



**Berner Reha Zentrum  
Heiligenschwendi**

**Geschäftsbericht 2012**



# Kennzahlen und Patientenstatistik

## Kennzahlen

	2012	2011
Anzahl Patienteneintritte stationär	2 253	2 144
Anzahl Patientenaustritte stationär	2 270	2 135
Gesamttotal verrechnete Behandlungstage	44 169	42 563
Anzahl Betten stationär	123	123
Ø Bettenbelegung (Behandlungstage × 100 ÷ (Tage × Betten))	98,1 %	94,8 %
Ø Aufenthaltsdauer in Tagen (Behandlungstage ÷ Austritte)	19,5	19,9
Grundversicherte Kanton Bern	1 563	1 471
Zusatzversicherte Kanton Bern	481	445
Total Kanton Bern	2 044	1 916
Total ausserkantonale Versicherte	218	213
Ausland	8	6
Total Betriebsaufwand in CHF (inkl. Aufwand für Anlagenutzung)	30 555 692	29 024 745
Ø Aufwand pro verrechneten Behandlungstag in CHF (Betriebsaufwand ÷ Behandlungstage)	692	682
Ø Aufwand pro behandelten Patient (Austritt) in CHF (Betriebsaufwand ÷ Anzahl behandelte Fälle)	13 461	13 595
Total Betriebsertrag in CHF	31 223 444	29 421 619
Ø Ertrag pro verrechneten Behandlungstag in CHF (Betriebsertrag ÷ verrechnete Behandlungstage)	707	691
Ø Ertrag pro behandelten Patient (Austritt) in CHF (Betriebsertrag ÷ Anzahl Austritte)	13 755	13 781

## Patientenstatistik

	Behandlungstage		Austritte		Ø Aufenthalt in Tagen	
	2012	2011	2012	2011	2012	2011
Muskuloskelettale Rehabilitation	17 611	17 548	881	828	20,0	21,2
Kardiovaskuläre Rehabilitation und Prävention	13 801	12 708	698	655	19,8	19,4
Pulmonale Rehabilitation	10 109	9 393	536	500	18,9	18,8
Andere organspezifische Rehabilitation	2 648	2 914	155	152	17,1	19,2
<b>Gesamt</b>	<b>44 169</b>	<b>42 563</b>	<b>2 270</b>	<b>2 135</b>	<b>19,5</b>	<b>19,9</b>

**Berner Reha Zentrum  
Heiligenschwendi**

**Geschäftsbericht 2012**



# Inhaltsverzeichnis

- 4 Übersicht über das Geschäftsjahr**
- 7 Muskuloskelettale Rehabilitation**
- 9 Kardiovaskuläre Rehabilitation und Prävention**
- 12 Pulmonale Rehabilitation**
- 15 Projekte**
- 17 Qualität**
- 18 Personelles**

## Organisation

- 22 Personal**
- 23 Organe**
- 24 Leistungsangebot und Verantwortliche**
- 26 Publikationen – Kongressbeiträge – Referate**

## Jahresrechnung

- 30 Bilanz**
- 32 Erfolgsrechnung**
- 33 Verwendung des Bilanzgewinns**
- 34 Anhang zur Jahresrechnung**
- 35 Aktionariat**
- 36 Bericht der Revisionsstelle**
- 38 Kontakte**

# Übersicht über das Geschäftsjahr

Hans Lauri (links) und  
Jürg Wägli



2012 war für das Berner Reha Zentrum Heiligenschwendi ein Jahr der Erneuerung: Der bisherige Direktor Armin Strom verliess das Zentrum auf Ende Mai, um sich im Kanton Thurgau als Geschäftsführer einer grossen sozialen Institution einer neuen beruflichen Herausforderung zu stellen. Jürg Wägli übernahm am 1. Juni als neuer Direktor und Vorsitzender der Geschäftsleitung die operative Führung der Klinik. Vorher hatte er als Stellvertretender Direktor den Bereich Finanzen und Betrieb im Felix Platter-Spital in Basel geleitet. Im September bestanden wir in allen Kompetenzlinien die anspruchsvolle SWISS REHA-Rezertifizierung. Anfang Oktober konnte wie geplant mit der Sanierung und Modernisierung der Hauptklinik begonnen werden.

Das Geschäftsjahr 2012 reiht sich nahtlos an die vergangenen erfolgreichen Geschäftsjahre. Erfreulich ist, dass das Berner Reha Zentrum trotz Sanierung der Hauptklinik und umfangreicher Umzugsarbeiten die hohe Behandlungsqualität der medizinisch anspruchsvollen Patientinnen und Patienten ohne Einschränkungen aufrecht erhalten und das Leistungsangebot weiter ausbauen konnte.

Die Austritte unserer Patientinnen und Patienten erhöhten sich von 2135 auf 2270; die Behandlungstage stiegen von 42 563 auf 44 169 Tage. Entsprechend gut sieht der Finanzabschluss aus. Bei einem Betriebsaufwand von 30,5 Millionen Franken und einem Betriebsertrag von 31,2 Millionen Franken konnte ein Jahresgewinn von rund 0,7 Millionen Franken erwirtschaftet werden.

## **Rezertifizierung als führende Rehabilitationsklinik**

SWISS REHA ist der Verband der führenden Rehabilitationskliniken der Schweiz. Das Berner Reha Zentrum hat sich im vergangenen Jahr in allen Kompetenzlinien der anspruchsvollen und umfassenden Rezertifizierung durch die von SWISS REHA beauftragte Zertifizierungsstelle gestellt. Geprüft wurde unter anderem das Qualitätsmanagement, die ärztliche Versorgung, die Bereiche Pflege und Therapie, die medizinisch-technische Ausstattung, die medizinische und therapeutische Qualifikation sowie Hotellerie und Infrastruktur.

Das Berner Reha Zentrum erfüllte alle Kriterien und bestand damit die Rezertifizierung ohne Auflagen. Von den bernischen Rehabilitationskliniken sind neben dem Berner Reha Zentrum lediglich die Klinik Bethesda in Tschugg und die Bernische Höhenklinik in Montana als führende Rehabilitationskliniken der Schweiz zertifiziert.

## **Modernisierung und technische Sanierung der Hauptklinik**

Damit das Berner Reha Zentrum auch in Zukunft seinen Auftrag zugunsten einer hochstehenden medizinischen Versorgung erfolgreich erfüllen und der steigenden Nachfrage genügen kann, wird nach den bereits abgeschlossenen Sanierungen der Ost- und Westklinik zwischen Oktober 2012 und Januar 2014 auch die insgesamt zehngeschossige Hauptklinik in zwei Etappen saniert. Patientenzimmer, Therapieräume und die Räumlichkeiten für die diagnostischen Leistungen werden zeitgemäss modernisiert. Nach der Sanierung werden die Patientenzimmer grösser und mit rollstuhlgängigen, benutzerfreundlichen Nasszellen ausgestattet sein, und die grossflächigen Fensterfronten werden einen beeindruckenden Blick auf das Bergpanorama ermöglichen. Gleichzeitig verbessern wir die Erdbebensicherheit und erneuern die haustechnischen Anlagen sowie die Wärmeerzeugung und -verteilung

mit dem Ziel, bis zu 48 Prozent der Energiekosten einzusparen.

Dank der bereits realisierten Sanierungen der Ost- und der Westklinik und vieler organisatorischer Vorkehrungen, aber auch dank der hohen Flexibilität unserer Mitarbeitenden, können die Aufnahmekapazitäten und die bekannt hohe Behandlungsqualität im Berner Reha Zentrum auch während der gesamten Sanierungszeit mit wenigen Einschränkungen aufrecht erhalten werden. Durch klar definierte Zeitfenster und wöchentliche Lärmbulletins sowie viele weitere Massnahmen wird die Belastung sowohl für unsere Patientinnen und Patienten, für die Besucherinnen und Besucher, aber auch für unsere Mitarbeitenden auf ein Minimum beschränkt.

### **Tarife in der Rehabilitation**

Rehabilitation ist eine medizinisch anspruchsvolle Behandlungsmethode für Menschen mit schweren und schwersten gesundheitlichen Problemen. Richtige und gute Rehabilitation schafft neben wertvoller Lebensqualität für Patientinnen und Patienten vor allem auch einen bedeutenden volkswirtschaftlichen Mehrwert. In der laufenden Diskussion um Finanzierungsmodelle und knappe Ressourcen werden medizinische Rehabilitationskonzepte und wellness-nahe Angebote immer noch gleich behandelt. Die Kosten werden mathematisch verglichen, ohne den unterschiedlichen Nutzen in die Überlegungen mit einzubeziehen.

Der Spitalverband H+, die Kantone, die Krankenversicherungen und die eidgenössischen Sozialversicherungen haben sich im Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) zusammengeschlossen, um die Qualitätsmessungen unter anderem auch in der Rehabilitation zu verbessern. Parallel dazu versucht die Swiss DRG AG mit dem Projekt ST Reha einen sachgerechten Leistungsbezug in der Tarifstruktur für Rehabilitationskliniken zu ermöglichen.

Das Berner Reha Zentrum unterstützt beide Vorhaben aktiv. Wir sind überzeugt, dass die Projekte geeignet sind, eine Versachlichung der Tarifiediskussion in der Rehabilitation zu ermöglichen. Bis dahin bleibt zu hoffen, dass die verschiedenen Tarifgenehmigungsinstanzen mit Augenmass ihre Aufgabe wahrnehmen und sich nicht von falsch verstandenen, einseitig finanzlastigen Wirtschaftlichkeitsüberlegungen fehlleiten lassen, deren langfristige und teils irreversibel negative Spätfolgen kaum abzuschätzen wären.

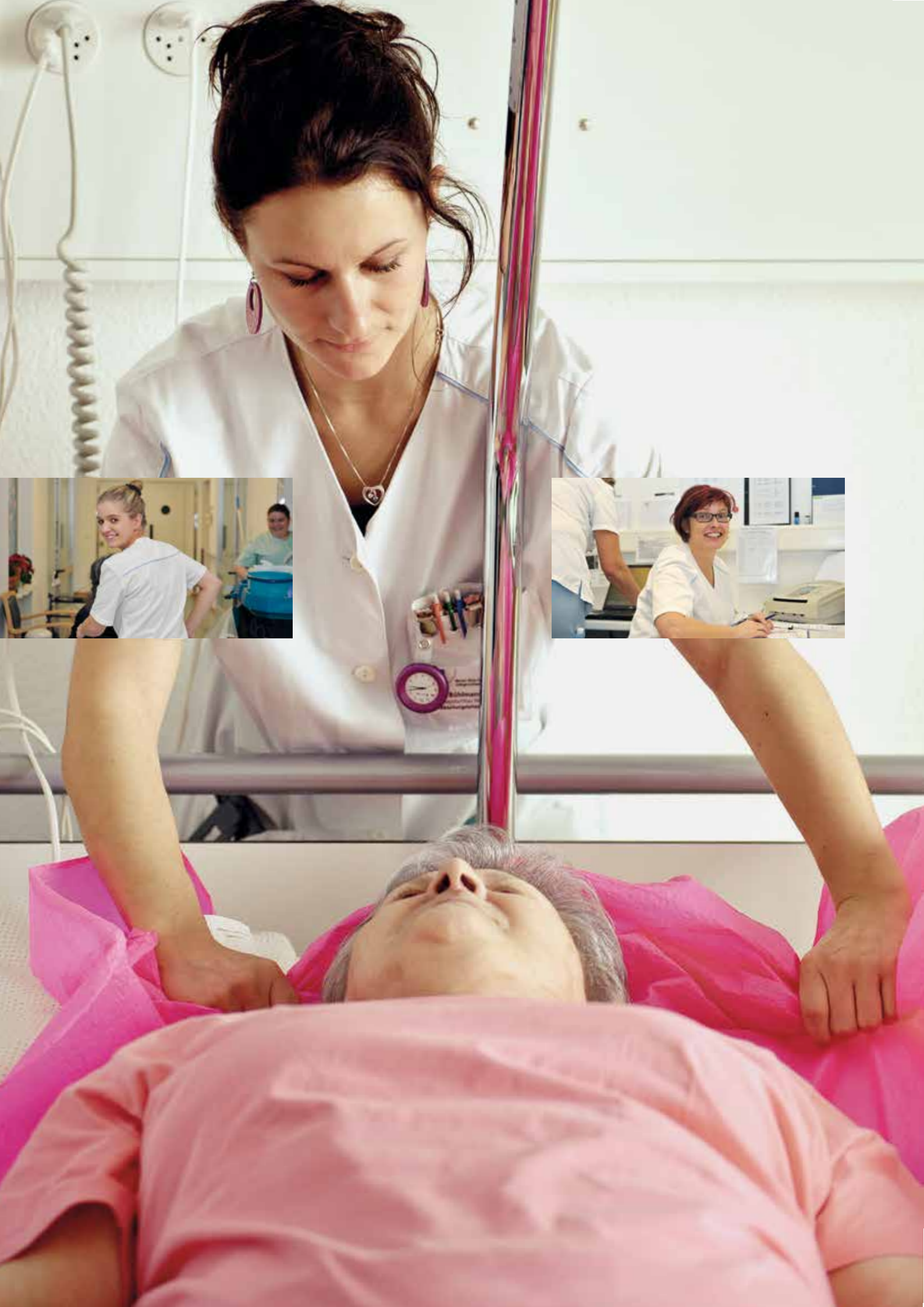
### **Dank**

2012 haben unsere Mitarbeitenden neben ihrem grossen täglichen Einsatz zugunsten unserer medizinisch anspruchsvollen Patientinnen und Patienten wiederum engagiert und professionell in verschiedensten Projekten mitgearbeitet. Dank der kontinuierlichen weiteren Optimierung der Betriebsabläufe und des medizinischen Angebots sind wir auch in Zukunft in der Lage, unseren Beitrag zu einer hochstehenden medizinischen Versorgung für die Bevölkerung zu leisten. Verwaltungsrat und Geschäftsleitung danken darum ganz besonders allen unseren Arbeitskolleginnen und -kollegen für ihren ausserordentlichen Arbeitseinsatz. Wir danken ebenfalls unseren zuweisenden Ärztinnen und Ärzten, den Spitälern und den Behörden des Kantons Bern für die ausgezeichnete Zusammenarbeit und unseren Patientinnen und Patienten für das erwiesene Vertrauen.

Ein grosser Dank geht schliesslich an unseren ehemaligen Direktor Armin Strom, der zusammen mit seinem Team während sieben Jahren das Berner Reha Zentrum in Heiligenschwendli sehr erfolgreich geführt und insbesondere durch die Erneuerung der Infrastruktur eine wichtige Grundlage für die weitere positive Entwicklung der Klinik geschaffen hat.

Hans Lauri  
*Präsident des  
Verwaltungsrats*

Jürg Wägli  
*Direktor*





# Muskuloskeletale Rehabilitation. **Wie komplex der Rehabilitationsauftrag bei schweren Verletzungen des Bewegungsapparats sein kann, zeigt das Beispiel einer 39-jährigen Velofahrerin, die von einem Lastwagen erfasst, mitgeschleppt und schwer verletzt worden ist.**

Wir blicken auf ein intensives Jahr mit vielen Herausforderungen zurück. Erwähnt seien insbesondere die Umsetzung der neuen Führungsstruktur, der Umgang mit beschleunigten Durchlaufzeiten in den Akutspitälern und die kurzfristigen An- und Abmeldemutationen bei eingeschränkter Bettenflexibilität seit Beginn der Sanierung unserer Hauptklinik im Herbst 2012. Trotzdem konnten auch im abgelaufenen Jahr wiederum deutlich mehr Patientinnen und Patienten in der Muskuloskeletalen Rehabilitation behandelt werden als im Vorjahr.

Unsere Hauptaufgabe bestand darin, den heterogenen Anforderungen der Zuweiser gerecht zu werden und die Patientinnen und Patienten nach Prüfung ihres Rehabilitationspotenzials phasengerecht zu übernehmen. Diese Aufgabe erforderte rasche Informati-

onsbeschaffung und zuverlässige Kommunikation.

Das Ende des Rehabilitationsprozesses – die Entlassung der Patientinnen und Patienten in ein geeignetes Umfeld – ist angesichts der abnehmenden Dauer ihres Aufenthalts im Berner Reha Zentrum vermehrt zu einem Spagat geworden zwischen situationsgerechter, menschlicher Betreuung und den vorhandenen gesundheits- und finanzpolitischen Ressourcen.

## **Ein komplexer Einzelfall**

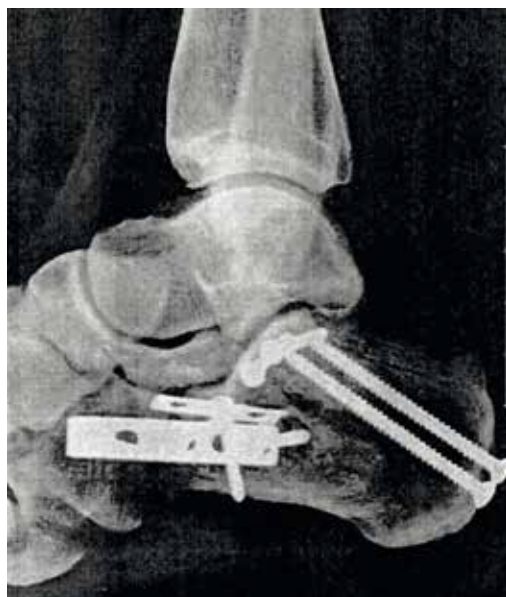
Dass es sich bei unserer Arbeit oft nicht um einfache Nachbehandlungen in standardisierten Gruppenprogrammen handelt, mag folgende Fallgeschichte zu illustrieren:

Eine 39-jährige Frau wurde als Velofahrerin von einem schweren Kraftfahrzeug erfasst und mitgeschleppt. Dabei hat sie ein komplexes, rechtsbetontes Polytrauma erlitten (tiefe offene Armverletzung mit Hautabderung, Muskelaustrisse, Knochen- und Gelenkverletzungen, arterielle Minderdurchblutung, zweimal operierte zweitgradig offene Rückfuss-Luxationsfraktur (Abb. 1), leichtes Schädel-Hirntrauma, Rippen-, Wirbel- und Schulterblattfrakturen sowie eine stark blutende Oberschenkelquetschung). Die Patientin wurde im Zentrumsspital von einem Spezialisten-Team der Orthopädie sowie der Plastischen und Handchirurgie mehrfach operiert.

Nach langwieriger Wundbehandlung wurde zuletzt eine grosse Haut- und Muskellappen-Transplantation vom Rücken und Oberschenkel auf den Vorderarm gemacht.

Bei Eintritt in das Berner Reha Zentrum – fast sechs Wochen nach dem Unfall und

Abb. 1



langer Liegezeit – war die Patientin noch kaum mobilisiert und konnte wegen einer Steissbeinfraktur, die Liegegips und Spezialkissen nötig machte, lediglich selber vom Bett in den Rollstuhl wechseln. Bei den Alltagsaktivitäten war sie auf viel pflegerische Unterstützung angewiesen. Wegen zwingend einzuhaltender Teilbelastung des Beins und noch nicht funktionstüchtigem Arm war der Physiotherapieauftrag komplex. Zu Beginn wurde das therapeutische Schwergewicht auf die Schmerzbehandlung, die physikalischen Massnahmen gegen die Schwellungen, die Kontrakturprophylaxe, auf Stehübungen zur Unterstützung des Kreislaufs und auf die Verbesserung der eingeschränkten Hand-Ellenbogenbeweglichkeit gelegt. Die Rechtenhänderin beübte in der Ergotherapie intensiv die Hand, bei fehlendem Faustschluss und massiven Verkürzungen im Ellbogen.

Als Herausforderung erfolgte zur Kontrakturprophylaxe eine Schienenanpassung, welche auf die Narbenbehandlung abgestimmt werden musste, dies wurde mit Silikonpflaster unterstützt. Auf dieser Grundlage konnte ein gezieltes funktionelles Training erfolgreich aufgebaut werden.

Auch bedurfte die Patientin einer feinfühlig-fachpsychologischen Begleitung, um das Erlebte verarbeiten zu können: Wegen eines früheren Problems bestand bei ihr das erhöhte Risiko für eine posttraumatische Belastungsstörung («posttraumatic stress disorder»). Pflegerisch stellte das Wundmanagement des Transplantates spezielle Anforderungen. Nervenschmerzen und Angstzustände erforderten medikamentöse Anpassungen. Mehrere Nachkontrollen bei den Zentrumsspezialistinnen und -spezialisten waren nötig, um stufenweise die Therapien anpassen zu können. Im Rahmen des multimodalen Rehabilitationsprogramms konnte die Patientin ihre Selbständigkeit stetig verbessern. Nach einem orthopädischen Folgeeingriff am Fuss im Zentrumsspital wurde die Patientin für die Fortsetzung der Rehabilitation kurzfristig zu uns zurückverlegt und war zunächst in ihrer Selbständigkeit wieder etwas zurückgeworfen (Grafik 1).

Vier Monate nach dem Unfall konnte die Patientin mit Walking-Stöcken wieder schmerzarm gehen, und zwar ebenerdig und auf Treppen; sie konnte Hand und Ellbogen ordentlich bewegen und schliesslich mit organisiertem Nachbetreuungsnetz zu Angehörigen nach Hause austreten. Ein Jahr später geht es der Patientin gut, sie arbeitet wieder zu 50 Prozent im angestammten Beruf und geht

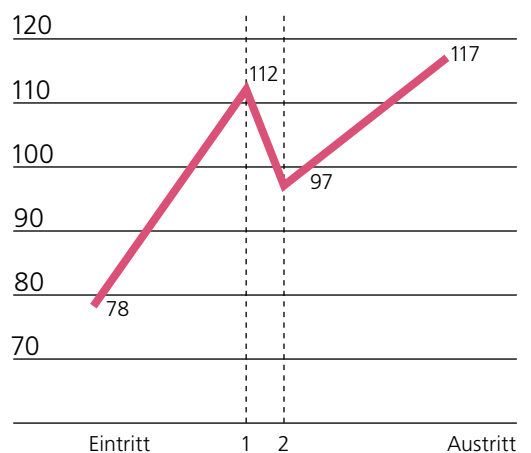
zu drei bis vier verschiedenen Therapien pro Woche. Zwei weitere Folgeeingriffe stehen noch aus.

## Kommunikation und Transparenz

Die intensive Zusammenarbeit mehrerer Berufsdisziplinen und Institutionen braucht einen dynamischen fachlichen Informationsaustausch, damit im Rehabilitationsprozess die spezialisierte Behandlung laufend individuell angepasst und koordiniert werden kann. Unter zunehmendem ökonomischem Druck müssen die Zielerreichung in Relation zum Rehabilitationspotenzial transparent dokumentiert und mit Argumentarien adäquate Kostengutsprachen erwirkt werden. Dieser Mehraufwand wäre ohne das Klinikinformationssystem KIS kaum noch zu bewältigen.

## Entwicklung FIM

Funktionsgewinn in der Selbständigkeit, gemessen mit dem Instrument FIM (Functional Independence Measure)



- 1 Rückverlegung
- 2 Wiedereintritt

Grafik 1: Der Folgeeingriff im Zentrumsspital führte zu einem vorübergehenden Funktions- resp. Selbständigkeitsrückschritt.

# Kardiovaskuläre Rehabilitation und Prävention.

## «Kunstherzen» sind technische Systeme zur Kreislaufunterstützung. Patientinnen und Patienten mit «Kunstherz» sind eine neue Patientengruppe in der Rehabilitation mit hohen fachlichen Ansprüchen ans Behandlungsteam. Absehbar ist, dass «Kunstherzen» in Zukunft eine Alternative zur Herztransplantation werden.

Im Jahr 2012 hat die Zahl der im Berner Reha Zentrum betreuten Herzpatientinnen und -patienten leicht zugenommen. Obschon keine neuen Stellen geschaffen wurden und die Wiederbesetzung offener Stellen teilweise schwierig war, mussten keine Abstriche an den hohen Betreuungs- und Behandlungsstandards gemacht werden. Die Messung verschiedenster Outcome-Parameter bestätigt weiterhin die hohe Qualität des Rehabilitationsprogramms.

### Training, Ernährung und Schulung

Immer häufiger haben unsere Patientinnen und Patienten ein geschwächtes Herz, das nur noch mit Mühe genug Blut durch den Kreislauf pumpen kann. Diese Krankheit wird als «Herzinsuffizienz» bezeichnet und kann Folge von verschiedenen Herzschädigungen sein. Nach Heiligenschwendi kommen die Patientinnen und Patienten zum Beispiel nach einer Herzoperation, welche die Ursache der Störung verbessert oder weil sie wegen der Folgen der Herzschwäche hospitalisiert worden sind. Die kardiovaskuläre Rehabilitation ist heute ein integrierter Bestandteil des Behandlungskonzepts. Die Patientinnen und Patienten profitieren subjektiv (durch die verbesserte Lebensqualität) und objektiv (durch die verbesserte Leistungsfähigkeit und häufig auch von einer verbesserten Prognose).

Die kardiovaskuläre Rehabilitation beinhaltet neben einem sorgfältig dosierten Training auch ein Schulungsprogramm, das die Patientinnen und Patienten befähigt, besser mit ihrer Krankheit umgehen zu können. Durch eine optimierte, salzreduzierte Ernährung und eine Kontrolle der Trinkmenge kann der

Krankheitsverlauf oft stabilisiert werden, und durch regelmässiges Messen des Gewichts lässt sich eine schädliche Wassereinlagerung im Körper frühzeitig erkennen und behandeln. Mit diesen scheinbar einfachen, aber in der Umsetzung manchmal schwierigen Massnahmen lassen sich oft erneute Hospitalisationen vermeiden. Im Jahr 2012 haben 91 (Vorjahr 84) Patientinnen und Patienten dieses Schulungsmodul besucht.

### Mechanische «Kunstherzen»

Technische Systeme zur Kreislaufunterstützung (Abb. 2) haben sich in den letzten Jahren in der Behandlung der schwer herzinsuffizienten Patientinnen und Patienten bewährt und werden zunehmend als Überbrückung bis zu einer Herztransplantation operativ eingesetzt. Es ist absehbar, dass diese Systeme bald auch als definitive Behandlungsmöglichkeit eingesetzt werden können, leben doch bereits einige Patientinnen und Patienten seit mehreren Jahren bei guter Lebensqualität mit solchen Pumpen. Nachdem wir bereits in den letzten Jahren vereinzelt mit kreislaufunterstützenden mechanischen Pumpen («Kunstherzen») gearbeitet haben, konnten wir 2012 im Rahmen eines Zusammenarbeitsprojekts mit dem Inselspital Bern regelmässig Patientinnen und Patienten mit solchen kreislaufunterstützenden Systemen in die Rehabilitation aufnehmen. Die Behandlung dieser noch kleinen, aber sehr interessanten Patientengruppe festigt die Stellung unserer Klinik auch als Zentrum für die Rehabilitation bei schwerer Herzinsuffizienz mit komplexen Krankheitsbildern.

Abb. 2: Linksventrikuläres Kreislaufunterstützungssystem (Typ HeartMate II, FA Thoratec).

- 1 Pumpe
- 2 Ansaugstelle des Bluts aus der linken Herzkammer
- 3 Rückfluss in die Hauptschlagader
- 4 Durchtrittsstelle des Strom- und Steuerungskabels durch die Haut
- 5 Steuerungs- und Kontrollgerät
- 6 Batterien



### «Kunsterz»-Systeme und Rehabilitation

Der Aufbau eines Behandlungsprogramms für diese Patientengruppe war für alle Beteiligten eine Herausforderung. Im Bereich der Pflege wurden die Schlüsselpersonen mit dem Umgang der verschiedenen Systeme direkt im Inselspital geschult. In Fortbildungsveranstaltungen haben sie dann ihr Wissen an alle beteiligten Mitarbeitenden weitergegeben. Dabei leisteten die Pflegestandards des Inselspitals gute Dienste. Es ist ein verlässliches Notfallkonzept erstellt worden, damit im Fall eines medizinischen oder eines technischen Problems alle Beteiligten wissen, wie vorzugehen ist. Selbst unsere Ambulanzfahrer, die die Patientinnen und Patienten zu den Kontrollen ins Inselspital führen, haben eine Schulung und eine Checkliste erhalten: Sind die Batterien geladen? Sind Ersatzbatterien und wenn nötig das Ladegerät dabei?

Eine spezielle Herausforderung stellt die Kreislaufüberwachung der Patientinnen und Patienten während der Therapie dar. Aufgrund des kontinuierlichen, nicht durch den Herzschlag unterbrochenen Blutflusses lassen sich Puls und Blutdruck meist nicht messen. Deshalb ist eine genaue klinische Beobach-

tung, neben der Beurteilung der Gerätedaten, wichtig. Einer exakten Pflege bedarf die Eintrittsstelle des Stromkabels in die Haut, da eine Infektion fatale Folgen haben könnte. Aus ärztlicher Sicht ist zudem die gute Steuerung des Hydrierungszustandes und der Gerinnungshemmung wichtig, die einer engmaschigen Überwachung bedarf.

Bisher noch wenig gesichertes Wissen ist darüber vorhanden, was bei dieser Patientengruppe im Training möglich ist. Wir behandeln sie grundsätzlich wie die anderen schwer herzinsuffizienten Patientinnen und Patienten. Um eine nahtlose Weiterführung der Therapie zu gewährleisten, haben zwei Herztherapeutinnen ihre Kolleginnen und Kollegen im Inselspital besucht um zu lernen, welches dabei die spezifischen Anforderungen sind.

Bei uns zeigte sich, dass ein Kreislauftraining auf dem Ergometer ohne weiteres möglich ist. Die Steuerung der Intensität der Belastung muss allerdings im Sinn der «Borg-Skala» stärker auf das subjektive Empfinden der Patientinnen und Patienten und auf klinische Beobachtung abgestützt werden als auf messbare Kreislaufparameter. Auch einfache Gymnastik und Bewegungsübungen sind problemlos möglich, wobei wir, wie bei anderen Herzoperierten, starke Belastungen des Brustkorbs vermeiden. Problemlos möglich ist auch ein Gehtraining im Freien.

Unklar war zu Beginn, ob auch ein Krafttraining gefahrlos möglich sei. Ein sorgfältiges Herantasten hat aufgezeigt, dass ein Training kleinerer Muskelgruppen vorwiegend im Kraftausdauerbereich wie bei anderen herzinsuffizienten Patientinnen und Patienten möglich und sinnvoll ist. Hilfreich ist in dieser Pionierphase auch der Austausch mit Zentren im Ausland, die zum Teil im Bereich der Rehabilitation bereits mehr Erfahrung haben. Der Erfahrungsaustausch anlässlich eines Dreiländertreffens in Wien hat uns gezeigt, dass diese Zentren gleich vorgehen wie wir.

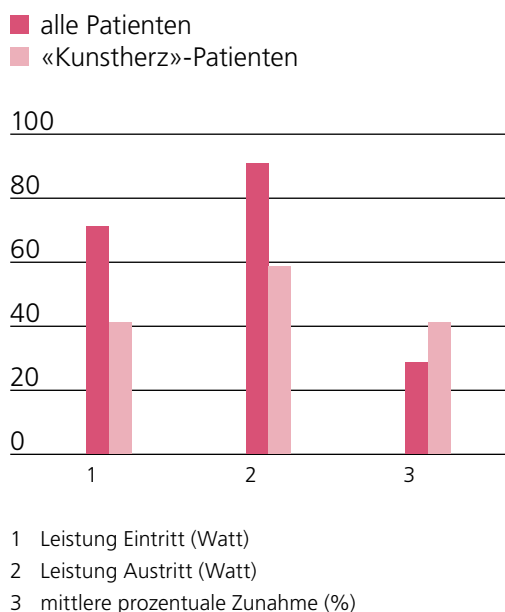
## Entwicklung der Behandlungsstandards

Gut vorbereitet konnten wir im letzten Jahr fünf Patientinnen und Patienten mit drei verschiedenen Kreislaufsystemen rehabilitieren. Alle waren bei Eintritt noch schwach und teilweise unsicher, zeigten jedoch im Lauf der Rehabilitation, auch dank der verbesserten Kreislaufleistung, eine wesentliche Steigerung der Leistungsfähigkeit. Alle konnten nach der Rehabilitation nach Hause zurückkehren und waren bei Austritt nicht nur sicher im Umgang mit ihrem Gerät, sondern auch in der Lage, den Alltag selber zu bewältigen und zu Hause ein regelmässiges Training weiterzuführen (Grafik 2). Ein Patient war von der erreichten Verbesserung der Leistungsfähigkeit und Lebensqualität so begeistert, dass er sich fragte, ob eine Herztransplantation überhaupt noch notwendig sei.

Die Oberärztin Frau Dr. Friederike Matter, die das Projekt intern leitet, hat die Gelegenheit, in einer Arbeitsgruppe der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation (DGPR) mitzuarbeiten, welche Behandlungsstandards für die Rehabilitation dieser Patientengruppe ausarbeitet. Dies ist eine Ehre für unser Zentrum und ermöglicht uns, unsere Arbeit auf dem aktuellen Stand des Wissens weiterzuführen.

## Leistungsentwicklung bei den Patientinnen und Patienten

gemessen auf dem Ergometer



Grafik 2

# Pulmonale Rehabilitation. Frühe Rehabilitation, Steigerung der Leistungsfähigkeit und mechanische Atemunterstützung verbessern Prognose und Lebensqualität der Patientinnen und Patienten markant. Die «Langzeit-Heimventilation» gewinnt zunehmend an Bedeutung.

2012 hat die Anzahl der Lungenpatientinnen und -patienten wie auch die Patientinnen und Patienten der anderen organspezifischen Rehabilitation im Berner Reha Zentrum erneut zugenommen.

Im Verlauf der letzten zehn Jahre ist immer klarer geworden, dass die Lungenbehandlung nicht nur die Funktion des Organs, sondern auch die sogenannten «patientenrelevanten Outcomes» verbessern muss. Damit sind jene Therapieaspekte gemeint, die sich direkt auf die Patientinnen und Patienten beziehen, etwa die Verbesserung der Lebensqualität, die Linderung der Atemnot oder die Verhinderung einer erneuten Verschlechterung der Erkrankung (Exazerbation).

## **Bedeutende therapeutische Fortschritte**

Ein wichtiges Ziel der Rehabilitation ist die Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit, damit die alltäglichen Verrichtungen und die Teilnahme am sozialen Leben möglich bleiben oder wieder möglich werden. Deshalb sind neben den medikamentösen die nicht-medikamentösen Therapien und die Patientenschulung ins Zentrum des Managements gerückt. Die Effekte der pulmonalen Rehabilitation sind inzwischen so bedeutsam, dass Studien zur Wirksamkeit mit einer Kontrollgruppe, der die Rehabilitation vorenthalten würde, ethisch nicht mehr vertretbar wären.

Eine Schweizer Untersuchung hat kürzlich gezeigt, dass sich Patientinnen und Patienten mit einer frühen Rehabilitation direkt im Anschluss an den Spitalaufenthalt deutlich schneller erholen, unter weniger Atemnot

leiden und eine bessere Lebensqualität haben, als solche nach einer späteren Rehabilitation. Es hat sich auch gezeigt, dass eine frühe Rehabilitation nicht gefährlich und leichter zu organisieren ist als eine Spätrehabilitation. Diese Erkenntnisse tragen dazu bei, dass die pulmonale Rehabilitation zu einem immer wichtigeren Faktor wird im «Chronic Disease-Management» (also im Management chronischer Krankheiten). Eine Folge davon ist, dass uns zunehmend medizinisch anspruchsvolle Patientinnen und Patienten überwiesen werden.

## **«Langzeit-Heimventilation» als Chance**

Im vergangenen Jahr behandelten wir beispielsweise deutlich mehr Personen, die vor ihrer Rehabilitation auf Intensivstationen lagen und dort künstlich beatmet werden mussten. Eine ganze Reihe von Lungenerkrankungen und Thoraxverletzungen können eine solche Beatmung notwendig machen, etwa eine Raucherlunge bei gleichzeitig schwerer Lungenentzündung, grössere Lungenresektionen, Zwerchfelllähmungen etc. Häufig reicht in solchen Fällen eine vorübergehende, sogenannte nicht-invasive Atemunterstützung (Beatmung über eine Maske ohne Kanüle in der Luftröhre). Kann aber eine Patientin oder ein Patient nicht von der Beatmung entwöhnt werden weil die Spontanatmung ungenügend bleibt, so muss die mechanische Atemunterstützung auch nach der Rehabilitation nachts und eventuell auch tagsüber weitergeführt werden. In diesem Fall ist eine «Langzeit-Heimventilation» angezeigt. Sie kann, richtig eingesetzt, die Prognose und die Lebensqualität der Pati-

Abb. 3 (links): Instruktion am Beatmungsgerät durch die BiPAP-Fachfrau.



Abb. 4: Das Anpassen der Maske.



entinnen und Patienten markant verbessern, Spitalaufenthalte reduzieren und damit Gesundheitskosten einsparen.

Für die Wahl des optimalen Beatmungsgeräts, die Anpassung der Maske, die Einstellung der Beatmung und für das Training der Patientinnen und Patienten braucht es das Wissen und das Können verschiedener Berufsgruppen. Durch regelmässige interdisziplinäre Weiterbildungen zum Thema versuchen wir, die Kenntnisse über die verschiedenen Beatmungssysteme zu vertiefen.

### Die Arbeit der BiPAP-Pflegefachfrau

Die ärztliche pneumologische Diagnose umfasst auch die Indikation für die Beatmung und die Wahl des richtigen Beatmungsgeräts. Die Atemtherapie übernimmt danach eine speziell ausgebildete BiPAP-Pflegefachfrau. BiPAP steht für «Biphasic Positive Airway Pressure» und besagt, dass dieses zweiphasige System die Atmung durch einen höheren Druck beim Einatmen und einen niedrigeren beim Ausatmen unterstützt. Die BiPAP-Fachfrau instruiert die Patientin oder den Patienten und optimiert die Maskenverhältnisse. Wenn nötig wird ergotherapeutische Unterstützung beigezogen. Die gute Schulung und das Training durch die BiPAP-Fachfrau gewährleisten die korrekte Anwendung des Atemgeräts zu Hause. Die für die tägliche Praxis nötigen Massnahmen organisiert sie zusammen mit der kantonalen Lungenliga rechtzeitig vor dem Austritt. Die Lungenliga übernimmt danach in vielen Fällen die weitere Betreuung der Patientinnen und Patienten nach dem Austritt. Damit die finanziell aufwändige Beatmung zu Hause erfolgreich

verläuft, ist es wichtig, die Richtlinien zur «Mechanischen Heimventilation» einzuhalten, die die entsprechende Arbeitsgruppe der Schweizerischen Gesellschaft für Pneumologie verfasst hat. In Zusammenarbeit mit einer Expertengruppe, die als vertrauensärztliches Kontrollorgan eingesetzt ist, gewährleisten die Krankenkassen die Kostenübernahme.

### Zum Beispiel Herr B.

Im vergangenen Jahr haben wir im Berner Reha Zentrum über zwanzig Patientinnen und Patienten erfolgreich in eine mechanische Heimventilation eingeschult. Auf den Abbildungen 3 und 4 sehen Sie Herrn B. während einer Beatmungsschulung. Er leidet unter einer sehr schweren chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) und ist deshalb sauerstoffbedürftig. Wegen einer CO<sub>2</sub>-Vergiftung musste er auf der Intensivstation beatmet werden.

Während der Rehabilitation zeigte sich bei Herrn B. trotz deutlicher Verbesserung der Atmungsfunktion, dass seine Spontanatmung, insbesondere nachts, ungenügend ist. Eine dauerhafte, nicht-invasive Beatmung war notwendig, um den Gasaustausch zu normalisieren.

Der Patient hat in der Therapie sehr engagiert mitgemacht und deutlich davon profitiert. Heute führt er zu Hause die mechanische Heimventilation selbständig weiter.





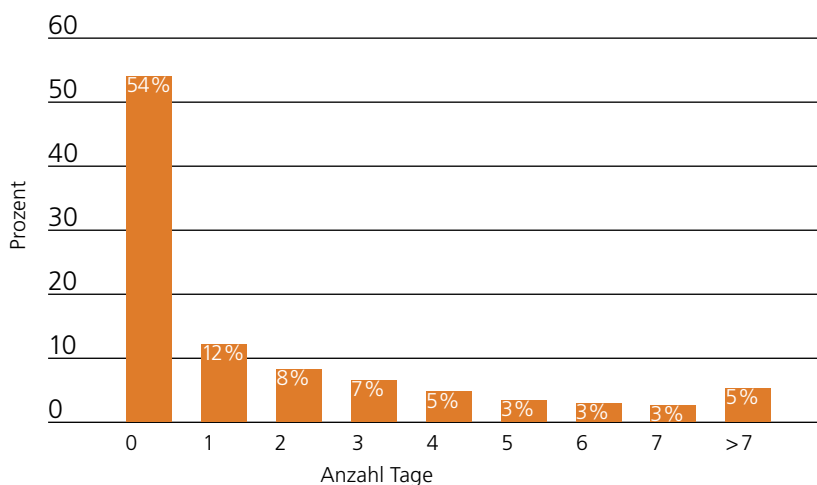
## Projekte. Das Klinik-Informationssystem und das Pflege-Assessment sind implementiert und werden optimiert. Der Patientenradar ist zum wichtigen Medizincontrolling-Instrument geworden. Neu orientiert sich unsere Risikopolitik an weltweit gültigen Standards.

Über das grösste unserer Projekte, die Modernisierung und technische Sanierung der Hauptklinik, soll an dieser Stelle nicht noch einmal berichtet werden. Wir verweisen auf die Ausführung zu diesem Thema in der «Übersicht über das Geschäftsjahr».

### KIS-Konsolidierung und Weiterausbau

Nach dem erfolgreichen Produktivstart unseres Klinik-Information-Systems (KIS) und den damit verbundenen ersten Praxiserfahrungen zeigte sich rasch Optimierungspotenzial. Dabei waren es nicht grosse Probleme, sondern kleine Ecken und Kanten, die es abzuschleifen galt.

### Anzahl Tage zwischen Wunsch- und Plandatum



Grafik 3: Blick auf den Patientenradar: 54 Prozent der Eintritte erfolgten am Wunschdatum.

Im folgenden Ausbau wurden zahlreiche Anpassungen und Erweiterungen implementiert. Diese Massnahmen wurden flankiert von einem umfangreichen Ausbau der technischen Infrastruktur. Besonders gefreut hat uns, dass externe Experten von der Qualität und dem Tempo unserer KIS-Einführung beeindruckt sind.

### Patientenradar

Als ein wichtiges Medizincontrolling-Instrument hat sich unser Patientenradar erwiesen. Sämtliche Patientenanmeldungen sowie alle Mutationen finden damit Eingang in die Zuweisungsdokumentation.

Aus dem Patientenradar geht zum Beispiel hervor, dass das Berner Reha Zentrum im Jahr 2012 rund 54 Prozent aller aufgegebenen Patientinnen und Patienten zum vermerkten Wunschdatum einplanen konnte und sich bei 12 Prozent eine Verzögerung um lediglich einen Tag ergab (Grafik 3). Abweichungen zwischen Wunsch- und Plandatum entstanden zum Beispiel, weil kein linienspezifisches Bett frei war. Festgestellt werden muss leider, dass viele Verzögerungen aufgrund fehlender Kostengutsprachen der Krankenversicherungen entstanden sind.

### **Pflege-Assessment**

Nach der an sich erfolgreichen ersten Phase der Einführung eines sehr umfassenden Pflege-Assessments entschied sich das Pflegekader für eine sofortige Überarbeitung und Anpassung. Gründe sind einerseits Rückmeldungen von Patientinnen und Patienten, die die Wiederholung von Fragen am Eintrittstag durch die Pflegefachpersonen, die Ärztinnen und Ärzte und die Mitarbeitenden der verschiedenen Therapien bemängelten, andererseits fehlende Personalressourcen.

Das Pflege-Assessment wird weiterhin durchgeführt, aber der Fragenkatalog ist massiv gekürzt worden, und die Befragung findet erst am zweiten oder dritten Tag des Rehabilitationsaufenthalts statt. Am Eintrittstag erfolgt lediglich noch ein Gespräch, um den aktuellen Pflegebedarf zu erfassen und die Patientinnen und Patienten über die wichtigsten Abläufe zu informieren.

### **Risikomanagement**

Zur operativen Umsetzung der umfassenden Risikopolitik des Berner Reha Zentrums wurde das Risikomanagement-System weiterentwickelt und in die Unternehmensstrukturen integriert. Der Führungsprozess des Systems orientiert sich am seit 2009 weltweit gültigen Standard ISO 31000. Damit ist die Verankerung in der Organisation sowie die laufende Überprüfung und Verbesserung des Risikomanagements sichergestellt.

# Qualität. Das Berner Reha Zentrum verfügt neu über eine Software für kritische Zwischenfälle. Und wir engagieren uns bei der Entwicklung eines neuen Tarifsystems in der Rehabilitation. In verschiedenen Bereichen wurde 2012 an der Qualitätsentwicklung, -messung und -sicherung weitergearbeitet.

## Critical Incident Reporting System (CIRS – neues Berichtssystem)

Der Erwerb eines Berichtssystems für kritische Zwischenfälle (CIRS) konnte nach langer Wartezeit endlich umgesetzt werden. Alle technischen Vorbereitungen sowie die Schulung der CIRS-Verantwortlichen sind abgeschlossen, sodass die Software ab 2013 eingesetzt werden kann.

## Neuaufrichtung Q-Gütesiegel I des Schweizer Tourismus

Im Rahmen des Q-Gütesiegels I des Schweizer Tourismus wird dessen Service- und Dienstleistungsphilosophie während der Sanierung der Hauptklinik schwerpunktmässig auf die Bereiche Restaurant und Hotellerie adaptiert. Geeignete Massnahmen werden von einer entsprechend zusammengesetzten Arbeitsgruppe erarbeitet und laufend umgesetzt.

Das Berner Reha Zentrum erlangte 2006 als erste Institution des schweizerischen Gesundheitswesens das Q-Gütesiegel I des Schweizer Tourismus.

## ANQ-Messungen und Projekt ST Reha

Mit dem Beitritt zum Qualitätsvertrag des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) haben wir uns dazu verpflichtet, die vorgegebenen Messungen fristgerecht durchzuführen. Zusätzlich nehmen wir am Entwicklungsprojekt für ein neues nationales Tarifsystem in der Rehabilitation teil (Projekt ST Reha). Das Medizincontrolling hat sich im Jahr 2012 intensiv mit der Umsetzung und Integration der Vorgaben beider Projekte befasst, mit dem Ziel, per 1. Januar 2013 für alle Linien einen qualitativ optimalen Erhebungsprozess vorzuweisen.

Im Dezember 2012 konnten der erarbeitete Datenerhebungsprozess erprobt und nötige Anpassungen durchgeführt werden. Das Medizincontrolling setzte sich mit den Fragen der aus diesen Projekten resultierenden Änderungen im Klinik-Informationssystem (KIS) und des Datenexports an die Auswertungsinstitute auseinander. Gemeinsam mit der IT-Abteilung, unserem KIS-Anbieter und einem Unternehmen für Management-Informationssysteme wurde an den spezifischen Schnittstellen gearbeitet.

## Qualitätsmessungen

Neben den extern geforderten Qualitätsdaten (siehe oben) werden weitere bedeutende patientenbezogene Outcome-Daten systematisch erhoben. Ein Teil der wichtigsten Auswertungen werden alljährlich im Spitalqualitätsbericht von Hplus qualität® publiziert.

**Personelles.** Für die Personalrekrutierung ist die zwar wunderschöne voralpine Lage des Berner Reha Zentrums eher ein Standortnachteil. Als Arbeitgeber attraktiv und fortschrittlich zu bleiben, ist deshalb die Voraussetzung, um weiterhin genügend qualifiziertes und kompetentes Personal zu finden.

#### **Zunehmend angespannter Personalmarkt**

Qualifizierte und kompetente Mitarbeitende in den Bereichen Ärzteschaft, Pflege und Therapien zu gewinnen, wird schwieriger. Immer wieder treten Engpässe auf. Die Teams sind gefordert, die Arbeitsabläufe, die internen Prozesse und die Aufgabenverteilung zu überdenken. Neue Arbeitsmethoden müssen gesucht und interprofessionell und interdisziplinär zusätzliche Wege geprüft werden. Diese Arbeit wird uns auch in Zukunft beschäftigen. Kreativität und Flexibilität sind gefordert.

#### **Zusatzbelastung wegen der Sanierung der Hauptklinik**

Die ersten Monate der Sanierung der Hauptklinik haben gezeigt, dass durch die Umverteilung von Patientinnen und Patienten in andere Abteilungen die Arbeitsbelastung des Personals zunimmt. Beispielsweise benötigen zwei halbe Abteilungen auf verschiedenen Stockwerken mehr Personalressourcen als eine ganze Abteilung auf einer Etage. Zudem sind die Transportwege von den Abteilungen zu den Therapien länger geworden und der Bedarf an internen Patiententransportkapazitäten ist dadurch gestiegen.

#### **Weiterentwicklung im Personalbereich**

Die Aufgaben der Personalarbeit werden den sich laufend verändernden Gegebenheiten angepasst. So sind wir beispielsweise zurzeit dabei, ein innerbetriebliches Gesundheitsmanagement aufzubauen und die Personaladministration zu einem Human Resource Management weiter zu entwickeln. Ziel ist es, Personalprozesse (Personalbedarfsplanung, -beschaffung und -einsatz) zu optimieren und damit das Berner Reha Zentrum als fortschrittlichen und attraktiven Arbeitgeber weiter zu stärken.

#### **SOLA-Stafette**

In Erinnerung an den verstorbenen Hochschulsportlehrer und Erfinder der Schweizer SOLA-Stafette, Walter Hiemeyer, heisst die SOLA-Stafette seit 1983 «Gedenklauf Walter Hiemeyer». Die SOLA-Stafette erstreckt sich über eine Gesamtlänge von 116,34 km während der 2635 m Höhendifferenz überwunden werden müssen. Auch im Jahr 2012 nahmen am 5. Mai die «Berner Reha Runners» in zwei Teams mit je 14 Teilnehmerinnen und Teilnehmern an der 39. SOLA-Stafette in Zürich teil. Neben der positiven Ertüchtigung im Vorfeld und während der Stafette kann an diesem Lauf unsere interdisziplinäre Teamarbeit in einer weiteren Form – offensichtlich mit Spass – geübt werden.

*Abb. 5: Berner Reha  
Runner*





# Organisation



# Personal

## Personalstatistik (Anzahl Stellen)

Berufsgruppen im Stellenplan	2012
Ärzte und andere Akademiker	18,61
Pflegepersonal	85,76
Therapien	21,06
Andere medizinische Fachbereiche	15,97
Verwaltungspersonal	15,47
Ökonomie, Hotellerie, Transportdienst	56,04
Technische Dienste	8,01
In Ausbildung	11,95
<b>Total</b>	<b>232,87</b>



# Organe

## Verwaltungsrat

---

Präsident	Dr. iur. Hans Lauri	Rechtsanwalt 3110 Münsingen
Vizepräsident	Max Rickenbacher	Spitaldirektor 2512 Tüscherz-Alfermée
	Barbara Büschi	Stv. Direktorin d. Bundesamts für Migration 3098 Köniz
	Dr. rer. pol. Michèle Etienne	Unternehmensberaterin 3054 Schüpfen (bis 22.05.2012)
	Reto Heiz	Regionaldirektor UBS Bern 3600 Thun
	Peter Rychiger	Unternehmer 3612 Steffisburg (bis 22.05.2012)
	Dr. med. Jürg Schlup	Präsident der FMH 3052 Zollikofen

**Entschädigung des Verwaltungsrates: Total 58 000 CHF**

---

## Geschäftsleitung

---

Vorsitz	Armin Strom Jürg Wägli	Direktor (bis 31.05.2012) Direktor (ab 01.06.2012)
Bereich Finanzen/Admin.	Thomas Schär	Bereichsleiter
Bereich Kardiologie	Dr. med. Hansueli Tschanz	Chefarzt
Bereich Muskuloskelettal	Dr. med. Ursula Steiger	Chefärztin
Bereich Pneumologie	PD Dr. med. Armin Stucki	Chefarzt
Bereich Pflege	Corinne Morandi Müller	Bereichsleiterin
Bereich Therapien	Dieter Steiner	Bereichsleiter

**Entschädigung der Geschäftsleitung: Total 1 123 024 CHF**

---

## Revisionsstelle

---

Ernst & Young AG, Bern

---

# Leistungsangebot und Verantwortliche

<b>Bereich Medizin</b>	<b>Dr. med. Ursula Steiger</b> <b>Dr. med. Hansueli Tschanz</b> <b>PD Dr. med. Armin Stucki</b>
Chefärzte Muskuloskelettale Rehabilitation	Dr. med. Ursula Steiger, FMH Rheumatologie, Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Innere Medizin
Kardiovaskuläre Rehabilitation und Prävention Pulmonale Rehabilitation und andere organspezifische Rehabilitation	Dr. med. Hansueli Tschanz, FMH Kardiologie und Innere Medizin PD Dr. med. Armin Stucki, FMH Pneumologie, Intensivmedizin, Schlafmedizin SGSSC und Innere Medizin
Oberärzte	Dr. med. Friederike Matter, FMH Kardiologie und Innere Medizin Dr. med. Nicole Josi-Clerc, FMH Innere Medizin Dr. med. Samuel Menzi, FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation
Assistenzärzte	Total 12,25 in Weiterbildung
Leitung Ärztliches Sekretariat	Annekäthi Sherry
Sozialdienst	Monika Wetzel
Labor	Regula Ruch
Röntgen	Ursula Gehrig
Apotheke	Dr. pharm. Susanne Albrecht
Psychologe	Vladimir Vlasaty
Funktionsdiagnostik	Thérèse Lanz
<b>Bereich Therapien</b>	<b>Dieter Steiner</b>
Kardiale Therapie, stv. Leiterin Therapien	Anna Scheid
Pulmonale Therapie	Eva Deurwaarder
Muskuloskelettale Therapie	Mario Aebi
Physikalische Therapie	Andrea Bösch
Ergotherapie	Sandro Becher
Werkatelier	Katrin Meyer
<b>Bereich Pflege</b>	<b>Corinne Morandi Müller</b>
Leiterin Pflegedienst	Corinne Morandi Müller
Stv. Leiterin Pflegedienst und Verantwortliche Hygiene	Marlis Buholzer
Assistentin Leiterin Pflegedienst und Pflegesekretariat	Brigitte Zutter
Leiterin Bildung und Projekte	Rita Svoboda (bis 30.04.2012)
Leiterin Qualität Bereich Pflege	Edith Sextl (ab 01.06.2012)

Ausbildungsverantwortliche	Liliane Müller
Bereich Pflege	
Abteilungsleitungen	Marcel Glässner Avdugafar Hamzic Stephan Simon Sarah Bühlmann (bis 30.04.2012) Andrea Michel (ab 01.04.2012) Jens Rüber (bis 31.03.2012) Ellen Nettels (ab 01.04.2012)
Verantwortliche LEP	Marianne Bühlmann
Wundexpertin	Susanne Schmutz
Diabetesberatung	Brigitta Vonwiller, Oda Machemer
Ernährungsberatung	Andrea Weber, Andrea Zurfluh, Cornelia Vögeli, Cordula Fröhlicher
Beratung/Instruktion Pneumologie	Lydia Eisenmann, Barbara Allenbach, Susanne Schmutz
Beratung Herzinsuffizienz	Pia Marmet, Ellen Mulholland, Anke Saurer, Alice Kunz, Lydia Eisenmann
Zentrallager/Zentralsterilisation	Maya Tissot Heidi Gregorini (bis 31.01.2012) Franziska Koschel (ab 01.05.2012) Rosina Portenier (bis 30.09.2012)

#### **Bereich Direktion und Stab**

**Armin Strom (bis 31.05.2012) /  
Jürg Wägli (ab 01.06.2012)**

Direktor	Armin Strom / Jürg Wägli
Direktionsassistentin	Lilo Hirschi
Qualitätsmanagement	Armin Strom / Jürg Wägli, Lilo Hirschi
Medizincontrolling	Yvonne Keller, Nicole Häuptli (ab 01.11.2012), Luzia Widrig (ab 01.12.2012)
Personaladministration	Michel Jegerlehner
Informatik und Projektmanagement	Matthias Zimmermann
Sicherheitsbeauftragter	Beat Stalder

#### **Bereich Finanzen / Administration**

**Thomas Schär**

Finanzen/Controlling	Thomas Schär
Patientenadministration	Beatrice Bigler
Bettendisposition	Christina Wittwer
Informationszentrale	Ruth Müller
Liegenschaftsverwaltung	Beatrice Bigler, Natascha Jutzi
Case Management	Priska Kemper

#### **Bereich Hotellerie / Support**

**Beat Zimmermann**

Hotellerie	Thomas Haruksteiner
Gästeservice	Elisabeth Eugster
Verpflegung	Gaby Pfister
Gastronomie	Beat Zimmermann
Technische Dienste	Beat Stalder

# Publikationen – Kongressbeiträge – Referate

## Publikationen

- Geiser T., Stucki A., Leuppi J.: Mit Sport und Bronchodilatoren gegen die Lungenkrankheit COPD. Swiss Medical Tribune, 17. August 2012
- Jobst A., Kirchberger I., Cieza A., Stucki G., Stucki A.: Content Validity of the Comprehensive ICF Core Set for Chronic Obstructive Pulmonary Diseases: An International Delphi Survey, The Open Respiratory Medicine Journal
- Pavlov N., Wermelinger F., Stucki A., Cottagnoud P.: A 58-year-old soldier with a history of weight loss and exercise intolerance. Giant cell arteritis. Praxis. 2012 Oct 31; 101 (22): 1441–4
- Radtke Th., Poerschke D., Wilhelm M., Tschanz H.U., Matter F., Jauslin D., Saner H., Schmid JP.: Acute Hemodynamic Response to Finnish Sauna and Cold Water Immersion in Patients with Heart Failure. EuroPrevent 2012 Dublin, 5. Mai 2012
- Studer D., Brill AK., Joost C., Stucki A.: Consequences of an accidental aspiration of petroleum in a case of a fire eating man. Praxis. 2012 June 6; 101 (12): 793–8
- van der Feijst Y., Stucki A.: Changes in the COPD assessment test (CAT) and other health status and functional parameters in rehabilitation, annual Meeting of the Swiss Respiratory Society 2012

## Vorträge an Kongressen und Fortbildungen

- Müller L.: «Berufsbild Fachangestellte Gesundheit», Spitex Mitglieder-Versammlung, 8. Mai 2012, Uetendorf
- Stucki A.: Generalversammlung der Interessengruppe Herzinsuffizienzberaterinnen: Rauchstopp lege artis, 13. Januar 2012, Berner Reha Zentrum Heiligenschwendi
- Stucki A.: Pneumologische Fortbildung für praktizierende Ärzte, COPD – Die Herausforderung in der Zukunft, 26. Januar 2012, Burgdorf
- Stucki A.: Internistisches Curriculum der Klinik für Allgemeine Innere Medizin Universitätsklinik Inselspital Bern, 20. März 2012
- Stucki A.: Jahreskongress Schweizerische Gesellschaft für Pneumologie: Changes in the COPD assessment test (CAT) and other health status and functional parameters in rehabilitation, 25. April 2012, Montana
- Stucki A.: 14. Fortbildungstagung des Kollegiums für Hausarztmedizin (KHN), Satellitensymposium Brennpunkt COPD, 21. Juni 2012, Luzern
- Stucki A.: 4. D. A. CH. Symposium pneumologische Rehabilitation im deutschsprachigen Europa: Outcome-Parameters, 26. Oktober 2012, Salzburg
- Tschanz H. U.: Training bei Herzinsuffizienz. Fortbildung IG Herzinsuffizienzberaterinnen, 13. Januar 2012, Berner Reha Zentrum Heiligenschwendi
- Tschanz H. U.: Dreiländerkongress für kardiologische Rehabilitation: Aktueller Stand der Reha-Implementierung im Vergleich der Länder. Der aktuelle Stand in der Schweiz, 13. Oktober 2012, Wien
- Tschanz H. U.: Jahresversammlung SGPMR: Stand des Projektes ST Reha, 18. Oktober 2012, Interlaken
- Wägli J.: Round Table Business Consulting Partner: Best Practice Strategiemanagement: Steuerung der Strategieumsetzung mit Messgrößen und Zielwerten, 10. Mai 2012, Basel

### **Organisation von Symposien / Fortbildungsveranstaltungen / Kongressen:**

- Eisenmann L.: Organisation Tagung Interessengruppe Herzinsuffizienz, 13. Januar 2012, Berner Reha Zentrum Heiligenschwendi
- Ernährungs- und Diabetesberatung: Weltdiabetestag: Infostand, 14. November 2012, Berner Reha Zentrum Heiligenschwendi
- Stucki A., in Zusammenarbeit mit Prof. J. Leuppi, Innere Medizin, Universitätsspital Basel: Spirometrie-Seminar, 2. Mai 2012, Berner Reha Zentrum Heiligenschwendi
- Stucki A., in Zusammenarbeit mit Dr. S. Spycher, BAG; Prof. T. Geiser, Inselspital Bern; Prof. M. Tamm, Universitätsspital Basel: Reha-Symposium, 7. Juni 2012, Berner Reha Zentrum Heiligenschwendi

### **Unterrichts- und Lehrtätigkeit:**

- Matter F.: Herz-Kreislaufkrankungen, Pathophysiologie, Symptomatik und Therapiemöglichkeiten, Unterricht im Berner Bildungszentrum Pflege Standort Thun, 2./3./4. Oktober 2012
- Müller L.: Unterricht Überbetriebliche Kurse Fachangestellte Gesundheit, Ostermundigen
- Müller L.: Lern-, Trainings- und Transferunterricht Höhere Fachschule Studierende Pflege, Thun
- Stucki A.: Lehrauftrag zur Studentenausbildung im Rahmen der Medizinischen Fakultät der Universität Bern. CST «Clinical Skills Training» Block Lunge, November/Dezember 2012, Berner Reha Zentrum Heiligenschwendi
- Tschanz H. U.: CAS Bewegungs- und Sporttherapie bei Herz-, Gefäss- und Diabetes-Erkrankungen – Modul Herzerkrankungen: Themen Pathophysiologie und Kardiovaskuläre Risikofaktoren, Universität Bern
- Wägli J.: Betriebliches Rechnungswesen REKOLE®, H+ Bildung, Aarau
- Wägli J.: Lehrgang Eidg. Dipl. Spitalexpertin/Spitalexperte: Leistungsmessung und Controlling, H+ Bildung, Aarau
- Wägli J.: Betriebliches Rechnungswesen der Spitäler, Psychiatrische Universitätsklinik, Zürich

### **Tätigkeiten in Fachorganisationen und Projekten**

- Tschanz H. U.: Swiss Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation (SAKR): Präsident
- Tschanz H. U.: Schweiz. Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation: Vorstandsmitglied
- Tschanz H. U.: Tarifprojekt ST Reha: Mitglied des Steuerungsausschusses



# Jahresrechnung



# Bilanz

in CHF	31.12.2012	31.12.2011
<b>Aktiven</b>		
<i>Umlaufvermögen</i>		
Flüssige Mittel	6 904 709.72	1 565 583.25
Forderungen aus Lieferungen und Leistungen	6 284 357.25	2 341 168.30
./.. Delkredere	-170 000.00	-150 000.00
Forderungen gegenüber dem Kanton Bern	0.00	1 041 796.45
Andere Forderungen	53 660.55	62 307.45
Vorräte	762 516.55	617 147.30
Aktive Rechnungsabgrenzungen	23 688.40	17 861.85
Total Umlaufvermögen	13 858 932.47	5 495 864.60
<i>Anlagevermögen</i>		
Immobilien	5 059 359.80	5 357 682.80
Mobile Sachanlagen	1 823 679.85	1 496 010.30
Investitionsprojekte in Arbeit	3 075 293.95	1 557 965.35
Total Anlagevermögen	9 958 333.60	8 411 658.45
<b>Total Aktiven</b>	<b>23 817 266.07</b>	<b>13 907 523.05</b>



in CHF	31.12.2012	31.12.2011
<b>Passiven</b>		
<i>Fremdkapital</i>		
Verbindlichkeiten aus Lieferungen und Leistungen	1 815 190.00	953 492.97
Andere Verbindlichkeiten	669 000.69	446 789.70
Verbindlichkeiten gegenüber dem Kanton Bern	5 103 250.65	0.00
Kurzfristige Finanzverbindlichkeiten	28 106.75	586 706.75
Passive Rechnungsabgrenzungen	1 167 218.10	1 004 496.90
Kurzfristiges Fremdkapital	8 782 766.19	2 991 486.32
Langfristige Finanzverbindlichkeiten	550 000.00	0.00
Langfristige Finanzverbindlichkeiten gegenüber Aktionärin	1 300 000.00	1 300 000.00
Verpflichtungen für zukünftige Investitionen	4 815 104.50	3 173 034.20
Rückstellungen	2 298 025.00	1 066 752.00
Langfristiges Fremdkapital	8 963 129.50	5 539 786.20
Total Fremdkapital	17 745 895.69	8 531 272.52
<i>Eigenkapital</i>		
Aktienkapital	2 000 000.00	2 000 000.00
Allgemeine gesetzliche Reserven	2 880 000.00	1 000 000.00
Weitere Reserven gemäss Leistungsvertrag	0.00	1 880 000.00
Freie Reserven	400 000.00	
Bilanzgewinn		
Vortrag vom Vorjahr	56 250.53	54 405.73
Jahresgewinn	735 119.85	441 844.80
Bilanzgewinn	791 370.38	496 250.53
Total Eigenkapital	6 071 370.38	5 376 250.53
<b>Total Passiven</b>	<b>23 817 266.07</b>	<b>13 907 523.05</b>

# Erfolgsrechnung

in CHF	2012	2011
<i>Betriebsertrag</i>		
Ertrag aus Lieferungen und Leistungen	14 635 135.92	13 960 054.06
Ertrag stationäre Leistungen Kanton	14 821 222.94	13 371 089.90
Ertrag für Investitionen Kanton	0.00	520 353.70
Übriger Betriebsertrag	1 767 085.45	1 576 241.68
Total Betriebsertrag	31 223 444.31	29 421 619.34
<i>Betriebsaufwand</i>		
Material- und Warenaufwand	4 938 458.93	5 262 553.87
Personalaufwand	22 667 796.37	22 471 025.01
Übriger Betriebsaufwand	414 104.71	370 811.95
Total Betriebsaufwand	28 020 360.01	28 104 390.83
<b>Betriebsergebnis vor Zinsen und Abschreibungen</b>	<b>3 203 084.30</b>	<b>1 317 228.51</b>
Aufwand für Anlagenutzung	2 535 332.00	920 353.70
<b>Betriebsergebnis vor Zinsen</b>	<b>667 752.30</b>	<b>396 874.80</b>
Finanzaufwand	-641.75	-
Finanzertrag	27 156.25	14 925.10
Liegenschaftsaufwand inkl. Abschreibungen	-632 713.35	-1 086 274.50
Liegenschaftsertrag	673 566.40	1 086 274.50
Betriebsfremder Aufwand	-	-4 161 734.10
Betriebsfremder Ertrag	-	4 185 659.00
<b>Jahresergebnis</b>	<b>735 119.85</b>	<b>441 844.80</b>

## Verwendung des Bilanzgewinns (Antrag des Verwaltungsrats)

in CHF	31.12.2012	31.12.2011
Vortrag vom Vorjahr	56 250.53	54 405.73
Jahresgewinn	735 119.85	441 844.80
Bilanzgewinn	791 370.38	496 250.53
Zuweisung an Freie Reserven	-700 000.00	-400 000.00
2 % Dividende an Aktionärin	-40 000.00	-40 000.00
<b>Vortrag auf neue Rechnung</b>	<b>51 370.38</b>	<b>56 250.53</b>

# Anhang zur Jahresrechnung

in CHF	2012	2011
<b>Verpfändete Aktiven zur Sicherung eigener Verpflichtungen</b>		
Immobilien – Buchwert der Grundstücke und Gebäude	3 914 684.80	3 914 684.80
Grundpfandrechte (Schuldbriefe) – total nominell	4 962 000.00	4 962 000.00
wovon im Eigenbesitz (frei verfügbar)	-1 500 000.00	-1 500 000.00
hinterlegt zur Sicherung eigener Verpflichtungen	3 462 000.00	3 462 000.00
<b>Beanspruchte Kredite bzw. Deckung</b>		
Hypothek BEKB Bern	550 000.00	550 000.00
Hypothek Aktionärin	1 300 000.00	1 300 000.00
Total Langfristige Verbindlichkeiten	1 850 000.00	1 850 000.00
Restwert aus Bau- und Investitionsbeiträgen, welche durch den Kanton Bern finanziert worden sind	3 507 695	3 715 290
<b>Brandversicherungswerte der Sachanlagen (inkl. Neuwertzusatz)</b>		
Gebäude	91 009 300.00	91 009 300.00
Maschinen und Einrichtungen	16 500 000.00	16 500 000.00
<b>Verbindlichkeiten gegenüber Vorsorgeeinrichtungen</b>		
Kontokorrent Pensionskasse VSAO (enthalten in den anderen Verbindlichkeiten)	45 396.00	39 714.00
Nettoauflösung Stille Reserven	234 866.00	1 382 718.00

## Risikomanagement (OR 663b)

Der Verwaltungsrat hat sich an seiner Sitzung vom 10. Dezember 2012 mit dem Risikomanagement beschäftigt.

## Eventualverbindlichkeiten

Wegen Tarifstreitigkeiten wurden angemessene Rückstellungen gebildet. Eine allfällig gerichtlich festgelegte Ertragsreduktion könnte jedoch auch höher als der berechnete Erwartungswert ausfallen.

# Aktionariat

## Stiftungsrat

---

Die Stiftung für medizinische Weiterbehandlung, Rehabilitation und Prävention mit Sitz in Bern ist alleiniger Aktionär

Präsident	Dr. med. Daniel Mühlemann	Arzt 3110 Münsingen
Vizepräsident	Bruno Burkhard, lic. rer. pol.	Ehem. Direktor Galenica AG, Bern 3303 Jegenstorf
Sekretär	Hans Kämpf	Ehem. Agro-Treuhänder 3625 Heiligenschwendi
	Bernhard Antener	Rechtsanwalt, Grossrat 3550 Langnau
	Franziska Berger	Pflegedirektorin Spital Netz Bern AG, Bern 3073 Gümligen
	Peter Brechbühler	Inhaber BR Beratungen, Bern 3012 Bern
	Dr. phil. Eva Desarzens-Wunderlin	Generalsekretärin der Konferenz Höhere Fachschulen, Bern, Grössrätin 3067 Boll
	Dr. med. Josef Faller	Chef Medical Officer, Medi24 AG, Bern 3006 Bern
	Prof. Dr. med. Thomas Geiser	Direktor und Chefarzt, Pneumologische Universitätsklinik, Bern 3010 Bern
	Paul Knecht, lic. rer. pol.	Spitalökonom 2505 Biel
	Bethli Küng-Marmet	Grossrätin 3792 Saanen
	Prof. Dr. med. Bernhard Meier	Direktor und Chefarzt, Kardiologische Universitätsklinik, Bern 3010 Bern
	Dr. iur. Markus Meyer	Rechtsanwalt, Grossrat 4914 Roggwil
	Therese Rufer-Wüthrich	Grossrätin 3303 Zuzwil
	Thomas Straubhaar	Direktor a. i. Spital Bülach, Bülach 3600 Thun
Hans Strub	Ehem. Pflegedirektor, Solothurner Spitäler AG, Solothurn 4632 Trimbach	
Ueli von Allmen	Direktor Pflege/MTT, Inselspital Bern 3280 Murten	

---

# Bericht der Revisionsstelle

## an die Generalversammlung der Berner Reha Zentrum AG Heiligenschwendi

Bern, 7. März 2013

### **Bericht der Revisionsstelle zur Jahresrechnung**

Als Revisionsstelle haben wir die Jahresrechnung der Berner Reha Zentrum AG, bestehend aus Bilanz, Erfolgsrechnung und Anhang (Seiten 30 bis 34) für das am 31. Dezember 2012 abgeschlossene Geschäftsjahr geprüft.

#### *Verantwortung des Verwaltungsrates*

Der Verwaltungsrat ist für die Aufstellung der Jahresrechnung in Übereinstimmung mit den gesetzlichen Vorschriften und den Statuten verantwortlich. Diese Verantwortung beinhaltet die Ausgestaltung, Implementierung und Aufrechterhaltung eines internen Kontrollsystems mit Bezug auf die Aufstellung einer Jahresrechnung, die frei von wesentlichen falschen Angaben als Folge von Verstössen oder Irrtümern ist. Darüber hinaus ist der Verwaltungsrat für die Auswahl und die Anwendung sachgemässer Rechnungslegungsmethoden sowie die Vornahme angemessener Schätzungen verantwortlich.

#### *Verantwortung der Revisionsstelle*

Unsere Verantwortung ist es, aufgrund unserer Prüfung ein Prüfungsurteil über die Jahresrechnung abzugeben. Wir haben unsere Prüfung in Übereinstimmung mit dem schweizerischen Gesetz und den Schweizer Prüfungsstandards vorgenommen. Nach diesen Standards haben wir die Prüfung so zu planen und durchzuführen, dass wir hinreichende Sicherheit gewinnen, ob die Jahresrechnung frei von wesentlichen falschen Angaben ist.

Eine Prüfung beinhaltet die Durchführung von Prüfungshandlungen zur Erlangung von Prüfungsnachweisen für die in der Jahresrechnung enthaltenen Wertansätze und sonstigen Angaben. Die Auswahl der Prüfungshandlungen liegt im pflichtgemässen Ermessen des Prüfers. Dies schliesst eine Beurteilung der Risiken wesentlicher falscher Angaben in der Jahresrechnung als Folge von Verstössen oder Irrtümern ein. Bei der Beurteilung dieser Risiken berücksichtigt der Prüfer das interne Kontrollsystem, soweit es für die Aufstellung der Jahresrechnung von Bedeutung ist, um die den Umständen entsprechenden Prüfungshandlungen festzulegen, nicht aber um ein Prüfungsurteil über die Wirksamkeit des internen Kontrollsystems abzugeben. Die Prüfung umfasst zudem die Beurteilung der Angemessenheit der angewandten Rechnungslegungsmethoden, der Plausibilität der vorgenommenen Schätzungen sowie eine Würdigung der Gesamtdarstellung der Jahresrechnung. Wir sind der Auffassung, dass die von uns erlangten Prüfungsnachweise eine ausreichende und angemessene Grundlage für unser Prüfungsurteil bilden.

#### *Prüfungsurteil*

Nach unserer Beurteilung entspricht die Jahresrechnung für das am 31. Dezember 2012 abgeschlossene Geschäftsjahr dem schweizerischen Gesetz und den Statuten.


### **Berichterstattung aufgrund weiterer gesetzlicher Vorschriften**

Wir bestätigen, dass wir die gesetzlichen Anforderungen an die Zulassung gemäss Revisionsaufsichtsgesetz (RAG) und die Unabhängigkeit (Art. 728 OR) erfüllen und keine mit unserer Unabhängigkeit nicht vereinbare Sachverhalte vorliegen.

In Übereinstimmung mit Art. 728a Abs. 1 Ziff. 3 OR und dem Schweizer Prüfungsstandard 890 bestätigen wir, dass ein gemäss den Vorgaben des Verwaltungsrates ausgestaltetes internes Kontrollsystem für die Aufstellung der Jahresrechnung existiert.

Ferner bestätigen wir, dass der Antrag über die Verwendung des Bilanzgewinnes dem schweizerischen Gesetz und den Statuten entspricht und empfehlen, die vorliegende Jahresrechnung zu genehmigen.

Ernst & Young AG



Bernadette Koch  
Zugelassene Revisionsexpertin  
(Leitende Revisorin)



Andreas Schwab-Gatschet  
Zugelassener Revisionsexperte

# Kontakte

Berner Reha Zentrum AG  
3625 Heiligenschwendi  
T 033 244 33 33  
F 033 244 33 35  
info@rehabern.ch  
www.rehabern.ch

PC-Konto 30-830-8

Die städtischen Verkehrsbetriebe Thun (STI) fahren alle 30 Minuten vom Bahnhof Thun zum Berner Reha Zentrum Heiligenschwendi und zurück. Fahrzeit: 25 Minuten.





Impressum:

Typokonzept/Layout:  
Atelier Bundi AG

Bildkonzept:  
Berner Reha Zentrum, Heiligenschwendi

Fotos:  
Marcel Wiedmann  
Lilo Hirschi

Druck:  
Jost Druck AG, Hünibach

Geschäftsbericht 2012  
Berner Reha Zentrum  
3625 Heiligenschwendi  
[www.rehabern.ch](http://www.rehabern.ch)

