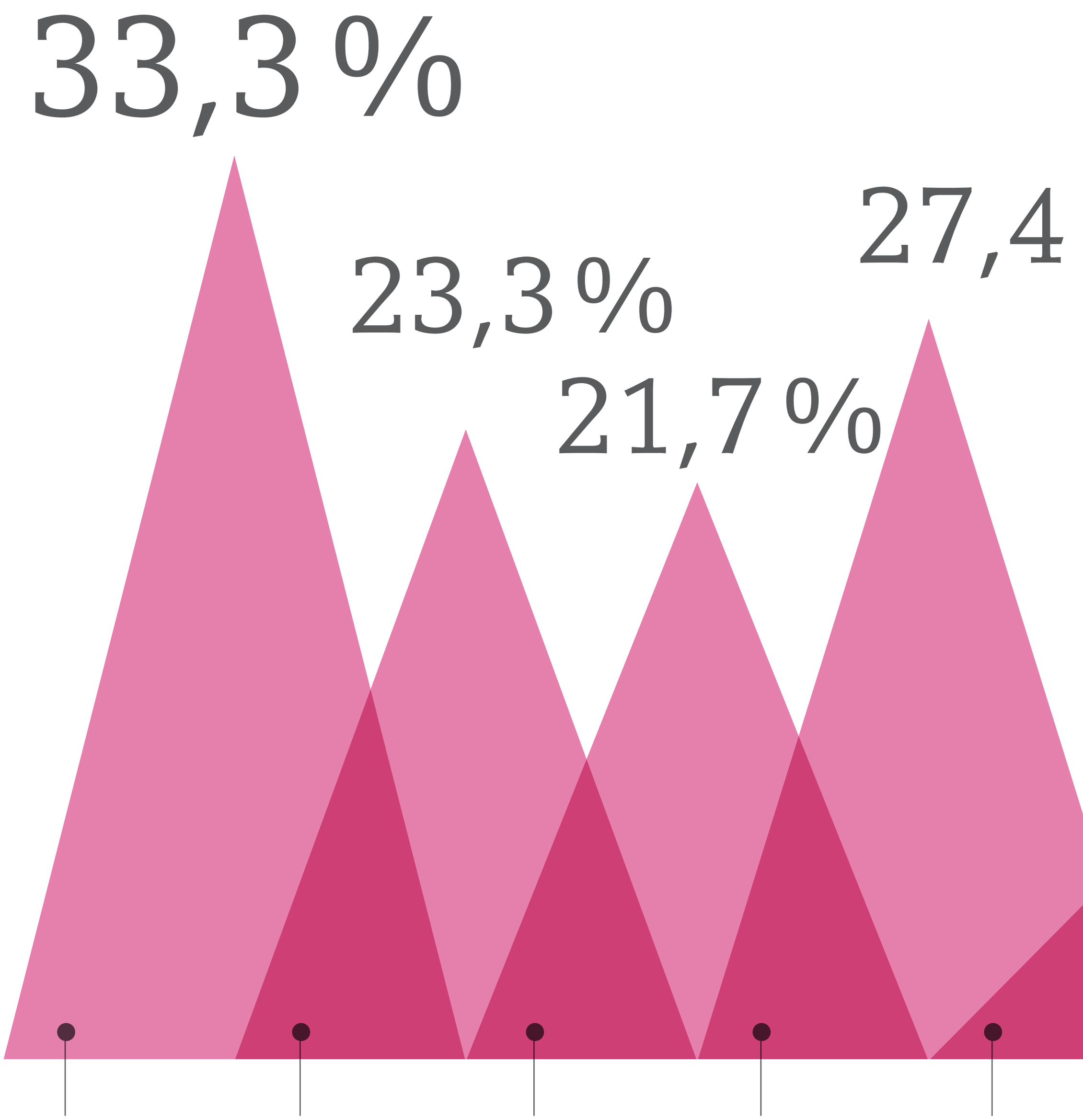
FLUKTUATION

Die Mitarbeiterfluktuation im Spital Netz Bern beträgt 22,7 % (Vorjahr 18,2
Die höchste Fluktuation ist in den Berufsgruppen der Ärztinnen und Ärzte,
des medizinisch-technischen und medizinisch-therapeutischen. Personals sow
der Pflege zu finden. Diese Fluktuation ist einerseits zurückzuführen auf die
Schliessung des Spital Ziegler im Herbst 2015 und andererseits auf die Integr
in die Insel Gruppe.

Die Mitarbeiterfluktuation im
bital Netz Bern beträgt 22,7 %
%).
vie
ration

WEITER ZUR GRAFIK

FLUKTUATION (KÜNDIGUNG DURCH MITARBEITENDE) 2015 NACH BERUFSGRUPPEN



%

21,3 %

8,6 %

10,5 %

6,6 %

KITA

VERWALTUNG

HAUSWIRT-
SCHAFT

TECHN. DIENST

Im Spital Netz Bern Studierende aus 10 berufen

AUSZUBILDENDE

Auf der Tertiärstufe absolvierten im Spital Netz Bern rund 99 Wahljahrstudierende der Medizin rund 870 Wahljahrpraktikumswochen; mehrere Hundert Studierende aus 10 nichtärztlichen Gesundheitsberufen absolvierten rund 2615 (Vorjahr: 2435) Praktikumswochen.

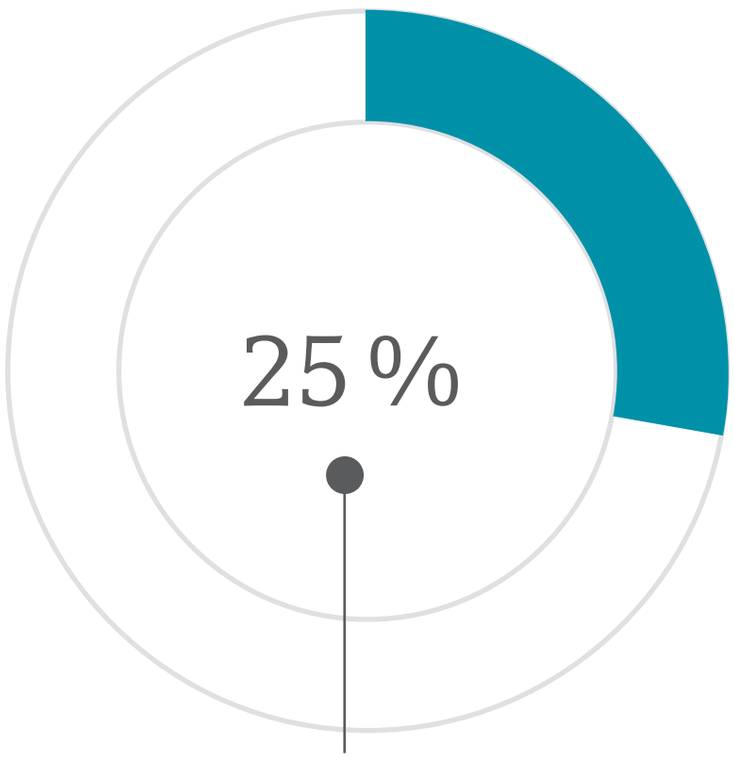
WEITER ZUR GRAFIK

absolvierten mehrere Hundert
0 nichtärztlichen Gesundheits-
rund 2615 Praktikumswochen

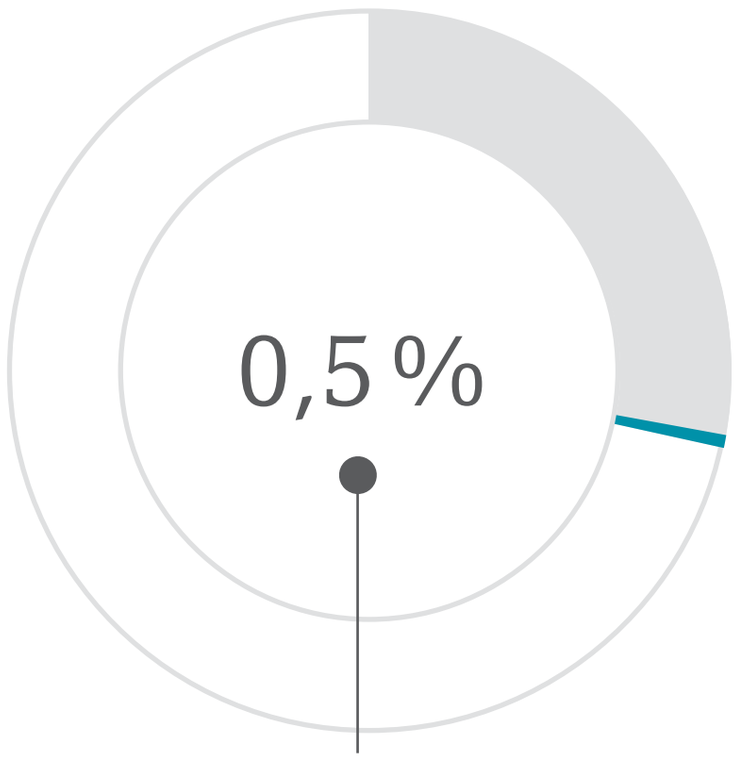
Das Spital Netz Bern bildete im Berichtsjahr auf der Sekundarstufe II (Berufslehre) 97 Lernende in 8 Berufen aus. Die Ausbildung zur/-m Fachfrau/-mann Gesundheit macht den grössten Anteil aus; dabei standen alleine für Fachfrauen/-männer Gesundheit 66 Lehrstellen für Jugendliche und 5 Lehrstellen für Erwachsene zur Verfügung.

WEITER ZUR GRAFIK

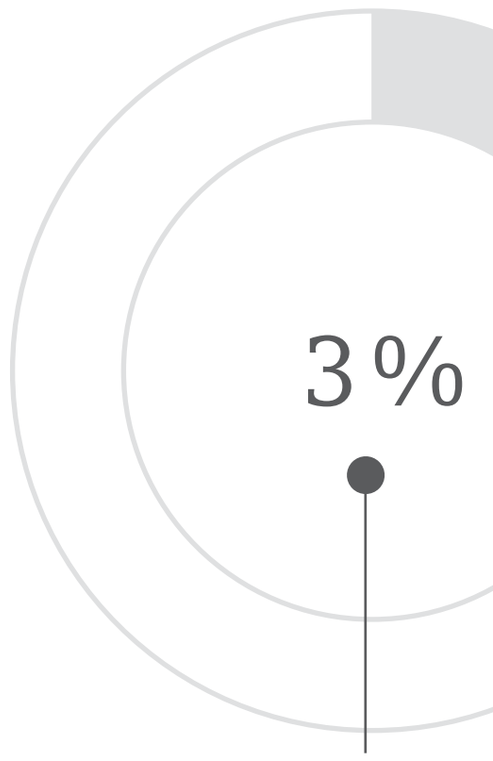
AUSBILDUNGSANGEBOT TERTIÄRSTUFE



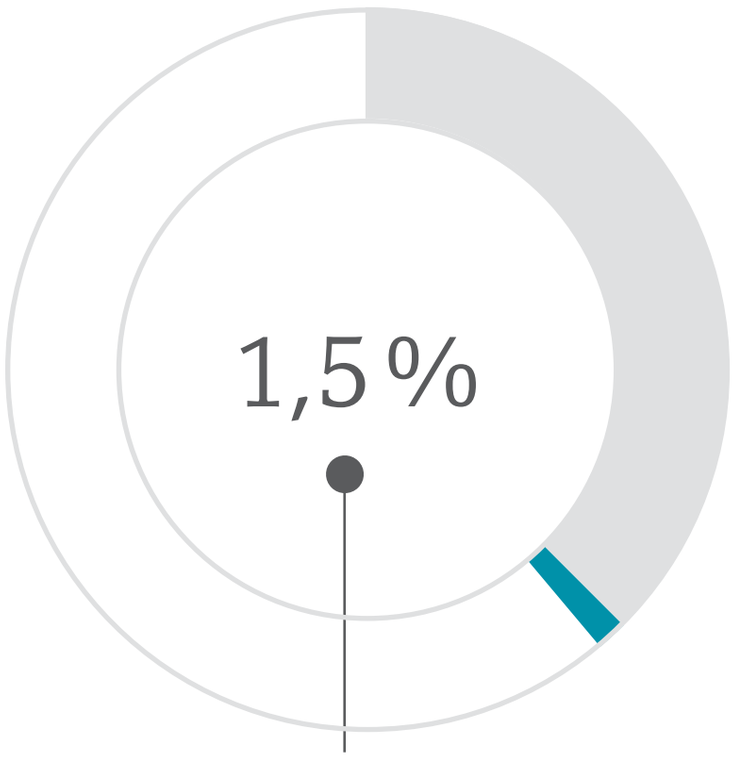
Wahljahrstudent/-in



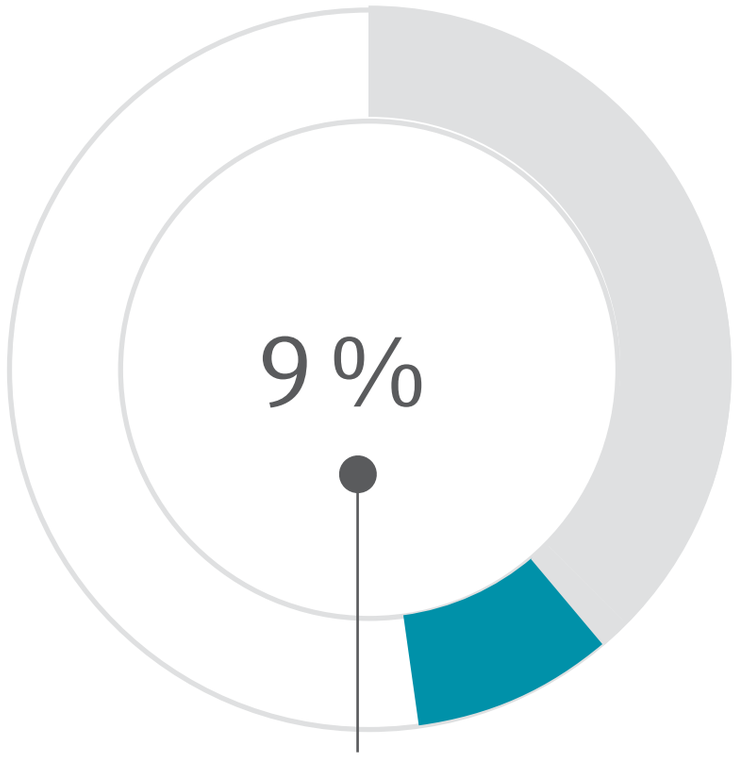
BSc in Ergotherapie (ZHAW)



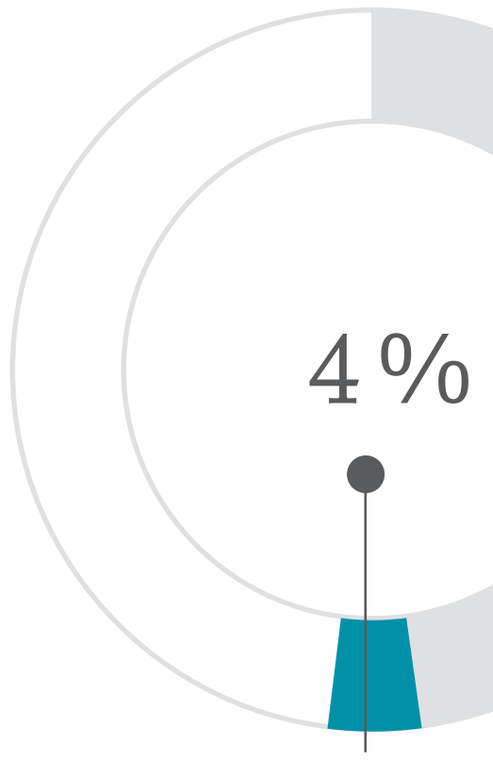
BSc in Ernährung u
(BFH)



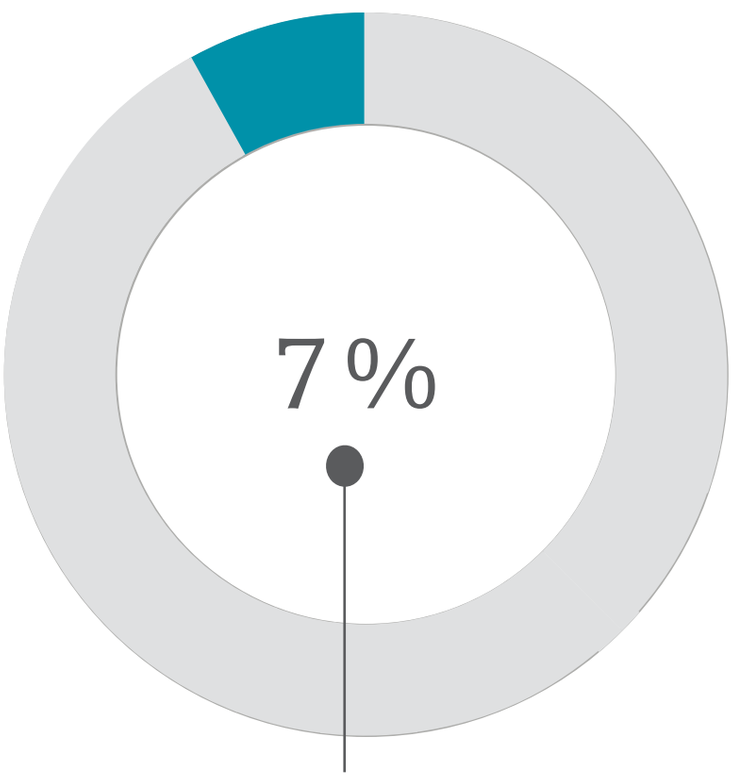
BSc Hebamme (BFH)



BSc in Physiotherapie (BFH)

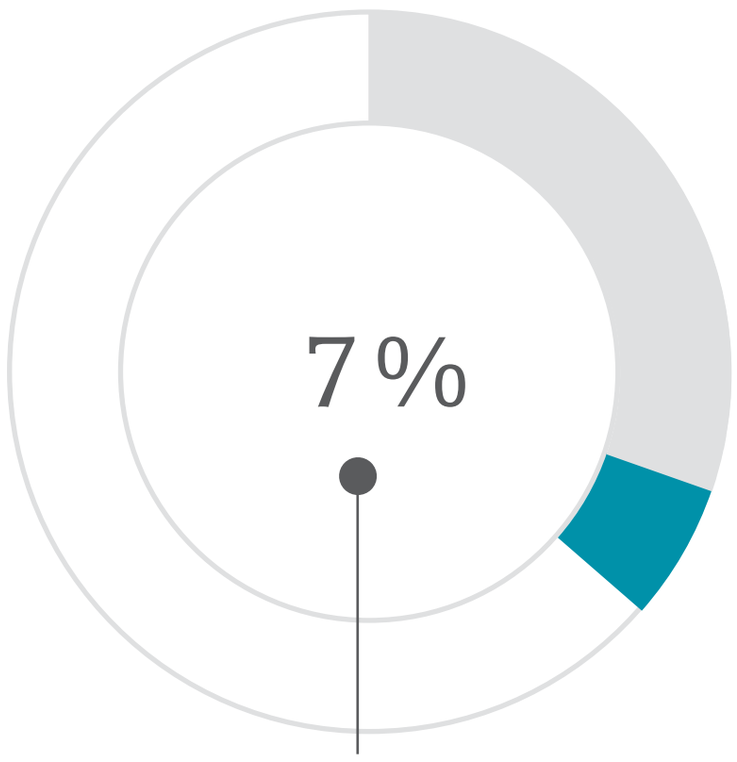


dipl. Fachfrau/-ma

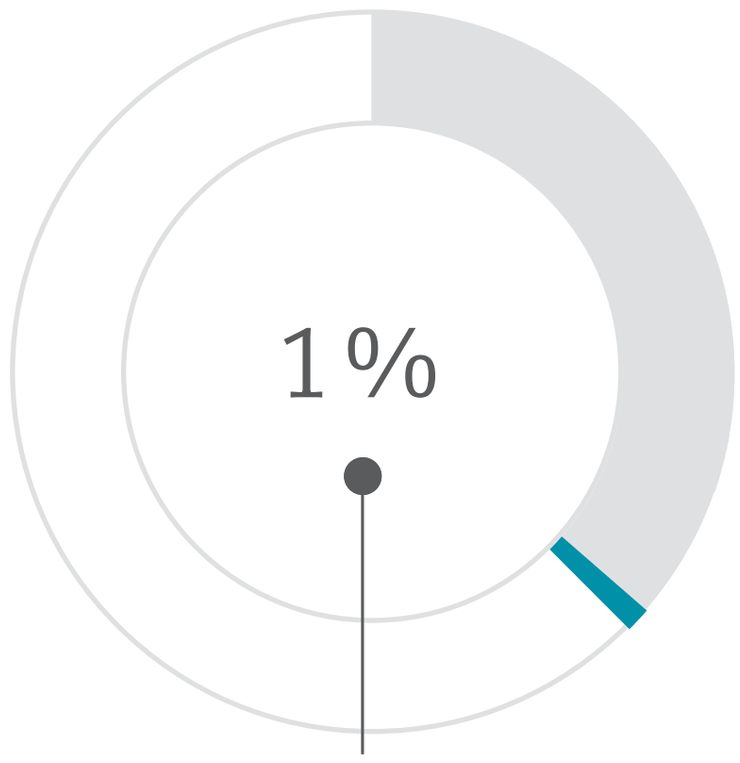


dipl. Rettungssanitäter/-in HF

nd Diätetik

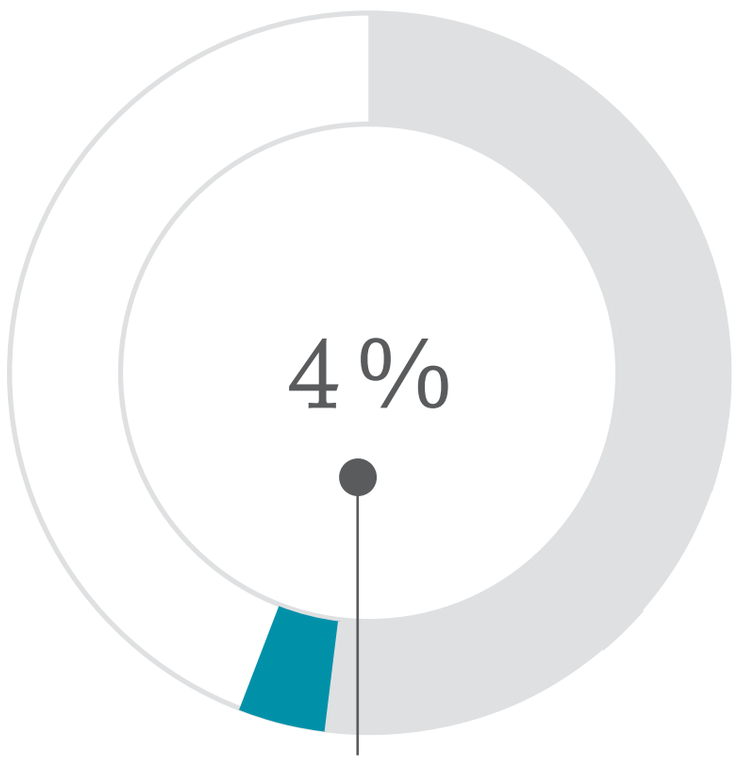


dipl. Fachfrau/-mann OT HF

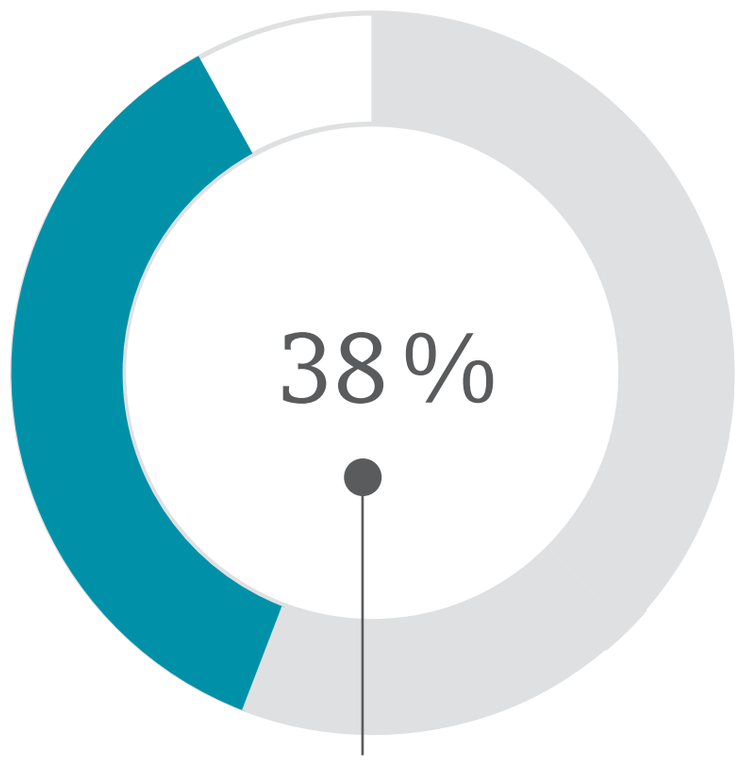


dipl. Biomed. Analytikerin HF

nn MTRA HF



BSc in Pflege (BFH)

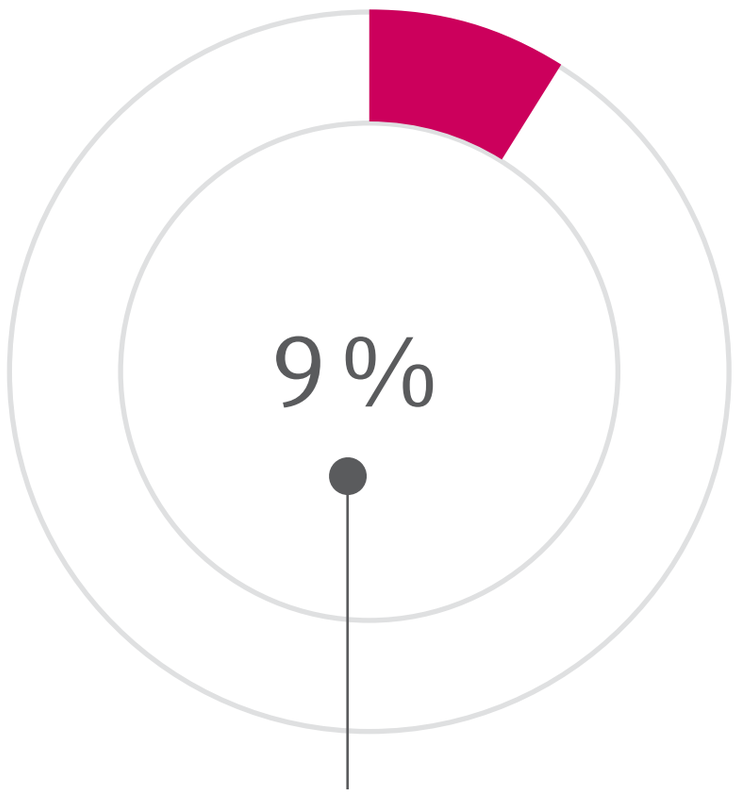


dipl. Pflegefachfrau/-mann HF

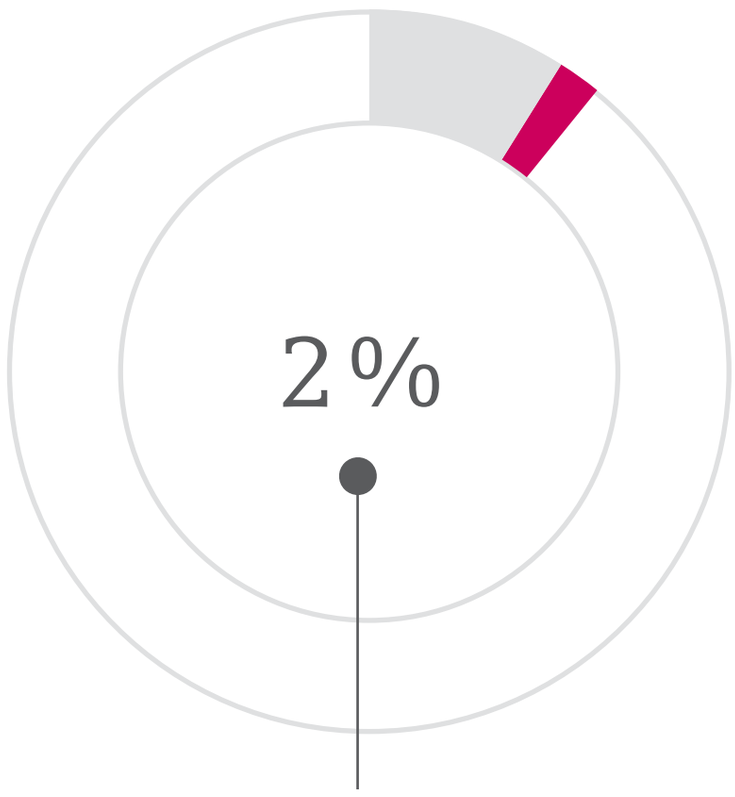
100 %

TOTAL AUSBILDUNGSWOCHEN:
3485

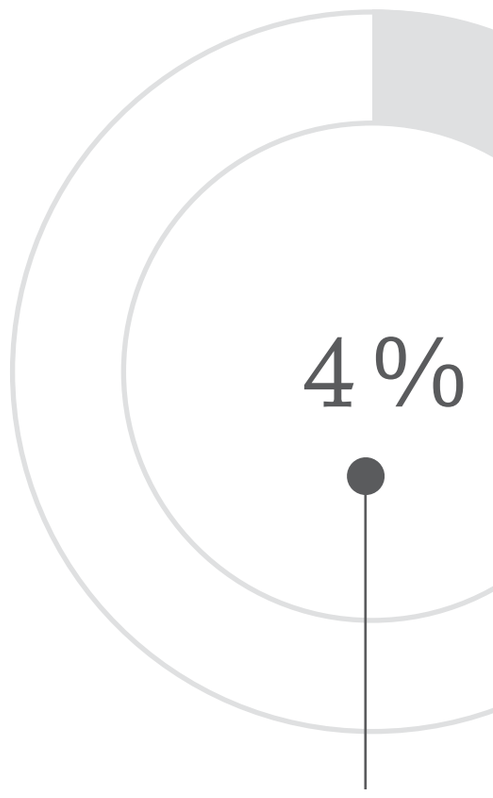
AUSBILDUNGSANGEBOT SEKUNDARSTUFE II



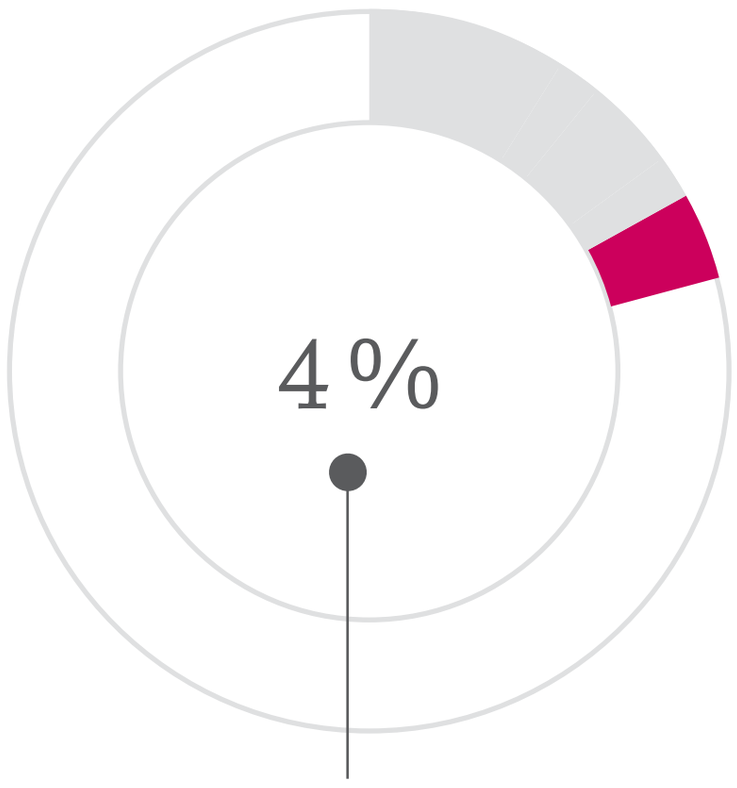
Lernende/-r Koch



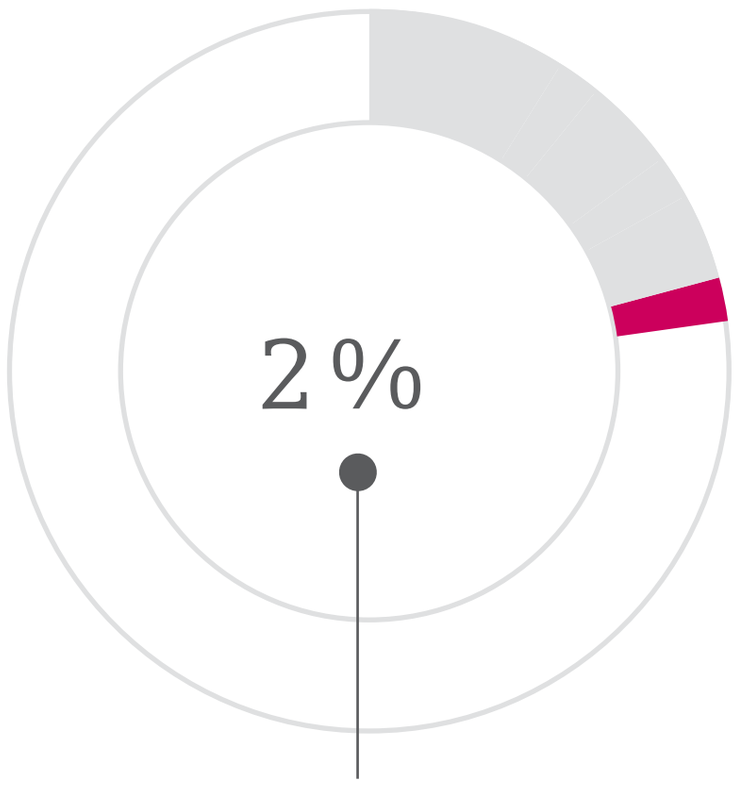
Lernende/-r Diätkoch



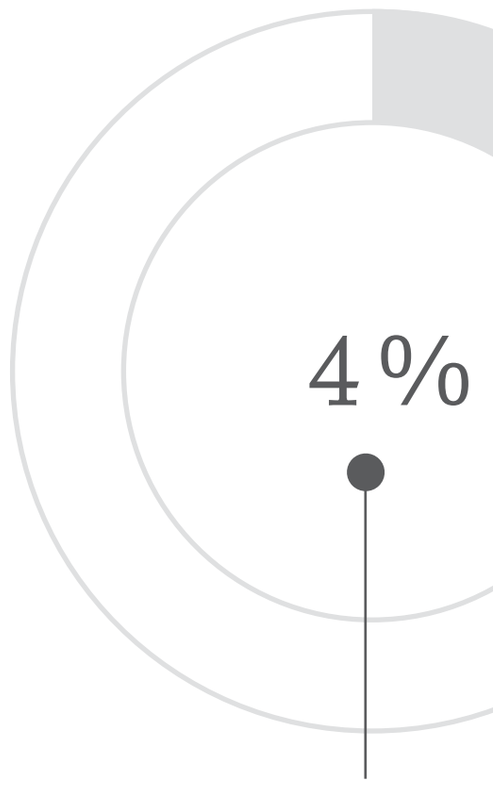
Lernende/-r Fachfr
Hauswirtschaft



Lernende/-r Fachfrau/-mann
Betriebsunterhalt

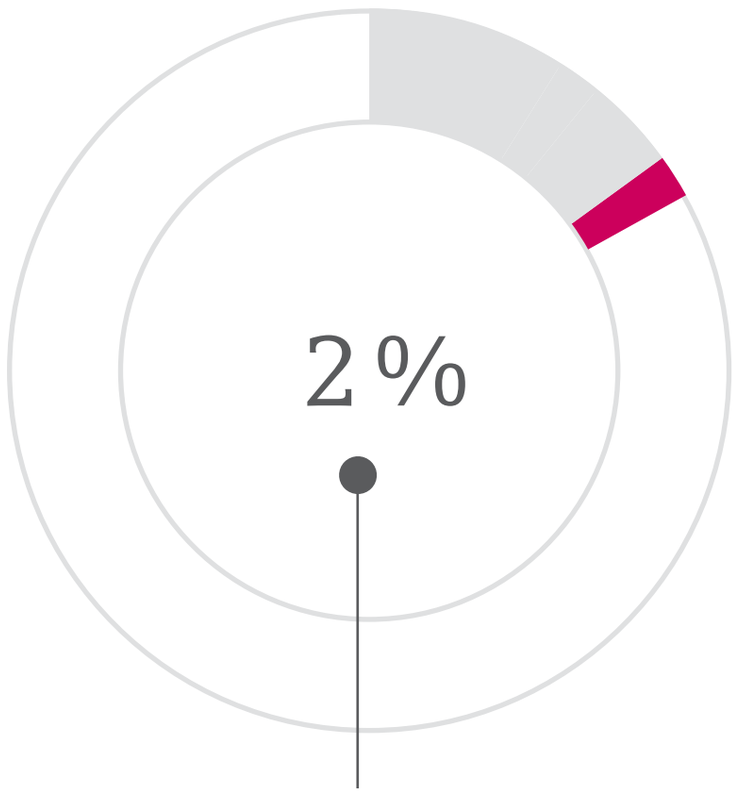


Lernende/-r Fachfrau/-mann
Betreuung

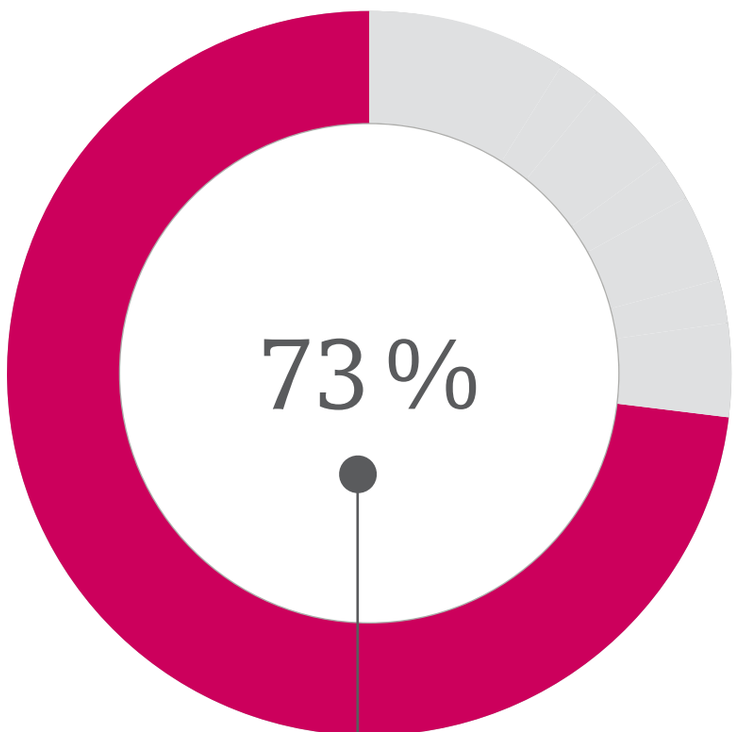


Lernende/-r KV

au/-mann



Lernende/r- Hauswirtschafts-praktik



Lernende/-r Fachfrau/-mann Gesundheit
(inkl. FaGe-Erwachsene)

100 %

TOTAL LEHRVERTRÄGE: 97

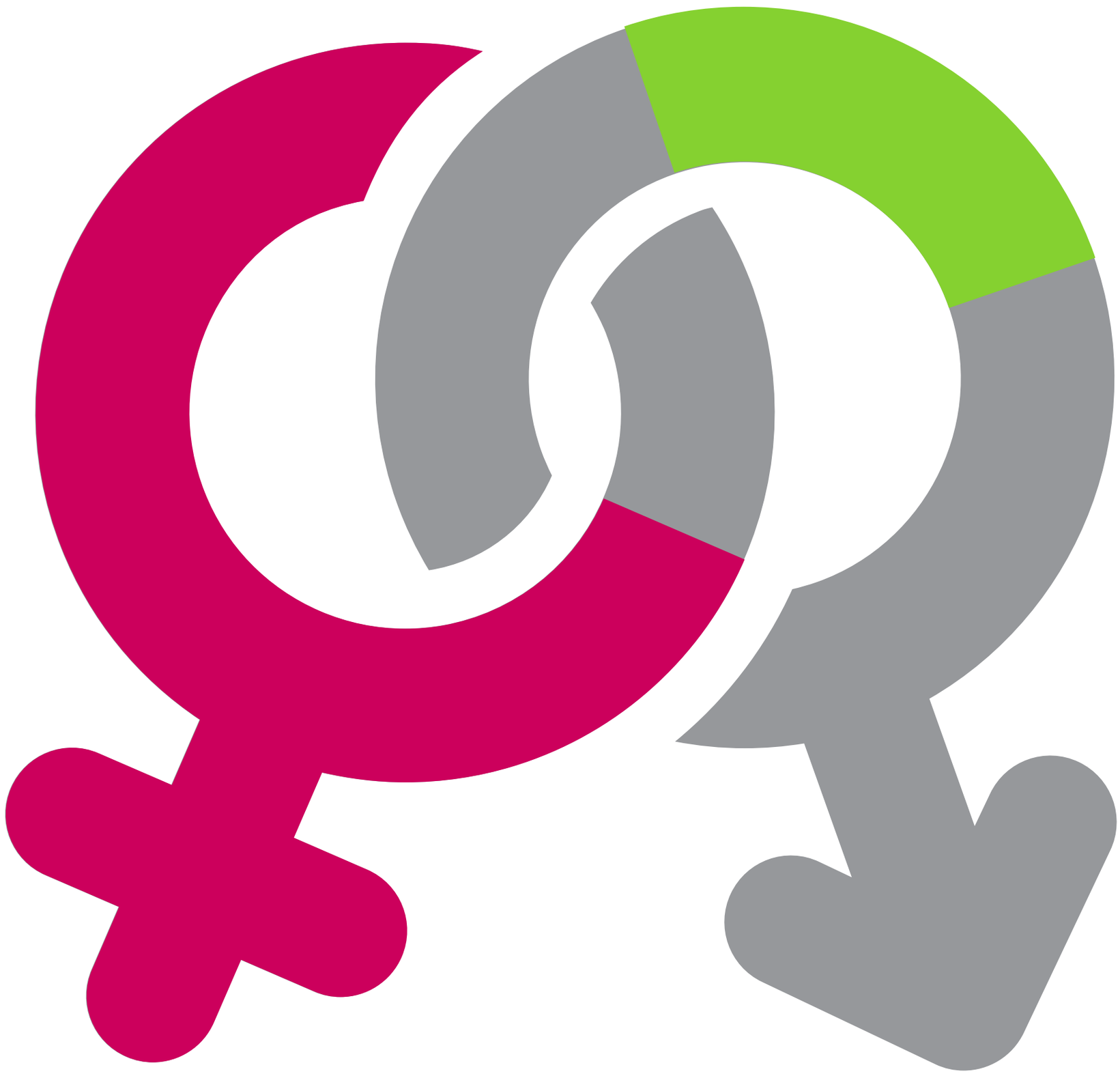
75% u

PERSONALBESTAND IM INSELSPITAL

Der durchschnittliche Personalbestand in Vollzeiteinheiten (VZE) im 2015 beträgt 6377, was einer Zunahme von 210 VZE gegenüber dem Vorjahr entspricht. Dieser Personalaufbau hat überwiegend im Kerngeschäft in den Schwerpunkten Kardiologie, Neurologie (Stroke Unit) sowie im OP-Zentrum stattgefunden.

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

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

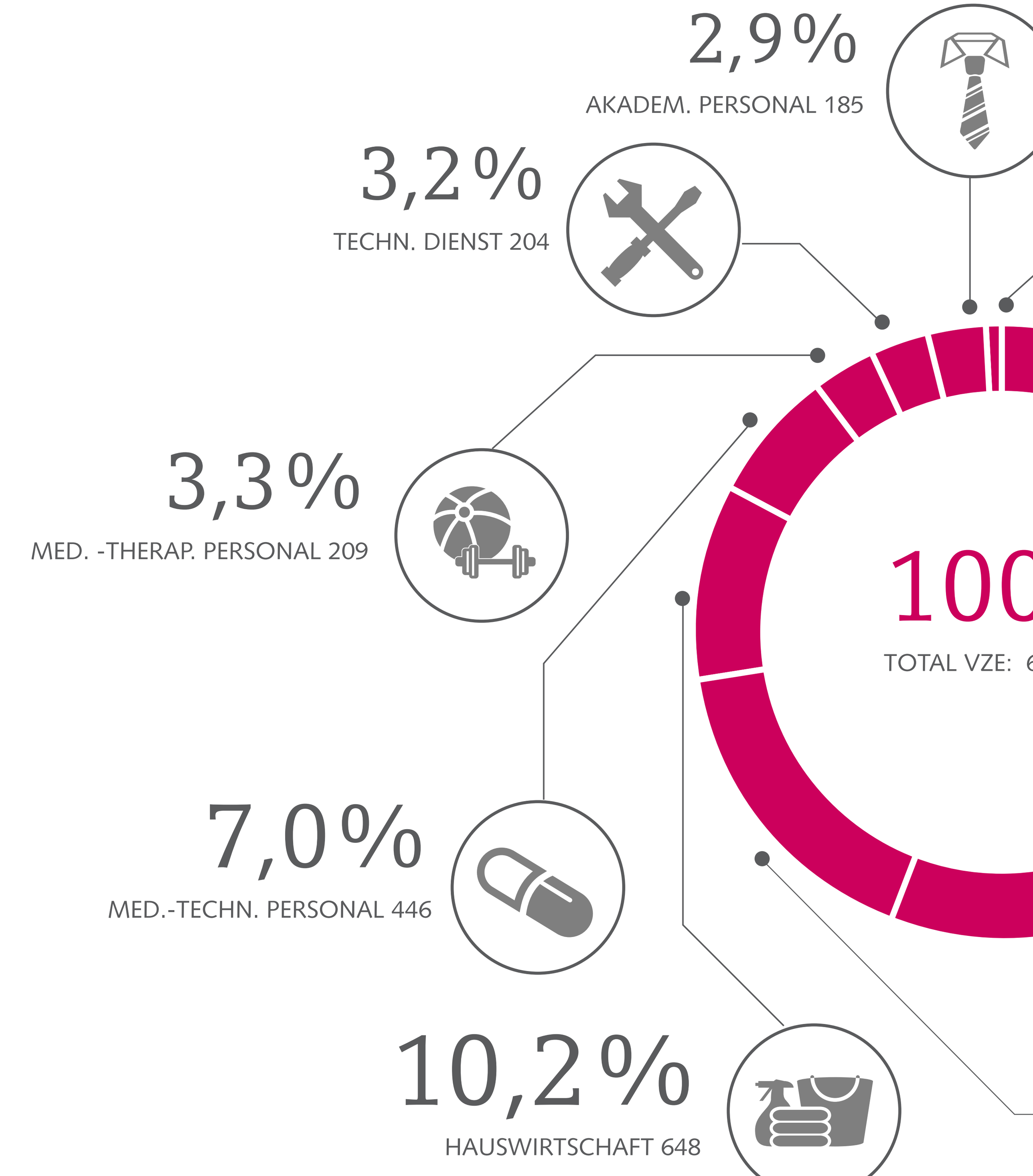


75%

25%

WEITER ZUR GRAFIK

PERSONALBESTAND NACH BERUFSGRUPPEN (VZE*)



* Personalbestand Vollzeiteinheiten (Mittelwerte 2015): Spitalbetrieb (ohne Stiftung, wiss. Fonds)

0,8 %

SOZIALDIENST, SEELSORGE,
KITA 48

0 %

6377

38,3 %

PFLEGEPERSONAL 2443

17,8 %

ÄRZTINNEN / ÄRZTE 1133

16,6 %

VERWALTUNG 1061

, exkl. Lernende, Praktikanten

NATIONALITÄTEN

Per 31. Dezember 2015 beschäftigt das Inselspital Mitarbeitende aus 83 verschiedenen Nationen. Der Anteil an Schweizer Mitarbeitenden beträgt 76%. Gut 10% aller Mitarbeitenden stammen aus Deutschland, gefolgt von Mitarbeitenden aus Portugal, Spanien und Italien. Diese Aufteilung ist geschlechtsunabhängig.

Innerhalb der Berufsgruppe Ärztinnen und Ärzte machen die Deutschen einen Anteil von 29% aus. Die grösste Diversität an Nationalitäten haben die Berufsgruppen Pflegepersonal (58 Nationen) und Hauswirtschaft (45 Nationen). Allerdings sind in der Pflege 83% der Belegschaft Schweizer, gefolgt von deutschen Mitarbeitenden (knapp 7%). In der Hauswirtschaft ist die Heterogenität indes grösser, dort beträgt der Anteil an ausländischen Mitarbeitenden mehr als die Hälfte.

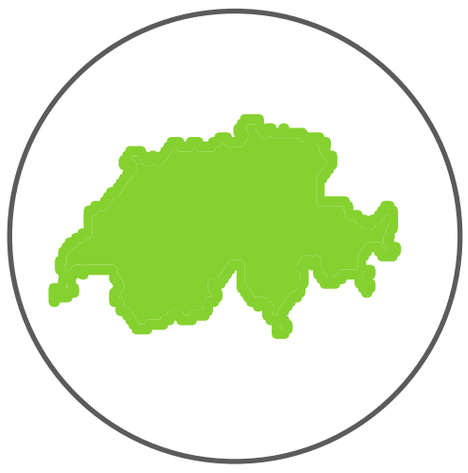
Das Inselspital beschäftigt beitende aus 83 verschiedenen Nationen

WEITER ZUR GRAFIK

MITARBEITENDE NACH NATIONEN

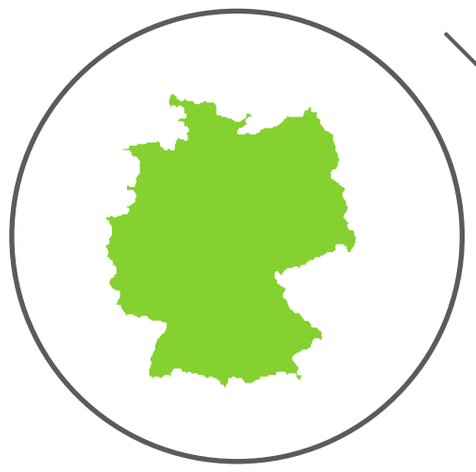
76,4%

SCHWEIZ



10,3

DEUTSCHLAND



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

1,6%
ITALIEN

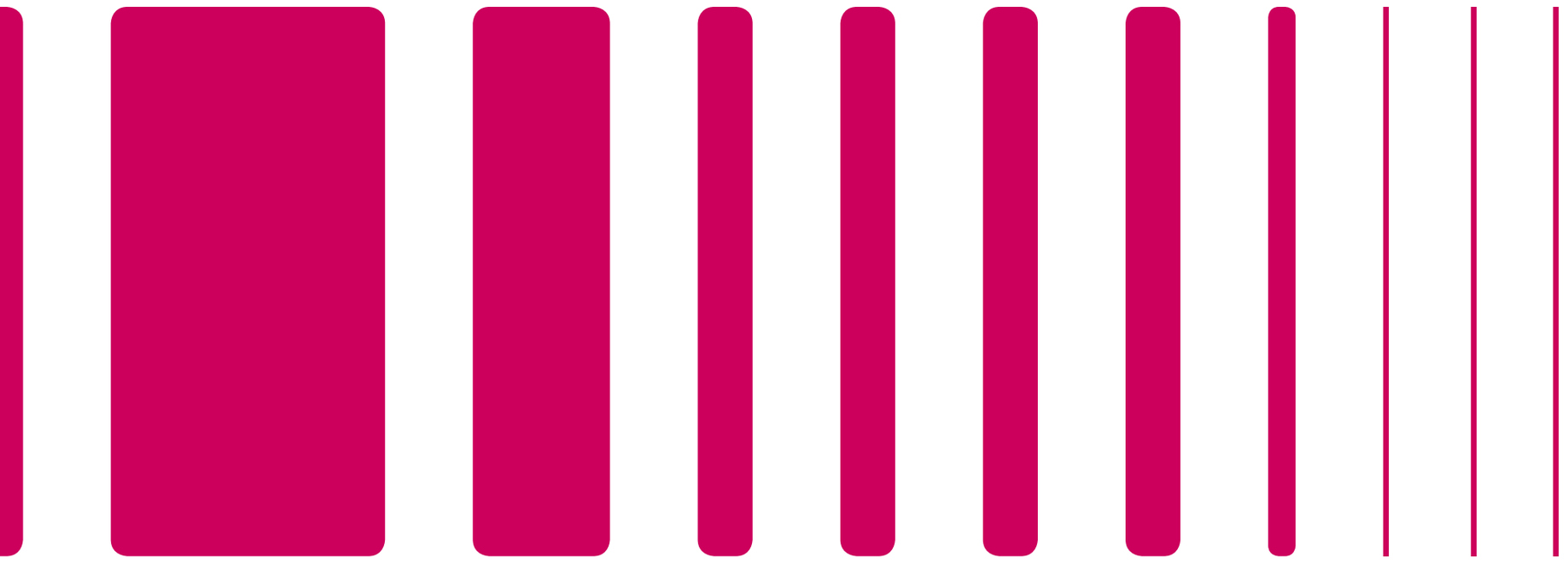
0,2%
AFRIKA

%

5,1%
RESTLICHE EU

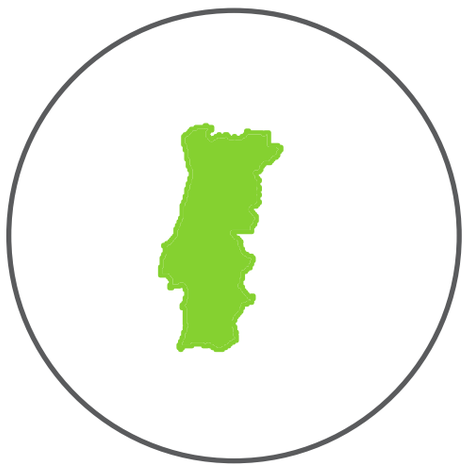
1.9%
SONSTIGE

0,1%
AMERIKA/KANADA



100%
TOTAL 8283*

2,0%
PORTUGAL



1,6%
SPANIEN

0,6%
SÜDAMERIKA

0,2%
ASIEN

Die Fluktu

FLUKTUATION

Die Fluktuation im Inselspital ist im Vergleich zum Vorjahr weiter gestiegen u
10,4% (2014: 9,9%). Diese Fluktuation berücksichtigt nur die Austritte infol
Mitarbeitenden. Austritte aufgrund von befristeten Arbeitsverhältnissen, Per
Ausbildungsabschluss, Arbeitgeberkündigungen oder Tod sind darin nicht en
fluktuation gehört das Inselspital in der Schweiz zu den Unternehmungen m

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

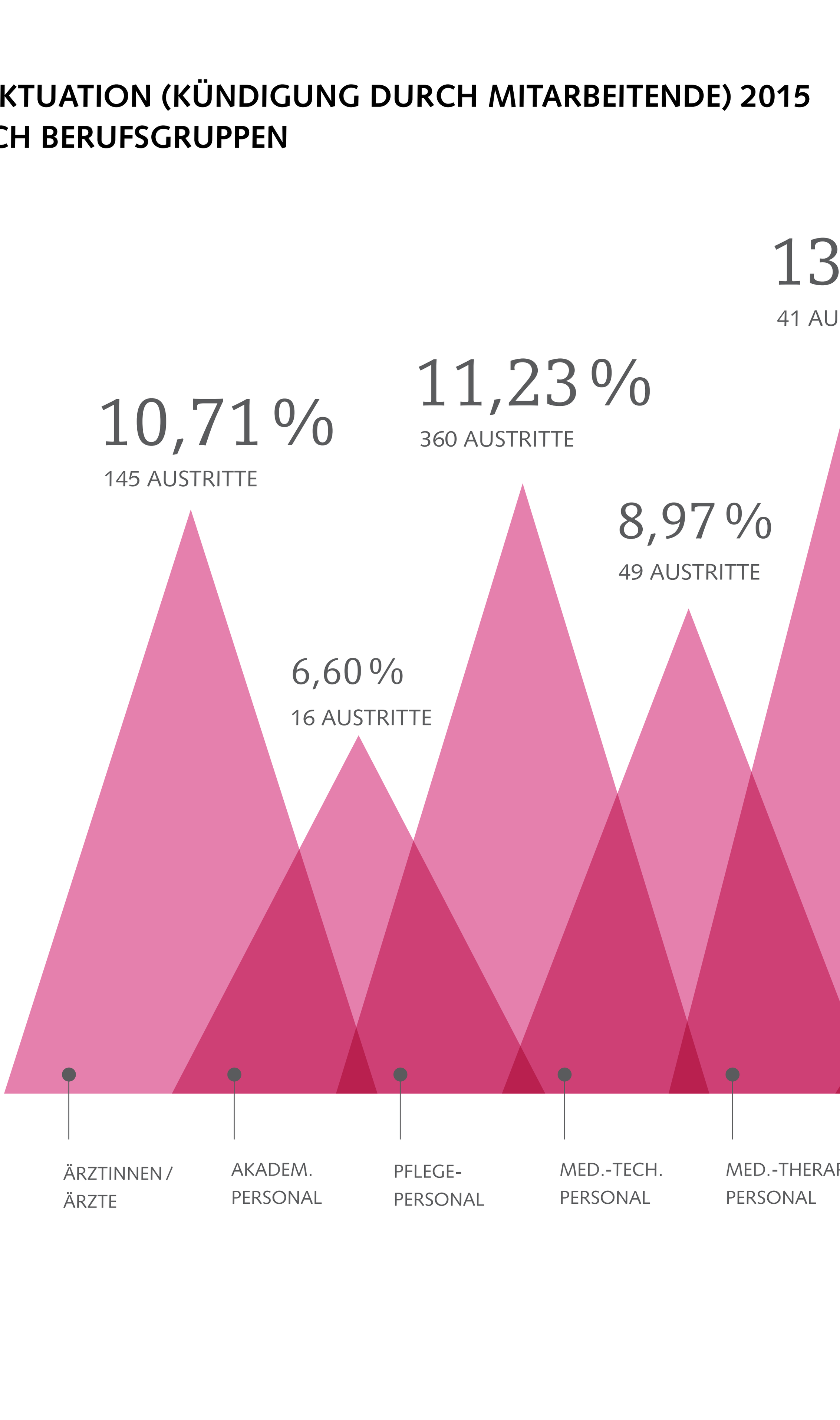
uation im Inselspital beträgt im Berichtsjahr 10,4%

und beträgt im Berichtsjahr
ge Kündigungen durch die
nsionierungen, Lehr- und
thalten. Mit dieser Gesamt-
it den tiefsten Werten.

n Verhältnis des

WEITER ZUR GRAFIK

FLUKTUATION (KÜNDIGUNG DURCH MITARBEITENDE) 2015 NACH BERUFSGRUPPEN



,27 %

STRITTE

11,47 %

159 AUSTRITTE

7,24 %

53 AUSTRITTE

5,48 %

4 AUSTRITTE

5,47 %

12 AUSTRITTE

P.

SOZIALDIENST, SEELS. KITA

VERWALTUNG

HAUSWIRT-SCHAFT

TECHN. DIENST

Das Inselspit
Praktikumsplät
Kanton

AUSZUBILDENDE

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 410 Wahljahrstudierende (Vorjahr: 394) der Medizin rund 3051 Wahljahrpraktikumswochen; mehrere Hundert Studierende aus 10 nichtärztlichen Gesundheitsberufen absolvierten rund 7811 Ausbildungswochen (Vorjahr: 7370). Die Studierenden der Sozialberatung und der Psychologie durchliefen gut 382 Ausbildungswochen (Vorjahr: 264). In den drei Weiterbildungen Anästhesiepflege, Intensivpflege und Notfallpflege NDS HF wurden total 44 Personen mit 1900 Ausbildungswochen weitergebildet.

WEITER ZUR GRAFIK

tal ist der grösste Anbieter von tzen in Gesundheitsberufen im Bern und weit darüber hinaus

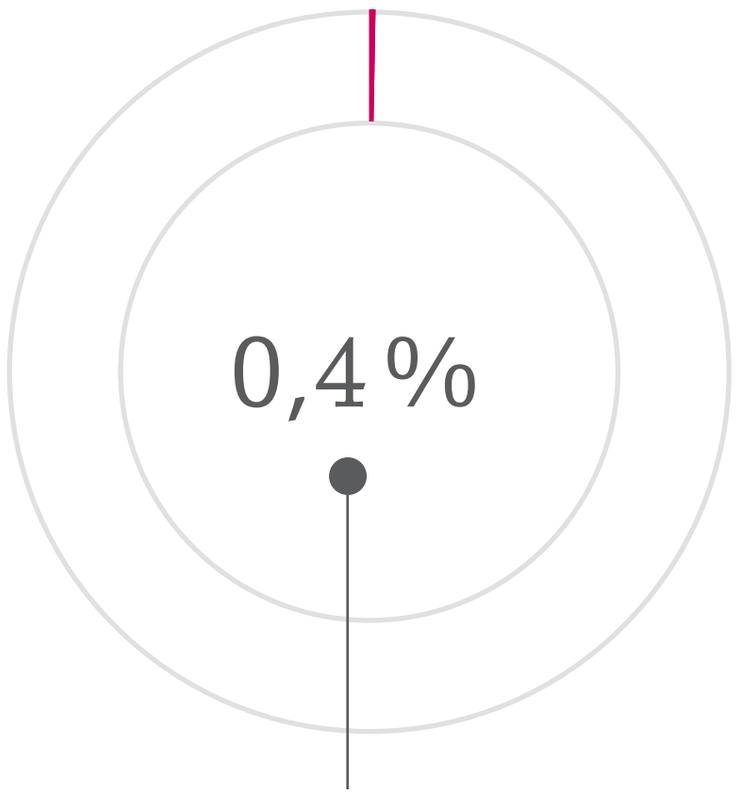
Das Inselspital engagiert sich auch für die Ausbildung in anderen Berufen. So wurden im Jahr 2015 auf Sekundarstufe II (Berufslehre) total 210 Lernende in 13 Berufen ausgebildet; dabei standen alleine für Fachfrauen/-männer Gesundheit 101 Lehrstellen für Jugendliche und 19 Lehrstellen für Erwachsene zur Verfügung.

Das Inselspital präsentiert sein reichhaltiges Ausbildungsangebot an Kongressen, Berufsausstellungsmessen, bei Bildungsanbietern sowie am Kantonalen Tag der Gesundheitsberufe.

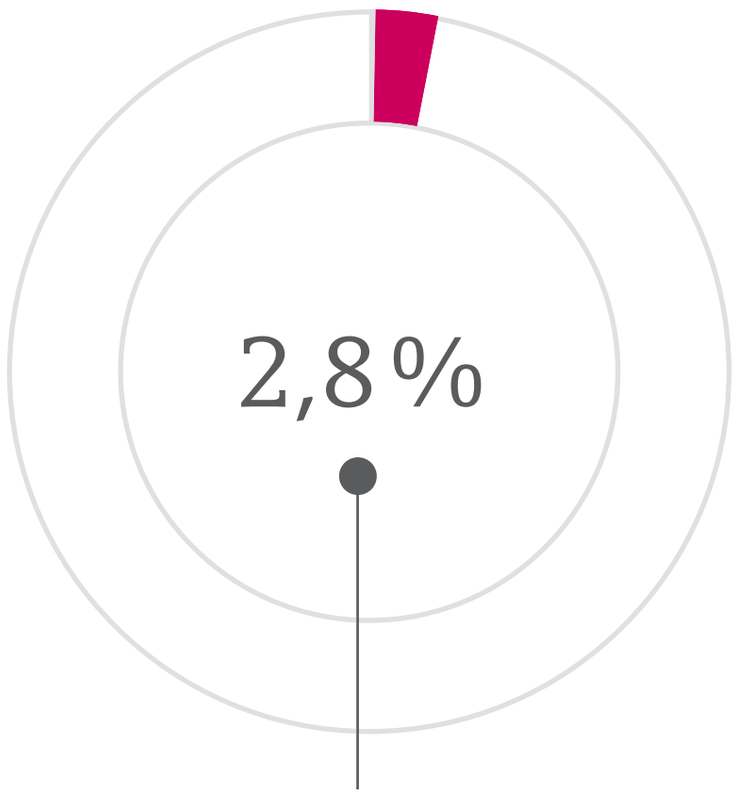
Für junge Menschen im Berufswahlalter werden zudem zahlreiche Einblickstage, Berufswahl- und Eignungspraktika im Umfang von mehreren Hundert Wochen in den Kliniken und Instituten organisiert.

WEITER ZUR GRAFIK

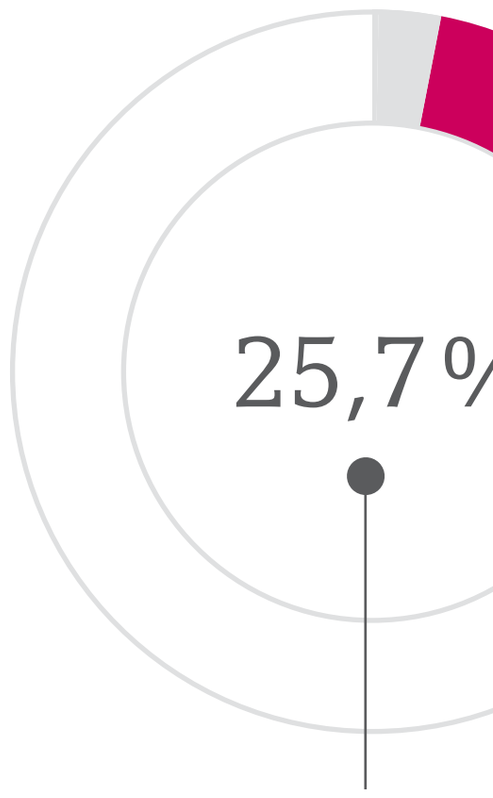
AUSBILDUNGSANGEBOT TERTIÄRSTUFE



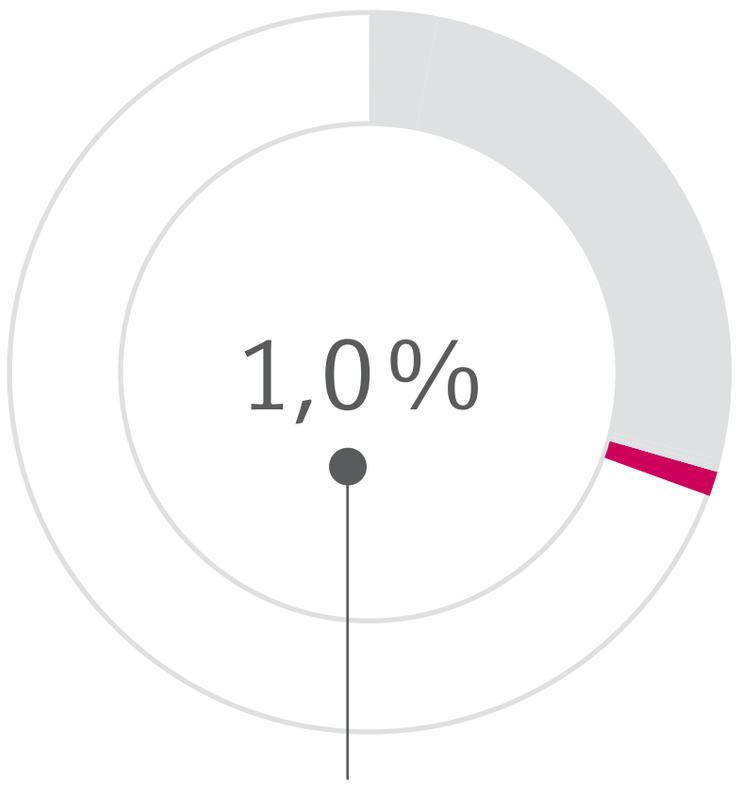
Praktikant/-in Sozialberatung



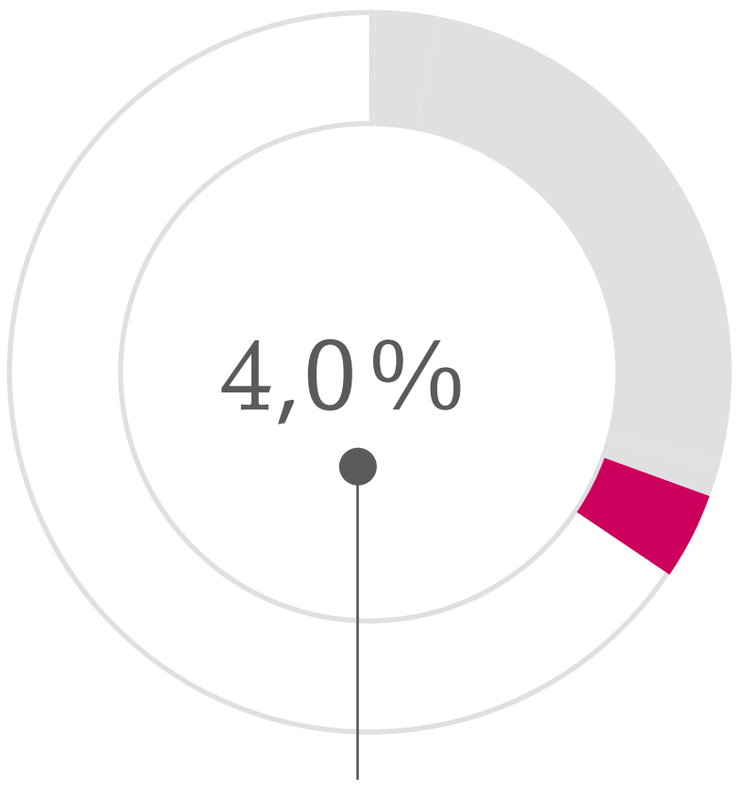
Praktikant/-in Psychologie



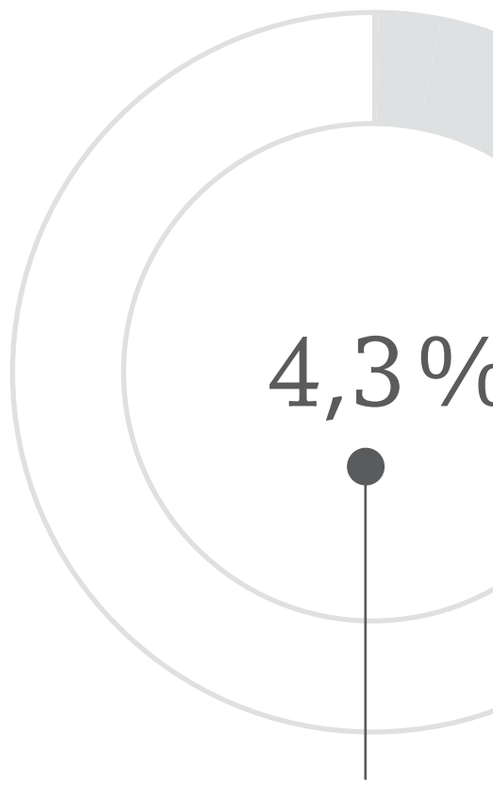
Wahljahrstudent/-i



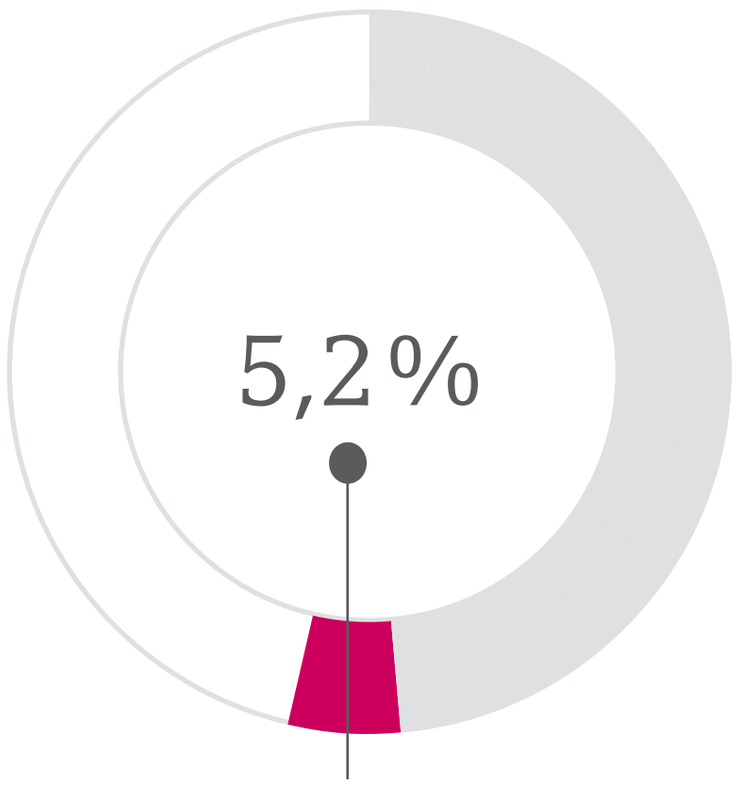
BSc in Ernährung und Diätetik (BFH)



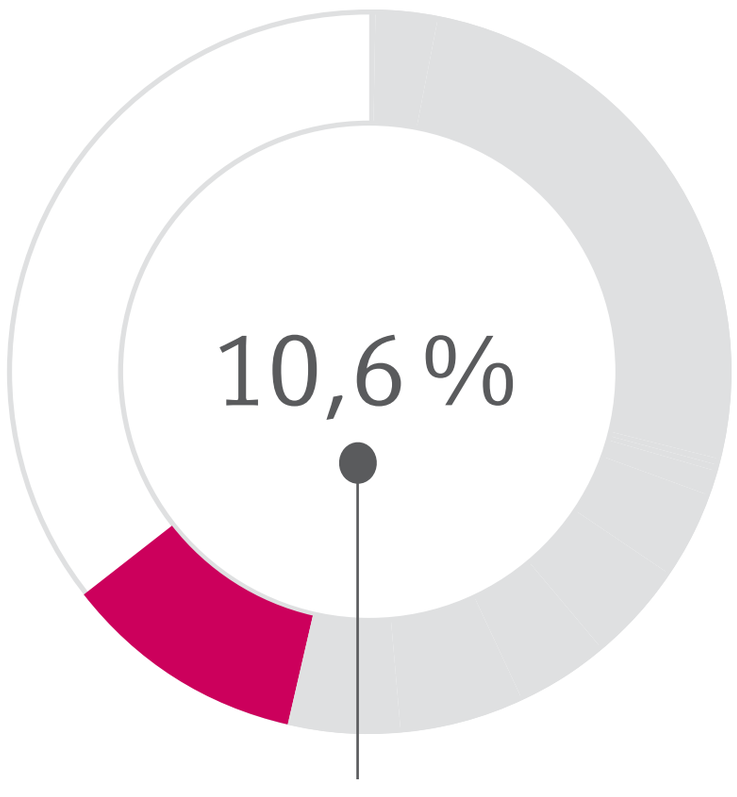
dipl. Fachfrau/-mann OT HF



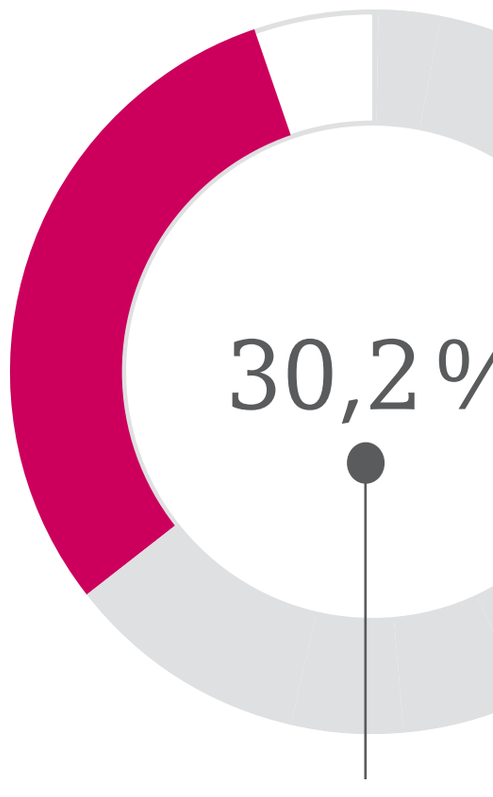
dipl. Biomed. Analy



dipl. Fachfrau/-mann MTRA HF

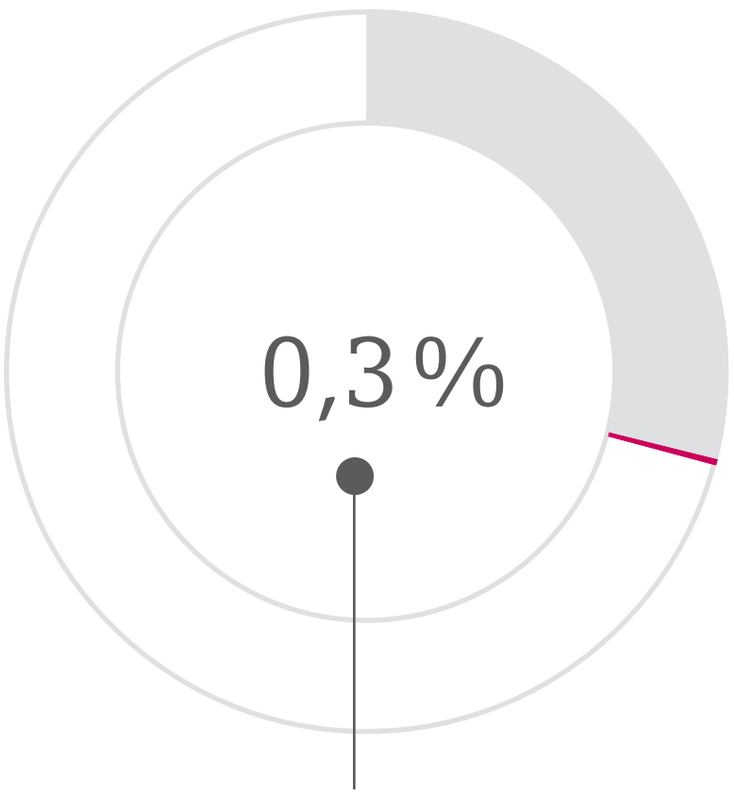


BSc in Pflege (BFH)

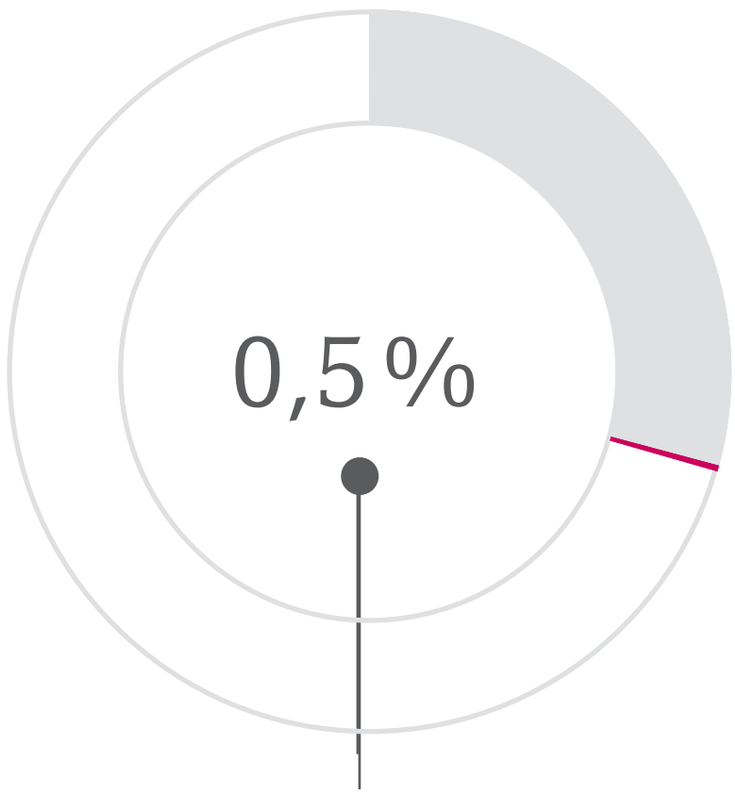


dipl. Pflegefachfrau

n

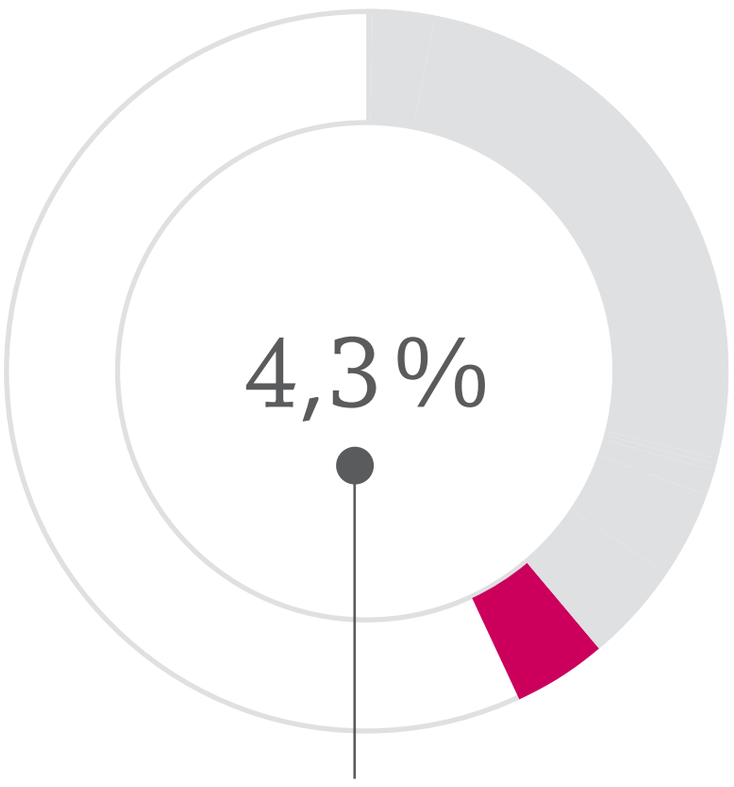


dipl. Fachfrau/-mann
Orthoptik HF

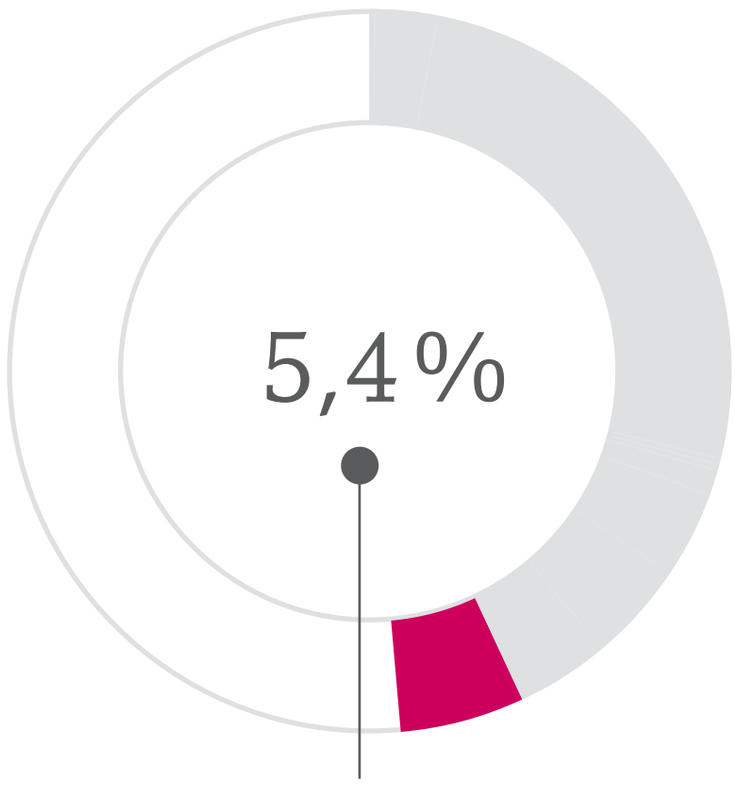


BSc in Ergotherapie (ZHAW)

ytikerin HF

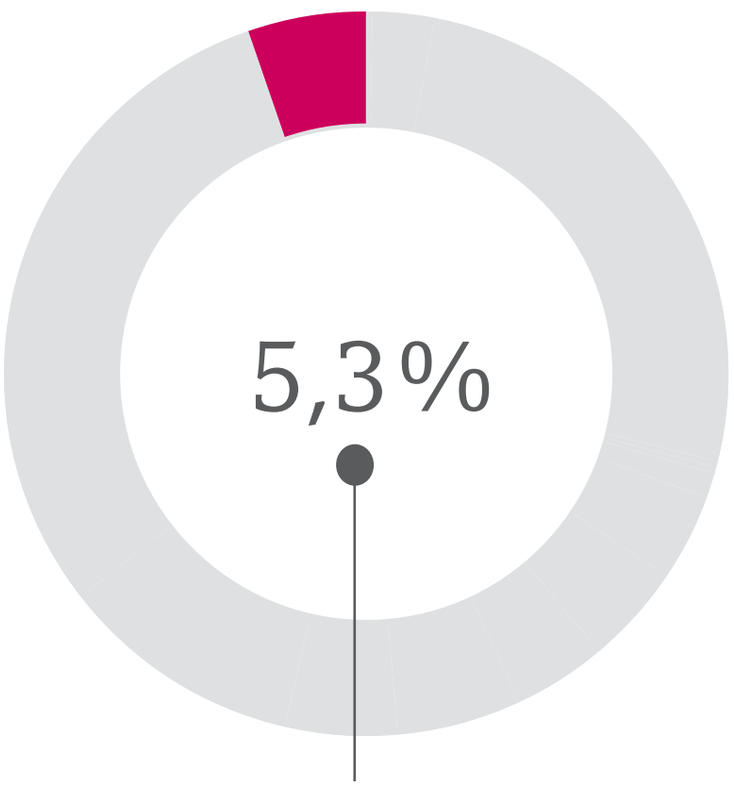


BSc Hebamme (BFH)



BSc in Physiotherapie (BFH)

u/-mann HF

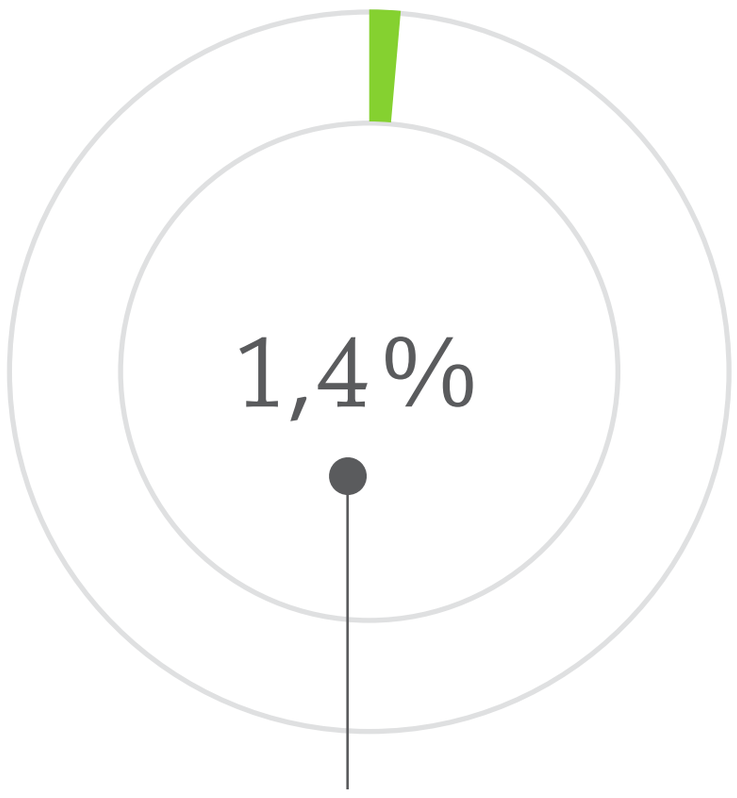


Einblickstage, Berufswahlpraktika

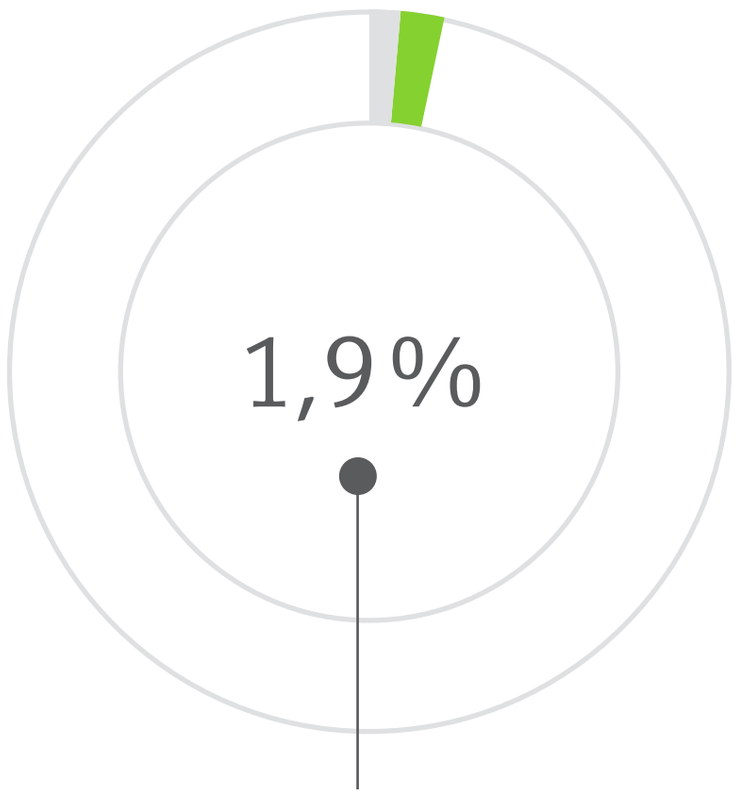
100%

TOTAL AUSBILDUNGSWOCHEN:
11 869

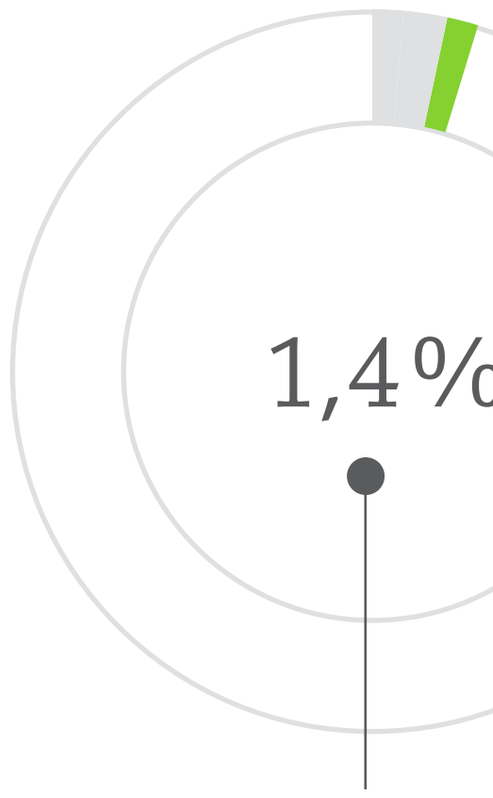
AUSBILDUNGSANGEBOT SEKUNDARSTUFE II



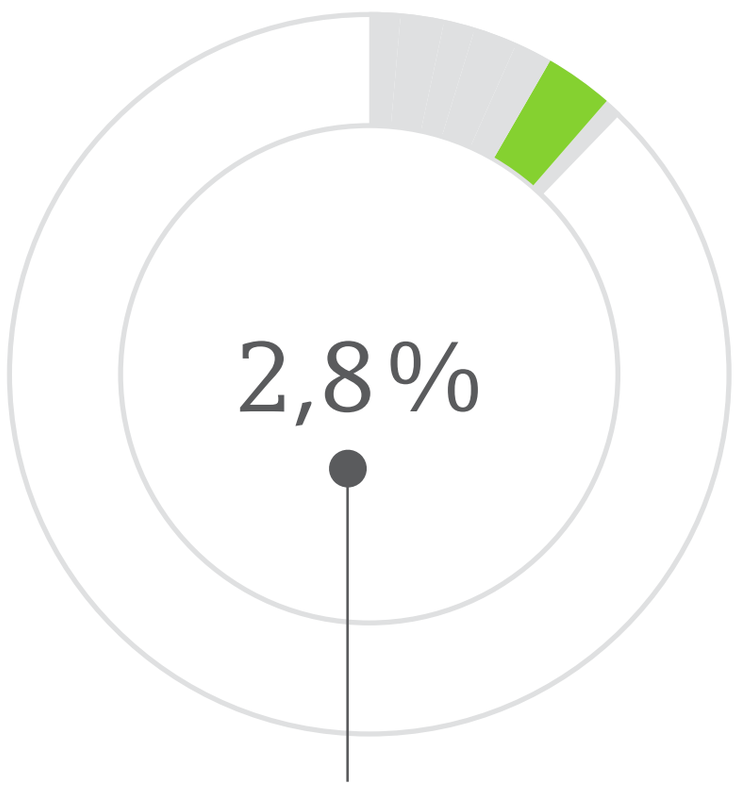
Lernende/-r Bäcker/-in-Konditor/-in



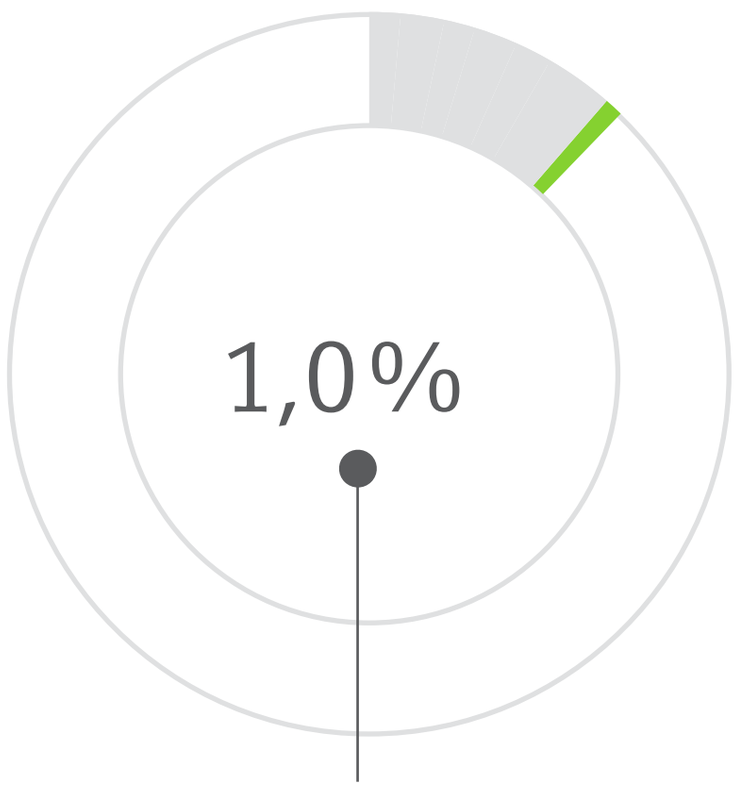
Lernende/-r Logistik



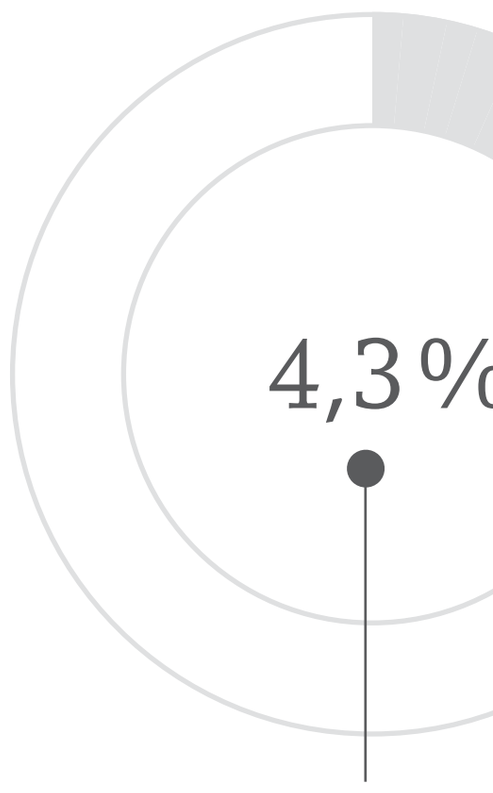
Lernende/-r Diätko



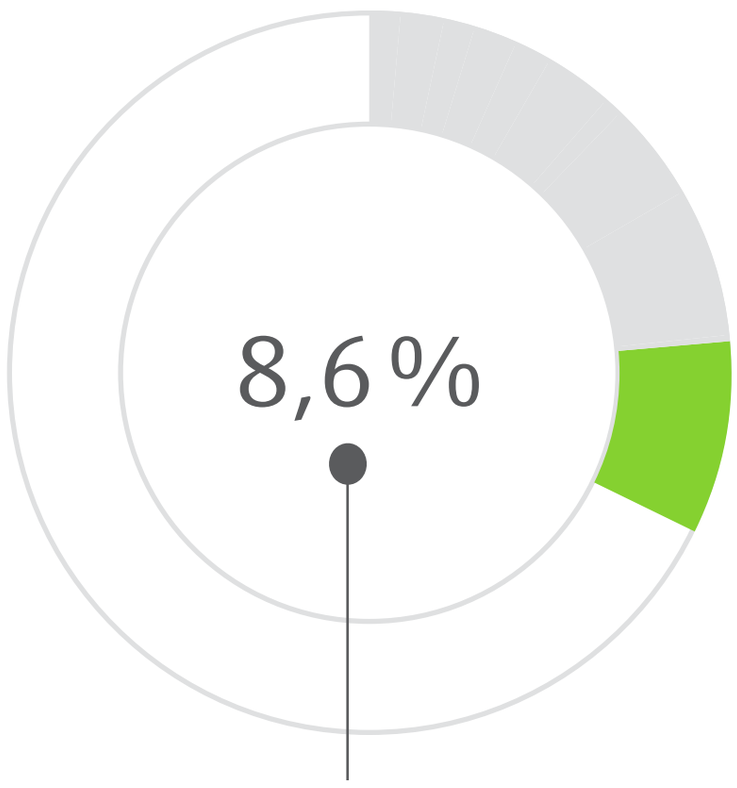
Lernende/-r Fachfrau/-mann Hauswirtschaft



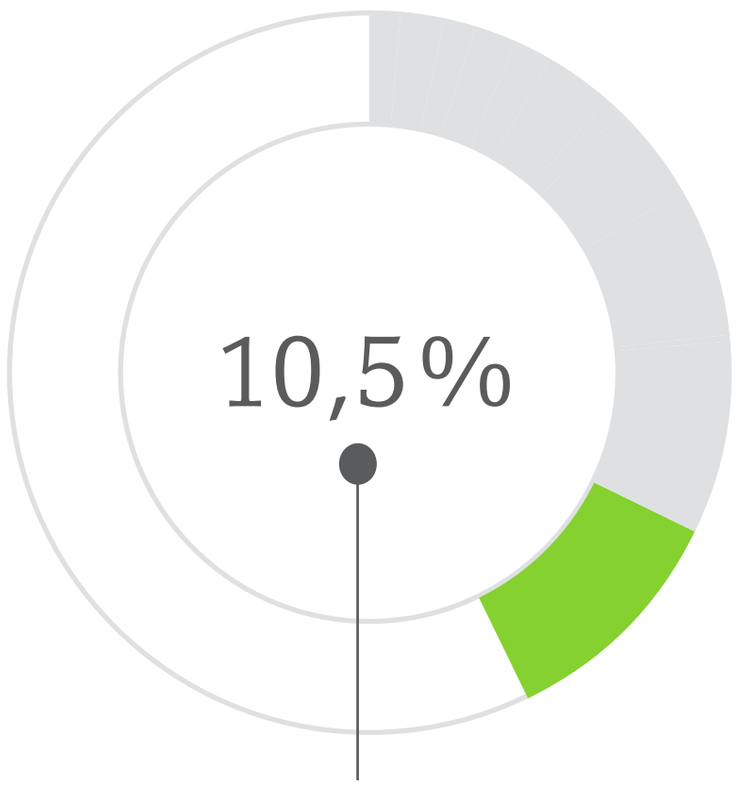
Systemgastronomiefach-frau/-mann



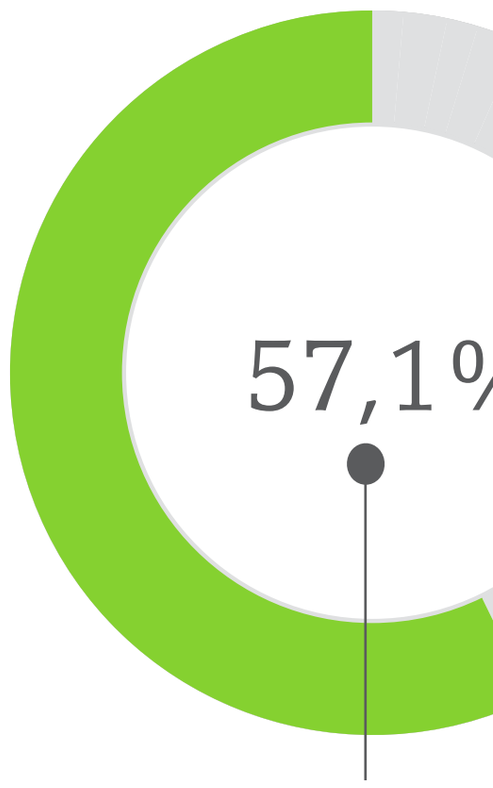
Lernende/-r Fachfr
Betreuung, Fachric
Kinderbetreuung



Lernende/-r KV

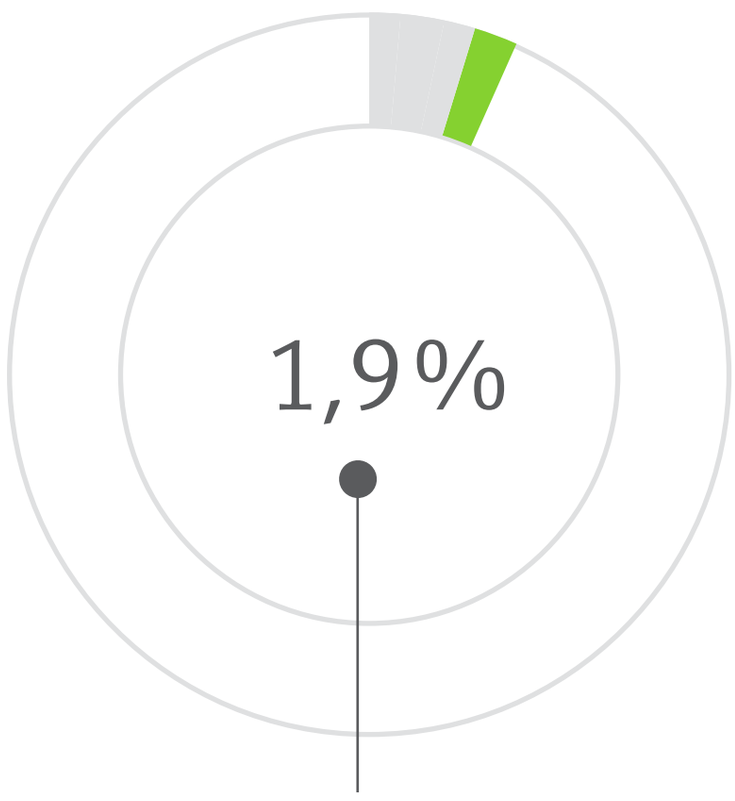


Praktikant/-in KV

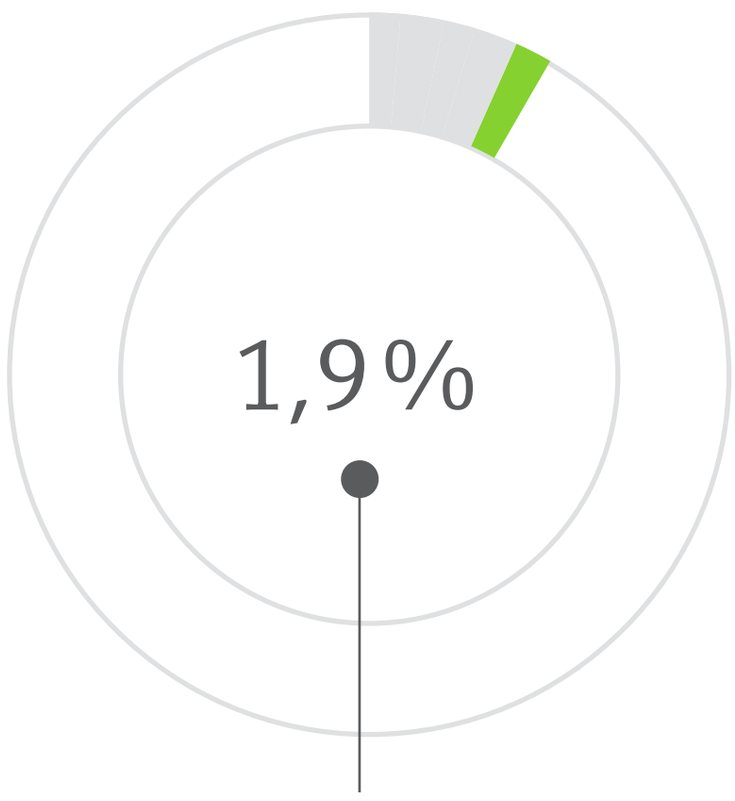


Lernende/-r Fachfr
Gesundheit
(inkl. FaGe-Erwach

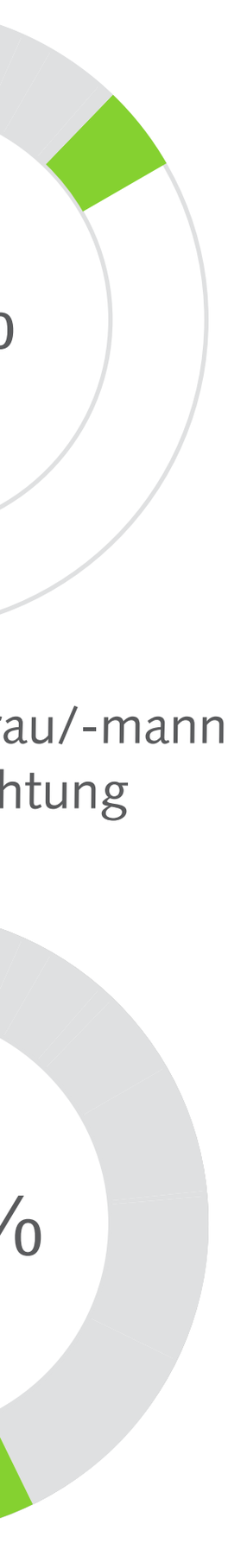
och



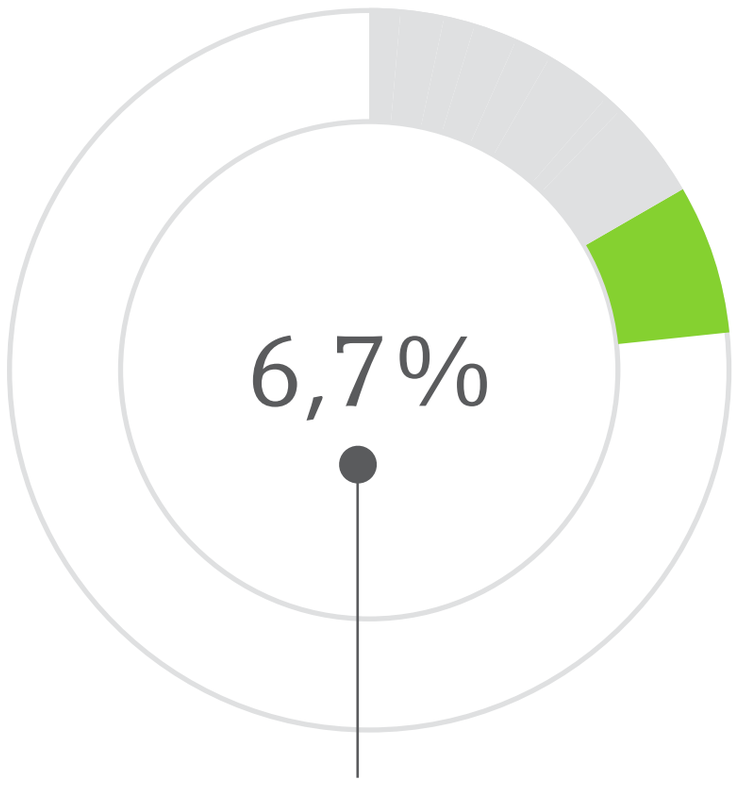
Lernende/-r Gebäudereiniger/-in



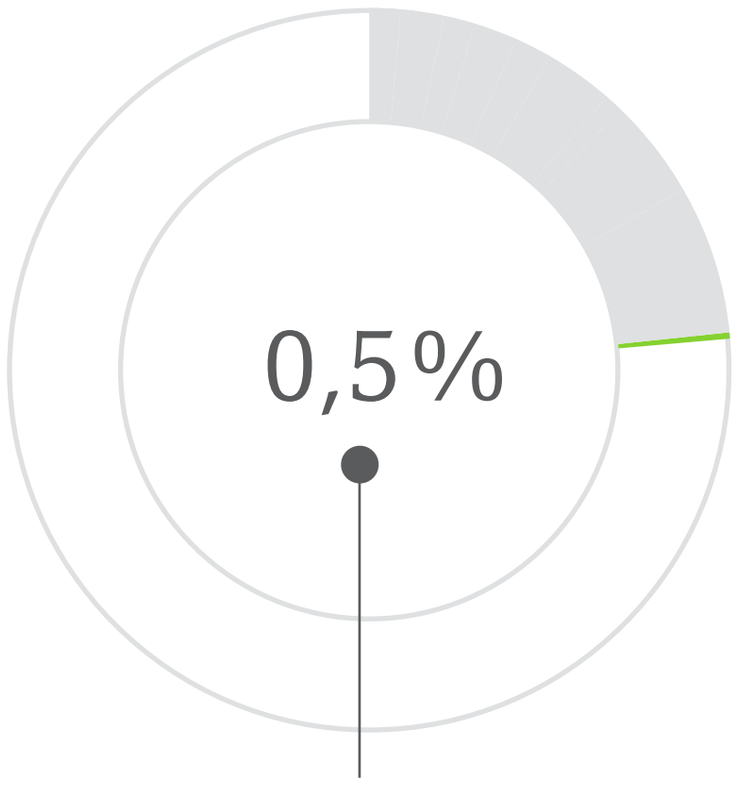
Lernende/-r Elektroniker/-in



au/-mann
htung



Lernende/-r Koch



Lernende/-r Küchenangestellte

%

au/-mann

sene)

100 %

TOTAL LEHRVERTRÄGE: 210

In
an zwei

Angebote für Mitarbeitende im Inselspital

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

Das Anwesenheitsmanagement fördert den ständigen Austausch zwischen Führungskräften, Mitarbeitenden und HR-Business-Partnern in Falle von häufigen oder längeren Absenzen. Dies ermöglicht ein frühzeitiges Eingreifen und Unterstützen in problematischen Situationen. Mittels fundierten 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 haben bei 123 Mitarbeitenden die Fallführung übernommen.

Die vertrauliche Anlaufstelle Personalberatung wurde von total 442 Mitarbeitenden (Vorjahr: 426) aufgesucht. Davon waren 328 neue Klienten. 36% der Ratsuchenden waren ausländischer Herkunft. Die häufigsten Problembereiche bezogen sich auf finanzielle Schwierigkeiten (24%), gefolgt von Konflikten und Problemen am Arbeitsplatz (21%), Alters- und Pensionierungsfragen (18%), Krankheit/Case-Management (14%) sowie von familiären Problemen der Mitarbeitenden (12%). Weitere Beratungen betrafen Krisensituationen, Migration, Sucht oder Wohnen.

n der Kindertagesstätte werden Standorten 160 Kinder betreut

Der Personalärztliche Dienst hat im Berichtsjahr 1901 Eintrittsuntersuchungen (Vorjahr: 1835) durchgeführt. Bei 534 Mitarbeitenden wurden arbeitsmedizinische Beratungen oder Abklärungen im Zusammenhang mit Expositionen gegenüber infektiösen Erregern vorgenommen. In diesem Jahr zum letzten Mal wurden 163 Strahlenschutz-Untersuchungen geleistet. Die SUVA hat im Verlauf des Jahres die Strahlenschutz-Vorsorgeuntersuchung abgeschafft. Für den Bereich Spitalpharmazie wurden 22 Eignungsuntersuchungen durchgeführt.

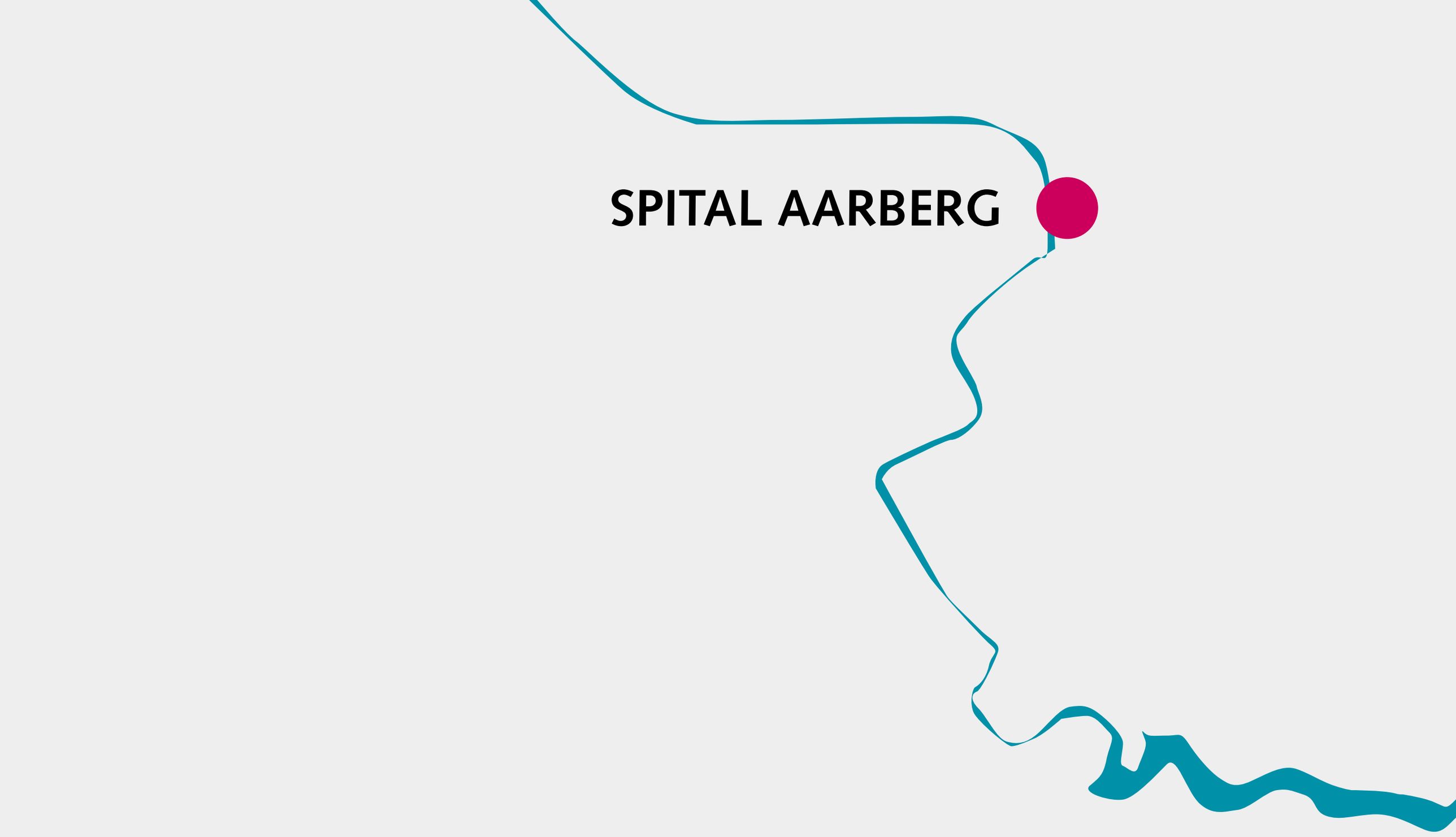
4086 Patienten wurden im Rahmen einer hausärztlichen Dienstleistung oder bei Notfällen während der Arbeit behandelt.

38% aller Mitarbeitenden mit Patientenkontakt wurden gegen die saisonale Grippe geimpft. Die Impfrate betrug bei der Pflege 31%, bei den Ärzten 61%, was insgesamt einer Steigerung von 4% im Vergleich zum Vorjahr entspricht.

In der Kindertagesstätte werden an zwei Standorten 160 Kinder betreut. Aufgrund der grossen Nachfrage wurde eine zusätzliche Kleinstkindgruppe für Kinder im Alter von 4 bis ca. 18 Monaten eröffnet und eine Kindergartengruppe mit Ganztagesbetreuung auf dem Inselareal für Kinder von 4 bis 6 Jahren. Im Jahre 2015 sind wegen grosser Nachfrage wieder zusätzliche 8 Ganztagesplätze in unserer privaten «Partner-Kita» eingekauft worden.

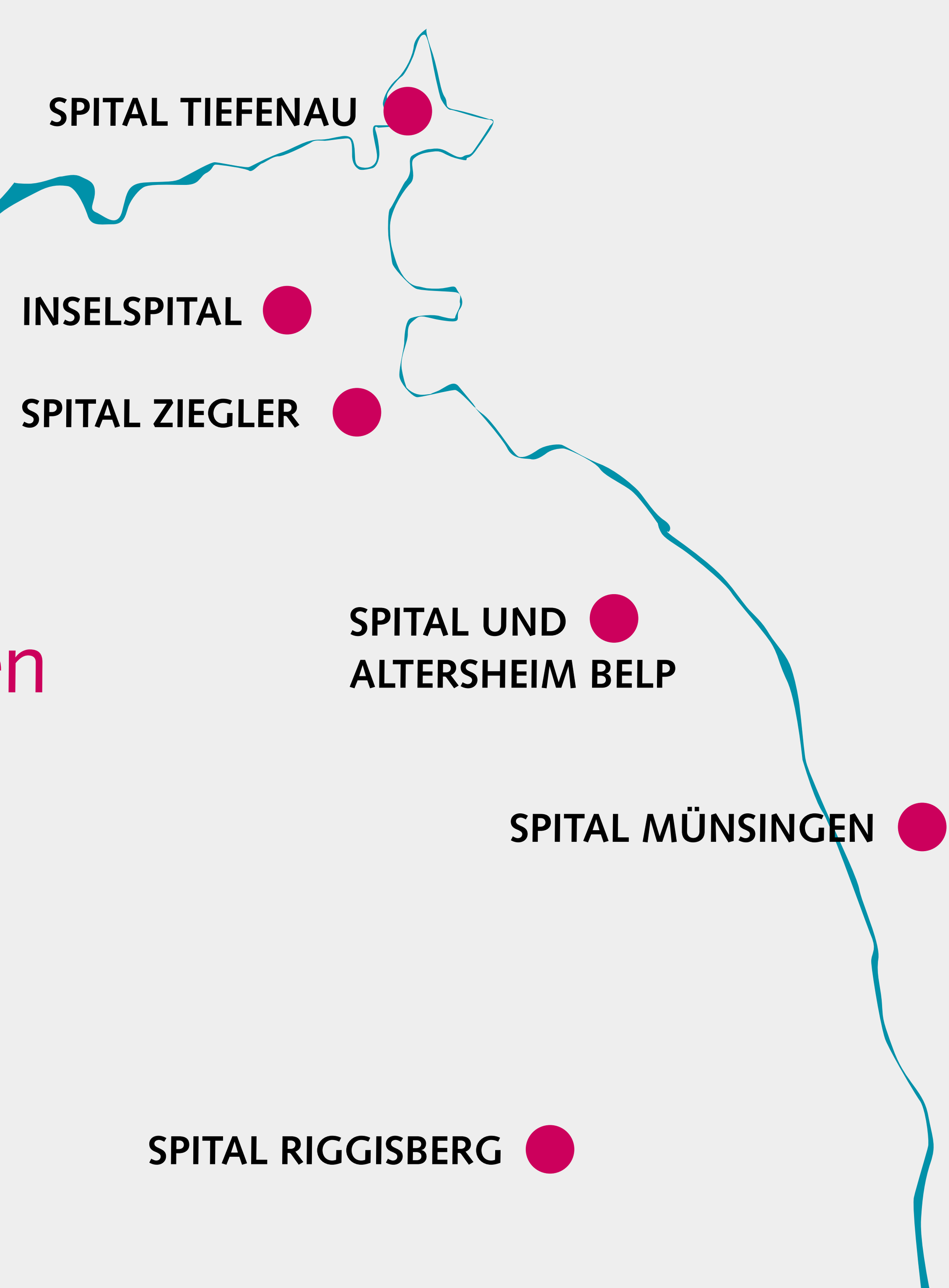
ZAHLEN UND FAKTEN

Leistungen



Für Leistungskennzahlen
der Standorte auf den jeweilige
Punkt tippen

SPITAL NETZ BERN


SPITAL TIEFENAU
INSELSPITAL
SPITAL ZIEGLER
SPITAL UND
ALTERSHEIM BELP
SPITAL MÜNSINGEN
SPITAL RIGGISBERG

Im Spita
W
Behar

KOMMENTAR

Im Inselspital und Spital Netz Bern wurden 2015 insgesamt 60 282 Behandlung
1247 weitere Fälle konnten im Rahmen von stationären Rehabilitationsmassnah
Im Vergleich zum Vorjahr zeigt sich ein leichter Fallzahlanstieg von +1,3%. So ha
Behandlungen mehr als 2014 stattgefunden. Als Gründe hierfür können der Ansti
hohe Inanspruchnahme von Notfallzentren durch die Bevölkerung als auch die der
mit Zunahme von behandlungsbedürftigen Patienten ins Felde geführt werden.

Die engen Kooperationen zwischen Inselspital und den Standorten des Spital Ne
Jahr 2015 zu erhöhten Verlegungsaktivitäten zwischen den Versorgungsstufen. De
die Verlegungen vom Inselspital ins Spital Netz Bern. So konnte durchgängig gew
Patienten entsprechend ihren Bedürfnissen und der medizinischen Indikation in
gungsstufe behandelt wurden.

al Netz Bern und im Inselspital
wurden 2015 insgesamt 61 529
ndlungsfälle stationär versorgt.

sfälle stationär versorgt.
men behandelt werden.
ben rund 770 stationäre
eg der Geburtenrate, die
mografische Entwicklung

tz Bern führten auch im
en grössten Anteil bilden
währleistet werden, dass
einer adäquaten Versor-

KOMMENTAR ZUM
SPITAL NETZ BERN

KOMMENTAR ZUM
INSELSPITAL

In den Einric
W
Behar

Spital Netz Bern

An den Standorten des Spital Netz Bern wurden 2015 17 832 Behandlungsfälle
stationärer Rehabilitationsmassnahmen). Die Reduktion zum Vorjahr beträgt –8,2
ten Tarmed Punkte des ambulanten Bereichs liegen –2,6% unter Vorjahr. Zurückzu
insbesondere auf die Umstrukturierungsmassnahmen im Zuge des Zusammenschlu
tung der einzelnen Spitäler zeigt sich mit Ausnahme des Mitte 2015 geschlossenen
eine umfassende Stabilisierung der Fallzahlen. So erreichten die Spitäler Aarberg un
die Fallzahlen des Vorjahres bei wachsendem Case Mix. In den Spitälern Münsing
ein deutliches Plus bei Fallzahlen und Case Mix erfasst werden. Zuwächse erfolg
lanten Leistungen der Hebammen.

Betrachtet man die Fallzahlen auf Ebene der Hauptdiagnosegruppen, so gibt es Rec
gung von Patienten mit Krankheiten bzw. Störungen des Kreislaufsystems (MDC
Systems (MDC 08) sowie bei der Behandlung unspezifischer Diagnosegruppe
Fallzunahmen zeigen sich bei Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (MDC 14
nannten Prä-MDC. Hier sind es vor allem die geriatrischen frührehabilitativen Ko
hierunter zählen.

chtungen des Spital Netz Bern
wurden 2015 insgesamt 17 832
ndlungsfälle stationär versorgt.

stationär versorgt (inkl.
2%. Die insgesamt erlös-
uführen ist die Abnahme
ssprojektes. Bei Betrach-
n Spital Ziegler hingegen
nd Riggisberg annähernd
gen und Tiefenau konnte
ten auch bei den ambu-

duktionen bei der Versor-
05), des Muskel-Skelett-
en (MDC 23). Deutliche
4), aber auch in der soge-
mplexbehandlungen, die

LEISTUNGSSTATISTIK 2015 NACH HAUPTDIAGNOSEKATEGORIEN (MDC)

HITLISTEN DER TOP-15-DRG

LEISTUNGSSTATISTIK DER KLINIKEN 2015

WEITERE KENNWERTE

FÜR DIE LEISTUNGSSTATISTIKEN DER EINZELNEN STANDORTE ZURÜCK ZUR KARTE

Der insgesamt erwirtschaftete Case Mix liegt bei 15 945 Punkten, die durchschnittl
und damit minim über Vorjahresniveau. Auf Höhe des Jahres 2014 ist mit 5,7 Tage
liche Aufenthaltsdauer zu verorten.

Die anzahlstärksten TOP-15-DRG repräsentieren gut 29 % des gesamten stationär
An oberster Stelle stehen dabei die Erkrankungen der Verdauungsorgane (3,1 % a
vom gesunden Neugeborenen und den muskulo-skelettalen Erkrankungen.

liche Fallschwere bei 0,95
en auch die durchschnitt-
ren Leistungsgeschehens.
aller Leistungen), gefolgt

Fa

INSELSPITAL

2015 wurden im Inselspital insgesamt 43 697 Behandlungsfälle stationär versorgt
litationsmassnahmen). Im Vergleich zum Vorjahr zeigt sich somit ein gesamthafter
Gründe liegen konkret im Ausbau stationärer Infrastrukturen (u. a. Neurologie / Neu
dizin), in der Erhöhung der Geburtenrate und der Häufigkeit ambulanter Besuche
Tarmed-Taxpunkte um +7,5 %. Zuwächse gab es auch bei der Inanspruchnahme th
wie Logopädie, Physiotherapie sowie Beratungen zur Ernährung und Diabetes.

Der Blick auf die Hauptdiagnosekategorien (MDC) offenbart einen Fallzahlanstieg
gesamt bestehenden 26 Hauptdiagnosekategorien. Bei Betrachtung der einzelnen
ergeben sich insbesondere Zuwächse bei den Krankheiten und Störungen des Nerve
Auges (MDC 02), der Verdauungsorgane (MDC 06) als auch in den sogenannten
fälle, Transplantationen). Reduktionen ergeben sich bei der Behandlung unspezif
(MDC 23).

Für das Inselspital wurde ein allzuwachs von +5,7 % erzielt.

(inkl. stationärer Rehabi-
Fallzuwachs von +5,7%.
urochirurgie, Intensivme-
. So stiegen die erzielten
erapeutischer Leistungen

g in den meisten der ins-
n Hauptdiagnosegruppen
ensystems (MDC 01), des
n Prä-MDC (Beatmungs-
fischer Diagnosegruppen

LEISTUNGSSTATISTIK 2015 NACH HAUPTDIAGNOSEKATEGORIEN (MDC)

HITLISTEN DER TOP-15-DRG

LEISTUNGSSTATISTIK DER UNIVERSITÄTSKLINIKEN 2015

WEITERE KENNWERTE

FÜR DIE LEISTUNGSSTATISTIKEN DER EINZELNEN STANDORTE ZURÜCK ZUR KARTE

Die durchschnittliche Fallschwere (CMI) lag bei 1.490 und zeigt sich damit im Ver
läufig. Der SwissDRG-Katalogwechsel von 3.0 auf 4.0 führte zu einer schlechteren
tären Portfolios mit teils niedrigeren Fallgewichten als sie für das Vorjahr definiert
im Leistungsportfolio der Klinken, wie die Zunahme unkomplizierter Geburten sind
Reduktion des CMI.

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer lag bei 6 Tagen und stellt sich im Vergleich
dar. Es zeigt sich, dass eine weitere Reduktion der Verweildauer nach einer deutlic
20% zwischen 2012 und 2014 nun zunehmend schwieriger geworden ist, sodass
rellen Trend mehr zu einer Verweildauerreduktion gibt.

Die 15 anzahlstärksten DRG des Jahres 2015 beinhalten einen prozentualen Ante
onären Fälle. An erster Stelle steht, wie auch in den Jahren zuvor, das gesunde N
konnten 1670 Geburten verzeichnet werden. 1818 Kinder erblickten dabei das Li
teile fallen, dem Schwerpunkt des Inselspitals entsprechend, auch auf die Behand
kardio-vaskulärer Erkrankungen.

gleich zum Vorjahr rück-
n Abbildung des universi-
wurden. Verschiebungen
weitere Ursachen für die

zu 2014 als unverändert
chen Reduktion um rund

s es aktuell keinen gene-

eil von 15,9 % aller stati-
Neugeborene. Insgesamt
icht der Welt. Hohe An-
llung neurologischer und

LEISTUNGSSTATISTIK 2015 NACH HAUPTDIAGNOSEKATEGORIE

Vorjahr gemäss Jahresabschluss 2014

MDC		2015 Fälle	2014 Fälle	C
PR	Prä-MDC	545	47	
1	Krankheiten und Störungen des Nervensystems	1 122	1 777	
2	Krankheiten und Störungen des Auges	14	31	
3	Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses	463	477	
4	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	1 350	1 311	
5	Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	2 034	2 347	
6	Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	2 652	2 753	
7	Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas	575	708	
8	Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	4 173	4 524	
9	Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma	457	654	
10	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	205	285	
11	Krankheiten und Störungen der Harnorgane	607	631	
12	Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane	82	76	
13	Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane	202	213	
14	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	547	513	
15	Neugeborene	509	484	
16	Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems	112	132	
17	Hämatologische und solide Neubildungen	63	85	

N (MDC)

2015 Case Mix	2014 Case Mix	2015 Anteil CM	2014 Anteil CM	2015 CMI	2014 CMI	2015 ø AD	2014 ø AD
1393	409	8,7%	2,4%	2.557	8.704	17.9	25.2
848	1812	5,3%	10,6%	0.756	1.020	5.5	8.4
7	11	0,0%	0,1%	0.486	0.342	4.3	2.2
252	257	1,6%	1.5%	0.544	0.538	2.8	2.8
1275	1124	8,0%	6,6%	0.945	0.857	7.0	7.3
2061	2389	12,9%	13,9%	1.013	1.018	4.7	4.8
2056	2230	12,9%	13,0%	0.775	0.810	4.5	4.8
553	647	3,5%	3,8%	0.961	0.913	5.6	5.6
4902	5465	30,7%	31,9%	1.175	1.208	6.1	6.2
308	423	1,9%	2,5%	0.673	0.647	4.8	4.7
173	252	1,1%	1,5%	0.844	0.882	6.4	6.4
376	329	2,4%	1,9%	0.620	0.522	4.6	4.6
55	43	0,3%	0,3%	0.671	0.570	4.1	3.6
203	192	1,3%	1,1%	1.006	0.899	4.9	4.3
369	359	2,3%	2,1%	0.675	0.699	4.1	4.2
115	103	0,7%	0,6%	0.226	0.212	3.9	4.0
103	112	0,6%	0,7%	0.921	0.849	6.7	5.3
77	108	0,5%	0,6%	1.221	1.267	6.3	6.4

MDC		2015 Fälle	2014 Fälle	C
18A	HIV	2	3	
18B	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	290	332	
19	Psychische Krankheiten und Störungen	99	144	
20	Alkohol- und Drogengebrauch und alkohol- und drogeninduzierte psychische Störungen	192	254	
21A	Polytrauma	22	31	
21B	Verletzungen, Vergiftungen und toxische Wirkungen von Drogen und Medikamenten	390	271	
22	Verbrennungen	10	10	
23	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und andere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens	53	90	
FE	Fehler-DRGs und sonstige DRGs	17	22	
TOTAL DRG-AUSTRITTE CODIERT		**16 787**	**18 205**	
REHABILITATION		1 045	1 220	
GESAMTTOTAL		**17 832**	**19 425**	

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

MDC = Major Diagnostic Category
CMI = Case Mix Index
CM = Case Mix
DRG = Diagnosis Related Groups
AD = Aufenthaltsdauer

Abrechnungsversion 2015 SwissDRG 4.0

2015 Case Mix	2014 Case Mix	2015 Anteil CM	2014 Anteil CM	2015 CMI	2014 CMI	2015 ø AD	2014 ø AD
2	4	0,0%	0,0%	1.150	1.333	7.0	11.7
365	399	2,3%	2,3%	1.257	1.201	8.8	8.6
47	87	0,3%	0,5%	0.471	0.605	3.4	4.5
101	118	0,6%	0,7%	0.527	0.466	4.3	4.3
38	57	0,2%	0,3%	1.727	1.852	10.5	9.3
196	137	1,2%	0,8%	0.503	0.505	3.2	2.9
10	4	0,1%	0,0%	1.040	0.350	7.3	2.7
30	47	0,2%	0,3%	0.574	0.527	5.2	4.2
29	38	0,2%	0,2%	1.706	1.723	14.6	14.0
15 945	**17 153**			**0.950**	**0.942**	**5.7**	**5.7**
15 945	**17 153**			**0.950**	**0.942**		

rte Gruppe,
keine

HITLISTEN DER TOP-15-DRG

TOP-15-DRG NACH ANZAHL AUSTRITTEN 2015

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, ohn > 95 Stunden, ohne schweres Problem, ohne anderes Problem oder ein Be
G23C	Appendektomie ausser bei Peritonitis, ohne äusserst schwere oder schwere
A95C	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung, ab 14 Behandlungstag OR-Prozedur, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 360 Aufw
I47Z	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohn komplizierendem Eingriff oder Implantation oder Wechsel einer Radiuskopf
I53Z	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne äusserst schwere CC, mit komple oder Halotraktion
H08B	Laparoskopische Cholezystektomie ohne sehr komplexe Diagnose, ohne ko Diagnose, ohne ERCP
F62C	Herzinsuffizienz und Schock ohne äusserst schwere CC
O60D	Vaginale Entbindung ohne komplizierende Diagnose
L63D	Infektionen der Harnorgane ohne äusserst schwere CC, Alter > 11 Jahre oh
I18B	Arthroskopie einschliesslich Biopsie oder andere Eingriffe an Knochen oder G
E77D	Andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne komplex nach Organtransplantation oder äusserst schweren CC, ohne kompliz. Proz intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 360 Punkte, Alter > 15 J
I43B	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk ohne äusserst schwere CC
X60Z	Verletzungen und allergische Reaktionen
B80Z	Andere Kopfverletzungen

TOTAL TOP-15-DRG-AUSTRITTE

TOTAL CODIERTE FÄLLE (OHNE REHABILITATION)

ANTEIL TOP 15 IN %

	Fälle	Case Mix	CMI	ø AD
schw. CC od. Tetrapl.	533	236	0.444	3.3
ne Beatmung legungstag	464	96	0.206	3.9
e CC, Alter > 13 Jahre	450	298	0.663	2.3
en, ohne bestimmte andspunkte	415	842	2.029	17.9
e Arthrodese, mit fprothese	392	656	1.674	7.3
exem Eingriff	373	411	1.103	5.9
omplizierende	295	240	0.815	3.4
	283	248	0.877	7.6
	257	144	0.560	3.7
hne Kathetereinlage	248	140	0.566	4.6
Gelenken, Alter > 15 Jahre	246	120	0.486	1.8
e Diagnose bei Zustand zedur, ohne Jahre	242	318	1.315	9.8
C	239	477	1.997	8.8
	228	92	0.404	3.1
	219	64	0.290	1.7
	4 884	**4 384**		
	16 787	**15 945**		
	29,1%	27,5%		

DRG NACH HÖHE DES CASE MIX 2015

A95C	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung, ab 14 Behandlungstag OR-Prozedur, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 360 Aufw
I47Z	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohn komplizierendem Eingriff oder Implantation oder Wechsel einer Radiuskopf
I43B	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk ohne äusserst schwere CC
I53Z	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne äusserst schwere CC, mit komple oder Halotraktion
E77D	Andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne komplex nach Organtransplantation oder äusserst schweren CC, ohne kompliz. Proz intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 360 Punkte, Alter > 15 J
G23C	Appendektomie ausser bei Peritonitis, ohne äusserst schwere oder schwere
F62C	Herzinsuffizienz und Schock ohne äusserst schwere CC
I09C	Wirbelkörperfusion ohne äusserst schwere oder schwere CC
H08B	Laparoskopische Cholezystektomie ohne sehr komplexe Diagnose, ohne ko ohne ERCP
G18B	Eingriffe an Dünn- u. Dickdarm oder andere Eingr. an Magen, Ösophagus kompliz. Proz., ausser bei bösart. Neubildung, Alter < 3 J., ohne Eingr. bei a od. Alter > 1 J., ohne hochkomplexen Eingriff, ohne kompl. Diagn.
G67C	Versch. Erkr. d. Verdauungsorg. od. gastroint. Blutung od. Ulkuserkr. ohne < 75 J., ohne kompliz. Diagn., ohne Dialyse, Alter > 2 J., ohne Para- / Tetra
I08C	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur, ohne Mehrfacheingriff, ohne k ohne komplexe Diagnose, ohne äusserst schwere CC
B70G	Apoplexie, mehr als ein Belegungstag oder Thrombolyse, ohne neurologisc des akuten Schlaganfalls, ohne komplizierende Diagnose
F56B	Perkutane Koronarangioplastie mit hochkomplexer Intervention, ohne äuss
E77F	Andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne komplex äusserst schwere CC, ohne komplizierende Prozedur, Alter > 0 Jahre, mit sc bei Para- / Tetraplegie

TOTAL TOP-15-DRG-AUSTRITTE

TOTAL CODIERTE FÄLLE (OHNE REHABILITATION)

ANTEIL TOP 15 IN %

	Fälle	Case Mix	CMI	ø AD
en, ohne bestimmte andspunkte	415	842	2.029	17.9
e Arthrodese, mit fprothese	392	656	1.674	7.3
C	239	477	1.997	8.8
exem Eingriff	373	411	1.103	5.9
e Diagnose bei Zustand zedur, ohne Jahre	242	318	1.315	9.8
e CC, Alter > 13 Jahre	450	298	0.663	2.3
	283	248	0.877	7.6
	119	247	2.071	7.4
omplizierende Diagnose,	295	240	0.815	3.4
u. Duodenum ohne angeborener Fehlbildung	121	238	1.965	10.9
schw. CC od. Alter apl.	533	236	0.444	3.3
komplexe Prozedur,	148	219	1.480	8.2
che Komplexbehandlung	201	217	1.077	9.0
serst schwere CC	142	192	1.355	1.3
e Diagnose, ohne chweren CC oder	212	187	0.884	6.3
	4 165	**5 028**		
	16 787	**15 945**		
	24,8%	31,5%		

LEISTUNGSSTATISTIK DER KLINIKEN 2015

KLINIKEN

Chirurgie

Geburtshilfe

Geriatrie akut

Gynäkologie

Kardiologie

Medizin

Orthopädie

Pneumologie

Säuglinge

Total (ohne Rehabilitation)

	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
	16 787	**14 029**	**0.950**	**5.7**	**95 552**

WEITERE KENNWERTE

AMBULANT/AMBULANT MIT BETT (VERRECHENBARE TP)

	20
TARMED TP	31 691 6
Labor TP	1 500 5
Physiotherapie TP	1 897 3
Ergotherapie TP	229 9
Ernährungsberatung TP	84 0
Diabetesberatung TP	24 1
Logopädie TP	15 0
Hebamme TP	57 8

VERLEGUNGEN 2015

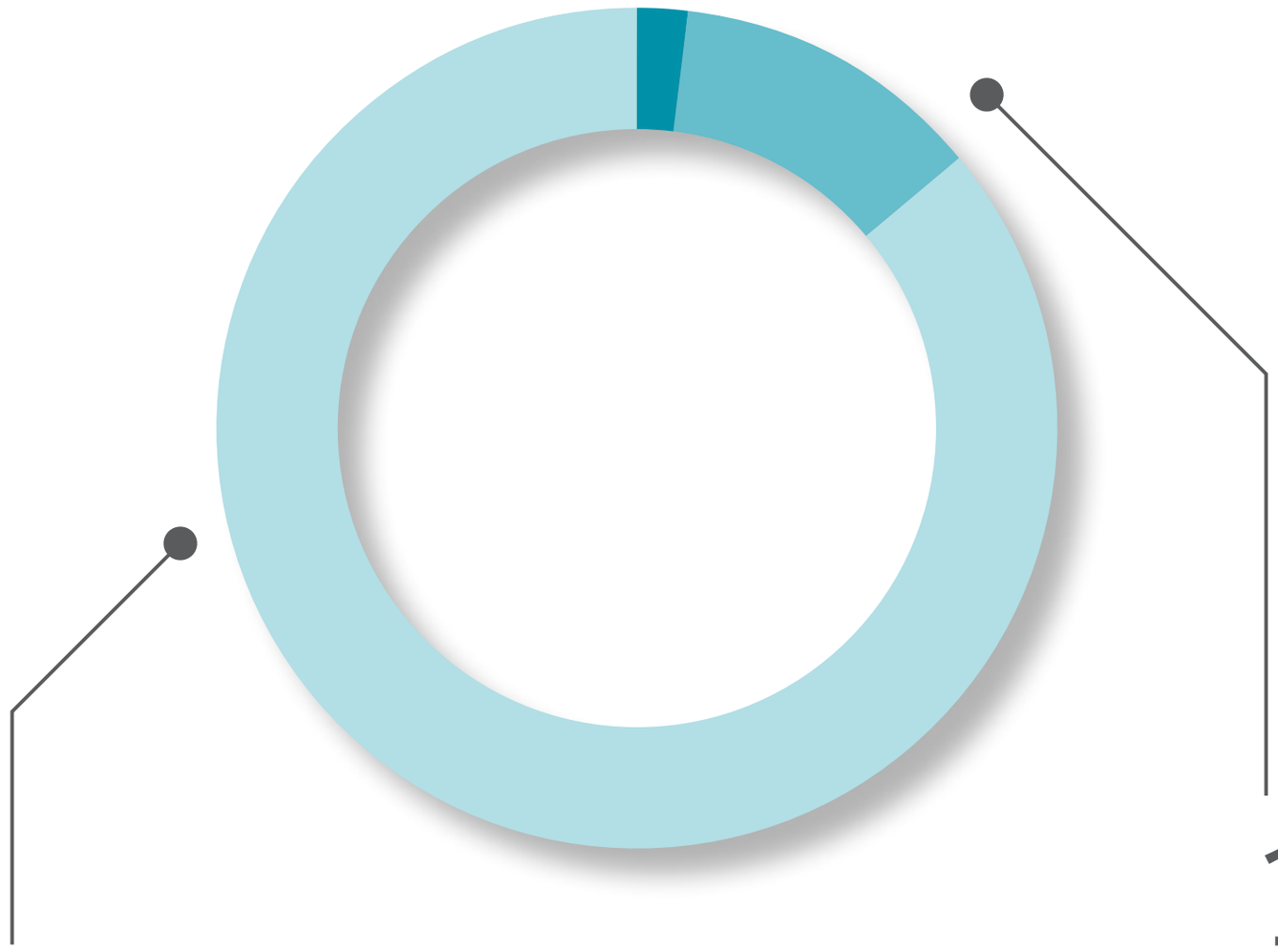
	absolut	**Anteil in**
Verlegungen vom Spital Netz Bern ins Inselspital	646	34,1
Verlegungen vom Inselspital ins Spital Netz Bern	1 040	55,0
Ein- und Austritt vom bzw. zum Spital Netz Bern	206	10,9
TOTAL VERLEGUNGEN	**1 892**	**100,0**

015	%
610	1%
509	0%
322	9%
919	
058	
144	
077	
362	

AUSTRITTE 2015

AUSTRITTE NACH VERSICHERUNGSKLASSE

2,0 %
PRIVATVERSICHERTE
354

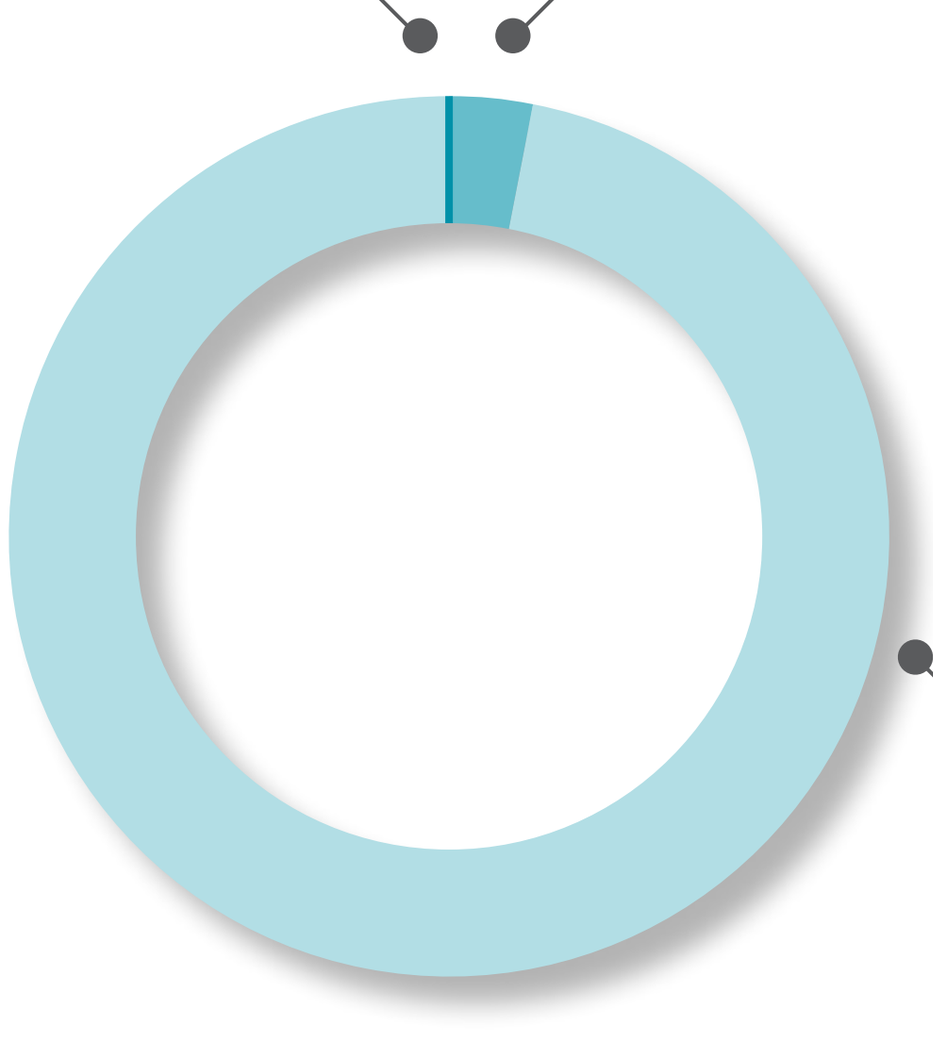


12,1 %
HALBPRIVATVERSICHERTE
2153

85,9 %
ALLGEMEINVERSICHERTE
(ALLG. KRANKENKASSE UND OKP)
15 324

AUSTRITTE NACH GARANT

0,2 %
ÜBRIGE
27



6,0 %
UNFALLVERSICHERUNG
INVALIDENVERSICHERUNG
MILITÄRVERSICHERUNG
1074

93,8 %
KRANKENVERSICHERUNG
16 730

LEISTUNGSSTATISTIK 2015 NACH HAUPTDIAGNOSEKATEGORIE

Vorjahr gemäss Jahresabschluss 2014

MDC		2015 Fälle	2014 Fälle	C
PR	Prä-MDC	1	3	
1	Krankheiten und Störungen des Nervensystems	295	310	
2	Krankheiten und Störungen des Auges	3	2	
3	Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses	50	60	
4	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	285	229	
5	Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	310	357	
6	Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	559	533	
7	Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas	114	135	
8	Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	1 420	1 430	
9	Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma	99	164	
10	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	47	69	
11	Krankheiten und Störungen der Harnorgane	149	141	
12	Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane	11	10	
13	Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane	5	13	
14	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	2	1	
15	Neugeborene	0	0	
16	Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems	24	30	
17	Hämatologische und solide Neubildungen	13	10	

N (MDC)

2015 Case Mix	2014 Case Mix	2015 Anteil CM	2014 Anteil CM	2015 CMI	2014 CMI	2015 ø AD	2014 ø AD
5	13	0,1%	0,4%	4.600	4.333	45.0	18.7
195	205	5,7%	6,1%	0.662	0.662	5.0	4.9
1	1	0,0%	0,0%	0.367	0.250	1.3	1.0
22	24	0,6%	0,7%	0.442	0.403	2.9	3.2
247	166	7,2%	4,9%	0.865	0.726	7.0	6.0
260	269	7,6%	7,9%	0.839	0.754	6.1	5.2
418	453	12,1%	13,4%	0.748	0.850	4.1	4.5
101	120	2,9%	3,5%	0.882	0.890	5.2	5.3
1776	1734	51,5%	51,2%	1.251	1.212	6.0	6.0
75	104	2,2%	3,1%	0.757	0.637	6.8	5.3
36	54	1,0%	1,6%	0.768	0.778	5.5	6.9
83	66	2,4%	1.9%	0.556	0.467	4.2	4.4
10	5	0,3%	0,1%	0.864	0.480	6.1	3.0
5	10	0,2%	0,3%	1.060	0.785	7.0	4.7
1	1	0,0%	0,0%	0.250	0.600	1.0	1.0
0	0	0,0%	0,0%	0.000	0.000	0.0	0.0
19	27	0,5%	0,8%	0.788	0.910	5.3	6.8
14	10	0,4%	0,3%	1.092	0.970	5.6	6.3

MDC		2015 Fälle	2014 Fälle	C
18A	HIV	0	0	
18B	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	70	47	
19	Psychische Krankheiten und Störungen	24	30	
20	Alkohol- und Drogengebrauch und alkohol- und drogeninduzierte psychische Störungen	39	39	
21A	Polytrauma	4	3	
21B	Verletzungen, Vergiftungen und toxische Wirkungen von Drogen und Medikamenten	127	52	
22	Verbrennungen	4	2	
23	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und andere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens	5	22	
FE	Fehler-DRGs und sonstige DRGs	5	2	
TOTAL DRG-AUSTRITTE CODIERT		**3 665**	**3 694**	

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

MDC = Major Diagnostic Category
CMI = Case Mix Index
CM = Case Mix
DRG = Diagnosis Related Groups
AD = Aufenthaltsdauer

Abrechnungsversion 2015 SwissDRG 4.0

2015 Case Mix	2014 Case Mix	2015 Anteil CM	2014 Anteil CM	2015 CMI	2014 CMI	2015 ø AD	2014 ø AD
0	0	0,0%	0,0%	0.000	0.000	0.0	0.0
72	46	2,1%	1,3%	1.030	0.968	8.0	6.3
10	16	0,3%	0,5%	0.425	0.530	2.6	3.2
21	17	0,6%	0,5%	0.536	0.444	4.4	3.2
5	3	0,1%	0,1%	1.150	1.033	7.3	9.3
58	25	1,7%	0,7%	0.453	0.477	3.2	3.0
3	1	0,1%	0,0%	0.750	0.500	4.5	7.5
3	14	0,1%	0,4%	0.600	0.623	5.6	5.5
8	4	0,2%	0,1%	1.580	1.800	12.0	10.5
3 446	**3 387**			**0.941**	**0.917**	**5.5**	**5.4**

rte Gruppe,
keine

LEISTUNGSSTATISTIK DER KLINIKEN 2015

KLINIKEN

Chirurgie

Medizin

Orthopädie

TOTAL

	Fälle	Case Mix	CMI	ø AD	Pflegetage
	1 397	1 129	0.808	4.9	6 801
	1 370	1 034	0.755	6.0	8 228
	898	1 284	1.430	5.7	5 140
	3 665	**3 446**	**0.941**	**5.5**	**20 169**

LEISTUNGSSTATISTIK DER KLINIKEN 2015

KLINIK

Geriatrische Rehabilitation

Fälle	847

LEISTUNGSSTATISTIK 2015 NACH HAUPTDIAGNOSEKATEGORIE

Vorjahr gemäss Jahresabschluss 2014

MDC		2015 Fälle	2014 Fälle
PR	Prä-MDC	1	1
1	Krankheiten und Störungen des Nervensystems	188	173
2	Krankheiten und Störungen des Auges	2	9
3	Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses	51	43
4	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	183	153
5	Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	286	267
6	Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	469	433
7	Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas	88	101
8	Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	1 148	1 095
9	Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma	97	123
10	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	24	33
11	Krankheiten und Störungen der Harnorgane	135	128
12	Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane	48	36
13	Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane	178	175
14	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	542	509
15	Neugeborene	509	484
16	Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems	8	10
17	Hämatologische und solide Neubildungen	6	3

N (MDC)

2015 Case Mix	2014 Case Mix	2015 Anteil CM	2014 Anteil CM	2015 CMI	2014 CMI	2015 ø AD	2014 ø AD
6	1	0,2%	0,0%	5.500	0.500	16.0	1.0
125	123	3,7%	3,8%	0.662	0.710	3.8	4.0
1	3	0,0%	0,1%	0.450	0.278	4.0	1.1
18	14	0,5%	0,4%	0.355	0.335	2.1	2.3
167	113	5,0%	3,5%	0.910	0.737	5.6	5.2
192	195	5,8%	6,1%	0.671	0.731	3.8	4.7
323	298	9,7%	9,3%	0.689	0.687	3.8	4.3
79	84	2,4%	2,6%	0.897	0.832	5.1	5.3
1 373	1380	41,2%	43,0%	1.196	1.260	5.7	5.6
71	82	2,1%	2,6%	0.728	0.670	4.6	4.0
21	22	0,6%	0,7%	0.892	0.670	5.5	4.8
82	68	2,5%	2,1%	0.610	0.527	3.5	3.7
34	24	1,0%	0,7%	0.702	0.653	3.8	3.0
176	169	5,3%	5,3%	0.991	0.963	4.5	4.5
368	357	11,0%	11,1%	0.679	0.702	4.1	4.3
115	103	3,4%	3,2%	0.226	0.212	3.9	4.0
7	9	0,2%	0,3%	0.925	0.900	4.0	4.8
5	2	0,2%	0,1%	0.900	0.733	3.2	3.3

MDC		2015 Fälle	2014 Fälle	C
18A	HIV	0	0	
18B	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	68	61	
19	Psychische Krankheiten und Störungen	15	29	
20	Alkohol- und Drogengebrauch und alkohol- und drogeninduzierte psychische Störungen	49	45	
21A	Polytrauma	5	2	
21B	Verletzungen, Vergiftungen und toxische Wirkungen von Drogen und Medikamenten	77	65	
22	Verbrennungen	4	3	
23	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und andere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens	5	16	
FE	Fehler-DRGs und sonstige DRGs	1	6	
TOTAL DRG-AUSTRITTE CODIERT		**4 187**	**4 003**	

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

MDC = Major Diagnostic Category
CMI = Case Mix Index
CM = Case Mix
DRG = Diagnosis Related Groups
AD = Aufenthaltsdauer

Abrechnungsversion 2015 SwissDRG 4.0

2015 Case Mix	2014 Case Mix	2015 Anteil CM	2014 Anteil CM	2015 CMI	2014 CMI	2015 ø AD	2014 ø AD
0	0	0,0%	0,0%	0.000	0.000	0.0	0.0
92	90	2,8%	2,8%	1.350	1.479	8.2	8.6
6	8	0,2%	0,2%	0.387	0.276	2.1	1.2
22	16	0,7%	0,5%	0.445	0.356	2.1	2.4
8	3	0,2%	0,1%	1.560	1.400	9.2	9.5
37	31	1,1%	1,0%	0.479	0.480	2.3	2.8
6	1	0,2%	0,0%	1.575	0.400	10.5	2.0
1	7	0,0%	0,2%	0.260	0.419	1.0	2.2
2	8	0,1%	0,2%	1.700	1.333	14.0	10.8
3 337	**3 209**			**0.797**	**0.802**	**4.5**	**4.6**

rte Gruppe
keine

LEISTUNGSSTATISTIK DER KLINIKEN 2015

KLINIKEN

Chirurgie

Geburtshilfe

Gynäkologie

Medizin

Orthopädie (inkl. Neurochirurgie)

Säuglinge

TOTAL

	Fälle	Case Mix	CMI	ø AD	Pflegetage
	953	729	0.765	4.2	3 964
	543	364	0.670	4.1	2 241
	223	202	0.904	4.0	897
	1 071	778	0.726	4.5	4 793
	908	1 154	1.271	5.7	5 153
	489	111	0.227	3.9	1 902
	4 187	**3 337**	**0.797**	**4.5**	**18 950**

LEISTUNGSSTATISTIK 2015 NACH HAUPTDIAGNOSEKATEGORIE

Vorjahr gemäss Jahresabschluss 2014

MDC		2015 Fälle	2014 Fälle	C
PR	Prä-MDC	0	0	
1	Krankheiten und Störungen des Nervensystems	126	132	
2	Krankheiten und Störungen des Auges	4	7	
3	Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses	46	40	
4	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	115	101	
5	Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	185	192	
6	Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	237	215	
7	Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas	48	73	
8	Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	350	388	
9	Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma	41	65	
10	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	22	24	
11	Krankheiten und Störungen der Harnorgane	76	66	
12	Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane	4	13	
13	Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane	4	2	
14	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	2	1	
15	Neugeborene	0	0	
16	Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems	20	22	
17	Hämatologische und solide Neubildungen	5	7	

N (MDC)

2015 Case Mix	2014 Case Mix	2015 Anteil CM	2014 Anteil CM	2015 CMI	2014 CMI	2015 ø AD	2014 ø AD
0	0	0,0%	0,0%	0.000	0.000	0.0	0.0
85	81	7,4%	7,5%	0.671	0.616	4.7	4.4
1	2	0,1%	0,2%	0.300	0.271	1.3	1.1
22	17	1,9%	1,5%	0.480	0.415	2.4	2.7
104	73	9,0%	6,7%	0.900	0.719	7.2	5.6
144	145	12,6%	13,4%	0.779	0.756	5.7	5.0
148	123	12,9%	11,4%	0.624	0.573	3.8	3.5
43	58	3,8%	5,4%	0.904	0.799	5.1	4.5
377	399	32,9%	36,8%	1.077	1.027	6.1	5.9
24	38	2,1%	3,5%	0.590	0.586	4.0	4.4
19	16	1,7%	1,5%	0.877	0.671	6.6	5.0
58	36	5,0%	3,3%	0.758	0.545	6.6	5.1
2	7	0,1%	0,6%	0.375	0.523	1.3	3.9
4	1	0,3%	0,1%	1.000	0.500	11.3	3.0
1	0	0,0%	0,0%	0.250	0.100	1.0	1.0
0	0	0,0%	0,0%	0.000	0.000	0.0	0
19	19	1,6%	1,8%	0.940	0.864	6.9	5.5
7	6	0,6%	0,6%	1.360	0.914	6.0	4.3

MDC		2015 Fälle	2014 Fälle	C
18A	HIV	0	0	
18B	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	36	32	
19	Psychische Krankheiten und Störungen	16	12	
20	Alkohol- und Drogengebrauch und alkohol- und drogeninduzierte psychische Störungen	9	17	
21A	Polytrauma	3	2	
21B	Verletzungen, Vergiftungen und toxische Wirkungen von Drogen und Medikamenten	40	25	
22	Verbrennungen	1	1	
23	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und andere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens	11	10	
FE	Fehler-DRGs und sonstige DRGs	3	0	
TOTAL DRG-AUSTRITTE CODIERT		**1 404**	**1 447**	

* Die Kategorie der «Fehler-DRGs und sonstige DRGs» 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

Abrechnungsversion 2015 SwissDRG 4.0

2015 Case Mix	2014 Case Mix	2015 Anteil CM	2014 Anteil CM	2015 CMI	2014 CMI	2015 ø AD	2014 ø AD
0	0	0,0%	0,0%	0.000	0.000	0.0	0
33	29	2,9%	2,7%	0.917	0.897	7.7	7.5
6	7	0,6%	0,6%	0.400	0.558	3.0	4.5
4	9	0,4%	0,8%	0.478	0.541	3.2	4.1
5	3	0,4%	0,2%	1.633	1.300	10.0	5.5
26	11	2,3%	1,0%	0.648	0.424	4.6	3.2
0	0	0,0%	0,0%	0.300	0.200	1.0	1.0
9	4	0,7%	0,4%	0.773	0.380	8.5	2.3
5	0	0,4%	0,0%	1.667	0.000	16.7	0
1 144	**1 083**			**0.815**	**0.748**	**5.4**	**4.9**

rte Gruppe
keine

LEISTUNGSSTATISTIK DER KLINIKEN 2015

KLINIKEN

Chirurgie

Medizin

TOTAL

	Fälle	Case Mix	CMI	ø AD	Pflegetage
	637	556	0.872	4.6	2 945
	767	589	0.768	6.1	4 669
	1 404	**1 144**	**0.815**	**5.4**	**7 614**

LEISTUNGSSTATISTIK 2015 NACH HAUPTDIAGNOSEKATEGORIE

Vorjahr gemäss Jahresabschluss 2014

MDC		2015 Fälle	2014 Fälle	C
PR	Prä-MDC	250	41	
1	Krankheiten und Störungen des Nervensystems	362	309	
2	Krankheiten und Störungen des Auges	3	10	
3	Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses	284	280	
4	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	630	553	
5	Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	1 140	1 165	
6	Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	1 295	1 168	
7	Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas	307	314	
8	Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	635	418	
9	Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma	191	208	
10	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	95	100	
11	Krankheiten und Störungen der Harnorgane	208	188	
12	Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane	17	12	
13	Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane	12	12	
14	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	1	2	
15	Neugeborene	0	0	
16	Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems	42	35	
17	Hämatologische und solide Neubildungen	36	32	

N (MDC)

2015 Case Mix	2014 Case Mix	2015 Anteil CM	2014 Anteil CM	2015 CMI	2014 CMI	2015 ø AD	2014 ø AD
766	369	12,7%	7,1%	3.062	9.005	18.2	25.0
295	235	4,9%	4,5%	0.815	0.761	5.7	5.2
1	4	0,0%	0,1%	0.467	0.420	3.0	3.6
175	176	2,9%	3,4%	0.618	0.630	2.9	2.5
631	542	10,4%	10,5%	1.001	0.981	7.2	8.3
1 373	1438	22,7%	27,7%	1.204	1.234	4.2	3.7
1 108	1017	18,3%	19,6%	0.855	0.871	4.9	5.2
309	307	5,1%	5,9%	1.005	0.978	5.6	6.1
650	388	10,7%	7,5%	1.023	0.928	7.4	6.3
116	125	1,9%	2,4%	0.605	0.601	4.0	4.3
82	112	1,3%	2,2%	0.858	1.120	6.7	5.9
126	93	2,1%	1,8%	0.605	0.495	4.6	4.5
9	5	0,2%	0,1%	0.541	0.392	4.3	4.3
14	5	0,2%	0,1%	1.133	0.392	7.2	2.7
0	1	0,0%	0,0%	0.200	0.400	1.0	1.0
0	0	0,0%	0,0%	0.000	0.000	0.0	0.0
41	26	0,7%	0,5%	0.971	0.737	7.4	3.3
47	51	0,8%	1,0%	1.292	1.591	6.5	7.6

MDC		2015 Fälle	2014 Fälle	C
18A	HIV	2	1	
18B	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	91	108	
19	Psychische Krankheiten und Störungen	31	33	
20	Alkohol- und Drogengebrauch und alkohol- und drogeninduzierte psychische Störungen	80	103	
21A	Polytrauma	7	11	
21B	Verletzungen, Vergiftungen und toxische Wirkungen von Drogen und Medikamenten	115	73	
22	Verbrennungen	1	3	
23	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und andere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens	26	29	
FE	Fehler-DRGs und sonstige DRGs	7	11	
TOTAL DRG-AUSTRITTE CODIERT		**5 868**	**5 219**	
REHABILITATION		14	0	
GESAMTTOTAL		**5 882**	**5 219**	

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

MDC = Major Diagnostic Category
CMI = Case Mix Index
CM = Case Mix
DRG = Diagnosis Related Groups
AD = Aufenthaltsdauer

Abrechnungsversion 2015 SwissDRG 4.0

2015 Case Mix	2014 Case Mix	2015 Anteil CM	2014 Anteil CM	2015 CMI	2014 CMI	2015 ø AD	2014 ø AD
2	2	0,0%	0,0%	1.150	2.000	7.0	27.0
137	129	2,3%	2,5%	1.504	1.194	10.0	8.5
18	19	0,3%	0,4%	0.581	0.582	5.1	3.7
45	48	0,7%	0,9%	0.563	0.467	5.6	4.7
14	14	0,2%	0,3%	2.057	1.255	12.9	6.9
59	39	1,0%	0,7%	0.515	0.530	3.1	2.6
1	1	0,0%	0,0%	0.800	0.233	12.0	1.0
15	16	0,2%	0,3%	0.565	0.562	4.9	4.7
13	20	0,2%	0,4%	1.814	1.809	16.7	12.4
6 044	**5 182**			**1.030**	**0.993**	**5.9**	**5.3**
6 044	**5 182**			**1.030**	**0.993**		

rte Gruppe,
keine

LEISTUNGSSTATISTIK DER KLINIKEN 2015

KLINIKEN

Chirurgie Traumatologie

Geriatrie akut

IPS Medizin

Kardiologie

Medizin

Orthopädie

Pneumologie

Viszerale Chirurgie

TOTAL (OHNE REHABILITATION)

	Fälle	Case Mix	CMI	ø AD	Pflegetage
	334	283	0.849	5.1	1 701
	247	421	1.705	15.1	3 738
	132	225	1.702	4.7	621
	677	950	1.403	2.5	1 660
	1 975	1651	0.836	6.6	13 124
	208	250	1.204	7.8	1 630
	522	631	1.209	7.9	4 137
	1 773	1632	0.921	4.6	8 222
	5 868	**6 044**	**1.030**	**5.9**	**34 833**

LEISTUNGSSTATISTIK 2015 NACH HAUPTDIAGNOSEKATEGORIE

Vorjahr gemäss Jahresabschluss 2014

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

MDC		2015 Fälle	2014 Fälle	C
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	
TOTAL DRG-AUSTRITTE CODIERT		**1 663**	**3 842**	
REHABILITATION		184	349	
GESAMTTOTAL		**1 847**	**4 191**	

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

MDC = Major Diagnostic Category
CMI = Case Mix Index
CM = Case Mix
DRG = Diagnosis Related Groups
AD = Aufenthaltsdauer

Abrechnungsversion 2015 SwissDRG 4.0

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
1 974	**4 293**			**1.187**	**1.117**	**8.4**	**8.1**
1 974	**4 293**			**1.187**	**1.117**		

rte Gruppe,
keine

LEISTUNGSSTATISTIK DER KLINIKEN 2015

KLINIKEN

Geriatrie akut

Orthopädie

Medizin

TOTAL (OHNE REHABILITATION)

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

LEISTUNGSSTATISTIK 2015 NACH HAUPTDIAGNOSEKATEGORIE

Vorjahr gemäss Jahresabschluss 2014

MDC		2015 Fälle	2014 Fälle	C
PR	Prä-MDC	891	742	
1	Krankheiten und Störungen des Nervensystems	5 292	4 755	
2	Krankheiten und Störungen des Auges	1 348	1 212	
3	Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses	2 665	2 529	
4	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	2 539	2 371	
5	Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	7 495	7 410	
6	Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	2 562	2 127	
7	Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas	1 154	1 022	
8	Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	5 117	5 101	
9	Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma	1 396	1 438	
10	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	894	941	
11	Krankheiten und Störungen der Harnorgane	2 358	2 298	
12	Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane	486	453	
13	Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane	910	873	
14	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	2 323	2 208	
15	Neugeborene	2 266	2 043	
16	Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems	292	266	
17	Hämatologische und solide Neubildungen	848	827	

N (MDC)

2015 Case Mix	2014 Case Mix	2015 Anteil CM	2014 Anteil CM	2015 CMI	2014 CMI	2015 ø AD	2014 ø AD
6132	5998	9,5%	9,5%	6.882	8.084	20.0	22.5
8739	7901	13,5%	12,5%	1.651	1.662	5.9	6.0
1037	877	1,6%	1,4%	0.770	0.723	2.9	2.9
2389	2236	3,7%	3,5%	0.897	0.884	3.2	3.2
2772	2481	4,3%	3,9%	1.092	1.046	5.7	5.7
15535	16464	24,0%	26,1%	2.073	2.222	4.9	5.0
3124	2434	4,8%	3,9%	1.219	1.144	6.4	6.3
1920	1717	3,0%	2,7%	1.664	1.680	7.2	8.1
6516	6691	10,1%	10,6%	1.273	1.312	6.1	6.1
1346	1298	2,1%	2,1%	0.964	0.903	4.6	4.4
936	1039	1,4%	1,6%	1.047	1.104	5.6	5.0
2274	2170	3,5%	3,4%	0.964	0.944	5.0	5.4
423	408	0,7%	0,6%	0.871	0.902	4.6	5.5
1258	1071	1,9%	1,7%	1.382	1.227	4.6	4.3
1818	1713	2,8%	2,7%	0.783	0.776	5.2	5.2
3166	3259	4,9%	5,2%	1.397	1.595	9.0	10.0
294	230	0,5%	0,4%	1.008	0.865	5.9	5.6
1506	1544	2,3%	2,4%	1.776	1.866	7.9	8.4

MDC		2015 Fälle	2014 Fälle	C
18A	HIV	30	41	
18B	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	679	616	
19	Psychische Krankheiten und Störungen	467	422	
20	Alkohol- und Drogengebrauch und alkohol- und drogeninduzierte psychische Störungen	130	130	
21A	Polytrauma	232	223	
21B	Verletzungen, Vergiftungen und toxische Wirkungen von Drogen und Medikamenten	672	641	
22	Verbrennungen	57	54	
23	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und andere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens	223	248	
FE	Fehler-DRGs und sonstige DRGs	169	164	
TOTAL DRG-AUSTRITTE CODIERT		**43 495**	**41 155**	
NEUROREHABILITATION		202	175	
GESAMTTOTAL		**43 697**	**41 330**	

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

MDC = Major Diagnostic Category
CMI = Case Mix Index
CM = Case Mix
DRG = Diagnosis Related Groups
AD = Aufenthaltsdauer

Abrechnungsversion 2015 SwissDRG 4.0

2015 Case Mix	2014 Case Mix	2015 Anteil CM	2014 Anteil CM	2015 CMI	2014 CMI	2015 ø AD	2014 ø AD
44	68	0,1%	0,1%	1.461	1.653	9.9	11.2
985	870	1,5%	1,4%	1.451	1.413	8.8	8.1
602	543	0,9%	0,9%	1.288	1.288	11.7	12.1
64	59	0,1%	0,1%	0.493	0.455	3.0	3.6
889	913	1,4%	1,4%	3.830	4.096	11.4	12.3
567	646	0,9%	1,0%	0.844	1.008	4.3	4.7
106	125	0,2%	0,2%	1.856	2.315	7.6	6.5
133	139	0,2%	0,2%	0.595	0.561	3.2	2.7
226	223	0,3%	0,4%	1.340	1.361	6.8	7.0
64 803	**63 118**	**100,0%**	**100,0%**	**1.490**	**1.534**	**6.0**	**6.0**
						30.5	37.0
						6.1	**6.2**

rte Gruppe,
keine

HITLISTEN DER TOP-15-DRG

TOP-15-DRG NACH ANZAHL AUSTRITTEN 2015

P67D	Neugeborener Einling, Aufnahmegewicht > 2499 g ohne OR-Prozedur, ohn > 95 Stunden, ohne schweres Problem, ohne anderes Problem oder ein Be
F49F	Invasive kardiologische Diagnostik ausser bei akutem Myokardinfarkt, ein
O60D	Vaginale Entbindung ohne komplizierende Diagnose
F24B	Perkutane Koronarangioplastie (PTCA) mit kompl. Diagn. und hochkompl. ohne äusserst schwere CC, Alter > 15 Jahre
F56B	Perkutane Koronarangioplastie mit hochkomplexer Intervention, ohne äuss
C15Z	Andere Eingriffe an der Retina
E69B	Bronchitis und Asthma bronchiale, Alter > 0 Jahre oder ohne RS-Virus-Infe von Bronchialstents, ohne komplizierende Prozedur
I53Z	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne äusserst schwere CC, mit komple Halotraktion
B70G	Apoplexie, mehr als ein Belegungstag oder Thrombolyse, ohne neurologisc des akuten Schlaganfalls, ohne komplizierende Diagnose
B20B	Kraniotomie oder grosse Wirbelsäulen-Operation mit komplexer Prozedur, ohne intraoperatives neurophysiologisches Monitoring
F98Z	Endovaskuläre Implantation eines Herzklappenersatzes
G67C	Versch. Erkr. d. Verdauungsorg. od. gastroint. Blutung od. Ulkuserkr. ohne Alter < 75 J., ohne kompliz. Diagn., ohne Dialyse, Alter > 2 J., ohne Para- /
F57B	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Intervention ohne äusserst s
O60C	Vaginale Entbindung mit schwerer oder mässig schwerer komplizierender D
F54Z	Komplexe oder mehrfache Gefässeingriffe ohne komplizierende Prozedure ohne komplexe Diagnose, Alter > 2 Jahre oder mässig komplexe Gefässein Diagnose, ohne äusserst schwere CC, ohne Rotationsthrombektomie

TOTAL TOP-15-DRG-AUSTRITTE

TOTAL CODIERTE FÄLLE (OHNE NEUROREHABILITATION)

ANTEIL TOP 15 IN %

	Fälle	Case Mix	CMI	ø AD
ne Beatmung legungstag	1 169	238	0.204	3.2
Belegungstag	835	407	0.487	1.0
	539	304	0.564	3.1
Intervent. od. mit PTA,	518	803	1.550	1.9
serst schwere CC	516	705	1.367	1.3
	481	455	0.945	2.9
ktion, ohne Einsetzen	412	201	0.487	3.1
exem Eingriff oder	379	411	1.084	5.5
che Komplexbehandlung	343	334	0.973	5.3
Alter > 15 Jahre,	339	910	2.683	6.8
	321	1984	6.181	9.4
schw. CC od. Tetrapl.	280	123	0.438	3.1
chwere CC	276	263	0.955	1.2
Diagnose	258	178	0.691	3.9
n, ohne Revision, griffe mit komplizierender	254	290	1.142	2.5
	6 920	**7 605**		
	43 495	**64 803**		
	15,9%	11,7%		

DRG NACH HÖHE DES CASE MIX 2015

F98Z	Endovaskuläre Implantation eines Herzklappenersatzes
B20B	Kraniotomie oder grosse Wirbelsäulen-Operation mit komplexer Prozedur, ohne intraoperatives neurophysiologisches Monitoring
F24B	Perkutane Koronarangioplastie (PTCA) mit kompl. Diagn. und hochkompl. ohne äusserst schwere CC, Alter > 15 Jahre
A13A	Beatmung > 95 und < 250 Stunden mit hochkomplexen Konstellationen
F56B	Perkutane Koronarangioplastie mit hochkomplexer Intervention, ohne äuss
F03D	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, mit Zweifacheingriff oder oder Re-Operation oder invasiver Diagnostik oder intraoperativer Ablation
A11A	Beatmung > 249 und < 500 Std. mit hochkompl. Eingr. od. Beatm. > 95 St > 1470 / 1656 P. od. mit Eingr. bei angeb. Fehlb., Alter < 2 J. od. mit best. Proz., mit int. med. KB. > 1470 / 1656 P. od. Alter < 16 J.
P61A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht < 1000 g mit signifikanter OR-Prozedur > 95 Stunden
A13B	Beatmung > 95 und < 250 Stunden mit sehr komplexen Konstellationen
F06E	Koronare Bypass-Operation, ohne invasive kardiologische Diagnostik, ohne
C15Z	Andere Eingriffe an der Retina
F03C	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, mit Zweifacheingriff oder Herzfehler, mit Re-Operation oder invasiver Diagnostik oder intraoperative
F03B	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, mit Dreifacheingriff oder mit tiefer Hypothermie
I53Z	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne äusserst schwere CC, mit komple oder Halotraktion
F49F	Invasive kardiologische Diagnostik ausser bei akutem Myokardinfarkt, ein

TOTAL TOP-15-DRG AUSTRITTE

TOTAL CODIERTE FÄLLE (OHNE NEUROREHABILITATION)

ANTEIL TOP 15 IN %

	Fälle	Case Mix	CMI	ø AD
	321	1984	6.181	9.4
Alter > 15 Jahre,	339	910	2.683	6.8
Intervent. od. mit PTA,	518	803	1.550	1.9
	64	725	11.334	24.6
serst schwere CC	516	705	1.367	1.3
angeborenem Herzfehler oder Alter < 16 Jahre	155	703	4.538	11.4
td. mit intensivmed. KB. OR-Proz. u. kompliz.	40	696	17.406	34.4
oder Beatmung	43	691	16.078	77.7
	73	554	7.593	18.2
e intraoperative Ablation	152	523	3.439	9.4
	481	455	0.945	2.9
angeborenem er Ablation	88	454	5.160	12.2
Alter < 1 Jahr oder	81	438	5.406	13.1
exem Eingriff	379	411	1.084	5.5
Belegungstag	835	407	0.487	1.0
	4 085	**10 459**		
	43 495	**64 803**		
	9,4%	16,1%		

LEISTUNGSSTATISTIK DER UNIVERSITÄTSKLINIKEN 2015

UNIVERSITÄTSKLINIKEN

Universitäres Notfallzentrum

Universitätsklinik für Allgemeine Innere Medizin

Universitätsklinik für Angiologie

Universitätsklinik für Augenheilkunde

Universitätsklinik für Dermatologie

Universitätsklinik für Frauenheilkunde

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

Universitätsklinik für Herz- und Gefässchirurgie

Universitätsklinik für Intensivmedizin

Universitätsklinik für Kardiologie

Universitätsklinik für Kinderchirurgie*

Universitätsklinik für Kinderheilkunde

Universitätsklinik für Medizinische Onkologie**

Universitätsklinik für Nephrologie und Hypertonie

Universitätsklinik für Neurochirurgie

Universitätsklinik für Neurologie

Universitätsklinik für Nuklearmedizin

Universitätsklinik für Orthopädische Chirurgie

Universitätsklinik für Plastische und Handchirurgie

Universitätsklinik für Pneumologie

Universitätsklinik für Radio-Onkologie

Universitätsklinik für Rheumatologie, Klinische Immunologie und Allergologie

Universitätsklinik für Schädel-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

	Fälle	Case Mix	CMI	ø AD	Pflegetage
	918	318	0.346	1.1	988
	3 878	4 923	1.269	8.7	33 620
	728	924	1.269	2.3	1 648
	1 249	973	0.779	2.9	3 620
	616	564	0.915	4.0	2 474
	4 782	3 621	0.757	4.5	21 402
ie	1 482	1 455	0.982	3.0	4 412
	1 711	7 165	4.188	12.1	20 734
	883	2 756	3.121	5.5	4 822
	4 322	7 270	1.682	2.8	12 064
	2 053	2 076	1.011	4.2	8 601
	3 130	5 273	1.685	8.6	26 924
	1 288	2 428	1.885	10.7	13 746
	816	1 279	1.567	7.6	6 169
	2 051	4 338	2.115	7.1	14 576
	1 890	2 819	1.492	5.3	10 051
	270	201	0.744	4.1	1 106
	2 615	4 306	1.647	7.4	19 470
	1 043	1 110	1.064	4.6	4 768
	478	730	1.528	8.1	3 862
	427	645	1.510	7.6	3 242
	707	661	0.935	6.0	4 242
	900	1 003	1.115	3.5	3 107

LEISTUNGSSTATISTIK DER UNIVERSITÄTSKLINIKEN 2015

UNIVERSITÄTSKLINIKEN

Universitätsklinik für Thoraxchirurgie

Universitätsklinik für Urologie

Universitätsklinik für Viszerale Chirurgie und Medizin

ZWISCHENSUMME

uncodiert

Neurorehabilitation

TOTAL

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

* inklusive Notfallzentrum für Kinder und Jugendliche
** inklusive Palliative Care

	Fälle	Case Mix	CMI	ø AD	Pflegetage
	544	1 082	1.989	7.0	3 815
	2 220	2 151	0.969	4.8	10 713
	2 494	4 731	1.897	7.7	19 272
	43 495	**64 803**	**1.490**	**6.0**	**259 448**
	0			0	0
	202			30.5	6 153
	43 697			**6.1**	**265 601**

chtet,
ndelten

WEITERE KENNWERTE

AMBULANT/AMBULANT MIT BETT (VERRECHENBARE TP)

	20
TARMED TP	218 813 1
Labor TP	28 693 1
Physiotherapie TP	2 285 3
Ergotherapie TP	1 002 2
Ernährungsberatung TP	631 6
Diabetesberatung TP	213 4
Logopädie TP	512 8

VERLEGUNGEN 2015

	absolut	**Anteil in**
Verlegungen vom Spital Netz Bern ins Inselspital	646	34,
Verlegungen vom Inselspital ins Spital Netz Bern	1 040	55,0
Ein- und Austritt vom bzw. zum Spitalnetz Bern	206	10,9
TOTAL VERLEGUNGEN	**1 892**	**100,0**

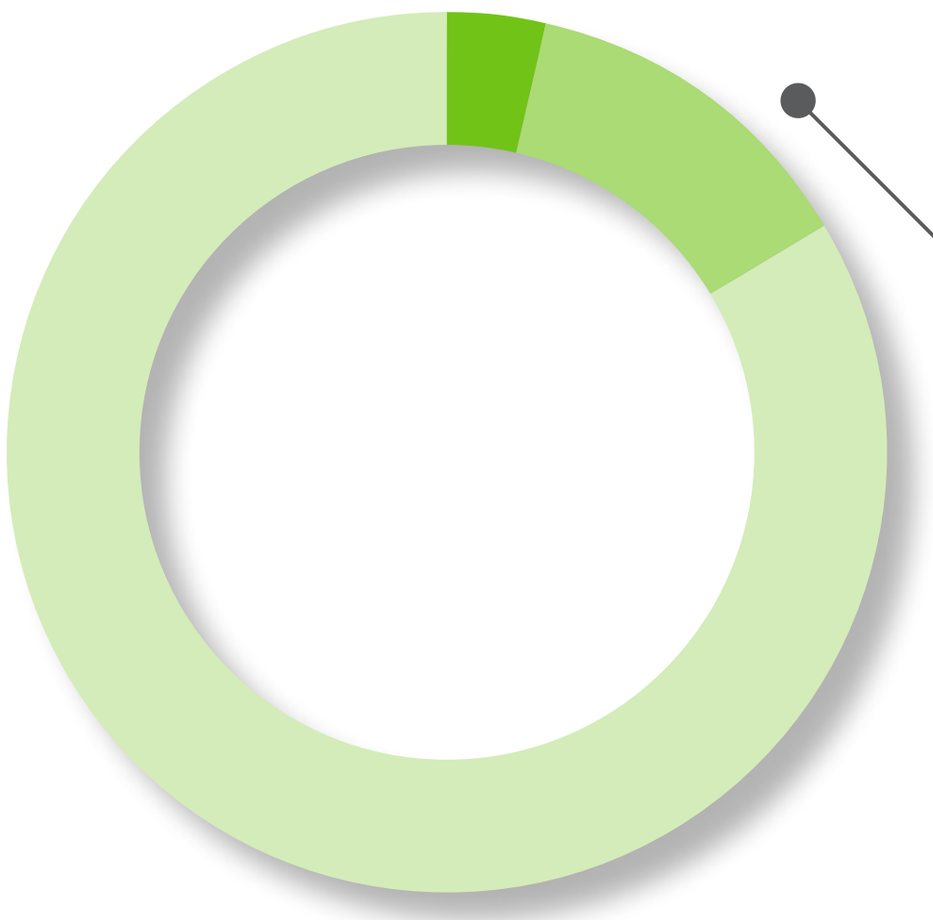
015	
125	
114	
378	
257	
528	
488	
387	
	%
	1%
	0%
	9%
	0%

AUSTRITTE 2015

AUSTRITTE NACH VERSICHERUNGSKLASSE

3,9 %

PRIVATVERSICHERTE
1685



12,7 %

HALBPRIVATVERSICHERTE
5572

83,4 %

ALLGEMEINVERSICHERTE
(ALLG. KRANKENKASSE UND OKP)
36 440

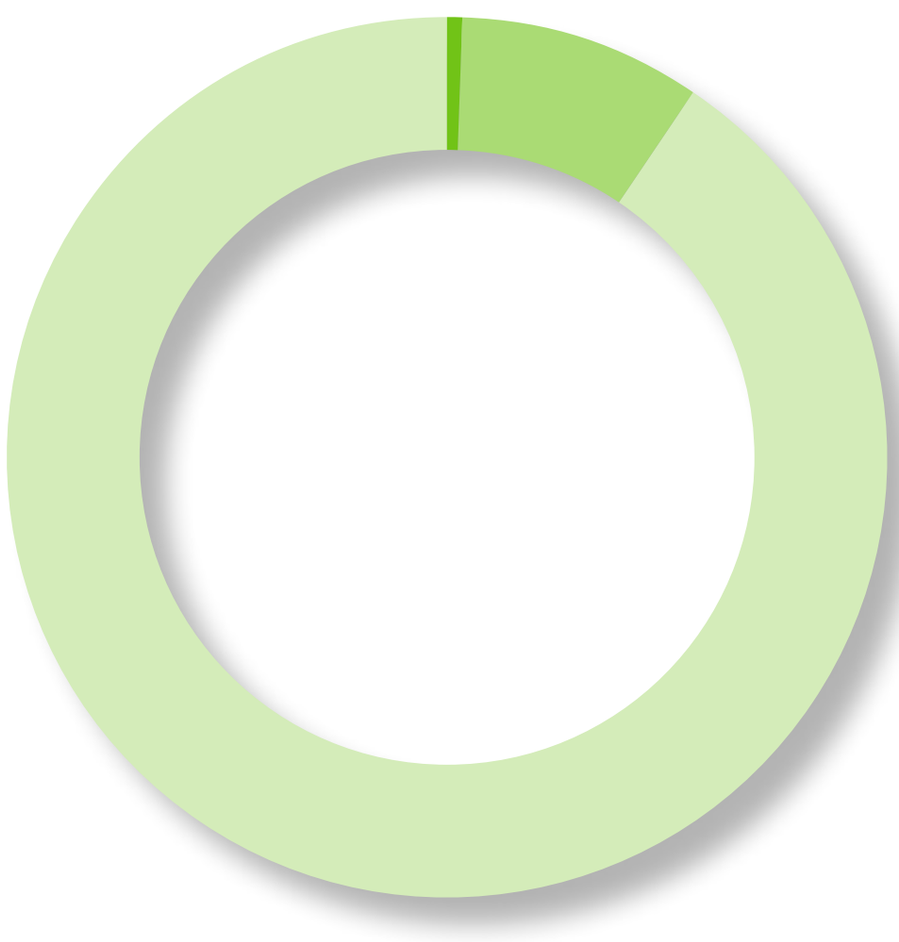
AUSTRITTE NACH GARANT

0,8 %

ÜBRIGE
340

8,9 %

UNFALLVERSICHERUNG
INVALIDENVERSICHERUNG
MILITÄRVERSICHERUNG
3897



90,3 %

KRANKENVERSICHERUNG
39 460

ZAHLEN UND FAKTEN

Umwelt

Treibhaus

Für das Jahr 2015 sind die Verbrauchszahlen der Energieträger für die Heizun
Stroms, des Wassers und der angefallenen Abfälle (Siedlungsabfall und Sond
Standort erfasst worden. Diese Zahlen bilden auch die Grundlage der berech
emissionen der Insel Gruppe, angegeben in CO_2-Equivalenten (CO_2-eq). Me
die Berechnung am Vorgehen des ISO-Standards für die Treibhausgasbilanz.

Aufgrund der oben genannten Stoffflüsse emittierte die Insel Gruppe gut 50
gase. Bezogen auf die Pflegetage weisen die Zahlen der Standorte eine gross
7,5 bis 40 kg CO_2-eq pro Pflegetag aus. Diese Unterschiede beruhen in erste
schiedlichen Energieträgern, die für das Heizen, Belüften, Kühlen und das W
werden: Für Heizöl werden drei Mal so viele CO_2-eq berechnet wie für die F
einflusst der Zustand und die Bauart der Gebäude den Energieverbrauch wes
auf die Pflegetage, die Auslastung des Spitals und das Verhältnis zwischen st
und ambulanten Dienstleistungen.

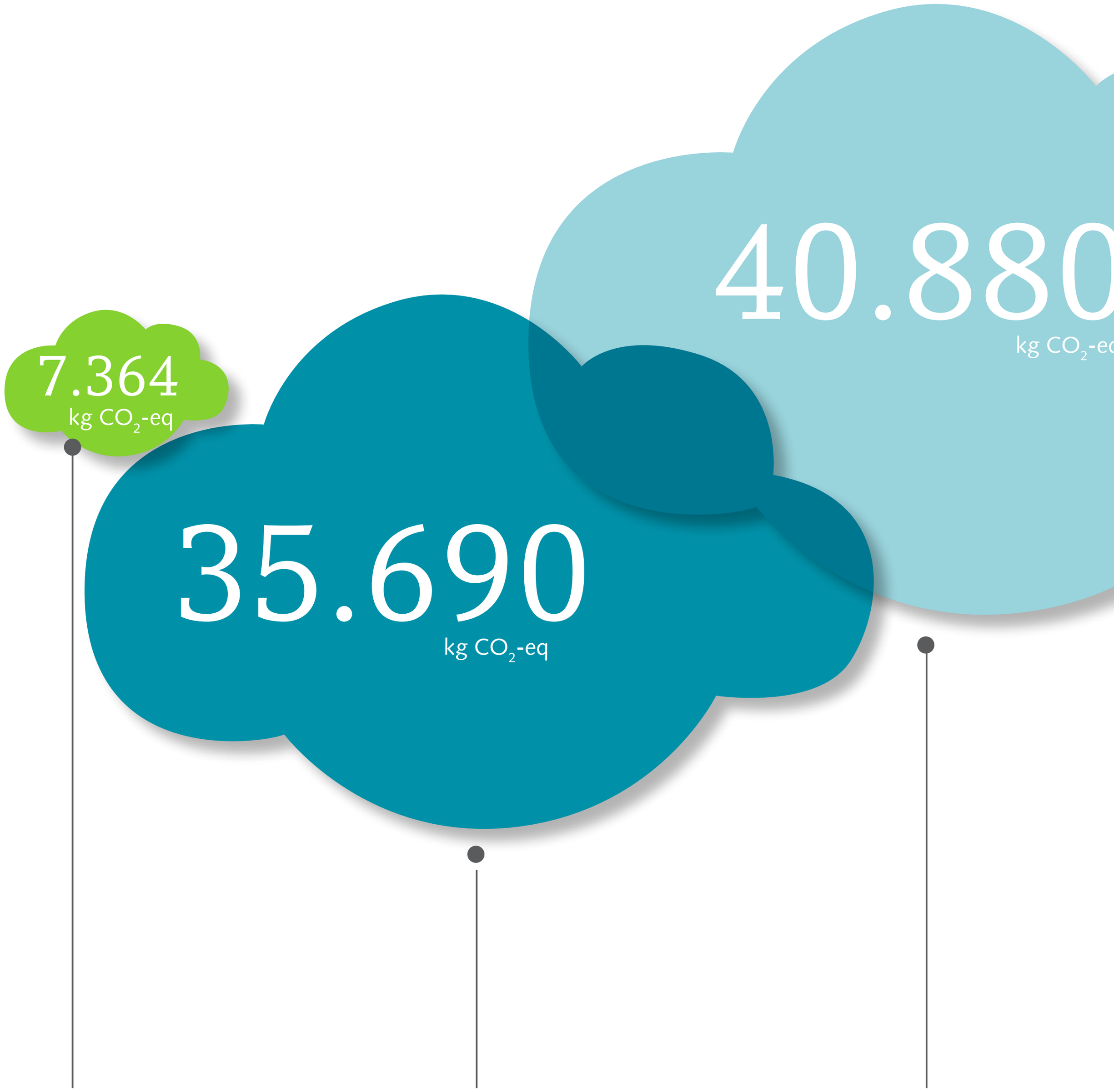
sgas-Ausstoss der Insel Gruppe

ng/Wärme, des
derabfälle) für jeden
nneten Treibhausgas-
thodisch orientiert sich

065 Tonnen Treibhaus-
se Breite von rund
er Linie auf den unter-
armwasser eingesetzt
ernwärme. Weiter be-
sentlich und, bezogen
tationären Patienten

WEITER ZUR GRAFIK

TREIBHAUSGAS-EMISSIONEN 2015 DER INSEL GRUPPE PRO JA



INSELSPITAL
Treibhausgas-Emission
1969 t CO_2-eq
Pflegetage: 267 373

SPITAL TIEFENAU
Treibhausgas-Emission
1259 t CO_2-eq
Pflegetage: 35 276

SPITAL AARBERG
Treibhausgas-Emission
812 t CO_2-eq
Pflegetage: 19 863

SPI
Trei
328
Pfle

HR UND PFLEGETAG

TOTAL INSEL GRUPPE
Treibhausgas-Emission
5065 t CO_2-eq
Pflegetage: 388 888

25.834
kg CO_2-eq

13.024
kg CO_2-eq

q

8.211
kg CO_2-eq

27.726
kg CO_2-eq

TAL BELP
ibhausgas-Emission
3 t CO_2-eq
egetage: 39 948

SPITAL MÜNSINGEN
Treibhausgas-Emission
488 t CO_2-eq
Pflegetage: 18 890

SPITAL RIGGISBERG
Treibhausgas-Emission
209 t CO_2-eq
Pflegetage: 7538

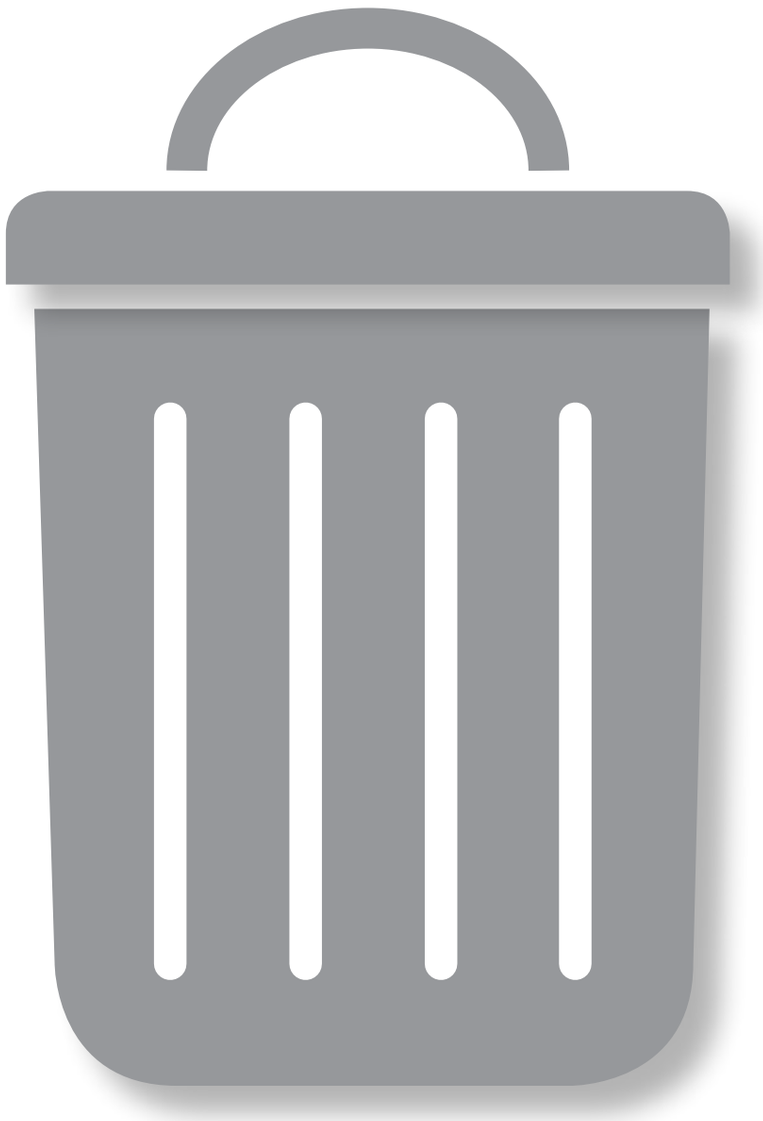
Die folgenden Grafiken zeigen den Energie- und Wasserbezug und die Abfal
Standorte der Insel Gruppe, einerseits den gesamten Verbrauch der Standort
seits den Verbrauch pro Pflegetag.

WEITER ZUR GRAFIK
WASSERBEZUG

WEITER Z
ENERGIE

Ökologische Verbrauchszahlen

llmengen der
te und anderer-

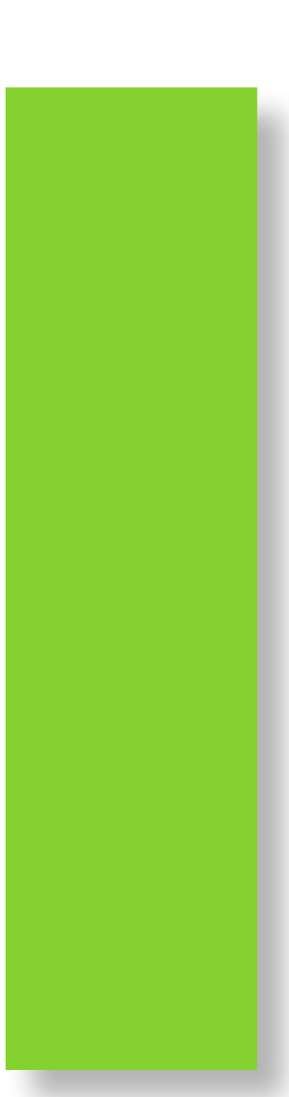


ZUR GRAFIK
BEZUG

WEITER ZUR GRAFIK
ABFALLMENGE

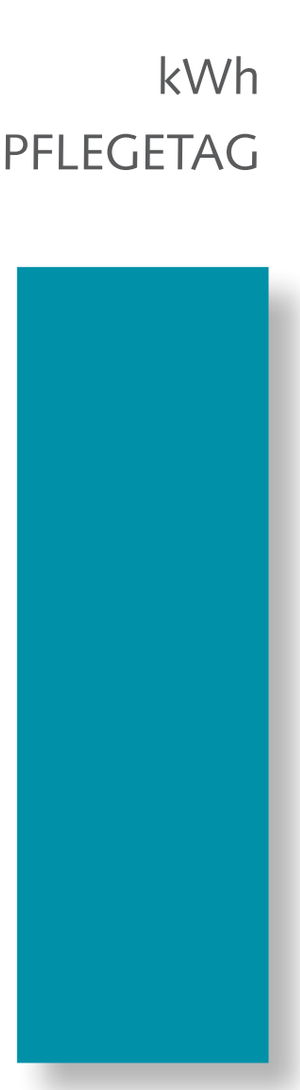
ENERGIEVERBRAUCH 2015 DER INSEL GRUPPE PRO JAHR UND

279
kWh
PRO PFLEGETAG



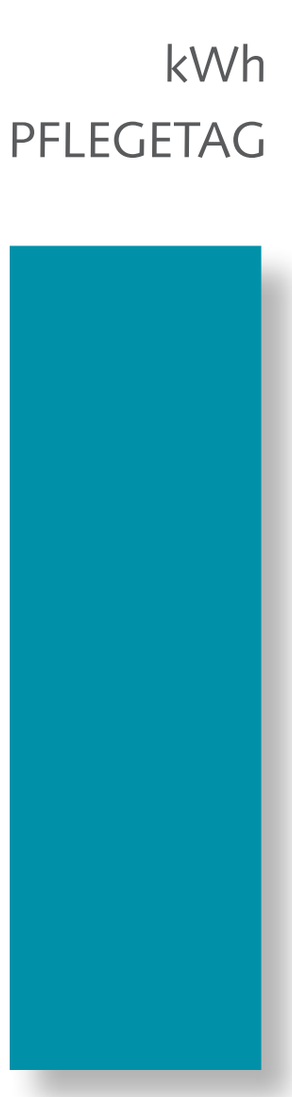
INSELSPITAL
Energieverbrauch
74 689 935 kWh

226
kWh
PRO PFLEGETAG



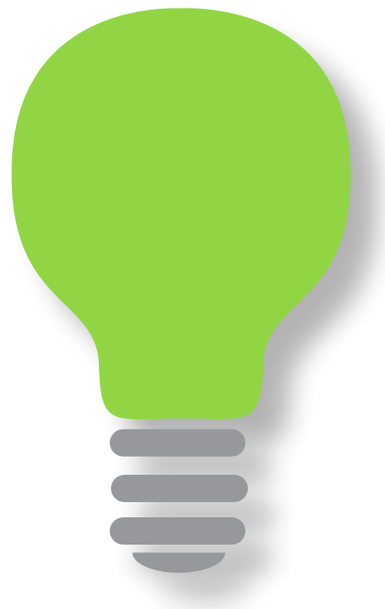
SPITAL TIEFENAU
Energieverbrauch
7 983 893 kWh

234
kWh
PRO PFLEGETAG



SPITAL AARBERG
Energieverbrauch
4 639 846 kWh

PFLEGETAG



263

kWh

PRO PFLEGETAG

84

kWh

PRO PFLEGETAG

125

kWh

PRO PFLEGETAG

SPITAL BELP

Energieverbrauch

3 372 561 kWh

SPITAL MÜNSINGEN

Energieverbrauch

2 352 742 kWh

SPITAL RIGGISBERG

Energieverbrauch

1 981 229 kWh

WASSERVERBRAUCH 2015 DER INSEL GRUPPE PRO JAHR UND

941

LITER

PRO PFLEGETAG

956

LITER

PRO PFLEGETAG

877

LITER

PRO PFLEGETAG

42

PRO

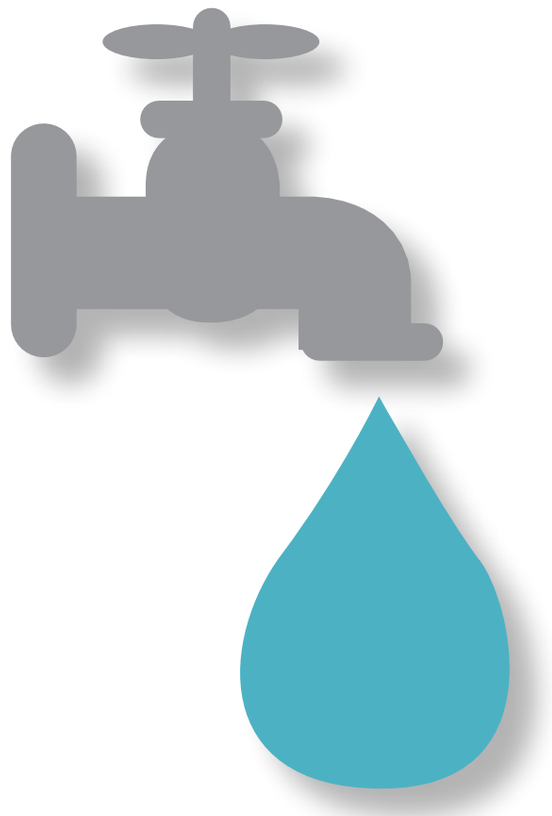
INSELSPITAL
Wasserverbrauch
251 646 m³

SPITAL TIEFENAU
Wasserverbrauch
33 735 m³

SPITAL AARBERG
Wasserverbrauch
17 429 m³

SPITAL BELP
Wasserverbrauc
17 674 m³

PFLEGETAG



1057

LITER

PRO PFLEGETAG

620

LITER

PRO PFLEGETAG

22

LITER

PFLEGETAG

ch

SPITAL MÜNSINGEN

Wasserverbrauch

11 721 m³

SPITAL RIGGISBERG

Wasserverbrauch

7970 m³

ABFÄLLE 2015 DER INSEL GRUPPE PRO JAHR UND PFLEGETAG

7,293

kg

PRO PFLEGETAG

50

GRAMM

PRO PFLEGETAG

INSELSPITAL

Abfälle in KVA

1 949 965 kg

Sonderabfall

13 314 kg

5,643

kg

PRO PFLEGETAG

85

GRAMM

PRO PFLEGETAG

SPITAL TIEFENAU

Abfälle in KVA

199 054 kg

Sonderabfall

2989 kg

4,178

kg

PRO PFLEGETAG

132

GRAMM

PRO PFLEGE

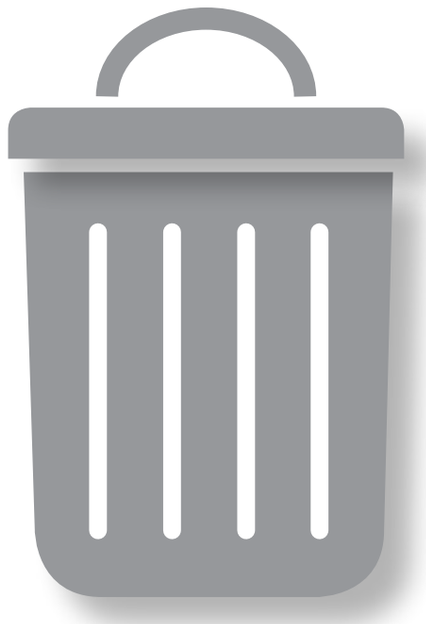
SPITAL AARBER

Abfälle in KVA

82 980 kg

Sonderabfall

2617 kg



6,336

kg

PRO PFELEGTAG

3,129

kg

PRO PFLEGETAG

1,626

kg

PRO PFLEGETAG

4

GRAMM

PRO PFLEGETAG

561

GRAMM

PRO PFLEGETAG

132

GRAMM

PRO PFLEGETAG

RG

SPITAL BELP

Abfälle in KVA

64 950 kg

Sonderabfall

160 kg

SPITAL MÜNSINGEN

Abfälle in KVA

59 110 kg

Sonderabfall

10 601 kg

SPITAL RIGGISBERG

Abfälle in KVA

47 760 kg

Sonderabfall

996 kg

Finanzen

AUSZUG AUS DER KONZERNRECHNUNG DER INSEL GRUPPE AG

KOMMENTAR

Im Geschäftsjahr 2015 wurde ein Konzernverlust von CHF 23,7 Mio. erzielt. Das Betriebsergebnis vor Abschreibungen (EBITDA) belief sich auf CHF 61,4 Mio. Die EBITDA-Marge lag bei 4,0 %.

Im Vorjahr wurde ein Konzerngewinn von CHF 25,0 Mio. und eine EBITDA-Marge von 6,9 % erwirtschaftet.

Das Ergebnis 2015 wurde im Umfang von CHF 49,8 Mio. durch den Bundesverwaltungsgerichtsentscheid in Sachen TARMED belastet:

Mit Urteil vom 17.9.2015 hat das Bundesverwaltungsgericht entschieden, dass mit Wirkung ab dem 1.1.2010 der TARMED-Taxpunktwert für die öffentlichen Spitäler des Kantons Bern auf CHF 0,86 festgelegt wird. Bisher hat die Insel Gruppe mit einem Taxpunktwert von CHF 0,91 fakturiert. Aus diesem Grund wurden im Jahr 2015 für die Jahre 2010–2015 ertragsmindernd über den ambulanten Ertrag Rückstellungen in der Höhe von CHF 43,0 Mio. für das Inselspital und CHF 6,8 Mio. für die Spital Netz Bern AG gebildet.

Im Segment «Spitalbetrieb Inselspital» resultierte trotz des Rückstellungsbedarfs ein Gewinn von CHF 0,7 Mio.

Der Konzernverlust ist auf das Ergebnis des Segments «Spital Netz Bern AG» zurückzuführen (Verlust von CHF 26,3 Mio.). Die Schliessung des Spital Ziegler

ZUR BILANZ

ZUR ERFOLGSRECHNUNG

ZUR GELDFLUSSRECHNUNG

per Ende August 2015 führte zu einem Ertragsrückgang, welcher im Jahr der Schliessung noch nicht mit entsprechenden Kostensenkungen kompensiert werden konnte.

Auf Stufe Konzern wurde im 2015 trotz der erwähnten Rückstellungen in Sachen TARMED ein um CHF 22,8 Mio. (+ 1,8 %) höherer Betriebsertrag realisiert als 2014.

Die Zunahme ist hauptsächlich auf den höheren stationären Ertrag (+ CHF 20,3 Mio. / + 2,7 %) in Folge der gestiegenen Anzahl behandelter Patientinnen und Patienten zurückzuführen.

Es gilt zu beachten, dass die verbuchten Umsätze teilweise auf provisorischen Tarifen beruhen.

Im stationären Bereich des Inselspitals konnte für das Jahr 2015 (analog 2012 bis 2014) keine tarifliche Einigung mit den Krankenversicherern erzielt werden. Die stationären Fälle (nach SwissDRG) wurden mit einer vom Kanton Bern provisorisch verfügten Baserate 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 2015 von CHF 9 550 bzw. 9 565 einigen.

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

	31.12.2015 TCHF	31.12.2014 TCHF	Abweichung in TCHF	 in %
	332 116	315 122	16 994	5,4
	–	50 000	–50 000	–100,0
	211 492	204 922	6 570	3,2
	36 324	41 475	–5 151	–12,4
	37 159	38 788	–1 629	–4,2
	49 598	44 578	5 020	11,3
	666 689	**694 885**	**–28 196**	**–4,1**
	109 010	115 236	–6 226	–5,4
	7 460	7 155	305	4,3
	142 444	143 647	–1 203	–0,8
	799 498	795 789	3 709	0,5
	11 951	8 969	2 982	33,2
	2 060	6 784	–4 724	–69,6
	123 539	68 195	55 344	81,2
	1 195 962	**1 145 775**	**50 187**	**4,4**
	1 862 651	**1 840 660**	**21 991**	**1,2**

KURZFRISTIGES FREMDKAPITAL

Verbindlichkeiten aus Lieferungen und Leistungen

Übrige kurzfristige Verbindlichkeiten

Passive Rechnungsabgrenzung

Kurzfristige Rückstellungen

LANGFRISTIGES FREMDKAPITAL

Langfristige Finanzverbindlichkeiten Dritte

Übrige langfristige Verbindlichkeiten Dritte

Langfristige Rückstellungen

Verpflichtungen aus Fonds

EIGENKAPITAL

KONZERNKAPITAL OHNE MINDERHEITEN

Stiftungskapital

Fondskapital

Reserven

Jahresergebnis

MINDERHEITSANTEILE

TOTAL PASSIVEN

	31.12.2015 TCHF	31.12.2014 TCHF	Abweichung in TCHF	 in %
	63 098	74 804	–11 706	–15,6
	44 877	53 354	–8 477	–15,9
	24 514	20 411	4 103	20,1
	73 589	24 192	49 397	204,2
	206 078	**172 761**	**33 317**	**19,3**
	13 370	15 964	–2 594	–16,2
	11 045	–	11 045	–
	147 817	149 672	–1 855	–1,2
	32 014	28 280	3 734	13,2
	204 246	**193 916**	**10 330**	**5,3**
	19 098	19 098	–	0,0
	51 273	47 665	3 608	7,6
	1 401 371	1 378 988	22 383	1,6
	–23 244	25 809	–49 053	–190,1
	1 448 498	**1 471 560**	**–23 062**	**–1,6**
	3 829	**2 423**	**1 406**	**58,0**
	1 452 327	**1 473 983**	**–21 656**	**–1,5**
	1 862 651	**1 840 660**	**21 991**	**1,2**

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)

	2015 TCHF	**2014** TCHF	**Abweichung** in TCHF	in %
	956 245	958 537	–2 292	–0,2
	310 009	342 922	–32 913	–9,6
	55 161	57 427	–2 266	–3,9
	99 860	79 356	20 504	25,8
	6 675	6 945	–270	–3,9
	–947	–2 105	1 158	–55,0
	–325	1 320	–1 645	–124,6
	99 147	94 183	4 964	5,3
	1 525 825	**1 538 585**	**–12 760**	**–0,8**
	–912 857	–891 272	–21 585	2,4
	–62 911	–64 334	1 423	–2,2
	–269 716	–264 488	–5 228	2,0
	–3 734	–259	–3 475	1 341,7
	–215 245	–212 112	–3 133	1,5
	–1 464 463	**–1 432 465**	**–31 998**	**2,2**
	61 362	**106 120**	**–44 758**	**–42,2**

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

	2015 TCHF	**2014** TCHF	**Abweichung** in TCHF	in %
	–80 132	–83 122	2 990	–3,6
	–3 853	–3 210	–643	20,0
	–83 985	**–86 332**	**2 347**	**–2,7**
	–22 623	**19 788**	**–42 411**	**–214,3**
	85	1 559	–1 474	–94,5
	1 494	4 335	–2 841	–65,5
	–2 588	–630	–1 958	310,8
	–1 009	**5 264**	**–6 273**	**–119,2**
	–23 632	**25 052**	**–48 684**	**–194,3**
	–30	**–71**	**41**	**–57,7**
	–23 662	**24 981**	**–48 643**	**–194,7**
	418	–828	1 246	–150,5

GELDFLUSSRECHNUNG

KONSOLIDIERTES JAHRESERGEBNIS

+/–	Abschreibungen (+) / Zuschreibungen (–) auf Anlagevermögen
+/–	Verluste (+) aus Wertbeeinträchtigungen / Wegfall (–) von Wertbeeinträcht
+/–	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 Rechnungsabg
+/–	Zunahme (+) / Abnahme (–) Verbindlichkeiten aus Lieferungen und Leistun
+/–	Zunahme (+) / Abnahme (–) übrige kurzfristige Verbindlichkeiten und passi
+/–	Zunahme (+) / Abnahme (–) übrige langfristige Verbindlichkeiten
+/–	Anteilige Verluste (Gewinne) aus Anwendung der Equity-Methode
+/–	Dividendenausschüttungen von Equity-Beteiligungen
=	**GELDZUFLUSS / –ABFLUSS AUS BETRIEBSTÄTIGKEIT (OPERATIVER CASH**

	2015 TCHF	2014 TCHF
	–23 662	**25 729**
	83 402	86 332
tigungen	583	–
	47 542	864
	6	–366
	904	–1 993
	–6 570	–1 519
	1 629	–1 097
grenzung	–569	13 686
gen	–11 706	11 156
ve Rechnungsabgrenzung	–4 374	–9 702
	11 045	–
	–678	–1 558
	963	811
HFLOW)	**98 515**	**122 343**

GELDFLUSSRECHNUNG

–	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 übrigen Finanzanlagen
+	Einzahlungen aus Devestitionen (Verkauf) von übrigen Finanzanlagen
–	Auszahlungen für Investitionen (Kauf) von immateriellen Anlagen
+	Einzahlungen aus Devestitionen (Verkauf) von immateriellen Anlagen
–	Auszahlungen (–) für den Erwerb von Anteilen an assoziierten Gesellschaft
–	Einzahlungen (+) / Auszahlungen (–) für den Erwerb konsolidierter Gesellsc
+	Einnahmen aus dem Verkauf konsolidierter Organisationen
=	**GELDZUFLUSS / –ABFLUSS AUS INVESTITIONSTÄTIGKEIT**
+/–	Einzahlungen (+) aus Kapitalerhöhungen / Auszahlungen (–) für Kapitalhera
+/–	Aufnahme (+) / Rückzahlungen (–) von kurzfristigen Finanzverbindlichkeite
+/–	Aufnahme (+) / Rückzahlungen (–) von langfristigen Finanzverbindlichkeite
=	**GELDZUFLUSS / –ABFLUSS AUS FINANZIERUNGSTÄTIGKEIT**

VERÄNDERUNG FLÜSSIGE MITTEL

NACHWEIS VERÄNDERUNG FLÜSSIGE MITTEL

Flüssige Mittel per 1.1.	
Flüssige Mittel per 31.12.	
VERÄNDERUNG FLÜSSIGE MITTEL	

	2015 TCHF	2014 TCHF
	–4 000	–18 121
	50 000	–
	–140 804	–96 017
	913	5 353
	–11 146	–204
	22 072	5 467
	–1 106	–418
	–	–
ten	–590	–
haften	–	59 100
	–	–
	–84 661	**–44 840**
abschreibungen	2 000	–
n	–	–
n	1 140	–1 311
	3 140	**–1 311**
	16 994	**76 192**
	315 122	238 930
	332 116	315 122
	16 994	**76 192**

IMPRESSUM

Insel Gruppe AG
CH-3010 Bern
www.inselgruppe.ch

Koordination: Marketing, Insel Gruppe
Konzept & Gestaltung: Push‘n‘Pull | Deutschweiz, Bern
Texte: Marianne Kaiser, Kommunikation, Insel Gruppe; Karin Meier, Text und Bild, Bern; Dr. med. Felicitas Witte, Zürich; Margrit Kilchenmann, Andrea Valero, Insel Gruppe
Fotos: Tanja Läser, Kreation Foto & Grafik, Insel Gruppe; Frederic Meyer, Zürich; Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB)
Filme: Simon Kurt, Digitale Massarbeit, Bern
Produktion: rubmedia/Go Group, Wabern/Bern

ALLE PERSONENBEZEICHNUNGEN GELTEN, WO SINNVOLL, FÜR BEIDE GESCHLECHTER.