

Stärkung des Medizinalstandorts Bern (SMSB)

Schlussbericht

zum Hauptprojekt

Final

Dezember 2012

Kapitelverzeichnis

1	Zusammenfassung.....	7
2	Ausgangslage und Auftrag	12
2.1	Projekt „Stärkung des Medizinalstandorts Bern“	12
2.2	Projektauftrag.....	13
3	Projektvorgehen und -organisation	14
3.1	Projektplan.....	14
3.2	Projektorganisation bis Februar 2012.....	14
3.3	Projektorganisation ab Februar 2012 und Übergabe der Projektleitung an die Verwaltungsräte	15
4	Ergebnisse	17
4.1	Vision und strategische Stossrichtungen	17
4.2	Betriebsmodell	21
4.3	Organisation und Prozesse	31
4.4	Recht	34
4.5	Finanzen.....	39
4.6	Personal	42
4.7	Informatik.....	47
5	Schlussfolgerungen und weiteres Vorgehen	51
5.1	Schlussfolgerungen.....	51
5.2	Weiteres Vorgehen	51
5.3	Programmriskien.....	53
5.4	Anträge an den Regierungsrat	54
6	Glossar	55
7	Abkürzungsverzeichnis	58

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für beiderlei Geschlecht.

Inhaltsverzeichnis

1	Zusammenfassung	7
2	Ausgangslage und Auftrag	12
2.1	Projekt „Stärkung des Medizinalstandorts Bern“	12
2.2	Projektauftrag	13
3	Projektvorgehen und -organisation	14
3.1	Projektplan	14
3.2	Projektorganisation bis Februar 2012	14
3.3	Projektorganisation ab Februar 2012 und Übergabe der Projektleitung an die Verwaltungsräte	15
4	Ergebnisse	17
4.1	Vision und strategische Stossrichtungen	17
4.1.1	Vision	17
4.1.2	Strategische Stossrichtungen.....	17
4.1.2.1	Wirtschaftlichkeit und Qualität	17
4.1.2.2	Anspruchsgruppen	18
4.1.2.3	Prozesse.....	20
4.2	Betriebsmodell	21
4.2.1	Übersicht.....	21
4.2.2	Vertiefung I: Rolle ISB, Universitätsspital	22
4.2.3	Vertiefung II: Rolle Stadtspitäler	22
4.2.4	Vertiefung III: Rolle Portalspitäler	23
4.2.5	Vertiefung IV: Notfall.....	24
4.2.6	Vertiefung V: Universitäre Anbindung	26
4.2.7	Vertiefung VI: Ärztliches Konzept.....	26
4.2.8	Vertiefung VII: Kooperationen	27
4.2.9	Strategische Handlungsfelder	28
4.3	Organisation und Prozesse	31
4.3.1	Organisationsmodell.....	31
4.3.2	Oberste Führungsstruktur.....	31
4.3.3	Prozessmanagement.....	33
4.4	Recht	34
4.4.1	Ausgangslage	34
4.4.2	Vorgehen	34
4.4.3	Ergebnisse.....	35
4.4.4	Konkretisierung der Management AG, Ausblick und geplante nächste Schritte..	35
4.5	Finanzen	39
4.5.1	Ausgangslage	39
4.5.2	Finanzielle Potentiale	39
4.5.3	Transformationskosten	40
4.6	Personal	42
4.6.1	Zusammenfassung der wichtigsten Erkenntnisse	42

4.6.1.1	Übersicht	42
4.6.1.2	GAV/Sozialpartnerschaft	42
4.6.1.3	Allgemeine Anstellungsbedingungen	43
4.6.1.4	Arbeitszeit.....	43
4.6.1.5	Lohn.....	44
4.6.2	Pensionskassen	44
4.6.3	Personenversicherungen.....	44
4.6.4	Personalinformationssysteme (payroll)	44
4.6.5	Chancen und Risiken für die zukünftige Umsetzung	45
4.6.6	Ausblick und geplante nächste Schritte	45
4.7	Informatik.....	47
4.7.1	Ausgangslage	47
4.7.2	ICT Inselspital.....	47
4.7.3	ICT Spital Netz Bern AG.....	48
4.7.4	Ausblick und geplante Schritte	49
5	Schlussfolgerungen und weiteres Vorgehen	51
5.1	Schlussfolgerungen.....	51
5.2	Weiteres Vorgehen	51
5.3	Programmriskien.....	53
5.4	Anträge an den Regierungsrat	54
6	Glossar	55
7	Abkürzungsverzeichnis	58

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Meilensteine des Hauptprojekts.....	12
Tabelle 2: Strategische Handlungsfelder.....	29
Tabelle 3: Programmrisiken.....	53

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Grundzüge Zusammenführungsplan.....	11
Abbildung 2: Projektplanung (Stand: November 2012).....	14
Abbildung 3: Initiale Projektorganisation ab August 2011	15
Abbildung 4: Projektorganisation ab Februar 2012.....	16
Abbildung 5: Strategielandkarte mit strategischen Stossrichtungen	17
Abbildung 6: Elemente des Betriebsmodells	21
Abbildung 7: Betriebsmodell der Portalspitäler	24
Abbildung 8: Oberste Führungsstruktur	32
Abbildung 9: Management AG.....	35
Abbildung 10: Ablauf Konsolidierung/Harmonisierung ICT-Landschaften	49
Abbildung 11: Grundzüge Zusammenführungsplan	51
Abbildung 12: Meilensteine Transformationsphase SMSB	52

1 Zusammenfassung

Der geplante Zusammenschluss von Inselspital (ISB) und Spital Netz Bern AG (SNBe) ist von zentraler Bedeutung, um den finanziellen Herausforderungen durch die neue Spitalfinanzierung zu begegnen, die Finanzierung der notwendigen Investitionen sicherzustellen und die Projektzielsetzungen des Regierungsrats zu erreichen.

Die Zielsetzungen des Regierungsrates (RR) für das Projekt „Stärkung des Medizinalstandorts Bern“ sind die Optimierung des Angebots der öffentlich getragenen Spitäler im Grossraum Bern in Bezug auf Wirtschaftlichkeit und Qualität, die Stärkung des ISBs als Universitätsspital und die Sicherstellung der führenden Rolle der Universität Bern in der medizinischen Lehre und Forschung.

Die zwei personell identisch besetzten Verwaltungsräte (nachfolgend Verwaltungsräte genannt), die Spitaldirektoren und die Ärztlichen Direktoren von ISB und SNBe stehen hinter dem vom RR vorgesehenen Zusammenschluss und erachten diesen sowohl aufgrund medizinischer, betrieblicher als auch finanzieller Überlegungen als nötig und machbar.

Der vorliegende Bericht erfüllt den Auftrag des Regierungsrats mit Regierungsratsbeschluss 1788 vom 8. Dezember 2010. Die Ergebnisse des Projekts „Stärkung des Medizinalstandorts Bern“ (Zusammenschluss des Inselspitals mit den Spitälern der Spital Netz Bern AG) sind:

Vision und strategische Stossrichtungen (Kapitel 4.1)

Die gemeinsam entwickelte Vision „Universitäres Spitalnetz Bern“ (Arbeitstitel) umfasst das führende Universitätsspital der Schweiz mit internationaler Ausstrahlung und den bevorzugten Anbieter der erweiterten Grundversorgung in der Region Bern. Das „Universitäre Spitalnetz Bern“ basiert auf der Bündelung von Leistungsangeboten, klar zugeteilten Rollen und einheitlichen Behandlungspfaden zwischen den Standorten. Das Ziel ist die Verbindung von qualitativ hochstehender Behandlung mit akademischer Lehre und Forschung.

Die definierten strategischen Stossrichtungen zu Wirtschaftlichkeit, Qualität, Anspruchsgruppen und Prozessen bilden die Leitlinien für die weitere Umsetzung des Zusammenschlusses.

Betriebsmodell (Kapitel 4.2)

Im „Universitären Spitalnetz Bern“ werden die strategischen Stossrichtungen über ein Betriebsmodell umgesetzt, welches eine gemeinsame Organisationsstruktur und Unternehmenskultur, aufeinander abgestimmte Prozesse, wirtschaftliche Leistungserbringung sowie ein einheitliches Erscheinungsbild gewährleistet. Das Betriebsmodell wurde in enger Zusammenarbeit mit Schlüsselpersonen des medizinischen Kerngeschäfts beider Unternehmen exemplarisch vertieft.

Das Betriebsmodell definiert die Rollen von ISB, den Stadtspitälern und den Portalspitälern im Gesamtunternehmen.

Das Inselspital hat als Universitätsspital ein breites Leistungsangebot in universitärer Medizin mit Abdeckung aller Fachdisziplinen rund um die Uhr. Abgestimmt mit der Strategie der Medizinischen Fakultät der Universität Bern positioniert sich das ISB national und international mit den Schwerpunkten Herz-Kreislauf, Neuro und Onkologie. Fälle der umfassenden Grundversorgung, deren Diagnostik und Behandlung nicht zwingend die Infrastruktur eines Universitätsspitals benötigen, werden teilweise an die Stadtspitäler verlagert. Die dafür freiwerdende Kapazität wird zum Ausbau der strategischen Schwerpunkte verwendet.

Die Stadtspitäler Ziegler und Tiefenau haben als Zentrumsspitäler der umfassenden Grundversorgung im stationären und ambulanten Bereich ein klar positioniertes Leistungsangebot gegenüber Zuweisern und Patienten. Das Tiefenau wird als Akutspital positioniert und ist für die umfassende Grundversorgung zuständig. Das Spital Ziegler wird als Zentrum für akute Altersmedizin mit Anschlussbehandlungen für andere Disziplinen positioniert. Zudem wird die elektive Orthopädie am Standort Ziegler konzentriert.

Die dezentralen akut-somatischen Standorte Münsingen, Aarberg und Riggisberg werden aufgrund der geänderten wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen in Portalspitäler transformiert. Die dafür zu entwickelnden Konzepte haben als Zielbild Portalspitäler mit modifiziertem und auf primär kurze Hospitalisationen ausgerichteten stationären Angebot sowie einer Notfallbehandlung und –aufnahme. Spezialisten aus der Zentrumsversorgung bieten zur Sicherstellung der Versorgung und zur Gewinnung von Patienten an den Portalspitälern ambulante Sprechstunden an.

Im Betriebsmodell wurden Vorentscheide zur Notfallversorgung getroffen und in Zusammenarbeit mit der Medizinischen Fakultät der Universität Bern die universitäre Anbindung geregelt.

Für ausgewählte medizinische Fachbereiche (Allgemeine Innere Medizin, Orthopädie, Viszerale Chirurgie und Medizin, Herz-Kreislauf sowie Neurologie und Neurochirurgie), welche rund 70 % der Ertrags- und Kostenstruktur des integrierten Spitalgebildes abbilden, liegen Grobkonzepte vor. Diese zeigen auf, wie der Zusammenschluss operativ im Kerngeschäft vollzogen werden kann und in welchen funktionalen Bereichen Synergiepotentiale realisiert werden können.

Der Einbezug der Betroffenen und das Denken der involvierten Fachleute in der Kategorie des Gesamtunternehmens mit bedeutenden Synergiepotentialen und Handlungsoptionen ermöglichte den medizinischen Kliniken den Zusammenschluss zu operationalisieren und bildet eine wesentliche Basis für die nachfolgende Transformation.

Organisation und Prozesse (Kapitel 4.3)

Ein zentraler Erfolgsfaktor für die Zusammenführung ist die rasche Etablierung einer künftigen Geschäftsleitung für das Gesamtunternehmen, falls möglich bereits auf Herbst 2013. Die entsprechenden Grundlagen für den Evaluationsprozess sind geschaffen und initialisiert.

Die künftige Geschäftsleitung wurde konzeptionell entwickelt und mit den Verwaltungsräten, der Spitalleitung des ISBs und der Geschäftsleitung der SNBe abgestimmt. Sie besteht aus sieben Mitgliedern mit den sechs Ressorts, Medizin, Pflege, Finanzen, Infrastruktur/Betrieb, Personal, Lehre und Forschung. Sie wird durch den Vorsitzenden/die Vorsitzende geführt. Die zweite Führungsebene (Bereiche) ist strukturell definiert.

In den Fachgebieten Allgemeine Innere Medizin, Herz-Kreislauf (Herzchirurgie, Kardiologie, Angiologie), Neuro (Neurologie und Neurochirurgie), Orthopädie sowie Viszerale Chirurgie und Medizin wird eine Universitätsklinik an einem oder mehreren Standorten unter Führung des heutigen Klinikdirektors/Ordinarius organisiert. Dies betrifft das ISB und die beiden Stadtspitäler. Die betroffenen Chefärzte der Stadtspitäler werden Mitglied der Klinikleitung. Den ärztlichen Leistungsträgern der SNBe werden adäquate Tätigkeitsfelder in der neuen Struktur aufgezeigt. In den weiteren Fachgebieten ist im Einzelfall die Klinikstruktur zu klären und zu entscheiden. Die Portalspitäler Aarberg, Münsingen, Riggisberg sowie Belp und das Pflegezentrum Elfenau werden als Standorte geführt.

Für die effektive Zusammenführung sind Betriebskonzepte pro medizinischen Fachbereich bzw. Zusammenführungspläne für die Supportfunktionen zu erarbeiten. Diese umfassen Soll-Organisation,

und Soll-Prozesse. Das erarbeitete Prozessmanagementhandbuch schafft dazu eine einheitliche Grundlage.

Recht (Kapitel 4.4)

Als kurzfristig umsetzbare Rechtsform zur operativen Führung des Gesamtunternehmens wird die Lösung der „Management AG“ vorgeschlagen. Die Inselspital-Stiftung und die SNBe AG gründen als Aktionäre eine gemeinsame Tochtergesellschaft, an welche sie die Geschäftsleitung delegieren.

Wesentlich an der Lösung „Management AG“ ist, dass der Kanton weiterhin Eigentümer der SNBe bleibt. Die Inselspital-Stiftung und SNBe AG bleiben Eigentümer ihres Vermögens und ihrer Anlagen.

Der Verwaltungsrat der „Management AG“ wird in einem ersten Schritt personell identisch besetzt wie die Verwaltungsräte der Inselspital-Stiftung bzw. der SNBe AG. Die künftige Geschäftsleitung wird zusammen mit für die Unternehmensführung notwendigen Stabsfunktionen durch die „Management AG“ angestellt. Das übrige Personal im medizinischen Kerngeschäft wie auch den betrieblichen Supportfunktionen bleibt vorderhand durch das ISB bzw. die SNBe angestellt.

Der Entscheid zur Gründung der „Management AG“ kann durch den Verwaltungsrat ISB und den Verwaltungsrat der SNBe AG getroffen werden. Der entsprechende Antrag an Regierungsrat ist in Kapitel 5.4 (Anträge an den Regierungsrat) formuliert. Ein gesetzlicher Anpassungsbedarf besteht nicht.

Finanzen (Kapitel 4.5)

Das Zusammenschlussprojekt startet auf einer guten Ausgangslage mit zwei finanziell gesunden Unternehmen. Die finanziellen Herausforderungen der neuen gesetzlichen Rahmenbedingungen sind jedoch nicht zu übersehen. Um die Erneuerung und Weiterentwicklung der Infrastruktur der SNBe sicherzustellen und das Investitionsprogramm des ISBs ohne Verschuldung zu finanzieren, muss die Ertragskraft der beiden Spitäler wesentlich gesteigert werden.

Die im Rahmen der bisherigen Arbeiten im medizinischen Kerngeschäft, im Beschaffungswesen wie in den Supportorganisationen identifizierten Verbesserungspotentiale sind erheblich. Sie lassen sich zu einem wesentlichen Teil nur im Rahmen des Zusammenschlusses realisieren. Für eine längerfristig nachhaltige Finanzierung der erforderlichen Investitionen ohne Verschuldung reichen sie indessen nicht aus. Es wird deshalb in allen Bereichen zusätzlicher Anstrengungen bedürfen, wobei insbesondere auch die bestehenden Kostenstrukturen zu hinterfragen sein werden. Durch eine Verbesserung der Deckungsbeiträge sämtlicher Standorte, Kliniken und Institute muss das Gesamtergebnis zwingend breiter abgestützt werden.

Die Erreichung der für die Weiterentwicklung der Spitäler notwendigen finanziellen Verbesserungen wird mittelfristig einen Personalabbau bedingen. Dieser sollte weitestgehend im Rahmen der natürlichen Fluktuation aufgefangen werden können.

Personal (Kapitel 4.6)

Für das Personal bietet das „Universitäre Spitalnetz Bern“ bedeutende Chancen. Aufgrund seiner Grösse kann das „Universitäre Spitalnetz Bern“ seinen Mitarbeitenden in allen Bereichen attraktive Entwicklungs- und Aufstiegsperspektiven anbieten. Angestrebt wird der Abschluss eines neuen GAVs für das Gesamtunternehmen. Die damit zusammenhängenden Arbeitsbedingungen ermöglichen eine mittelfristig attraktivere Positionierung des „Universitären Spitalnetz Bern“ als grösster Spital-Arbeitgeber in der Schweiz. Das „Universitäre Spitalnetz Bern“ wird eines der vielfältigsten und grössten Aus- und Weiterbildungshäuser in der Schweiz. Dadurch wird seine Anziehungskraft für überdurchschnittlich qualifiziertes Personal erhöht.

Grundsätzlich sind die beiden Arbeitsverhältnisse (AV) des ISBs und der SNBe in vielen Punkten ähnlich. Dies gilt namentlich auch für die Entlohnung. Es gibt jedoch zwei gewichtige Unterschiede.

Die Abgeltung für privatärztliche Tätigkeit basiert auf komplett unterschiedlichen Ansätzen, was auch Konsequenzen auf die finanzielle Führung des Gesamtunternehmens hat. Der zweite Unterschied und die personalpolitisch bedeutendste Abweichung besteht bei der beruflichen Vorsorge. Das ISB ist über einen Anschlussvertrag bei der Bernischen Pensionskasse (BPK) mit Leistungsprimat versichert, die SNBe verfügt über eine eigene autonome Pensionskasse im Beitragsprimat. Dies gilt für alle Mitarbeitenden ausgenommen Assistenz- und Oberärzte. Beide Kassen weisen sehr unterschiedliche finanzielle Deckungsgrade auf.

In einer ersten Phase bleiben die arbeitsrechtlichen und personalpolitischen Rahmenbedingungen auf beiden Seiten unverändert. Der Austausch von Personal geschieht unter Beibehaltung der geltenden Vorgaben nach Massgabe des Personalverleihs. Es ist geplant, nur das oberste Kader in der künftigen Management AG anzustellen. Für den Grossteil der Mitarbeitenden gibt es in dieser Phase keine Änderung des Arbeitgebers, der Anstellungsbedingungen oder der Arbeitsverträge.

Im Anschluss werden der Gesamtarbeitsvertrag (GAV), das Lohnsystem, das AV, die Anstellungsbedingungen, die Pensionskassenlösungen sowie die Personalinformationssysteme, wo sinnvoll, harmonisiert und vereinheitlicht. Die vollständige Harmonisierung aller arbeitsrechtlichen und systemseitigen Anpassungen im Personalbereich würde hohe Kosten verursachen; insbesondere eine Zusammenführung der Pensionskassen wäre personalpolitisch, finanztechnisch und politisch höchst anspruchsvoll.

Informations- und Kommunikationstechnologie (Kapitel 4.7)

Die Harmonisierung der Software und IT-Infrastruktur bietet einerseits ein grosses Potential für die optimale Unterstützung der Kernprozesse und zur Reduktion von administrativen Doppelspurigkeiten zwischen ISB und SNBe, ist andererseits jedoch auch mit wesentlichen finanziellen und personellen Investitionen verbunden. Vorgesehen ist deshalb eine zeitlich und inhaltlich abgestufte Vorgehensweise zur Konsolidierung/Harmonisierung der beiden IT-Landschaften im Zeitraum von rund fünf Jahren. Im ersten Schritt erfolgt der Aufbau einer vorübergehenden zentralen Schnittstelle zwischen ISB und SNBe („B2B“-Connector), im Anschluss werden Systeme und Kernapplikationen in einer risikoadjustierten Abfolge harmonisiert. Dann werden ERP und HR-Applikationen harmonisiert, erst danach werden die Klinikinformationssysteme in Angriff genommen.

Schlussfolgerungen und weiteres Vorgehen (Kapitel 5)

Die Verwaltungsräte sind überzeugt, dass die effektive Umsetzung des Zusammenschlusses in einer Transformationsphase zeitlich angrenzend an die Abgabe des Schlussberichtes an den Regierungsrat auf Anfang 2013 angepackt werden muss. Nur so kann die Umsetzung rasch und effizient realisiert werden.

Die Transformationsphase wurde am 7. Dezember 2012 von den Verwaltungsräten beschlossen. Sie dauert von 2013 bis Mitte 2014 und ist inhaltlich und ressourcenmässig geplant. Die Verwaltungsräte haben den jetzigen Direktionspräsidenten des ISBs, Dr. Urs Birchler, als Projektleiter für die Transformationsphase gewählt.

Der Zusammenführungsplan sieht nach einer initialen Phase zur Detailplanung von Januar bis Februar 2013 drei weitere Phasen vor:

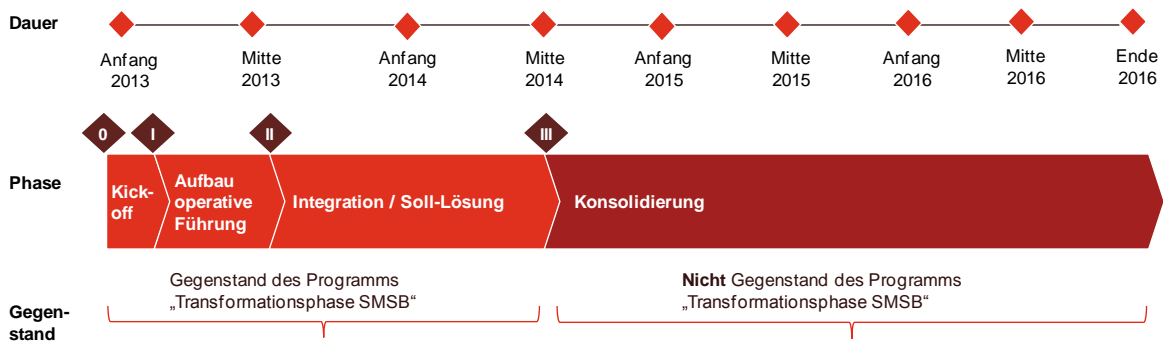


Abbildung 1: Grundzüge Zusammenführungsplan

Ein zentraler Erfolgsfaktor für die Zusammenführung ist die rasche Einsetzung der neuen Geschäftsleitung für das Gesamtunternehmen. In einer ersten Phase bis ca. Mitte 2013 liegt der Schwerpunkt der Aktivitäten auf der Einsetzung der operativen Führung, auf der Gründung der „Management AG“ und auf der Erarbeitung von Betriebskonzepten im medizinischen Kerngeschäft.

Von Mitte 2013 bis Mitte 2014 erfolgt die organisatorische Zusammenführung des medizinischen Kerngeschäfts, der medizinischen Querschnittsfunktionen und der weiteren betrieblichen Supportfunktionen. Mitte 2014 sind die wesentlichen Funktionen im Kerngeschäft wie den Supportfunktionen integriert und das Programm „Transformation SMSB“ abgeschlossen.

Im Anschluss daran erfolgt eine mehrjährige Konsolidierungsphase bis Ende 2016, welche in der ordentlichen Linienorganisation abgewickelt werden wird.

Damit die Transformationsphase erfolgreich initialisiert und umgesetzt werden kann, ist für die Verwaltungsräte die Unterstützung des Regierungsrats entscheidend.

2 Ausgangslage und Auftrag

2.1 Projekt „Stärkung des Medizinalstandorts Bern“

Mit Regierungsratsbeschluss (RRB) Nr. 2033 vom 25. November 2009 beauftragte der Regierungsrat die Gesundheits- und Fürsorgedirektion (GEF), gemeinsam mit den beiden Spitälern und der Universität das Projekt „Stärkung des Medizinalstandorts Bern“ (Zusammenschluss des Inselspitals mit den Spitälern der Spital Netz Bern AG in geeigneter rechtlicher und organisatorischer Ausgestaltung) durchzuführen. Mit dem Projekt sollen gemäss der vom Regierungsrat genehmigten Projektskizze vom 21. Oktober 2009 folgende Zielsetzungen erreicht werden:

- Das Angebot der öffentlich getragenen Spitäler im Grossraum Bern wird bezüglich Qualität und Wirtschaftlichkeit optimiert und dadurch ihre Position gestärkt.
- Die Position des Inselspitals als Universitätsspital auf nationaler und internationaler Ebene wird gestärkt.
- Die führende Rolle der Universität Bern in der medizinischen Lehre und Forschung im gesamtschweizerischen Kontext wird sichergestellt.

In einem Vorprojekt wurden erste Analysen zur Machbarkeit des Vorhabens durchgeführt. Gestützt darauf bekräftigte der Regierungsrat mit RRB Nr. 1788 vom 8. Dezember 2010 die Projektziele und erteilte der GEF den Auftrag zur Durchführung des Hauptprojekts.

Der vorliegende Schlussbericht stellt die wesentlichen Ergebnisse des Hauptprojektes dar und zeigt auf, wie die Verwaltungsräte den Zusammenschluss zum grössten Spital der Schweiz durchführen wollen.

Die wichtigsten Meilensteine des Hauptprojekts sind:

Termin	Meilenstein
März/Juni 2011	Vergabeverfahren für die Mandate „Projektberatung“ sowie „Due Diligence Medizin“ und „Due Diligence Betrieb“
Juni/August 2011	Start der Projektarbeiten unter Projektleitung der GEF, Auftragsvergabe zur Projektunterstützung an PricewaterhouseCoopers AG
Januar 2012	Die Verwaltungsräte von Inselspital-Stiftung/SNBe AG nehmen ihre Arbeit auf
Februar 2012	Aufbau der neuen Projektstruktur und Inhaltsdefinition
April 2012	Formelle Übergabe der Projektverantwortung von der GEF an die Verwaltungsräte
Juli 2012	Beschluss Vision und strategische Stossrichtungen; interne und externe Kommunikation der Beschlüsse
September 2012	Beschluss Betriebsmodell sowie Grobkonzepte für definierte strategische Handlungsfelder
Oktober 2012	Beschluss über das weitere Vorgehen in den strategischen Handlungsfeldern
Dezember 2012	Abgabe Schlussbericht; Beschluss Konzept oberste Führungsstruktur

Tabelle 1: Meilensteine des Hauptprojekts

2.2 Projektauftrag

Ziel des Hauptprojekts ist, die Arbeiten zum Zusammenschluss von ISB und SNBe zur Entscheidungsfähigkeit zu führen.

Dazu wurden Teilprojektaufträge in Strategie, Organisation, Recht, Finanzen und Prozesse erteilt. Diese wurden ergänzt mit Teilprojektaufträgen zu Personal und IT.

3 Projektvorgehen und -organisation

3.1 Projektplan

Der Projektplan zeigt Phasen und Meilensteine für die verschiedenen Teilprojekte. Die Arbeiten wurden im Zeitraum von August 2011 bis Dezember 2012 durchgeführt.

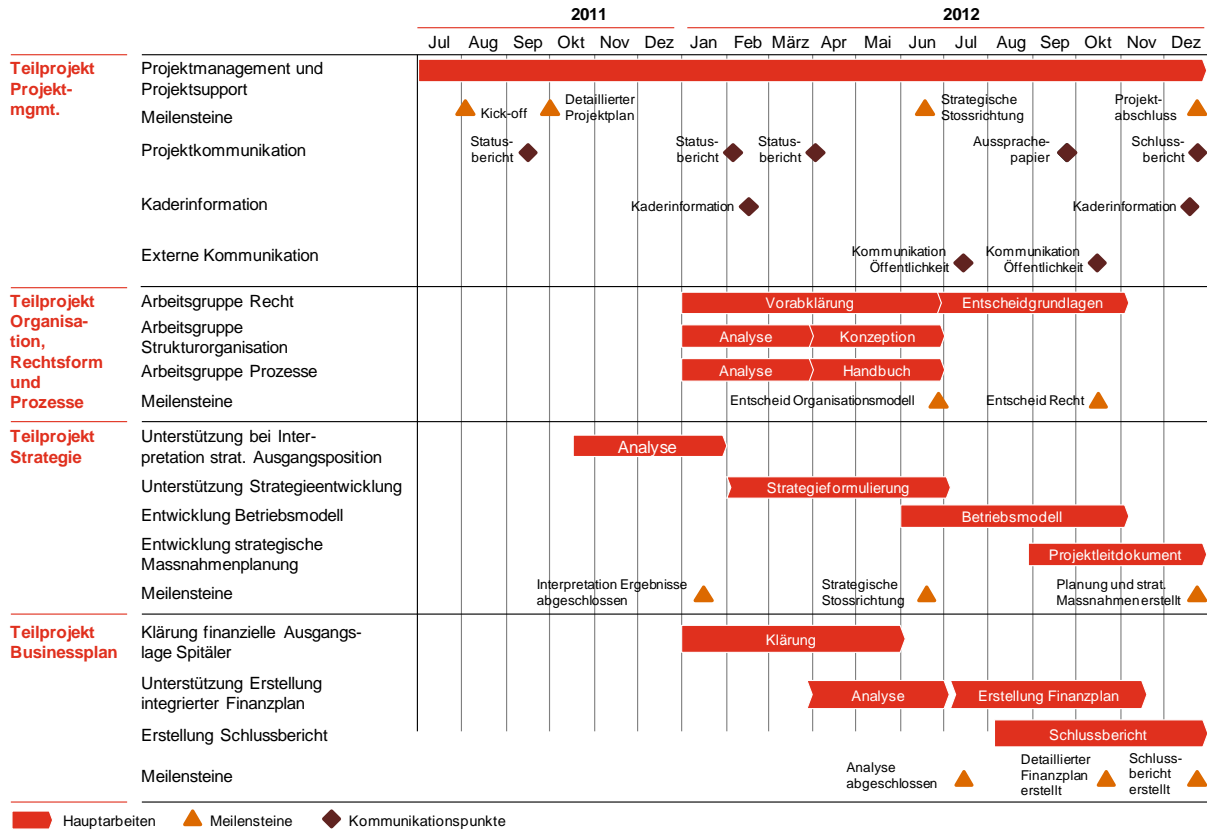


Abbildung 2: Projektplanung (Stand: November 2012)

3.2 Projektorganisation bis Februar 2012

Die initiale Projektorganisation bestand aus einer Projektsteuerung des Auftraggebers, einem Projektteam sowie einer analogen Struktur auf Seiten von PwC.

Die Projektsteuerung des Auftraggebers (PSG) entschied über das Vorgehen, die Ergebnisse und bereitete die Informationen und Anträge an den Regierungsrat vor.

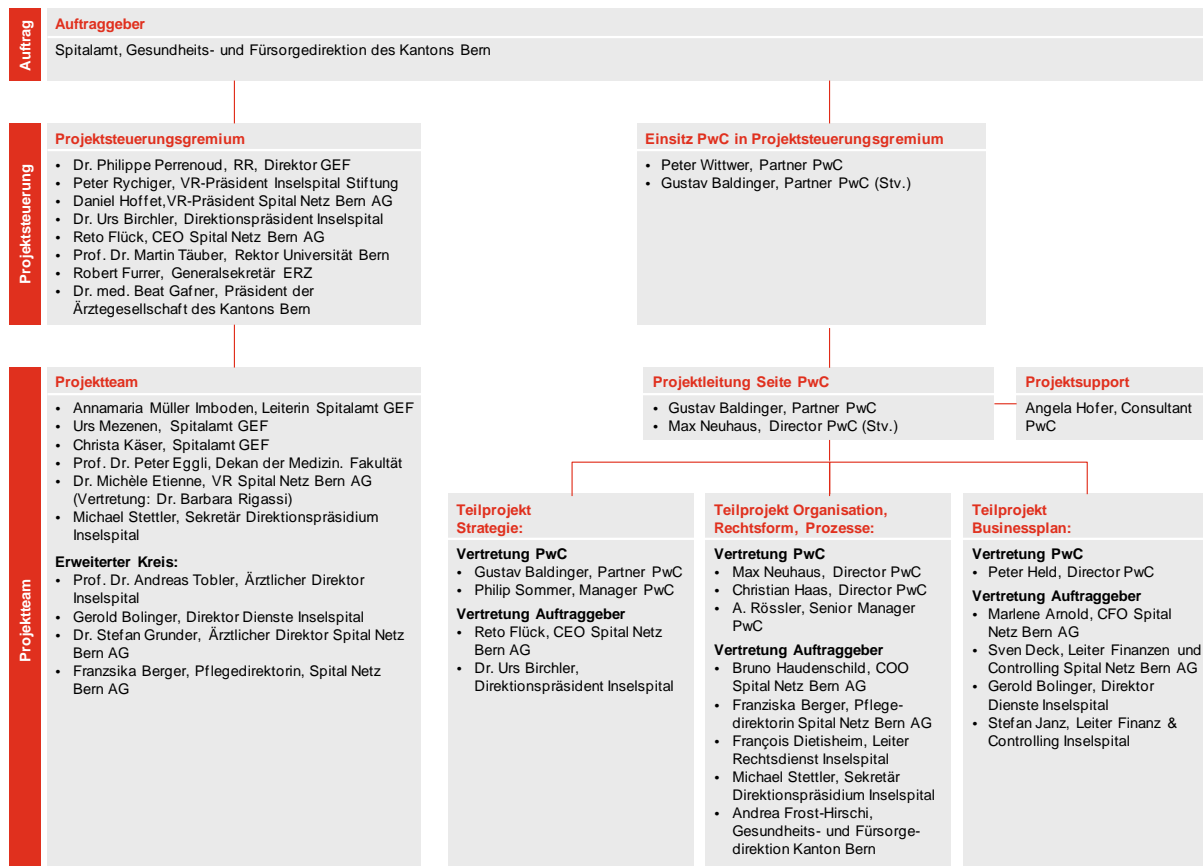


Abbildung 3: Initiale Projektorganisation ab August 2011

3.3 Projektorganisation ab Februar 2012 und Übergabe der Projektleitung an die Verwaltungsräte

Mit RRB Nr. 1967 vom 23. November 2011 erfolgte die Wahl der zwei personell identisch besetzten Verwaltungsräte der SNBe AG und der Inselspital-Stiftung, die am 1. Januar 2012 ihre Arbeit aufgenommen haben. Diese sind namentlich Joseph Rohrer (Verwaltungsratspräsident), Frida Alder, Peter Bieri, Dr. Michèle Etienne, Dr. med. Brigitta Fahrländer-Schneeberger, Dr. Heinz Hänni, Daniel Hoffet (Vizepräsident), Margret Kiener Nellen, Peter Rychiger (Vizepräsident), Peter Siegenthaler und Prof. Dr. med. Martin Täuber.

Der Regierungsrat genehmigte mit RRB Nr. 0449 vom 21. März 2012 den Vertrag zwischen dem Kanton Bern (handelnd durch die GEF) einerseits und der SNBe AG sowie der Inselspital-Stiftung (beide jeweils handelnd durch den Verwaltungsrat) andererseits, mit dem die Leitung des Projekts an die beiden Betriebe übergeben wurde. Dabei galten die folgenden übergeordneten Verantwortlichkeiten:

- Projektauslöser und oberster Auftraggeber ist der Regierungsrat des Kantons Bern.
- Die GEF ist Projekteignerin und in dieser Funktion gegenüber dem Regierungsrat verantwortlich für die Durchführung des Projekts und die Verwendung der dafür vom Grossen Rat genehmigten Mittel.
- Die zwei personell identisch besetzten Verwaltungsräte leiten die Projektarbeiten und sind verantwortlich für die Erarbeitung der Liefereergebnisse der einzelnen Teilprojekte und für die Erarbeitung des Schlussberichts.

- Die Projektarbeiten werden von der Firma PricewaterhouseCoopers AG gemäss ihrem Auftrag mit dem Spitalamt ausgeführt.

Im Zusammenhang mit der Übernahme der Projektleitung durch die beiden Trägerschaften wurde die Organisationsstruktur des Projekts durch die neue Projektsteuerung unter der Leitung des Verwaltungsratspräsidenten überprüft und einzelne Teilprojekte umgruppiert.

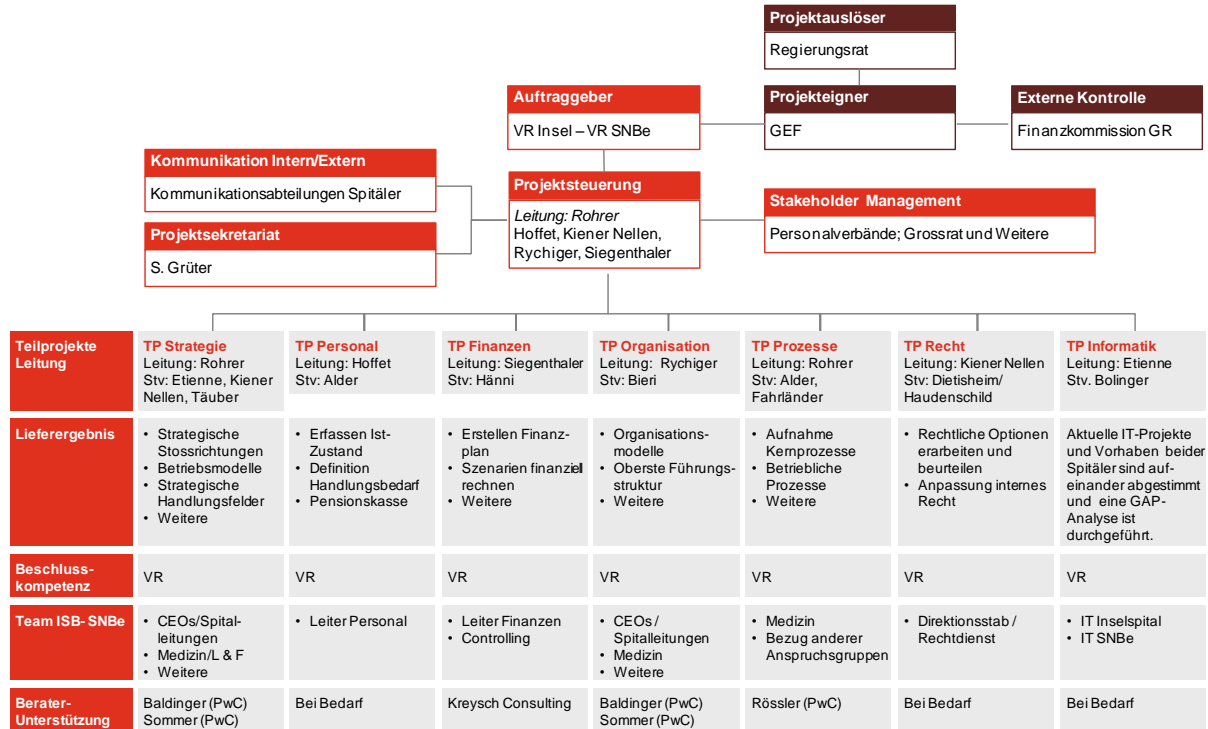


Abbildung 4: Projektorganisation ab Februar 2012

4 Ergebnisse

Die Projektergebnisse sind gegliedert in die einzelnen Teilprojekte. Aufgrund des unterschiedlichen Auftrags der einzelnen Teilprojekte unterscheiden sich die einzelnen Kapitel deutlich in Struktur, Umfang und Konkretisierungsgrad.

4.1 Vision und strategische Stossrichtungen

4.1.1 Vision

Das „Universitäre Spitalnetz Bern“ umfasst das führende Universitätsspital der Schweiz mit internationaler Ausstrahlung und den bevorzugten Anbieter der erweiterten Grundversorgung in der Region Bern. Es basiert auf der Bündelung von Leistungsangeboten, klar zugewiesenen Rollen und einheitlichen Behandlungspfaden zwischen den Standorten. Das „Universitäre Spitalnetz Bern“ strebt die Verbindung von qualitativ hochstehender Behandlung von Patienten mit akademischer Lehre und Forschung an.

4.1.2 Strategische Stossrichtungen

Die untenstehende Strategielandkarte zeigt die von den Verwaltungsräten beschlossenen strategischen Stossrichtungen und setzt diese mit den übergeordneten Zielen des Regierungsrats in Zusammenhang.

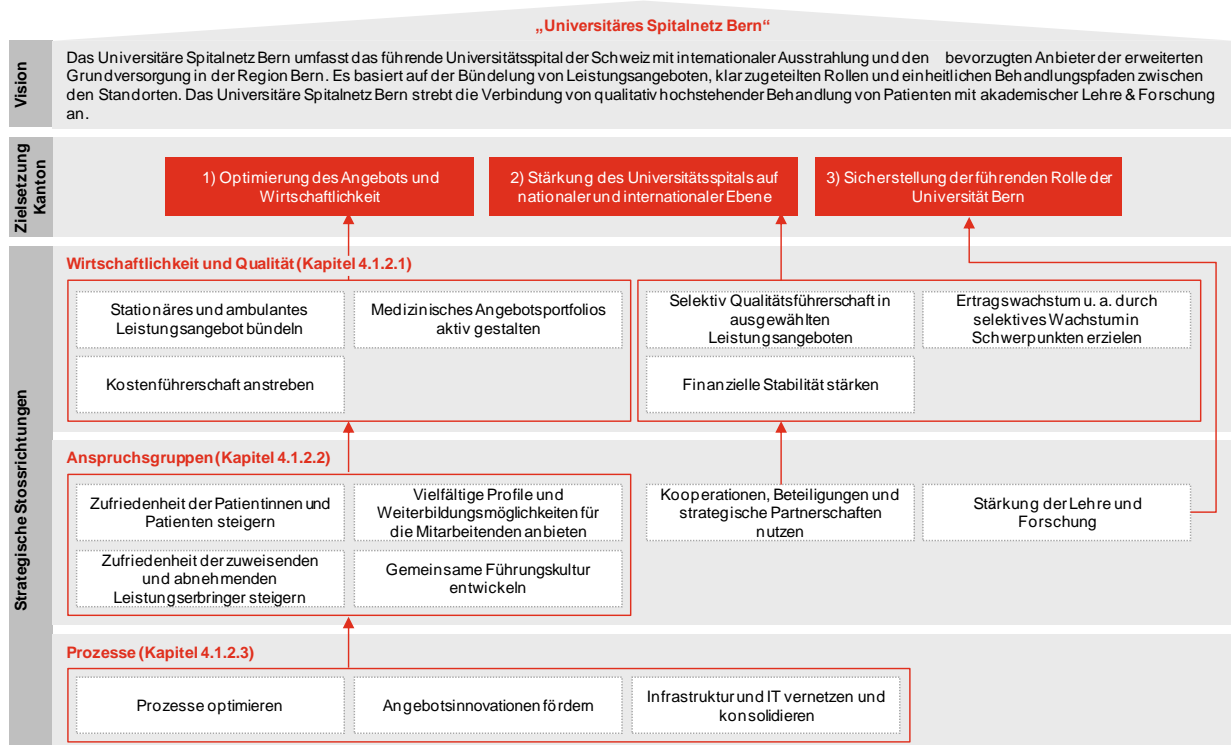


Abbildung 5: Strategielandkarte mit strategischen Stossrichtungen

4.1.2.1 Wirtschaftlichkeit und Qualität

Ertragswachstum u. a. durch selektives Wachstum in Schwerpunkten erzielen

Das „Universitäre Spitalnetz Bern“ verfolgt eine generelle Wachstumsstrategie mit selektivem, überproportionalem Wachstum in einzelnen medizinisch und ökonomisch attraktiven Schwerpunkten zur Stärkung der Marktposition. Überdurchschnittliches Wachstum wird insbesondere in den strategischen mul-

tidisziplinären Schwerpunkten Herz-Kreislauf, Neuro und dem Comprehensive Cancer Center (CCC, Onkologie) angestrebt.

Medizinisches Angebotsportfolio aktiv gestalten

Das „Universitäre Spitalnetz Bern“ gestaltet aktiv das medizinische Angebotsportfolio. Gewinnbringende Dienstleistungen werden gefördert, um dadurch nicht selbsttragende, jedoch versorgungsmässig oder strategisch wichtige Dienstleistungen bzw. Innovationen anbieten bzw. entwickeln zu können.

Es wird rund um die Uhr eine breit abgestützte universitäre Zentrumsversorgung und eine umfassende Grundversorgung an den dafür geeigneten Standorten angeboten.

Stationäres und ambulantes Leistungsangebot bündeln

Das Angebotsportfolio über alle Standorte wird optimiert und Leistungsangebote werden an einzelnen Standorten gebündelt.

Das ISB behandelt als Universitätsspital verstärkt komplexe Fälle.

In den Stadtspitälern (Tiefenau und Ziegler) und den Portalspitälern (Aarberg, Münsingen, Riggisberg) werden vermehrt Fälle der Grundversorgung behandelt. Damit sollen diese ausgelastet werden trotz Substitution von stationären in ambulante Behandlungen. Durch die Optimierung und Spezialisierung des Leistungsangebots sollen die Standorte mittelfristig gesichert werden.

Kostenführerschaft anstreben

Das „Universitäre Spitalnetz Bern“ steigert seine Wettbewerbsfähigkeit durch das Erreichen einer optimalen Betriebsgrösse sowie durch Steigerung der Effizienz. Mittelfristig wird die Kostenführerschaft unter den Universitätsspitälern sowie in der Grundversorgung im Kanton Bern angestrebt.

Selektiv Qualitätsführerschaft in ausgewählten Leistungsangeboten anstreben

Das „Universitäre Spitalnetz Bern“ stellt jederzeit eine hohe Behandlungsqualität auf allen Ebenen sicher. Ziel ist die selektive Qualitätsführerschaft in ausgewählten Leistungsangeboten.

Finanzielle Stabilität stärken

Die finanzielle Gesundheit, Zahlungsfähigkeit und ausreichende Kapitalisierung muss jederzeit gewährleistet sein. Damit wird die unternehmerische Unabhängigkeit und der finanzielle Handlungsspielraum für Investitionen sichergestellt. Investitionen und Ressourcen werden nach wirtschaftlichen und strategischen Kriterien gesteuert und alloziert. Mittelfristig müssen die Investitionen durch selbst erwirtschaftete Mittel finanziert werden.

4.1.2.2 Anspruchsgruppen

Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten steigern

Das Wohl der Patienten steht beim „Universitären Spitalnetz Bern“ im Zentrum. Die Zufriedenheit der Patienten und deren Angehöriger wird durch eine hohe medizinische Behandlungsqualität und eine zwischenmenschlich hochwertige Betreuung gesteigert. Durch die Nachbetreuung an den Portalspitälern reduzieren sich die Wege für die Patienten.

Vielfältige Profile und Weiterbildungsmöglichkeiten für die Mitarbeitenden anbieten

Das „Universitäre Spitalnetz Bern“ bietet seinen Mitarbeitenden vielfältige Arbeitsprofile und Karrierepfade. Je nach Eignung, Ausbildung und Präferenzen bieten sich unterschiedliche Einsatzmöglichkeiten an den unterschiedlichen Standorten an.

Das „Universitäre Spitalnetz Bern“ bietet in Zusammenarbeit mit ausgewählten Bildungsanbietern für alle relevanten Berufsgruppen zielorientierte, bedarfsgerechte Aus-, Weiter- und Fortbildungen an und stellt dadurch den Nachwuchs sicher. Damit vergrössern sich das Innovationspotential und die Flexibilität bei neuen Anforderungen. Im Rahmen der standortübergreifenden Zusammenarbeit werden Praxisangebote von hoher Attraktivität entwickelt (z. B. Rotationsprinzip zwischen den Standorten, Fokussierung auf bestimmte Krankheitsbilder, Generalistenausbildungen usw.).

Gemeinsame Führungskultur entwickeln

Das „Universitäre Spitalnetz Bern“ arbeitet mit einer gemeinsamen Führungskultur. Die Führung handelt im Interesse des Gesamtunternehmens.

Zufriedenheit der zuweisenden und abnehmenden Leistungserbringer steigern

Das „Universitäre Spitalnetz Bern“ strebt an, die Zufriedenheit der zuweisenden und abnehmenden Leistungserbringer zu steigern und die ambulante und stationäre Zusammenarbeit mit ihnen auszubauen. Das „Universitäre Spitalnetz Bern“ fördert qualitätssteigernde institutionenübergreifende Patientenprozesse von den Zuweisenden bis zur Nachsorge.

Die von den Verwaltungsräten eingesetzte Arbeitsgruppe „Beziehungspflege mit Zuweisern hat zu diesem Thema eine Reihe von Massnahmenvorschlägen entwickelt. Diese werden im Rahmen der Umsetzung des Zusammenschlusses umgesetzt.

Kooperationen, Beteiligungen und strategische Partnerschaften nutzen

Das „Universitäre Spitalnetz Bern“ nutzt Vorteile und Synergiepotentiale aus Kooperationen, Beteiligungen und strategischen Partnerschaften konsequent. Die vorhandenen Kooperationsaktivitäten mit zuweisenden und abnehmenden Leistungserbringern werden im künftigen Gesamtunternehmen zusammengeführt und koordiniert.

Stärkung von Lehre, Forschung, Innovation und Entwicklung

Das „Universitäre Spitalnetz Bern“ bildet mit der Medizinischen Fakultät der Universität Bern eine Kooperation in Lehre, Forschung, Innovation und Entwicklung und fördert die ärztliche Weiterbildung. Um das Ziel der Stärkung von Lehre, Forschung, Innovation und Entwicklung zu erreichen, werden die Strukturen so ausgelegt, dass eine enge und organische Verknüpfung zwischen klinischen, patientenbezogenen Prozessen, Lehre und Forschung und die optimierte Nutzung der Infrastruktur im Alltag stattfindet und gelebt wird. Damit wird die Erkenntnis umgesetzt, dass die Beschäftigung mit dem Patienten die Wissenschaft und Lehre beeinflusst, und dass vor dem Hintergrund eines soliden wissenschaftlichen Verständnisses eine höherwertige Patientenbetreuung erreicht wird. Lehre auf der anderen Seite bezieht ihre Impulse sowohl aus dem Umgang mit dem Patienten als auch aus der Auseinandersetzung mit der medizinischen Wissenschaft.

Um die miteinander verbundenen Bereiche Lehre und Forschung und die daraus resultierende Dienstleistung optimal zu entwickeln und zu stärken, braucht das „Universitäre Spitalnetz Bern“ möglichst grosse Fallzahlen. Deshalb ist das Betriebsmodell darauf ausgelegt, grosse klinische

Einheiten zu schaffen, welche möglichst ohne Barrieren den Zugang zu den Patienten und die Vernetzung von medizinischer Dienstleistung, Lehre und Forschung ermöglichen.

Das heute als vorbildlich geltende Curriculum der ärztlichen Ausbildung der Universität Bern mit der beispielhaften und strukturierten Verknüpfung zwischen Theorie und Praxis kann weiter ausgebaut werden. Die Optionen und die Praxiseinsicht der Studierenden wird erweitert hin zu einer generalistischen ärztlichen Ausbildung. Die Forschung und der akademische Nachwuchs in den Pflege- und Therapieberufen wird auch in Zusammenarbeit mit der Fachhochschule gefördert.

4.1.2.3 Prozesse

Prozesse optimieren

Effizienzgewinne aus Prozessoptimierungen –und steuerung steigern die finanzielle Handlungsfähigkeit und die Qualität der Leistungserbringung. Optimierungspotentiale werden sowohl im medizinischen Kerngeschäft als auch in den Querschnitts- bzw. Supportfunktionen systematisch ausgeschöpft.

Angebotsinnovation fördern

Das „Universitäre Spitalnetz Bern“ ist führend darin, Erkenntnisse der Forschung und des medizinischen Fortschritts über alle Standorte rasch in Dienstleistungsangebote umzusetzen. Forschungs- und entwicklungsorientierten Industriepartnern bietet das „Universitäre Spitalnetz Bern“ eine einmalige Plattform von der Grundversorgung bis zur hochspezialisierten Medizin.

Infrastruktur und IT konsolidieren und vernetzen

Die Infrastruktur und die IT-Systeme werden über das ganze „Universitäre Spitalnetz Bern“ mittel- bis langfristig konsolidiert und vernetzt. Dabei werden in der Medizininformatik versorgungsstufengerechte Lösungen angestrebt.

Schlussfolgerungen:

Die gemeinsam entwickelte Vision „Universitäres Spitalnetz Bern“ (Arbeitstitel) umfasst das führende Universitätsspital der Schweiz mit internationaler Ausstrahlung und den bevorzugten Anbieter der erweiterten Grundversorgung in der Region Bern. Das „Universitäre Spitalnetz Bern“ basiert auf der Bündelung von Leistungsangeboten, klar zugeteilten Rollen und einheitlichen Behandlungspfaden zwischen den Standorten. Das Ziel ist die Verbindung von qualitativ hochstehender Behandlung mit akademischer Lehre und Forschung.

Die definierten strategischen Stossrichtungen zu Wirtschaftlichkeit, Qualität, Anspruchsgruppen und Prozessen bilden die Leitlinien für die weitere Umsetzung des Zusammenschlusses.

4.2 Betriebsmodell

4.2.1 Übersicht

Das „Universitäre Spitalnetz Bern“ will die beschlossene strategische Stossrichtung über ein Betriebsmodell mit folgenden zehn Grundsätzen umsetzen:

1. Es gilt ein abgestuftes Angebotskonzept mit abgestimmtem Angebotsportfolio pro Standort.
2. Die netzweite Patientensteuerung erfolgt über definierte Patientenwege.
3. Die Notfallversorgung im Einzugsgebiet wird optimiert und es besteht die Bereitschaft zur Übernahme der Verantwortung für die Notfallversorgung im ganzen städtischen Raum und im weiteren Versorgungsraum.
4. Die universitäre Anbindung erfolgt gemäss Leistungsauftrag der Medizinischen Fakultät (Lehre und Forschung).
5. Für Aus- und Weiterbildungscurricula sowie für die Laufbahnplanung gibt es unternehmensweite Konzepte.
6. Die Führung erfolgt nach strategischen Managementgrundsätzen und dazu geeigneter Führungsstruktur.
7. Der Betrieb wird nach medizinischen und betriebswirtschaftlichen Kriterien geführt.
8. An den dezentralen Standorten werden über Portalspitäler zukunftsfähige Strukturen geschaffen.
9. Die medizinischen Querschnittsfunktionen und betriebswirtschaftlichen Supportfunktionen werden einheitlich geführt.
10. Das „Universitäre Spitalnetz Bern“ ist offen für Kooperationen mit Spitälern und Institutionen des Gesundheitswesens.

Für die Gestaltung des Betriebsmodells stehen als Elemente das ISB, die Stadtspitäler, die Portalspitäler, der Notfallbetrieb, die universitäre Anbindung, ein ärztliches Konzept sowie die Kooperationen im Netzwerk und mit vor- und nachgelagerten ambulanten Institutionen zur Verfügung.

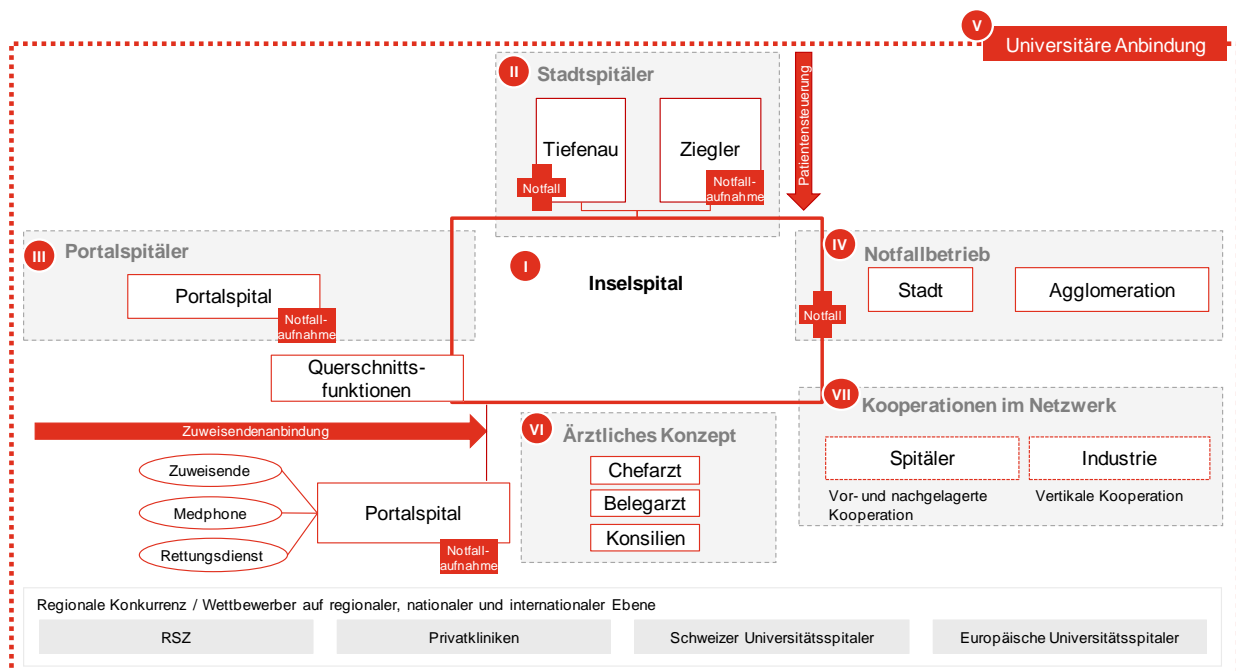


Abbildung 6: Elemente des Betriebsmodells

Die Elemente des Betriebsmodells werden nachstehend im Einzelnen vertieft beschrieben.

4.2.2 Vertiefung I: Rolle ISB, Universitätsspital

Das Inselspital hat als Universitätsspital ein breites Leistungsangebot in universitärer Medizin mit Abdeckung aller Fachdisziplinen rund um die Uhr. Abgestimmt mit der Strategie der Medizinischen Fakultät der Universität Bern positioniert sich das ISB national und international mit den Schwerpunkten Herz-Kreislauf, Neuro und Onkologie. Die universitäre Medizin umfasst als Teilmenge die hochspezialisierte (Spitzen-)Medizin. Die Positionierung in der Spitzenmedizin erfordert bezüglich Infrastruktur und Personal einen hohen Investitions- und Betriebsaufwand. Dieser Aufwand erfordert für eine optimale Auslastung eine entsprechende hohe Patientenzahl. Mindestfallmengen sind ebenfalls zu erreichen, um die Leistungszuteilung der GDK im Rahmen der IVHSM in verschiedenen Gebieten der hochspezialisierten Fachgebiete (z. B. Transplantationen, Neurochirurgie, Stroke, hochspezialisierte viszerale Chirurgie) zu erhalten und sich damit im nationalen Wettbewerb behaupten zu können.

Das ISB konzentriert sich dabei auf die hochspezialisierte Medizin, die Stärkung der strategischen Schwerpunkte und auf ein mit den verschiedenen Standorten abgestimmtes „Rund-um-die-Uhr-Angebot“ in der Notfallversorgung und weiteren Disziplinen der Akut- und Intensivmedizin sowie auf die Erbringung von medizinischen Querschnittdienstleistungen und Supportfunktionen für alle Standorte.

Fälle der umfassenden Grundversorgung, deren Diagnostik und Behandlung nicht zwingend die Infrastruktur eines Universitätsspitals benötigen, werden teilweise an die Stadtspitäler verlagert. Die dafür freiwerdende Kapazität wird zum Ausbau der strategischen Schwerpunkte verwendet. Gestützt auf das Angebotskonzept werden standortübergreifende Weiterbildungscurricula im ärztlichen Bereich sowie Bildungsprogramme in den nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen verstärkt entwickelt.

Das universitäre Notfallzentrum wird mit einem Angebot während 24/7h in allen Fachdisziplinen betrieben.

4.2.3 Vertiefung II: Rolle Stadtspitäler

Die Stadtspitäler Ziegler und Tiefenau haben als Zentrumsspitäler der umfassenden Grundversorgung im stationären und ambulanten Bereich ein klar positioniertes Leistungsangebot in der Aussenwirkung gegenüber Zuweisern und Patienten. Sie bilden für diese eine Ergänzung zum Universitätsspital und eine Alternative zu den Privatspitälern. Die Stadtspitäler zeichnen sich dadurch aus, dass sie im Vergleich zum Universitätsspital eine möglichst wenig untergliederte Versorgung des Patienten pflegen. Die aktiv gesuchte und enge Zusammenarbeit mit Hausärzten, Ärztenetzwerken und Notfalldienstkreisen stellt Zuweisungen sicher.

Das **Spital Tiefenau** wird als Akutspital positioniert, ist für die umfassende Grundversorgung zuständig, betreibt eine Notfallstation 24/7, eine Intensivstation oder IMC und ist je nach medizinischer Indikation Anlaufstelle für die Portalspitäler. Die Notfallstation stellt in Ergänzung zum ISB die Notfallversorgung im städtischen Raum sicher.

Das **Spital Ziegler** ist ein Akutspital und wird schwergewichtig als Zentrum für akute Altersmedizin mit Anschlussbehandlungen für andere Disziplinen positioniert. Zudem wird im Rahmen des strategischen Handlungsfeldes „Orthopädie“ die elektive Orthopädie am Standort Ziegler konzentriert. Zur Steigerung der Attraktivität können weitere Angebote aufgebaut werden. Eine Notfallaufnahme wird weitergeführt. Die OP-Bereitschaft wird nur während Geschäftszeiten vorgehalten. Das Spital Ziegler erfüllt in der Zusammenarbeit mit Hausärzten und anderen ambulanten Institutionen die gleichen Funktionen wie die

Portalspitäler. Die Positionierung des Spitals Ziegler erfolgt in einer Gesamtbetrachtung mit den Positionierungen des Spitals Belp und des Pflegezentrums Elfenau.

Im Bezug auf Forschung wird das Konzept „Ein Campus – Drei Standorte“ angestrebt. Forschungsvorhaben sollen standortübergreifend durchgeführt werden können.

4.2.4 Vertiefung III: Rolle Portalspitäler

Die dezentralen akut-somatischen Standorte im „Universitären Spitalnetz Bern“ (derzeit Münsingen, Aarberg und Riggisberg) haben auch künftig eine wichtige Rolle zur Sicherstellung der Grund- und Notfallversorgung in einem bestimmten Einzugsgebiet im Grossraum Bern. Zudem stellen die Portalspitäler das Bindeglied zu den niedergelassenen Ärzten, den Ärztenetzwerken und den sonstigen ambulanten Angeboten dar. Die Portalspitäler entwickeln mit diesen Institutionen sowie den Stadtspitälern/dem ISB gemeinsame Behandlungspfade und optimieren die Prozesse. Nach Möglichkeit sollen sich Hausarztpraxen in der Infrastruktur des Standortes ansiedeln.

Die sich verändernden wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen machen es notwendig, die Strukturen und die Organisation der dezentralen Standorte flexibel zu gestalten. Veränderungen sind durch einen Transformationsprozess mit angepasster Geschwindigkeit anzugehen. Da heute für jedes Portalspital unterschiedliche Voraussetzungen gelten, muss auch die zukünftige Ausrichtung unterschiedlich ausgestaltet werden.

Die für die Transformation in Portalspitäler zu entwickelnden Konzepte haben als Zielbild Portalspitäler mit modifiziertem und auf primär kurze Hospitalisationen ausgerichteten stationären Angebot sowie einer Notfallbehandlung und –aufnahme. Spezialisten aus der Zentrumsversorgung bieten zur Sicherstellung der Versorgung und zur Gewinnung von Patienten an den Portalspitäler ambulante Sprechstunden an. In den Portalspitälern werden primär ambulante und tagesklinische Operationen durchgeführt. Neben den Kerngebieten der medizinischen und chirurgischen Grundversorgung wird pro Standort geprüft, welche zusätzlichen stationären und ambulanten Leistungen angeboten werden sollen.

Die Portalspitäler sind zuständig für die wohnortnahe Nachbetreuung von Patienten, welche Dienstleistungen des „Universitären Spital Netz Bern“ beansprucht haben, sofern diese nicht durch den Hausarzt übernommen wird. Im Rahmen dieser Nachbetreuung organisieren und koordinieren die Portalspitäler auch eine gegebenenfalls notwendige spitalexterne Pflege.

Die Portalspitäler sind telemedizinisch mit dem Universitätsspital und den Stadtspitälern vernetzt.

Im Rahmen des Laufbahnplanungskonzeptes des „Universitären Spitalnetz Bern“ übernehmen die Portalspitäler auch Aufgaben in der Nachwuchs- und Talentförderung, insbesondere im ärztlichen Bereich.

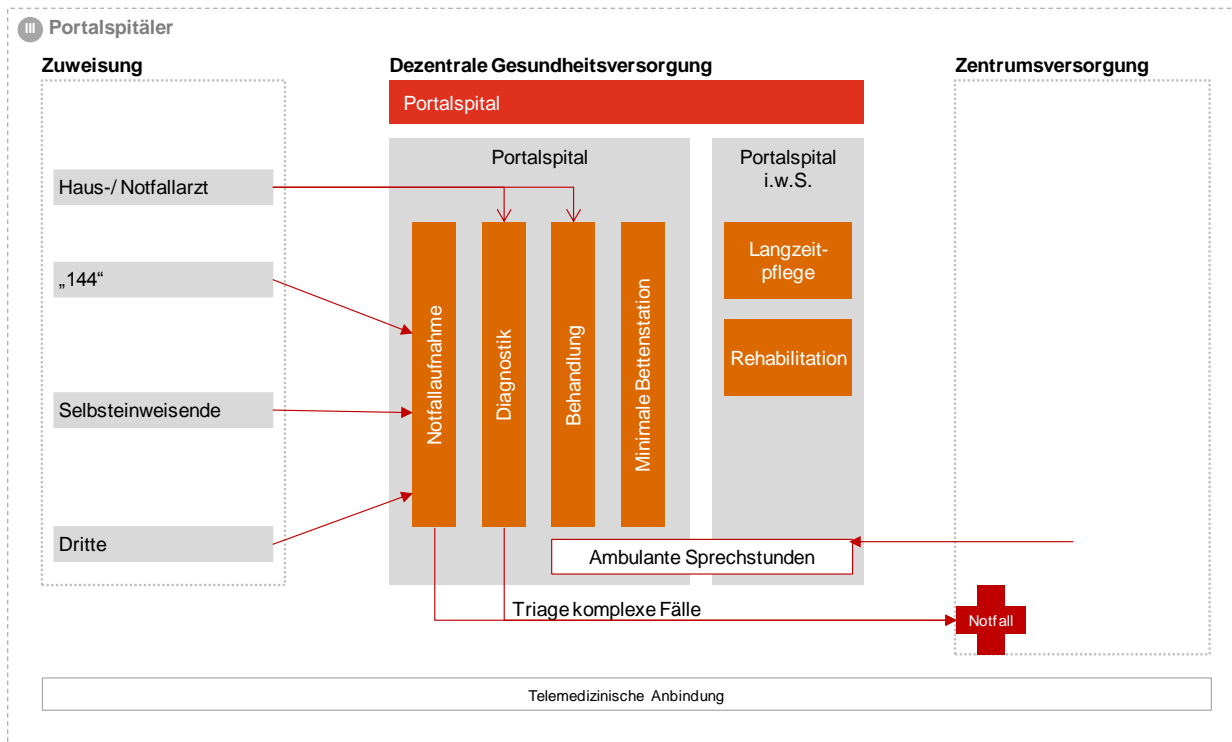


Abbildung 7: Betriebsmodell der Portalspitäler

4.2.5 Vertiefung IV: Notfall

Zielsetzungen bei der Optimierung der Notfallversorgung sind die Versorgungssicherheit, die Differenzierung gegenüber der lokalen Konkurrenz und die Wirtschaftlichkeit. In der Region Bern besteht ein Überangebot in der Notfallversorgung, insbesondere in der Nacht. Um einen wirtschaftlichen Betrieb sicherzustellen sollen die hohen Vorhalteleistungen reduziert werden. Gleichzeitig sind Notfallaufnahmen ein wichtiges Mittel zur Gewinnung von Patienten. Die Kooperationen mit Notfalldienstkreisen, Rettungsdiensten und der Sanitätspolizei sind wichtig für die Auslastung der Notfälle und sind zu halten sowie nach Möglichkeit auszubauen.

Mehrere Entwicklungen beeinflussen das Konzept des Notfalls. Durch den Verlust der Hausarztbindung eines grossen Teils der Bevölkerung werden vermehrt die Notfallstationen für Konsultationen aufgesucht.

Für die Notfallversorgung in der Stadt und Agglomeration Bern werden folgende drei Konzeptvorschläge für die einzelnen Standorte evaluiert:

- Notfallstation: In der Regel 24/h-Betrieb mit intensivmedizinischer Betreuung oder ausgebauter IMC und OP-Bereitschaft. Dabei wird gemäss Spitalliste zwischen drei unterschiedlichen Levels von Notfallstationen unterschieden, die je nach Dringlichkeit der Notfallbehandlungen pro Leistungsgruppe vorgeschrieben sind. Für die Geburtshilfe sind spezifische Notfalleinrichtungen vorgeschrieben.
- Notfallaufnahme: In der Regel 24/7h-Betrieb, keine Intensivmedizin, allenfalls jedoch ein Betrieb einer Intermediate Care Unit (IMC); die Operationsbereitschaft kann zeitlich beschränkt werden.
- Permanence: dringliche medizinische Behandlungen, beschränkte Öffnungszeiten. Die Behandlungsmöglichkeiten differieren entsprechend den involvierten Ärzten.

Patientenfluss und Triage

In den Notfall werden die Patienten über den durch die Notfallzentrale 144 aufgebotenen Rettungsdienst (eigene Rettungsdienste oder die Sanitätspolizei), über einen Hausarzt oder über den diensthabenden Hausarzt bzw. nachts über Medphone (Anruf an den diensthabenden Arzt im Spital) eingewiesen. Hinzu kommen die Selbsteinweisungen.

Das Notfallkonzept des „Universitären Spitalnetz Bern“ stellt durch eine zentrale Steuerung und Koordination sicher, dass der Notfallpatient zur richtigen Zeit am richtigen Ort versorgt wird, Verlegungen minimiert werden und das universitäre Notfallzentrum wegen der hohen Vorhalteleistungen in der Nacht und an Wochenenden optimal ausgelastet wird.

Notfall ISB: Universitäres Notfallzentrum (UNZ) 24/7h

Das interdisziplinäre UNZ wird 24/7h mit einem chirurgischen und medizinischen Bereich betrieben und ist ausgelegt für alle Notfälle, vom einfachsten Fall bis zum Schwerverletzten.

Pro Jahr werden ca. 31'000 chirurgische und medizinische Patienten behandelt, die theoretische Kapazitätsgrenze liegt bei jährlich ca. 40'000 Patienten. Vor allem in der Nacht bestehen ungenutzte Kapazitäten.

Notfallstation Stadtspitäler: Notfallstation 24/7 Tiefenau, Notfallaufnahme an Ziegler

Die Notfallstation bzw. Notfallaufnahme der Stadtspitäler entlastet die Notfallstation des ISBs wirkungsvoll. Sie behandeln pro Jahr rund 21'000 Patientinnen und Patienten.

Die Notfallstation am Spital Tiefenau wird 24 Stunden am Tag, an sieben Tagen die Woche betrieben. Sie dient als Anlaufstelle für Patienten, Hausärzte und Rettungsdienste. In der Nacht werden nur Selbsteinweisende aufgenommen und behandelt.

Am Spital Ziegler wird keine Notfallstation, sondern eine Notfallaufnahme angeboten. Diese ist während 24/7h offen und in einem zweiten Schritt wird die OP-Bereitschaft reduziert vorhanden sein. Für den Betrieb der Notfallaufnahme kommt eine Kooperation mit Hausärzten infrage.

Eine Rotation auf Assistenzarztebene und allenfalls Kaderarztebene zwischen den Notfällen Tiefenau/Ziegler und dem UNZ des ISBs wird eingerichtet, um die Dienste während 24/7h ausgeglichener zu verteilen.

Notfallaufnahme Portalspitäler

Die Portalspitäler sind heute gleichzeitig Stützpunkte des Rettungsdienstes. Sie garantieren die Notfallaufnahmen in Zusammenarbeit mit Medphone und den Hausärzten. Durch die Abstimmung und Zusammenarbeit mit den Zentrumsspitalern profitieren die Notfallaufnahmen der Portalspitäler von besseren Triagemöglichkeiten.

Für die Notfallversorgung an den Portalspitälern kommt je nach Standort eine der folgenden Optionen zur Anwendung:

- Option 1: Notfallaufnahme während 24/7h, eingeschränkte OP-Bereitschaft:
Die Notfallaufnahme bleibt wie bisher während 24/7h offen. Sie hat in erster Linie die Aufgabe, einfache Fälle zu behandeln und schwerere Fälle so zu stabilisieren, dass sie in die Notfallstation des Stadtsitals oder des ISBs weitergeleitet werden können. In der Nacht kann auf die OP-Bereitschaft verzichtet werden (Ausnahme: bei Führung einer wirtschaftlichen Geburtshilfe Bereitschaft von Anästhesie und OP-Personal für Notfall-Sectiones).

- Option 2: Notfallpermanence während reduzierten Öffnungszeiten:
Während bestimmten Zeiten (z. B. 07.00-20.00 werktags) dient die Notfallaufnahme als Anlaufstelle für die Patienten. Die Permanence hat in erster Linie die Aufgabe, Fälle der ambulanten Grundversorgung zu behandeln. Andere Fälle werden mit dem Rettungsdienst in die Notfallstation des Stadtspitals oder des ISBs weitergeleitet. Dabei können auch Modelle von Gruppenpraxen zur Anwendung kommen (Notfallpermanence bei Geburtsklinik nicht möglich).

4.2.6 Vertiefung V: Universitäre Anbindung

Die fundamentale Begründung für eine Anbindung des „Universitären Spitalnetz Bern“ liegt in der Einsicht, dass zur optimalen medizinischen Versorgung der Bevölkerung die wissenschaftliche Erkenntnis weiterentwickelt werden muss (Forschung) und dass der Nachwuchs in den Medizinalberufen gesichert werden soll (Lehre).

Ein wettbewerbsmässiger Vorteil des Netzwerks liegt darin, dass jeder Standort in geeigneter, strategisch abgestufter Form über eine universitäre Anbindung verfügen kann. Die universitäre Anbindung hat die Dimensionen Forschung, Lehre, „Dienstleistung“ und „Marktauftritt“. Das vorgeschlagene Modell wird mit der zuständigen Kommission SMSB der Medizinischen Fakultät der Universität Bern abgestimmt.

Der Begriff „Universitär“ wird nach den Vorgaben der Medizinischen Fakultät bzw. der Universität gezielt für einzelne universitäre Leistungsangebote an den verschiedenen Standorten des Gesamtunternehmens verwendet.

Folgendes Modell steht im Vordergrund:

- Der Begriff „Universitätsspital“ bleibt auf das ISB beschränkt.
- Definierte strategische Fachbereiche werden als Universitätsklinik an mehreren Standorten betrieben. Diese Universitätskliniken werden durch den Klinikdirektor/Ordinarius des Universitätsspitals geführt.
- Einzelne Fachbereiche können als universitäre Einheit integral an einem Standort ausserhalb des ISBs angesiedelt werden (wie heute bereits die Geriatriische Universitätsklinik). Die Vorgaben aus dem Strukturbericht und dem Leistungsauftrag der Medizinischen Fakultät für die Bereiche Lehre und Forschung kommen in den universitären Einheiten zur Anwendung. Die organisatorische Anbindung wird so ausgestaltet, dass die universitären Anliegen möglichst gut umgesetzt werden können.
- Kliniken ohne universitäre Führung werden weiterhin nicht als universitär bezeichnet.

4.2.7 Vertiefung VI: Ärztliches Konzept

Das künftige Gesamtunternehmen hat folgende Grundsätze zum ärztlichen Konzept beschlossen:

Inselspital

Die Fachbereiche sind strukturell eigenständige Kliniken oder Institute und zuständig für Dienstleistung, Lehre und Forschung. Diese werden von einem Klinik- oder Institutsdirektor geführt, der in der Regel ordentlicher oder ausserordentlicher Professor der Universität Bern ist. Die Leistungsaufträge in der Dienstleistung werden durch die Spitalleitung und in der Lehre und Forschung durch die Medizinische Fakultät erteilt. Kliniken oder Institute mit einem fakultären Leistungsauftrag treten unter der Bezeichnung „Universitätsklinik oder Universitätsinstitut für...“ auf. Kliniken oder Institute ohne fakultären Auftrag werden als „Klinik oder Institut für...“ bezeichnet (z. B. Institut für Spitalpharmazie).

In definierten medizinischen Fachgebieten wird eine Universitätsklinik an mehreren Standorten unter Führung des heutigen Klinikdirektors/Ordinarius organisiert. Dies betrifft das ISB und die beiden Stadtspitäler. Die betroffenen Chefärzte der Stadtspitäler werden Mitglied der Klinikleitung, den ärztlichen Leistungsträgern der SNBe sollen adäquate Tätigkeitsfelder in der neuen Struktur geschaffen werden. In den weiteren Fachgebieten muss im Einzelfall die Klinikstruktur geklärt und entschieden werden.

Die Rund-um-die-Uhr-Versorgung wird durch Assistenzärzte und Oberärzte, leitende Ärzte und die Chefärzte je Fachgebiet sichergestellt.

Stadtspitäler

In definierten medizinischen Fachgebieten, die sowohl an einem Stadtspital wie auch am ISB angeboten werden, gilt das Prinzip „Ein Fach, eine Klinik“, wobei Ausnahmen – wie erwähnt – vorbehalten bleiben. Die betroffenen Chefärzte der Stadtspitäler werden Mitglied der Klinikleitung. Die ärztliche Versorgung am Stadtspital wird innerhalb der Organisation der betroffenen Universitätskliniken sichergestellt.

Medizinische Disziplinen, welche nicht nach dem Chefarztprinzip angeboten werden, können nach dem Konsiliarsystem ausgestaltet werden. Die Konsiliarii werden durch das universitäre Zentrum oder zu bestimmende, fachlich qualifizierte Ärzte gestellt.

Portalspitäler

Das fachärztliche Versorgungskonzept beruht auf von der Klinik des jeweiligen Fachs angestellten Spitalärzten. Das Belegarztsystem wird im Einzelfall nach wirtschaftlichen und medizinischen Kriterien abgestimmt. In einer ersten Phase werden die Portalspitäler weiter über die Standorte geführt. Die hausinterne 24-Stunden-Versorgung wird durch den ärztlichen Dienst der Allgemeinen Inneren Medizin sichergestellt. Für die Notfallversorgung von Patienten wird den Ärzten der Portalspitäler auch eine Möglichkeit des medizinischen Backups mit direkter Durchwahl in Zentrumspitäler geschaffen.

4.2.8 Vertiefung VII: Kooperationen

Forschungskooperation mit der Medizinischen Fakultät

Die Forschungskooperation mit der Medizinischen Fakultät und der Universität Bern in Lehre und Forschung wird weiter ausgebaut. Dabei wird ein koordiniertes Vorgehen in gemeinsamen Strategiefragen angestrebt.

Horizontale Kooperation mit weiteren Spitälern

Das „Universitäre Spitalnetz Bern“ geht auf Basis einer abgestimmten Allianzstrategie Kooperationen mit Universitätsspitalern sowie Kantonsspitalern und regionalen Spitalzentren ein. Die bestehenden Kooperationen werden dabei aufgrund des zu bildenden Netzsystems neu beurteilt sowie mit allfällig neuen Kooperationspartnern ergänzt.

Vertikale Kooperationen mit weiteren Leistungserbringern

Das „Universitäre Spitalnetz Bern“ arbeitet im ambulanten Bereich eng mit den bestehenden Leistungserbringern (z. B. niedergelassenen Ärzten, Ärztenetzwerken, Pflegefachleuten, SPITEX, Psychotherapeuten, Physiotherapeuten, Logopäden, Ergotherapeuten, Apotheken, Alters- und Pflegeheimen) zusammen.

Laterale Kooperationen mit Finanzierern, Bildungswesen, Industrie, Weiteren

Mit Krankenversicherungen werden in den Bereichen Integrierte Medizin (Managed Care) und Zusatzversicherungen gezielt Kooperationen eingegangen und neue Modelle entwickelt.

In Kooperation mit ausgewählten Bildungsanbietern soll eine kompetente, praxisorientierte Aus- und Weiterbildung in den Gesundheitsberufen sichergestellt werden.

Die strategisch ausgerichtete Zusammenarbeit mit forschungs- und entwicklungsorientierten Industriepartnern ist ein wichtiger Erfolgsfaktor für die Innovationen und wird gefördert durch ein professionelles Partnermanagement. Dieses umfasst auch Verantwortlichkeiten seitens Unternehmen, die Regelung des Ressourceneinsatzes und des geistigen Eigentums.

4.2.9 Strategische Handlungsfelder

Das Betriebsmodell wurde über strategische Handlungsfelder exemplarisch vertieft. Diese wurden aufgrund der Grösse des Fachbereichs, der Überlappungen der Angebote und der Synergie-Intensität ausgewählt. Durch die Beteiligung von Schlüsselpersonen beider Unternehmen wurde der Veränderungsprozess („Change“) angestossen und wichtige Inputs für das Betriebsmodell eingeholt. In den folgenden fünf strategischen Handlungsfeldern wurden Grobkonzepte erarbeitet und von den Verwaltungsräten verabschiedet.

Strategisches Handlungsfeld	Zusammenfassung
Allgemeine Innere Medizin	<ul style="list-style-type: none">• Die akute Allgemeine Innere Medizin (AIM) wird eine gemeinsame Universitätsklinik an zwei Standorten.• Konzentration der akuten AIM auf zwei Standorte (Insel, Tiefenau) zur Schaffung von Synergien und Steigerung der Wirtschaftlichkeit.• Verschiebung der Chronic Care Schaffung einer neuen Post-acute Care Unit am Zieglerspital für Langliegerpatienten (medizinische und chirurgische) aller Standorte.• Zweistufiges Vorgehen: Integration Platz Bern in einem ersten Schritt, danach die Portalspitäler.
Orthopädie	<ul style="list-style-type: none">• Eine orthopädische Universitätsklinik an zwei Standorten.• Steigerung der Wettbewerbsfähigkeit der Orthopädie durch die Zusammenführung der Orthopädien ISB und Zieglerspital und deren optimale Positionierung• Das Zieglerspital wird schwerpunktmässig für elektive Orthopädie positioniert, um ein attraktives Zentrum für planbare Eingriffe zu bilden. Das ISB fokussiert schwerpunktmässig auf komplexe und nicht planbare Eingriffe.• Langliegerpatienten werden in die Post-acute Care Unit am Zieglerspital abverlegt.• Zweistufiges Vorgehen: Integration Platz Bern in einem ersten Schritt, danach die Portalspitäler.
Viszerale Chirurgie und Medizin	<ul style="list-style-type: none">• Universitätsklinik für Viszerale Chirurgie und Medizin an zwei Standorten ISB/ Tiefenauspital• Konzentration der elektiven und Notfall-Vorhalteleistungen sowie Förderung der Subspezialisierung.

Strategisches Handlungsfeld	Zusammenfassung
Herz-Kreislauf	<p>Herzchirurgie: In Herzchirurgie sieht das abgestimmte Grobkonzept die Konzentration der herzchirurgischen Patienten im ISB und deren mögliche postoperative Betreuung im Tiefenau vor.</p> <p>Angiologie: Angiologische Sprechstunde an den Stadtspitälern.</p> <p>Kardiologie: Konzentration der Katheterlabore am Standort ISB. mit Realisierung spätestens auf den Zeitpunkt hin, wenn am Standort Tiefenau Investitionen für das Herzkatheterlabor anstehen oder wenn andere strategische Überlegungen dafür sprechen. Bis dahin wird invasive Kardiologie auch am Standort Tiefenau angeboten.</p>
Neurologie und Neurochirurgie	<p>Ausbau des strategischen Schwerpunkts Neuro über Marktwachstum mit damit zusätzlich verbundenem Bettenbedarf am ISB.</p> <p>Neurologie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Etablierung eines vom ISB gestellten neurologischen Konsiliardienstes für die Stadtspitäler inkl. Durchführung von EEG-Untersuchungen. • Neurologische Notfälle sollten direkt ans ISB gelangen. Schlaganfälle sollten primär auf der Stroke Unit des Neurozentrums behandelt werden. • Neurologische Reha: Ausbau Reha Anna-Seiler-Haus; zeitnahe Neuroreha auch für Patienten der Stadt- und Portalspitäler. Ort und Umfang ist vertieft abzuklären. <p>Neurochirurgie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die universitäre Klinik für Neurochirurgie bietet das komplette Angebot beim ISB an. • Am Spital Münsingen wird eine Neurochirurgie-Praxis (NPM AG) von Belegärzten geführt. • Es gibt eine abgesprochene Kooperation im Rahmen des Gesamtunternehmens mit dem Ziel einer möglichst aktiven und grossen Marktabdeckung.

Tabelle 2: Strategische Handlungsfelder

Die beschlossenen Grobkonzepte Allgemeine Innere Medizin, Orthopädie, Viszerale Chirurgie und Medizin, Herzchirurgie, Angiologie, Neurologie und Neurochirurgie sollen in die Projektorganisation Transformationsplanung überführt und im Jahr 2013 weiter vertieft werden.

Schlussfolgerungen:

Das „Universitäre Spitalnetz Bern“ strebt an, die strategischen Stossrichtungen über ein Betriebsmodell umzusetzen, welches eine gemeinsame Organisationsstruktur und Unternehmenskultur, aufeinander abgestimmte Prozesse, wirtschaftliche Leistungserbringung sowie ein einheitliches Erscheinungsbild gewährleistet. Das Betriebsmodell wurde in enger Zusammenarbeit mit Schlüsselpersonen des medizinischen Kerngeschäfts exemplarisch vertieft.

Das Betriebsmodell beschreibt das Zielbild für die Rolle von ISB, den Stadtspitälern und den Portalspitälern im Gesamtunternehmen.

Das **Inselspital** hat als Universitätsspital ein breites Leistungsangebot in universitärer Medizin mit Abdeckung aller Fachdisziplinen rund um die Uhr. Abgestimmt mit der Strategie der Medizinischen Fakultät

tät der Universität Bern positioniert sich das Inselspital national und international mit den Schwerpunkten Herz-Kreislauf, Neuro und Onkologie. Fälle der umfassenden Grundversorgung, deren Diagnostik und Behandlung nicht zwingend die Infrastruktur eines Universitätsspitals benötigen, werden teilweise an die Stadtspitäler verlagert. Die dafür freiwerdende Kapazität wird zum Ausbau der strategischen Schwerpunkte verwendet.

Die **Stadtspitäler** Ziegler und Tiefenau haben als Zentrumsspitäler der umfassenden Grundversorgung im stationären und ambulanten Bereich ein klar positioniertes Leistungsangebot in der Aussenwirkung gegenüber Zuweisern und Patienten. Das Tiefenauspital wird als Akutspital positioniert, ist für die umfassende Grundversorgung zuständig. Das Spital Ziegler wird als Zentrum für akute Altersmedizin mit Anschlussbehandlungen für andere Disziplinen positioniert. Zudem wird die elektive Orthopädie am Standort Ziegler konzentriert.

Die dezentralen akut-somatischen Standorte Münsingen, Aarberg und Riggisberg werden aufgrund der geänderten wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen in **Portalspitäler** transformiert. Die dafür zu entwickelnden Konzepte haben als Zielbild Portalspitäler mit modifiziertem und auf primär kurze Hospitalisationen ausgerichteten stationären Angebot sowie einer Notfallbehandlung und –aufnahme. Spezialisten aus der Zentrumsversorgung bieten zur Sicherstellung der Versorgung und zur Gewinnung von Patienten an den Portalspitälern ambulante Sprechstunden an.

Zudem wurden im Betriebsmodell Vorentscheide zum Notfall getroffen und in Zusammenarbeit mit der Medizinischen Fakultät der Universität Bern die universitäre Anbindung geregelt.

Für ausgewählte medizinische Fachbereiche (Allgemeine Innere Medizin, Orthopädie, Viszerale Chirurgie und Medizin, Herz-Kreislauf sowie Neurologie und Neurochirurgie), liegen bereits Grobkonzepte vor. Diese zeigen auf, wie der Zusammenschluss operativ im Kerngeschäft vollzogen werden kann und in welchen funktionalen Bereichen die Synergiepotentiale realisiert werden können.

Der Einbezug der Betroffenen und das Denken der involvierten Fachleute in der Kategorie des Gesamtunternehmens mit bedeutenden Synergiepotentialen und Handlungsoptionen ermöglichte den medizinischen Kliniken, den Zusammenschluss zu operationalisieren und bildet eine wesentliche Basis für die nachfolgende Transformation.

4.3 Organisation und Prozesse

4.3.1 Organisationsmodell

Drei Organisationsmodelle wurden vertieft analysiert. Diese sind:

1. Das erste Organisationsmodell „**Versorgungsstruktur**“ sieht die Gliederung entlang der Versorgungsstruktur vor. Das Geschäft wird in die Einheiten „Grundversorgung“ und „universitäre Versorgung“ gegliedert. Dies entspricht weitgehend separaten Organisationsstrukturen der heutigen SNBe und des heutigen ISBs.
2. Im zweiten Organisationsmodell „**Zentrenstruktur**“ wird die Organisation standortübergreifend entlang krankheitsgruppierter Zentren geführt. Jedes Zentrum (bspw. Herz-Kreislauf) hat Teams an einem oder mehreren Standorten. Die Zentren sind die ergebnisverantwortlichen Einheiten.
3. Das dritte Organisationsmodell „**Mix**“ kombiniert eine Departementalisierung am Standort Bern und die Führung der Portalspitäler über Standorte.

Die Verwaltungsräte haben beschlossen, das Organisationsmodell 3 „Mix“ weiterzuverfolgen. Dieses ist eine balancierte Lösung, welche grosses Gestaltungspotential für die Zukunft aufweist. Langfristig besteht hingegen die Möglichkeit einer Weiterentwicklung in Richtung des Organisationsmodells 2 „Zentrenstruktur“.

Konkretisierung des beschlossenen Organisationsmodells

Die Unternehmenssteuerung erfolgt für die Standorte ISB, Tiefenau und Ziegler über Departemente sowie Kliniken und Institute.

In den Fachgebieten Allgemeine Innere Medizin, Herz-Kreislauf (Herzchirurgie, Kardiologie, Angiologie), Neuro (Neurologie und Neurochirurgie), Orthopädie sowie Viszerale Chirurgie und Medizin wird eine Universitätsklinik an einem oder mehreren Standorten unter Führung des heutigen Klinikdirektors / Ordinarius organisiert. Dies betrifft das ISB und die beiden Stadtspitäler. Die betroffenen Chefärzte der Stadtspitäler werden Mitglied der Klinikleitung, den ärztlichen Leistungsträgern der SNBe sollen adäquate Tätigkeitsfelder in der neuen Struktur geschaffen werden. In den weiteren Fachgebieten ist im Einzelfall die Klinikstruktur zu klären und zu entscheiden.

Die Portalspitäler Aarberg, Münsingen, Riggisberg sowie Belp und das Pflegezentrum Elfenau werden als Standorte geführt.

Medizinische Querschnittsfunktionen sowie betriebswirtschaftlicher Support werden schrittweise unter eine gemeinsame Führung gestellt.

4.3.2 Oberste Führungsstruktur

Die Führung des Gesamtunternehmens wird über eine Geschäftsleitung (GL) erfolgen. Diese wird durch einen Vorsitzenden geführt und umfasst sieben Mitglieder. Es gibt keine separate Spitalleitung ISB und Geschäftsleitung SNBe.

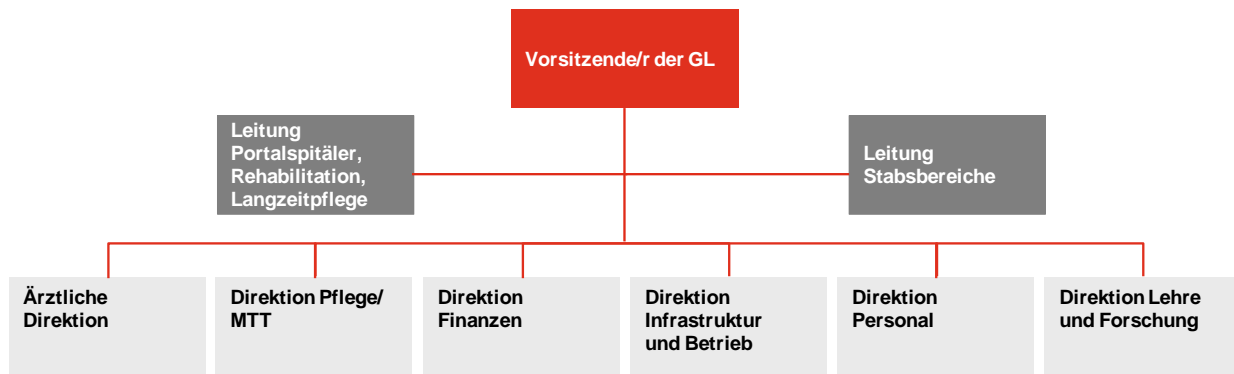


Abbildung 8: Oberste Führungsstruktur

Grundgedanke der Zusammensetzung der künftigen GL ist, dass alle strategisch relevanten Bereiche in der GL vertreten sind. Die Geschäftsleitung lässt sich wie folgt charakterisieren:

- Die medizinischen Kernfunktionen stellen drei Mitglieder: den Ärztlichen Direktor/die Ärztliche Direktorin, den Direktor Pflege/Medizinisch-technische-therapeutische Berufe/die Direktorin Pflege/Medizinisch-technische-therapeutische Berufe und den Direktor Lehre und Forschung/die Direktorin Lehre und Forschung.
- Die nicht-medizinischen Kernfunktionen stellen ebenfalls drei Mitglieder: den Direktor Finanzen/die Direktorin Finanzen, den Direktor Infrastruktur und Betrieb/die Direktorin Infrastruktur und Betrieb und den Direktor Personal/die Direktorin Personal.
- Der Direktor Infrastruktur und Betrieb/Die Direktorin Infrastruktur und Betrieb wird eine stark ausgestaltete Funktion und soll die Supportprozesse optimieren.
- Der Direktor Personal/Die Direktorin Personal ist in der Geschäftsleitung vertreten, um während des Zusammenschlussprojekts die auftretenden Personalthemen strategisch positionieren zu können.
- Die Direktion Lehre und Forschung regelt die wichtige Schnittstelle zur Universität.
- Der Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität Bern ist von Amtes wegen ohne Stimmrecht in der GL-Sitzung vertreten.
- Der Leiter/Die Leiterin Stabsbereiche ist nicht Mitglied der GL.
- Der Leiter/Die Leiterin Portalspitäler, Rehabilitation, Langzeitpflege ist nicht Mitglied der GL.

Der Evaluationsprozess zur personellen Besetzung der Geschäftsleitung wurde bereits angestoßen. Dazu gehören sowohl das Selektionsverfahren wie auch die Stellenprofile für die Mitglieder der Geschäftsleitung. Die Rekrutierung eines neuen Vorsitzenden/einer neuen Vorsitzenden der Geschäftsleitung wurde im November 2012 ausgelöst.

Die Verwaltungsräte nehmen die Haltung der Medizinischen Fakultät zur Frage der Zusammensetzung der allerobersten Führungsebene zur Kenntnis:

„Die medizinische Fakultät hält es für unabdingbar, dass die akademische medizinische Kernkompetenz in Person des Ärztlichen Direktors auch auf alleroberster Führungsebene, sprich Vorsitzendem der Geschäftsleitung oder dessen direkte Stellvertretung, vertreten ist.“

Er ist bereit, dieses Anliegen bei der Besetzung der Position des Vorsitzenden der Geschäftsleitung und dessen Stellvertretung zu prüfen und soweit möglich zu berücksichtigen.

Die zweite Führungsebene der Bereiche ist ebenfalls strukturell definiert (bspw. Leiter/Leiterin Finanzen und Rechnungswesen, Leiter/Leiterin med. Angebotsstrategie usw.). Im Jahr 2013 wird der Evaluationsprozess für die zweite Führungsebene initialisiert.

4.3.3 Prozessmanagement

Im Prozessmanagement ist ein Prozesshandbuch entwickelt und eine Prozessmanagementmethode festgelegt worden.

Damit wurden die Grundlagen geschaffen, um bei der effektiven Integration des medizinischen Kerngeschäfts sowie der Integration der Supportfunktionen nach einheitlicher Methode die Ist-Prozesse aufzunehmen und Soll-Prozesse zu definieren.

Schlussfolgerungen:

Ein zentraler Erfolgsfaktor für die Zusammenführung ist die rasche Etablierung einer künftigen Geschäftsleitung für das Gesamtunternehmen, falls möglich bereits auf Herbst 2013. Die entsprechenden Grundlagen für den Evaluationsprozess sind geschaffen bzw. bereits initialisiert.

Die künftige Geschäftsleitung des Gesamtunternehmens wurde konzeptionell entwickelt und im VR und mit der Spitalleitung des ISBs und der Geschäftsleitung der SNBe abgestimmt. Die künftige Geschäftsleitung besteht aus sieben Mitgliedern für die sechs Ressorts Medizin, Pflege, Finanzen, Infrastruktur und Betrieb, Personal sowie Lehre und Forschung und wird durch einen Vorsitzenden geführt. Die zweite Führungsebene (Bereiche) ist ebenfalls strukturell definiert.

Die oberste Leitungsstruktur im medizinischen Kerngeschäft ist ebenfalls abgestimmt oder bereits in vertiefter Diskussion. Durch die Schaffung von Universitätskliniken an mehreren Standorten in der Stadt Bern wird ein „Campus an drei Standorten“ geschaffen.

In den Fachgebieten Allgemeine Innere Medizin, Herz-Kreislauf (Herzchirurgie, Kardiologie, Angiologie), Neuro (Neurologie und Neurochirurgie), Orthopädie sowie Viszerale Chirurgie und Medizin wird eine Universitätsklinik an einem oder mehreren Standorten unter Führung des heutigen Klinikdirektors/Ordinarius organisiert. Dies betrifft das ISB und die beiden Stadtspitäler. Die betroffenen Chefärzte der Stadtspitäler werden Mitglied der Klinikleitung, den ärztlichen Leistungsträgern der SNBe sollen adäquate Tätigkeitsfelder in der neuen Struktur geschaffen werden. In den weiteren Fachgebieten ist im Einzelfall die Klinikstruktur zu klären und zu entscheiden. Die Portalspitäler Aarberg, Münsingen, Riggisberg sowie Belp und das Pflegezentrum Elfenau werden als Standorte geführt.

Für die effektive Zusammenführung sind Betriebskonzepte pro medizinischen Fachbereich bzw. Zusammenführungspläne für die Supportfunktionen zu erarbeiten. Diese umfassen Soll-Organisation und Soll-Prozesse. Das erarbeitete Prozessmanagementhandbuch schafft dazu eine einheitliche Grundlage.

4.4 Recht

4.4.1 Ausgangslage

Ziel ist, eine juristisch praktikable Lösung zu finden, wie das ISB (durch die auf das Jahr 1354 zurückgehende Inselspital-Stiftung direkt geführt) und die Spitäler der 2006 gegründeten SNBe AG (100 % im Eigentum des Kantons Bern) zusammengeführt bzw. unter einheitliche Führung gestellt werden können.

4.4.2 Vorgehen

Stiftungsrechtliche Fragestellungen

Wenn von rechtlichem Zusammenschluss die Rede ist, stehen Fusion und Holding-Struktur zumindest beim Zusammenschluss von zwei Aktiengesellschaften im Vordergrund. Ist aber das eine Unternehmen eine Stiftung, sind folgende Punkte zu beachten:

- Das Stiftungsrecht lässt gemäss Art. 86 Zivilgesetzbuch (ZGB) wesentliche Zweckänderungen nur sehr zurückhaltend zu, nämlich wenn der bisherige Stiftungszweck eigentlich unsinnig, gänzlich überholt oder veraltet ist. Da keine dieser Voraussetzungen gegeben ist, mussten Lösungsansätze unter Respektierung des Stiftungszwecks der Inselspital-Stiftung erarbeitet werden.
- Stiftung und Aktiengesellschaft können gemäss Fusionsgesetz nicht im herkömmlichen Sinn fusioniert werden (möglich ist nur die sog. Absorptionsfusion, d. h. die AG wird in die Stiftung integriert). Verschiedene Stiftungen können nur dann untereinander fusioniert werden, solange der bisherige Stiftungszweck nicht eigentlich unsinnig, gänzlich überholt oder veraltet ist. Es mussten Lösungsansätze unter Respektierung dieses Faktums erarbeitet werden.
- Zentraler Zweck der Inselspital-Stiftung ist die Führung des ISB. Hier mussten diejenigen Lösungsansätze herauskristallisiert werden, die zu keiner „wesentlichen“, sondern nur zu einer „unwesentlichen“ (Art. 86b ZGB) und/oder Organisationsänderung (Art. 85 ZGB) führen. Bei diesen beiden letzteren kann stiftungsrechtlich davon ausgegangen werden, dass die Aufsichtsbehörde eine solche Änderung akzeptieren könnte.

Fazit: Die sich aus diesen Fragestellungen ergebenden Grenzen aufgrund der bestehenden Rechtsform der beiden Unternehmen haben dazu geführt, dass gewisse angedachte Varianten eines Zusammenschlusses aus juristischen Gründen nicht umsetzbar sind. Entsprechend wurden grundsätzlich die Fusion sowie Varianten ausgeschlossen, bei denen die Inselspital-Stiftung die Führung des ISB (direkt oder zumindest indirekt) verloren hätte.

Wettbewerbs-/kartellrechtliche Fragestellungen

Aus vorsorglicher Überlegung wurde beim Sekretariat der Wettbewerbskommission formell eine Beratung eingeholt. Damit sollte frühzeitig die Frage geklärt werden, ob ein Zusammenschluss – unabhängig von der definitiven Ausgestaltung – allenfalls meldepflichtig wäre.

Blick in weitere im Auge zu behaltende rechtliche Fragestellungen

Neben den oben erwähnten Themenkreisen wurden auch andere Rechtsgebiete tangiert und insbesondere erste Überlegungen im Hinblick auf mögliche steuerrechtliche Fragestellungen vorgenommen.

4.4.3 Ergebnisse

Klärung grundlegender stiftungsrechtlicher Fragen im Hinblick auf Zusammenschluss

Im Wissen um die sich durch das Stiftungsrecht ergebenden Grenzen möglicher Zusammenschlussvarianten wurden die sich stellenden Fragen schrittweise. So wurden einerseits Herrn Prof. Hans Michael Riemer gutachterliche Fragestellungen zum Zusammenschluss unterbreitet und parallel dazu die ange-dachten Strukturen der Bernischen BVG- und Stiftungsaufsicht (BBSA) zur Stellungnahme zugestellt.

Lösung „Management AG“

Aufgrund der unter 4.4.2 erwähnten stiftungsrechtlichen Fragestellungen und unter Berücksichtigung der sich daraus ergebenden rechtlichen Grenzen wurde durch die Verwaltungsräte entschieden, die Management AG weiterzuverfolgen.

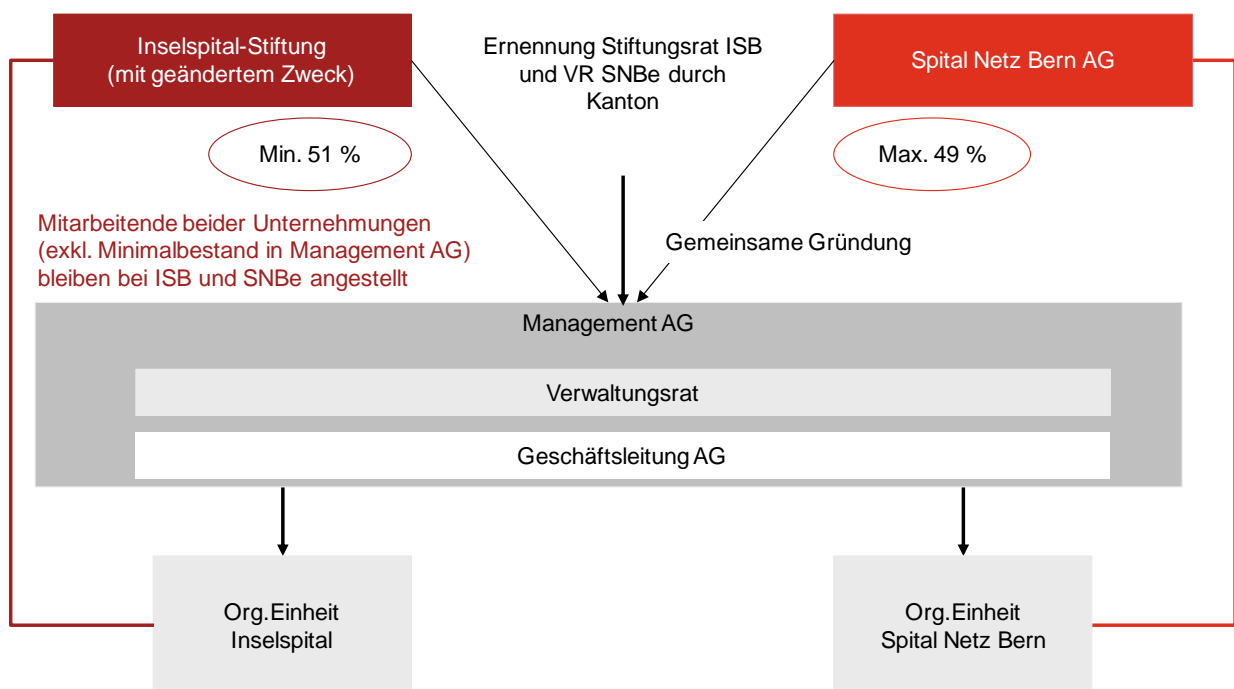


Abbildung 9: Management AG

Wettbewerbs-/kartellrechtliche Grundsatzabklärung und Schlussfolgerung

Das Sekretariat der Wettbewerbskommission (WEKO) ist im Rahmen seiner formellen Beratung zum Schluss gekommen, dass sowohl die SNBe AG als auch die Inselspital-Stiftung aufgrund des starken Einflusses des Kantons Bern ähnlich wie Konzernunternehmen als Gesamtheit betrachtet werden können. Diese Feststellung sowie die kartellrechtliche Definition der Fusion als Unternehmenszusammenschluss von zwei oder mehr bisher voneinander unabhängigen Unternehmen haben zu folgendem Schluss geführt:

Es liegt kein Zusammenschluss von zwei voneinander unabhängigen Unternehmen und damit kein meldepflichtiger Zusammenschluss im Sinne des Kartellgesetzes vor.

4.4.4 Konkretisierung der Management AG, Ausblick und geplante nächste Schritte

Die stiftungs- und kartellrechtlichen Vorabklärungen werden als vollumfänglich und abschliessend beurteilt.

Vorabgeklärt sind folgende Aspekte zur rechtlichen Umsetzbarkeit der Management AG, wobei diese noch vertiefter Klärung bedürfen:

Aktienrechtliche Aspekte

Die Inselspital-Stiftung und die SNBe AG sind gemäss ihren aktuellen Zweckbestimmungen befugt, die Management AG zu gründen und sich an dieser zu beteiligen. Aus rechtlicher Sicht stellt eine Kapital- und Stimmenmehrheit der Inselspital-Stiftung (stiftungsrechtliche Notwendigkeit) an der Management AG für die SNBe AG kein Problem dar. Es sei hier auch darauf hingewiesen, dass der Minderheitsbeteiligte bezüglich wichtiger Beschlüsse der Generalversammlung den vom Obligationenrecht vorgesehenen Minderheitenschutz (u. a. Art. 704 OR) genießt.

Der Verwaltungsrat der „Management AG“ wird in einem ersten Schritt personell identisch besetzt wie die Verwaltungsräte der Inselspital-Stiftung bzw. der SNBe AG, um eine einheitliche strategische Führung durchsetzen zu können.

Aufgabe der Geschäftsleitung der Management AG soll die Führung der Spitäler von Inselspital-Stiftung und SNBe AG sein. Organisch ist die Geschäftsleitung nur für die Management AG handlungs- und zeichnungsberechtigt. Da die Ausübung der Führungsaufgabe der Geschäftsleitung der Management AG auch rechtlich wirksame Handlungen für die Inselspital-Stiftung und die SNBe AG zur Folge hat, sei auf folgende Punkte hingewiesen:

- Es dürfte empfehlenswert sein, dass die oberste Führungsebene der Management AG dieselbe Funktion auch in der Inselspital-Stiftung und in der SNBe AG wahrnimmt und mit entsprechender Zeichnungsberechtigung im Handelsregister eingetragen wird. So liesse sich direkt und rechtsverbindlich sowohl nach innen als auch nach aussen führen und handeln.
- Aufgrund der über drei Unternehmungen übergreifenden Führungsstruktur muss diese sowohl auf der Ebene Aktionäre der Management AG (Aktionärsbindungsvertrag) als auch in den Organisationsreglementen aller drei Gebilde rechtlich verbindlich verankert werden. Ebenso müssen die einzelnen Funktionsträger über detaillierte Pflichtenhefte verfügen. Nur so besteht Gewähr, dass das nötige Bewusstsein der Geschäftsleitung besteht, für welche Organisationseinheit es im Einzelfall handelt.

Spitalversorgungsrechtliche Aspekte

Gemäss Art. 42 Spitalversorgungsgesetz (SpVG) gilt das Inselspital als Universitätsspital im Sinn von Art. 12 SpVG. Die SNBe AG ist ein Regionales Spitalzentrum im Sinn von Art. 10 SpVG. Der Gesetzgeber hat somit eine klare Aufgabenverteilung zwischen den Universitätsspitalern und den Regionalen Spitalzentren vorgenommen.

In der von der Projektleitung angedachten Variante der Management AG liegt eine Spitalorganisation vor, in welcher das Inselspital und die Spitäler der SNBe AG weiterhin als zwei Rechtspersönlichkeiten bestehen. Die Management AG wirkt für beide Unternehmen als Führungs- und Koordinationsgremium und als Service Center. Dieses Konstrukt ist aus Sicht Projektleitung mit dem SpVG in der aktuellen Fassung vereinbar.

Aus Sicht Projekt SMSB besteht in der vorgeschlagenen Struktur mit Management AG als Tochterunternehmen der Inselspital-Stiftung und der SNBe AG kein Bedarf nach Gesetzesanpassung.

Krankenversicherungsrechtliche Aspekte

In der angedachten Ausgestaltung der Management AG treten die Inselspital-Stiftung und die SNBe AG weiterhin als eigenständige Spitalunternehmen auf, weshalb sich auch krankenversicherungsrechtlich

nichts ändern dürfte, d. h. dass sie weiterhin als eigenständige Unternehmen verhandeln und abrechnen.

Personalrechtliche Aspekte

Unter anstellungsrechtlichen Aspekten stehen die unterschiedlichen Regimes von OR- und GAV-Verträgen der Schaffung der Management AG nicht grundsätzlich entgegen.

Haftungsrechtliche Aspekte

Sowohl die Inselspital-Stiftung als auch die SNBe AG nehmen als Körperschaften des Privatrechts öffentliche Aufgaben wahr. Als Erfüller öffentlicher Aufgaben haften sowohl die Inselspital-Stiftung als auch die SNBe AG für Ansprüche aus fehlerhafter Behandlung oder mangelhafter Aufklärung gleichermaßen nach öffentlichen Haftungsgrundsätzen.

Auch wenn eine Angleichung der Haftungsregimes nicht erforderlich ist, werden Qualitätsstandards und –prozesse der Spitäler anzugleichen sein, ist doch damit zu rechnen, dass medizinisches Personal über die Spitalgrenzen hinweg tätig sein wird, was sich nicht auf die Haftung auswirken darf.

Steuerrechtliche Aspekte

Eine Besprechung bei der Hauptabteilung Mehrwertsteuer und ein Kurzgutachten von PwC haben aufgezeigt, dass dieser Thematik in der Transformationsphase besondere Beachtung geschenkt werden muss.

Submissionsrechtliche Aspekte

Diverse Rechtsgutachten mit teils sich widersprechenden Positionen führen dazu, dass solange keine Rechtssicherheit bestehen wird, als nicht Gerichte sich aufgrund von Beschwerden mit der Thematik auseinandersetzen haben. Die GEF hat den Spitälern das Gutachten Walder/Wyss zuhanden der GDK abgegeben und diese angewiesen, sich nach diesem Gutachten zu orientieren. Somit sind die Spitäler in ihrer Handhabung eigenverantwortlich. Zentral ist aus Sicht Projektleitung SMSB, dass die GEF auf eine Gleichbehandlung aller Listenspitäler – ob öffentlich oder privat – hinarbeitet.

Im Sinne einer einheitlichen Linie wird es Aufgabe der Management AG sein, eine für beide Spitäler geltende Praxis festzulegen.

Schlussfolgerungen:

- Als kurzfristig umsetzbare Rechtsform zur operativen Führung des Gesamtunternehmens wird die Lösung der „Management AG“ vorgeschlagen. Die SNBe AG und die Inselspital-Stiftung gründen als Aktionäre eine gemeinsame Tochtergesellschaft, an welche sie die Geschäftsleitung delegieren, wobei die Inselspital-Stiftung aus stiftungsrechtlichen Gründen die kapital- und stimmenmässige Mehrheit innehaben muss.
Wesentlich an der Lösung „Management AG“ ist, dass der Kanton weiterhin Eigentümer der SNBe bleibt. Die Inselspital-Stiftung und SNBe AG bleiben Eigentümer ihres Vermögens und ihrer Anlagen.
- Die Management AG kann statutarisch, reglementarisch, durch Besetzung der geschäftsführenden Organe und deren Ausstattung mit den erforderlichen Handlungsbefugnissen sowie mittels Aktionärsbindungsverträgen so ausgestattet werden, dass sie in der Lage ist, die mit der Management AG verfolgten Zwecke wahrzunehmen.

- Wettbewerbsrechtliche Hindernisse stehen der Gründung der Management AG nicht im Weg.
- Den mehrwertsteuerrechtlichen Rahmenbedingungen und Konsequenzen wird in der Umsetzung besondere Bedeutung zuzumessen sein.
- Die Gründung und Ausgestaltung der Management AG als Führungs- und Koordinationsgremium sollte im Rahmen des geltenden Spitalversorgungsgesetzes ohne Revision möglich sein.
- Aufgrund des weiterhin eigenständigen Auftretens der beiden Spitalunternehmen sollte wie bisher getrennt abgerechnet werden können.
- Das Personal bleibt grundsätzlich bei den bisherigen Spitalträgern angestellt. Die vorerst minimale personelle Ausstattung der Management AG (Geschäftsleitung und noch zu bestimmende Stabs- und Führungsfunktionen) ist noch zu bestimmen.
- Beide Spitalträger haften für Behandlungsfehler aufgrund der öffentlich-rechtlichen Bestimmungen. Die Management AG bewirkt keine Änderung der Haftungsverhältnisse. Hingegen werden die Qualitätsstandards und –prozesse für alle Spitäler einheitlich auszugestalten sein.
- Submissionsrechtlich sollten alle Spitäler nach einheitlicher Praxis handeln.
- Der Verwaltungsrat der „Management AG“ wird in einem ersten Schritt personell identisch besetzt wie die Verwaltungsräte der Inselspital-Stiftung bzw. der SNBe AG. Der Entscheid zur Gründung der „Management AG“ kann durch die Verwaltungsräte ISB und SNBe AG getroffen werden. Der entsprechende Antrag an Regierungsrat ist in Kapitel 5.4 (Anträge an den Regierungsrat) formuliert.

4.5 Finanzen

4.5.1 Ausgangslage

Das Zusammenschlussprojekt startet auf einer guten Ausgangslage mit zwei finanziell gesunden Unternehmen. Die finanziellen Herausforderungen der neuen gesetzlichen Rahmenbedingungen sind jedoch nicht zu übersehen.

Das grösste Risiko ist die unsichere Situation und Entwicklung der Baserate. Eine Reduktion dieser zentralen Steuerungsgrösse für den stationären Bereich um CHF 100 hat für das ISB eine Schmälerung des Ertrags um CHF 6 Mio. und für die SNBe um rund CHF 2 Mio. zur Folge. Das überproportionale Wachstum im ambulanten Bereich verschärft das Problem der ambulanten Unterdeckung und erhöht die Tarifchancen und -risiken im Rahmen des laufenden Festsetzungsverfahrens betreffend Taxpunkt-wert TARMED.

Im Rahmen des Teilprojektes Finanzen wurden durch die Verantwortlichen der beiden Spitäler stand alone Finanzpläne für die Jahre 2013 bis 2017 erarbeitet. Dabei zeigen sich folgende Perspektiven:

Beim ISB kehrt sich eine gute Ausgangslage relativ rasch in negative Ergebnisse. Massgeblich hierfür ist der angenommene Rückgang der Baserate. Zudem führt die Reduktion der Abgeltung für die Weiterbildung der Assistenzärzte (2012: CHF 60'000 pro Stelle; 2013: CHF 10'000) zu einem Ertragsverlust von rund CHF 27 Mio. im Jahr 2013 im Vergleich zum Jahr 2012. Diese massiven Belastungen können durch das eingeplante Wachstum der Leistungen und die eingerechnete Effizienzsteigerung (1 % p.a.) nicht aufgefangen werden.

Bei der SNBe zeigt der Finanzplan bis 2017 eine stetige Aufwand- und Ertragsentwicklung mit durchwegs positiven Jahresergebnissen. Es wird von zunehmenden ambulanten Leistungen und stagnierenden stationären Leistungen ausgegangen. Die Baserate bleibt anhaltendem Druck ausgesetzt. Die Reduktion der Abgeltung für die Weiterbildung der Assistenzärzte führt im Jahr 2013 zu einer Ertragsminderung von CHF 3 Mio. im Vergleich zum Jahr 2012. Über den Planungszeitraum hinaus ist die finanzielle Entwicklung der SNBe infolge weiter ansteigender Abschreibungen nicht nachhaltig gesichert.

Soll die Erneuerung und Weiterentwicklung der Infrastruktur der SNBe nicht aufgeschoben und das Investitionsprogramm des ISBs nicht durch Verschuldung finanziert werden, muss die Ertragskraft der beiden Spitäler wesentlich gestärkt werden.

4.5.2 Finanzielle Potentiale

Um den Finanzplan für das zusammengeschlossene Unternehmen abbilden zu können, sind finanzielle Synergiepotentiale in den folgenden Themenbereichen eruiert worden:

- Strategische Handlungsfelder: Aus dem strategischen Handlungsfeld Allgemeine Innere Medizin ergibt sich der wesentlichste finanzielle Hebel: Die Verschiebung der Chronic Care Patienten des ISBs (insbesondere Psychosomatik) in das Zieglerspital erlaubt die Schaffung freier Bettenkapazität am Standort ISB. In den übrigen analysierten strategischen Handlungsfeldern sind ebenfalls finanzielle Potentiale erkennbar.
- Prozessoptimierungen im stationären Bereich: Die Ergebnisse der Analyse zeigen Hinweise auf erhebliche finanzielle Verbesserungspotentiale. Der Zeithorizont der Realisierung liegt zwischen einem und drei Jahren.

- Beschaffung: Es besteht ein Potential zur Reduktion der Beschaffungskosten, insbesondere bei Medizinalprodukten, Medizintechnik, Laborleistungen und Wäscherei.
- Supportorganisation: Die Möglichkeiten zur Realisierung der Potentiale in den nicht medizinischen Querschnittsfunktionen hängen im Wesentlichen von den Entscheidungen bezüglich Organisationsstruktur, Anspruchsniveau betreffend Führungsprozesse und Führungsinstrumente sowie von der Verfügbarkeit einheitlicher Sachmittel ab.
- Investitionen: Der Zusammenschluss erlaubt eine Konzentration und Priorisierung der Investitionstätigkeit.

Mit den identifizierten Synergiepotentialen kann das Verbesserungsziel nicht vollumfänglich erreicht werden. Es wird sowohl im medizinischen Kernbereich als auch in der Supportorganisation ein zusätzlicher Effort zu leisten sein. Die Erreichung des Verbesserungsziels ist in hohem Masse abhängig:

- von der Anzahl und den Betriebsmodellen der einzelnen Standorte: Reduktion von Vorhalteleistungen im Kerngeschäft, Realisierung von Skaleneffekten in den Supporteinheiten (insbesondere Gastronomie und Logistik) und Investitionspriorisierung.
- von der organisatorischen Ausgestaltung, der ICT-Integration und dem Anspruchsniveau im neuen Gesamtunternehmen: eine hohe Integrationstiefe (Organisation, ICT) und eine Angleichung der Anforderungen (z. B. Führungsinstrumente) bewirken tendenziell höhere Transformationskosten. Dies ist nur zweckmässig, wenn diese mittels nachhaltig tieferen Betriebskosten kompensiert werden können.
- vom konsequenten Erschliessen von Kostensenkungs- und Ertragssteigerungspotentialen innerhalb der bestehenden Strukturen.

4.5.3 Transformationskosten

Mit dem Zusammenschluss werden in verschiedenen Bereichen einmalige und wiederkehrende Transformationskosten verbunden sein. Von Bedeutung sind aus heutiger Sicht insbesondere die folgenden Bereiche:

- Informatik: Eine Harmonisierung der Informatik im neuen Gesamtunternehmen wird unausweichlich mit einmaligen und wiederkehrenden Transformationskosten verbunden sein. Während die wiederkehrenden Mehrkosten (insbesondere im Bereich der SNBe) noch nicht verlässlich abgeschätzt werden können, ist für die einmalige Umstellung (die sich allerdings über mehrere Jahre erstrecken wird) mit einer Investition in der Grössenordnung von CHF 10 bis 25 Mio. zu rechnen.
- Harmonisierung Anstellungsverhältnisse: Der Anteil der Personalkosten an den Gesamtkosten beträgt in beiden Unternehmen zusammen rund 60 %. Im Rahmen des Zusammenschlusses werden jährlich wiederkehrende Integrationskosten durch Harmonisierung der Anstellungsverhältnisse („keine Verlierer“) von bis zu CHF 15 Mio. p.a. erwartet.
- Allfällige Sozialplankosten; Soweit ein allfälliger Stellenabbau nicht durch natürliche Abgänge aufgefangen werden kann sind pro 100 Stellen für die Abfederung von Entlassungen, Pensionierungen und Versetzungen einmalige Sozialplankosten von CHF 10 bis 15 Mio. zu erwarten.

Schlussfolgerungen:

Das Gesamtunternehmen steht mittelfristig vor erheblichen finanziellen Herausforderungen. Diese sind nicht Folge des Zusammenschlusses, sondern weitestgehend der neuen (gesetzlichen) Rahmenbedingungen. Spital Netz Bern und ganz besonders das Inselspital sind auch im Referenzszenario des Alleingangs mit einer wachsenden Finanzierungslücke konfrontiert.

Die aus heutiger Sicht quantifizierbaren Verbesserungspotentiale, welche teilweise nur im Rahmen des Zusammenschlussprojekts realisiert werden können, sind beachtlich. Die bisher identifizierten Verbesserungspotentiale reichen jedoch nicht, um eine nachhaltige Entwicklung sicherzustellen. Das verbleibende Verbesserungsziel muss als sehr ehrgeizig bezeichnet werden. Es ist sowohl im medizinischen Kernbereich als auch in der Supportorganisation zu erbringen. Bei der Erschliessung zusätzlicher finanzieller Verbesserungen werden u.a. die bestehenden Kostenstrukturen zu hinterfragen sein.

Im Lichte der grossen finanziellen Herausforderungen muss die Reduktion der Weiterbildungsbeiträge für Assistenzärztinnen und Assistenzärzte auf CHF 10'000 pro Stelle als äusserst problematisch bezeichnet werden.

4.6 Personal

4.6.1 Zusammenfassung der wichtigsten Erkenntnisse

4.6.1.1 Übersicht

Grundsätzlich sind die beiden Arbeitsverhältnisse (AV) des ISBs und der SNBe in vielen Punkten ähnlich. Dies gilt namentlich auch für die Entlohnung. Beide Spitäler halten sich stark an das aktuelle Lohnmodell des Kantons Bern für die subventionierten Betriebe „BERESUB“. Trotz dieser Gemeinsamkeiten weichen die AV in einigen personalpolitisch wichtigen Bereichen zum Teil deutlich voneinander ab:

- Die SNBe ist dem Gesamtarbeitsvertrag (GAV) der Berner Spitäler unterstellt; das ISB demgegenüber ist kein GAV-Spital.
- Alle universitären Chefärzte (CA) des ISBs sind von der Universität Bern angestellt; dies im Gegensatz zum SNBe, wo alle CA SNBe-Verträge haben.
- Beide Häuser haben fundamental unterschiedliche Ansätze für die variable Honorierung ihrer Vertragsärzte.
- Die Mitarbeitenden des ISB sind zum grössten Teil bei der Berner Pensionskasse im Leistungsprimat versichert. Die SNBe verfügt über eine autonome Kasse im Beitragsprimat.
- Die ISB-Oberärzte arbeiten mit einer Wochenbandbreite von 42 bis 50 Stunden; für diejenigen der SNBe gilt die 46-Stunden-Woche.
- Die Pflege im ISB verfügt über zwei Wochenarbeitszeitmodelle (42 Stunden sowie 43 Stunden mit einer Woche zusätzlicher Ferienkompensation); die SNBe kennt ausschliesslich das 42-Stunden-Modell.
- ISB und SNBe haben gänzlich unterschiedliche Methoden, um Leistungen ihrer Ärzte erfassen und zu honorieren.
- Das ISB hat eine deutlich besser ausgebaute Lohnfortzahlungsregelung als die SNBe.
- Auch die Krankentaggeldversicherung des ISBs ist mitarbeiterfreundlicher. Hier übernimmt das ISB die Prämien voll; in der SNBe müssen sich die Mitarbeitenden mit 50 % beteiligen.
- In der SNBe haben alle Mitarbeitenden bereits ab dem 45. und 55. Altersjahr einen höheren Ferienanspruch als im ISB.
- Beim Dienstaltersgeschenk erhalten die Mitarbeitenden des ISB bereits mit dem fünften, zehnten und fünfzehnten Dienstjahr zusätzliche Freitage, wohingegen die SNBe erst ab zwanzig Dienstjahren zusätzliche Freitage vorsieht.

Die vollständige Harmonisierung aller arbeitsrechtlichen und systemseitigen Anpassungen im Personalbereich würde hohe Kosten verursachen.

4.6.1.2 GAV/Sozialpartnerschaft

Das ISB untersteht dem Gesamtarbeitsvertrag für das Bernische Spitalpersonal (GAV) nicht. Aufgrund der Vorgaben des Spitalversorgungsgesetzes muss das ISB in seinem Arbeitsverhältnis die GAV-Bestimmungen in seiner Gesamtheit materiell gleichwertig abbilden und anbieten. Dies wird mit einem jährlichen Controlling-Bericht an die GEF nachgewiesen. Die SNBe demgegenüber untersteht dem GAV. Wie alle GAV-Spitäler erkennt das ISB den VSAO, den SBK sowie den VPOD als offizielle externe Sozialpartner an.

Beide Häuser kennen einen materiell identischen Sozialplan (ausgenommen unterschiedliche Pensionskassenlösungen). Die SNBe ist zu Sozialplanverhandlungen gemäss GAV verpflichtet. Demgegenüber muss das ISB seinen Sozialplan dem Personalausschuss des ISBs zur Mitwirkung unterbreiten. Sowohl das ISB als auch die SNBe kennen eine inhaltlich praktisch identische interne Sozialpartnerschaft mit von den Mitarbeitenden gewählten Personalausschüssen.

4.6.1.3 Allgemeine Anstellungsbedingungen

Obwohl das ISB keinem GAV unterstellt ist, dürfen die Anstellungsbedingungen gemäss Spitalversorgungsgesetz nicht schlechter sein als in der SNBe, das dem GAV für das Personal bernischer Spitäler angehört.

Nennenswerte Unterschiede, die auch finanzielle Auswirkungen haben, sind bei folgenden Themen zu erwähnen:

- **Ferien:** In der SNBe haben alle Mitarbeitende bereits ab dem 45. und 55. Altersjahr einen höheren Ferienanspruch, im ISB nur ab Gehaltsklasse 19 (Kaderstufe). Alle anderen Mitarbeitenden des ISBs haben erst ab dem 50. bzw. 60. Altersjahr Anspruch auf zusätzliche Ferientage.
- **Lohnfortzahlung:** Die Lohnfortzahlung bei Krankheit und Unfall erfolgt im ISB unabhängig vom Dienstalter ein Jahr zu 100 % (im 2. Jahr 80 %) und in der SNBe erst ab dem 4. Dienstjahr ein Jahr zu 100 % (vorher abgestuft; im 2. Jahr ebenfalls 80 %). Zudem bestehen unterschiedliche Wartefristen bei den Versicherern.
- **Dienstaltersgeschenke:** Mitarbeitende des ISBs erhalten bereits mit fünf, zehn und fünfzehn Dienstjahren ein Dienstaltersgeschenk in Form von zusätzlichen Freitagen. Der GAV sieht erst ab zwanzig Dienstjahren ein Dienstaltersgeschenk im Rahmen von 22 Freitagen oder einem Monatsgehalt vor.
- **Ärztenschaft:** Die Chefärzte in der SNBe sind alle in den jeweiligen Betrieben angestellt und verfügen über einen entsprechenden Arbeitsvertrag, in dem auch die privatärztliche Tätigkeit geregelt ist. Die Instituts- und Klinikdirektionspositionen sowie weitere universitäre Funktionen verfügen im ISB über einen Arbeitsvertrag mit der Universität Bern. Die Zusammenarbeit mit dem ISB ist mit einer Weisung mit integrierter Stellenbeschreibung geregelt.

4.6.1.4 Arbeitszeit

Der GAV sieht eine wöchentliche Arbeitszeit von 42 Stunden vor (Ausnahme Assistenzärzte [max. 50 Stunden] und Oberärzte [max. 46 Stunden]).

Mitarbeitende im Bereich Pflege sowie in der Kindertagesstätte des ISBs arbeiten in der Regel eine Stunde mehr pro Woche (43 Stunden) und erhalten dafür eine Ferienwoche gut geschrieben. Daneben verfügt das ISB auch über ein 42-Stunden-Wochen-Modell ohne Kompensation.

In der SNBe ist die vertragliche Arbeitszeit 42 Stunden pro Woche für alle Mitarbeitenden ausserhalb der ärztlichen Bereiche. Arbeitszeitmodelle mit zusätzlichen Kompensationstagen sind in den vergangenen Jahren abgeschafft worden.

Die Oberärzte im ISB haben wie in anderen Universitätsspitalern eine vertraglich höhere Arbeitszeit (42 – 50 Stunden), als Ausgleich dafür wurde die Entlohnung gegenüber dem Benchmark der Berner Spitäler um 7.4 % angepasst. In der SNBe besteht für die Oberärzte eine 46-Stunden-Woche gemäss GAV. Zusätzlich haben die Oberärzte gemäss GAV Anspruch auf eine zusätzliche Kompensationswoche. Gemäss neuestem Bundesgerichtsentscheid muss in beiden Spitalern die Überzeitenschädigung für Oberärzte unabhängig von allfälligen Poolbeteiligungen erfolgen.

4.6.1.5 Lohn

Zur Festlegung von Gehaltseinreihungen richten sich beide Unternehmen nach den Richtpositionsumschreibungen sowie der Gehaltstabelle des Kantons Bern (BERESUB).

Der Gesamtanstieg der Lohnsumme wurde in den letzten Jahren in beiden Häusern an die entsprechenden Entscheidungen des Regierungsrates des Kantons Bern für seine Mitarbeitenden angelehnt.

Die Teuerung wurde in den letzten Jahren mit den gleichen Prozentsätzen bei den Löhnen angepasst. Individuelle Gehaltsentwicklungen waren teilweise möglich, haben aber unterschiedlich stattgefunden (Einmalprämien, individuelle Lohnerhöhungen). In der SNBe erfolgten individuelle Lohnanpassungen aufgrund der Ergebnisse aus den Lohnverhandlungen mit den Personalverbänden. Das ISB hat aufgrund des gesamtschweizerischen, universitären Benchmarks Löhne von verschiedenen Funktionen im Kerngeschäft gegen oben angepasst. Die SNBe hat keine entsprechenden Anpassungen vorgenommen.

Bei Inkonvenienz-Entschädigungen bestehen in einzelnen Bereichen Abweichungen.

4.6.2 Pensionskassen

Eine der personalpolitisch gewichtigsten Abweichungen besteht bei der beruflichen Vorsorge. Das ISB ist über einen Anschlussvertrag bei der Bernischen Pensionskasse (BPK) versichert. Dies gilt für alle Mitarbeitenden ausgenommen Assistenz- und Oberärzte, die maximal zehn Jahre in der gesamtschweizerischen VSAO-Pensionskasse verbleiben dürfen. Die SNBe verfügt über eine eigene autonome Pensionskasse im Beitragsprimat für seine Mitarbeitenden. Die Assistenz- und Oberärzte können zudem lebenslang in der VSAO-Kasse verbleiben. Beide Kassen weisen sehr unterschiedliche finanzielle Deckungsgrade auf. Eine Zusammenführung wäre personalpolitisch, finanztechnisch und politisch höchst anspruchsvoll. Die Einnahmen aus privatärztlicher Tätigkeit werden in beiden Häusern bei der VLSS (Vereinigung der Leitenden Spitalärzte der Schweiz) versichert.

4.6.3 Personenversicherungen

Beide Häuser versichern ihre Mitarbeitenden im Unfall- und Krankheitsfall sehr ähnlich. Beide haben mit unterschiedlichen privaten Versicherungen entsprechende Verträge abgeschlossen (ISB: Axa Winterthur; SNBe: Krankentaggeld: SWICA; Unfall: Allianz). Eine Harmonisierung der zeitlichen Abläufe aller Personenversicherungspolice beider Häuser auf Ende 2014 ist in Erarbeitung. Dies ermöglicht die Chance, neue und finanziell attraktive Verträge ab 1. Januar 2015 abschliessen zu können. Heute werden die Spitäler von unterschiedlichen Brokern unterstützt (ISB: Born Consulting; SNBe: Versicherungspartner AG).

4.6.4 Personalinformationssysteme (payroll)

Das ISB arbeitet seit dem 1. Januar 2012 mit SAP HCM. Es ist finanzseitig mit SAP FiCo abgestimmt und vollintegriert. Die SNBe arbeitet mit Microsoft Dynamics NAV Pers. Im Rahmen der inhaltlichen Zusammenführung der beiden Arbeitsverhältnisse wird ein Systementscheid für die Zukunft gefasst werden müssen. Dieser hat sich darauf abzustützen, auf welchem System die finanzielle Führung des neuen Unternehmens aufgesetzt wird.

4.6.5 Chancen und Risiken für die zukünftige Umsetzung

Chancen

- Die Neuausgestaltung des GAVs und die damit zusammenhängenden Arbeitsbedingungen (insbesondere des neuen Lohnmodells) ermöglichen eine mittelfristig attraktivere Positionierung des „Universitären Spitalnetz Bern“ als grösster Spital-Arbeitgeber in der Schweiz.
- Das „Universitäre Spitalnetz Bern“ wird eines der vielfältigsten und grössten Aus- und Weiterbildungshäuser in der Schweiz. Dies wird seine Anziehungskraft für überdurchschnittlich qualifiziertes Personal deutlich erhöhen.
- Das „Universitäre Spitalnetz Bern“ kann aufgrund seiner Grösse seinen Mitarbeitenden in allen Bereichen attraktive Entwicklungs- und Aufstiegsperspektiven anbieten.
- Aufgrund der betrieblichen Grösse des Hauses wird der Personaleinsatz (insbesondere für Vorhalteleistungen) an vielen Orten vereinfacht und flexibler.
- Mit dem Zusammenlegen lassen sich mittelfristig deutliche Kostenreduktionen bei den Personalversicherungen „Unfall“, „Unfall-Zusatz“ und „Krankentaggeld“ erreichen.
- Die Einhaltung der durch das Arbeitsgesetz gemachten Vorgaben wird aufgrund der Grösse einfacher (weniger organisatorisch unterkritische Grössen).

Risiken

- Die Neugestaltung und Harmonisierung von GAV, Anstellungsbedingungen, Pensionskassen und Personalinformationssystem verursachen hohe Umstellungskosten.
- Die Neugestaltung und Harmonisierung der personalpolitischen Rahmenbedingungen können das Personal verunsichern und im schlimmsten Fall zu einer spürbaren Demotivation bis hin zu deutlich erhöhter Fluktuation führen
- Die Umstellungsarbeiten in den Jahren 2013 bis 2015 führen dazu, dass grosse Teile der Personalabteilungen mit sich selbst beschäftigt sind.
- Dementsprechend wird das Tagesgeschäft leiden. Zudem wird die Realisierung von Synergien in diesen Bereichen erst ab 2016 möglich werden.
- Sollte der Zusammenschluss zu einem Stellenabbau führen, wird die Verunsicherung der Belegschaft deutlich erhöht werden. Zudem muss davon ausgegangen werden, dass vermehrt Schlüsselpersonen auf allen Stufen „abspringen“ könnten. Die Konkurrenz wird alles daran setzen, eine solche Situation zu ihren Gunsten auszunutzen.
- Bei der Harmonisierung und Neugestaltung der sozialpartnerschaftlichen Beziehung und der Pensionskassenlösungen können aufgrund unterschiedlicher Auffassungen der involvierten Stakeholder grössere Umsetzungsverzögerungen entstehen.
- Die Unternehmens- und Führungskultur in beiden Häusern ist sehr unterschiedlich. Ohne geeignete Massnahmen kann der Zusammenschluss zu einem „Kultur-Clash“ führen.

4.6.6 Ausblick und geplante nächste Schritte

- Die personalpolitische und arbeitsrechtliche Zusammenführung der beiden Unternehmen ISB und SNBe soll in zwei Schritten erfolgen:
 - Während einer ersten Phase bleiben die arbeitsrechtlichen und personalpolitischen Rahmenbedingungen auf beiden Seiten unverändert. Der Austausch von Personal geschieht unter Beibehaltung der geltenden Vorgaben nach Massgabe des Personalverleihs.

- In einer zweiten Phase wird geprüft, ob und wie der GAV, das Lohnsystem, das Arbeitsverhältnis, die Anstellungsbedingungen, die Pensionskassenlösungen sowie die Personalinformationssysteme harmonisiert und vereinheitlicht werden sollen.

Schlussfolgerungen:

Für das Personal bietet das „Universitäre Spitalnetz Bern“ bedeutende Chancen. Aufgrund seiner Grösse kann das „Universitäre Spitalnetz Bern“ seinen Mitarbeitenden in allen Bereichen attraktive Entwicklungs- und Aufstiegsperspektiven anbieten. Die Neugestaltung des GAVs und die damit zusammenhängenden Arbeitsbedingungen (insbesondere das neue Lohnmodell) ermöglichen eine mittelfristig attraktivere Positionierung des „Universitären Spitalnetz Bern“ als grösster Spital-Arbeitgeber in der Schweiz. Das „Universitäre Spitalnetz Bern“ wird eines der vielfältigsten und grössten Aus- und Weiterbildungshäuser in der Schweiz. Dadurch wird seine Anziehungskraft für überdurchschnittlich qualifiziertes Personal deutlich erhöht.

Grundsätzlich sind die beiden Arbeitsverhältnisse (AV) des ISBs und der SNBe in vielen Punkten ähnlich. Dies gilt namentlich auch für die Entlöhnung. Es gibt jedoch zwei gewichtige Unterschiede.

Die Abgeltung für privatärztliche Tätigkeit basiert auf komplett unterschiedlichen Ansätzen, was auch Konsequenzen auf die finanzielle Führung des Gesamtunternehmens hat. Der zweite Unterschied und die personalpolitisch bedeutendste Abweichung besteht bei der beruflichen Vorsorge. Das ISB ist über einen Anschlussvertrag bei der Bernischen Pensionskasse (BPK) versichert, die SNBe verfügt über eine eigene autonome Pensionskasse im Beitragsprimat. Dies gilt für alle Mitarbeitenden ausgenommen Assistenz- und Oberärzte. Beide Kassen weisen sehr unterschiedliche finanzielle Deckungsgrade auf.

In einer ersten Phase bleiben die arbeitsrechtlichen und personalpolitischen Rahmenbedingungen auf beiden Seiten unverändert. Der Austausch von Personal geschieht unter Beibehaltung der geltenden Vorgaben nach Massgabe des Personalverleihs. Es ist geplant, nur das oberste Kader in der künftigen Management AG anzustellen. Für den Grossteil der Mitarbeitenden gibt es keine Änderung des Arbeitgebers, der Anstellungsbedingungen oder der Arbeitsverträge.

Im Anschluss werden der Gesamtarbeitsvertrag (GAV), das Lohnsystem, das AV, die Anstellungsbedingungen, die Pensionskassenlösungen sowie die Personalinformationssysteme, wo sinnvoll, harmonisiert und vereinheitlicht. Die vollständige Harmonisierung aller arbeitsrechtlichen und systemseitigen Anpassungen im Personalbereich würde hohe Kosten verursachen, insbesondere eine Zusammenführung der Pensionskassen wäre personalpolitisch, finanztechnisch und politisch höchst anspruchsvoll.

4.7 Informatik

4.7.1 Ausgangslage

Angesichts der Bedeutung der Informatik in einem Spital wurde im Projekt SMSB ein zusätzliches Teilprojekt etabliert, welches sich mit der Informatik der beiden Institutionen befasst hat. In einem ersten Schritt wurden die aktuellen Projekte und Vorhaben der beiden Spitäler, welche eine Grössenordnung von CHF 250'000 überschreiten, erfasst und durch das Projektteam einer ersten Priorisierung unterzogen („stoppen“, „vertieft abklären“ oder „weiterführen“).

In einem zweiten Schritt wurden Überlegungen betreffend Zusammenführung der beiden ICT-Organisationen sowie der Integrationstiefe dieser Zusammenführung angestellt. Aus Kosten- und Zeitgründen kann keine Lösung auf der grünen Wiese erfolgen, d. h. Infrastruktur und Applikationen sowie die In- bzw. Outsourcing-Thematik muss sich von den bereits vorhandenen Lösungen in den beiden Institutionen leiten lassen. Bei allen Entscheiden stehen die Konsequenzen für die Prozesse (Durchgängigkeit, Reduktion von Schnittstellen, Übertragbarkeit und Vergleichbarkeit von Daten, Konsequenzen bei Personalrotationen usw.), die Wirtschaftlichkeit (Verhältnis von Kosten und Nutzen) und die Qualität (u. a. Zuweiser- und Patientennutzen) im Zentrum.

Auf den folgenden Seiten werden zunächst die aktuellen ICT-Organisationen ISB und SNBe kurz vorgestellt. Anschliessend wird dargelegt, in welchen Schritten die Zusammenlegung der ICT-Organisationen erfolgen soll.

4.7.2 ICT Inselspital

Wichtigste Projekte und Vorhaben

Im Bereich der Infrastruktur sind am ISB folgende Vorhaben geplant:

- Erneuerung/Konsolidierung Printer, Fax, Scanning und Kopierer
- Umsetzung der Telekommunikationsstrategie (u. a. Erneuerung der Telefonanlagen)
- Rollout Digitales Diktat

Im Bereich des Informationsmanagements gibt es die nachstehenden Vorhaben:

- Umsetzung der Business Intelligence Strategie
- Erneuerung der Client-Infrastruktur (Windows 7, Office 2010 und mobile Geräte)
- Optimierung und Ausbau KIS inkl. Medikation
- Einführung neuer Softwareversion PACS und Einführung von Webservices
- Einführung Identity Management

Reifegrad der Infrastruktur und der Informationssysteme

Die ICT-Infrastruktur des ISBs entspricht mit wenigen Ausnahmen dem Stand eines universitären Maximalversorgers. Es werden zeitgemässe und professionelle Methoden und Technologien für das ICT-Management eingesetzt. Applikationen und technische Systeme werden kontinuierlich optimiert oder erneuert. Der Betrieb der Basisinfrastruktur wie beispielsweise Server, PC oder das Netzwerk wurde konsequent ausgelagert (Konzentration auf das ICT-Management).

Die ICT des ISBs betreut ca. 6'000 PCs mit über 8'000 Benutzern. Zusätzlich obliegt ihr die Betriebsverantwortung für die gesamte Telekommunikationsinfrastruktur (rund 10'000 Endgeräte).

Reifegrad der ICT Organisation

Das Management der ICT-Infrastruktur des ISBs erfolgt zentral und unterliegt einem kontinuierlichen und etablierten Erneuerungs- und Verbesserungsprozess. Das Applikationsmanagement wichtiger unternehmensweiter Informationssysteme, das Projektmanagement, die Strategie- und Architekturvorgaben sowie das Risikomanagement erfolgen ebenfalls zentral. Die Steuerung der ICT ist in einem umfassenden ICT-Governance-Regelwerk verankert.

Die Informatik wurde Ende 2006 grundlegend reorganisiert. Im Jahr 2011 wurde die Telekommunikation in die Informatik integriert. Das Personalbudget betrug im gleichen Jahr 83 FTE (inkl. Departementsinformatiker). Die Kosten für die ICT beliefen sich auf CHF 47.1 Mio. (exkl. Departementsinformatiker), was 4.2 % des Umsatzes des ISBs entspricht.

4.7.3 ICT Spital Netz Bern AG

Wichtigste Projekte und Vorhaben

Im Bereich der Infrastruktur sind am ISB folgende Vorhaben geplant:

- Rechenzentrum Katastrophenvorsorge
- Ersatz der bestehenden Telefonanlagen an drei Standorten

Im Bereich des Informationsmanagements gibt es die nachstehenden Vorhaben:

- Nachlizenzierung und Lizenzierung neuer Microsoft-Produkt-Versionen (z. B. Windows 7)
- Erneuerung der Client-Infrastruktur (Windows 7, Office 2010 und mobile Geräte)
- Einführung weiterer KIS (Phoenix) Module

Reifegrad der Infrastruktur und der Applikationen

Die Infrastruktur und die Anwendungen der SNBe sind zentralisiert und harmonisiert und entsprechen den Anforderungen der Benutzer. Im Bereich Redundanz und Sicherheit sind weitere Verbesserungen notwendig und geplant. Im Vordergrund steht ein georedundantes zweites Rechenzentrum.

Aktuell sind diverse Aufträge in den Bereichen Performance und Qualitätsverbesserung in Arbeit. Im Rahmen der kontinuierlichen Verbesserungsmassnahmen werden weitere Massnahmen im Jahr 2013 folgen.

Die ICT SNBe betreut 1'600 PCs mit 1'900 Benutzern.

Bemerkung: In der SNBe wurde in der Vergangenheit die ICT stark unter dem Aspekt der Wirtschaftlichkeit betrieben („Mut zur Lücke“). Bei einer „stand-alone“-Lösung müsste für die Zukunft mit einer Erhöhung der Betriebskosten in einem geschätzten Umfang von CHF 1 bis 2 Mio./Jahr gerechnet werden.

Reifegrad der IT Organisation

Im Jahr 2011 haben sieben Mitarbeiter der ICT-Organisation die SNBe verlassen. Es wurden Mitarbeitende angestellt, die teilweise noch wenig Berufserfahrung aufweisen und ihr Wissen in der SNBe erst aufbauen und erweitern mussten. Bei Neuanstellungen im ICT-Bereich stellt das Salärssystem eine Herausforderung dar. Entsprechend müssen Spezialisten bei Drittfirmen (teurer) eingekauft werden.

In Abhängigkeit zur weiteren Entwicklung der Mitarbeitenden der ICT-Organisation sowie der geplanten Projekte muss in Betracht gezogen werden, personelle Verstärkungen in den Bereichen Technik und Applikationen zu rekrutieren; beispielsweise je eine Person in den Bereichen Technik und Applikationen.

Der Betrieb der ICT-Infrastruktur und der Applikationen erfolgt durch die ICT SNBe. Im Rahmen von Projekten, Upgrades und Störungen werden situativ externe Personalressourcen eingekauft. Das Personalbudget betrug im Jahr 2011 25.6 FTE für Informatik, KIS, Radiologie und Telefonie. Die Kosten für die ICT beliefen sich auf CHF 6 Mio., was 2.1 % des Umsatzes entspricht.

4.7.4 Ausblick und geplante Schritte

Die Harmonisierung der IT-Landschaften wird voraussichtlich relativ hohe Migrationskosten zur Folge haben. Ein isoliertes Weiterführen der ICT-Abteilungen oder eine lediglich punktuelle Zusammenarbeit widerspricht aber der gewählten Strategie und verlagert die Kostenthematik nur auf der Zeitachse.

Das Projektteam sieht folgende zeitlich und inhaltlich abgestufte Vorgehensweise zur Konsolidierung/Harmonisierung der beiden ICT-Landschaften im Zeitraum von rund fünf Jahren:

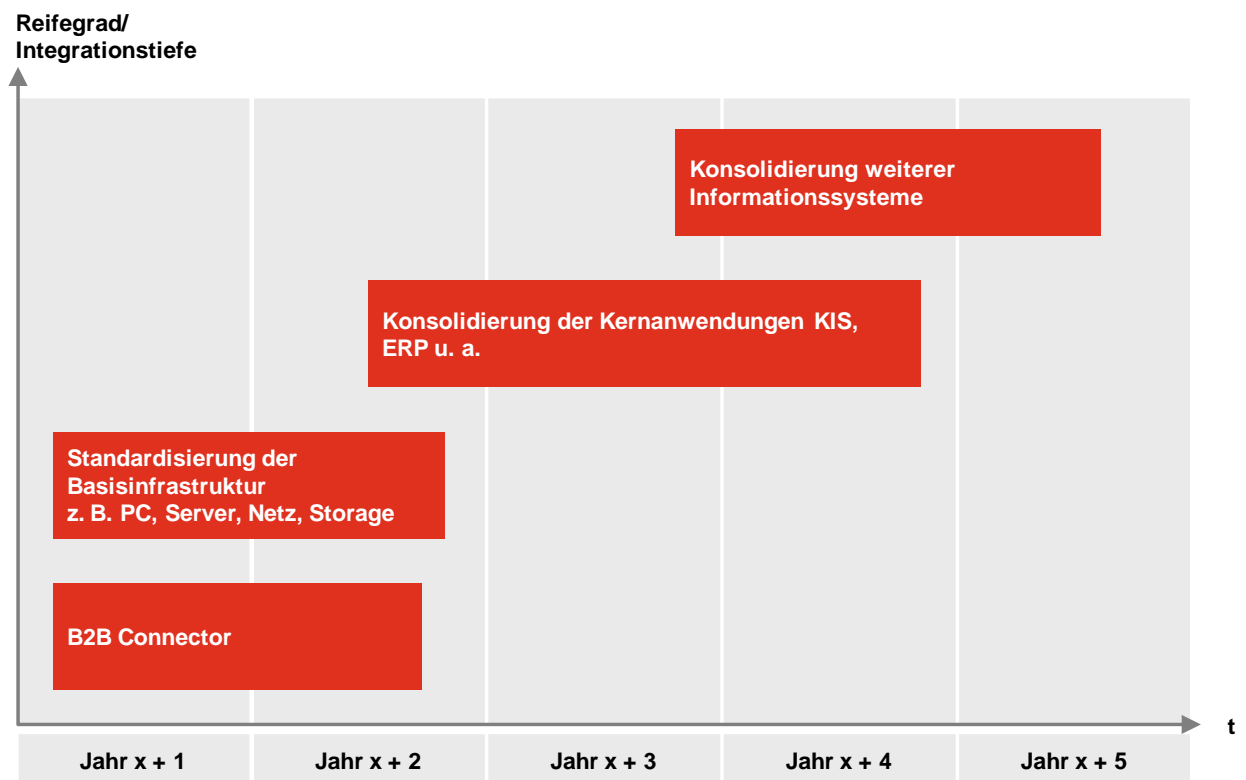


Abbildung 10: Ablauf Konsolidierung/Harmonisierung ICT-Landschaften

Wie aus der obigen Business 2 Business (B2B) Abbildung zu entnehmen ist, soll in einem ersten Schritt der medienbruchfreie Datenaustausch mittels B2B-Connector angegangen werden. Der B2B-Connector stellt eine sichere Infrastruktur zur institutionsübergreifenden Integration von Prozessen und Anwendungen dar. Er besteht aus einer verschlüsselten Kommunikationsverbindung und garantiert, dass alle Schnittstellendaten in der richtigen Reihenfolge korrekt übermittelt werden. Er stellt Konnektoren in den sendenden und empfangenden Anwendungen zur Verfügung und erlaubt die flexible Umschlüsselung der Schnittstelleninhalte, damit die beteiligten Anwendungen die Daten semantisch korrekt interpretieren können.

Dieser Lösungsansatz ist als Zwischenschritt bis zu einer vollständigen Konsolidierung der beiden Informatik bezogenen System- und Anwendungslandschaften zu verstehen. Ein weiterer Vorteil besteht darin, dass der B2B-Connector auch für die digitale Vernetzung einzelner wichtiger Partnerspitäler einsetzbar wäre (minimal skalierbar). Die Einführung des B2B-Connectors bedingt zwar einen geschätzten Initiaufwand von je CHF 0.5 Mio. würde aber direkt den Kernprozessen zugutekommen (weniger Fehler, höhere Qualität, bessere Zusammenarbeit, weniger Doppelspurigkeiten usw.).

Parallel dazu wird in einem Zeitraum von rund zwei Jahren ein erster Teil der Basisinfrastruktur harmonisiert. Die Auswahl und Reihenfolge der Harmonisierung ist noch nicht entschieden und wird im Detail zu prüfen sein (Kosten, Bedeutung für Organisationen, End of Life Cycle usw.).

Die darauf folgende Phase beinhaltet die Harmonisierung der Kernapplikationen in einem Zeitraum von rund drei Jahren. Als Voraussetzung für die Konsolidierung der Applikationslandschaft ist eine Angleichung der technischen Basisinfrastrukturen unumgänglich. Im Vordergrund stehen das Netzwerk, die PCs/Laptops, das Mailsystem, das Printing und die Netzwerk-Services. Das ISB hat in den letzten Jahren diesen Bereich kontinuierlich ausgebaut und konsequent modernisiert. (Basierend auf einer Gatt/WTO Ausschreibung wird beispielsweise gegen Ende 2012 der Ersatz sämtlicher Imaging-Geräte (Printer, Kopierer, Scanner und Fax) inkl. eines neuen Supportmodells abgeschlossen sein oder per Ende März 2013 wird der Ersatz sämtlicher PC- und Notebook-Arbeitsplätze basierend auf Windows 7 erfolgen.) Aufgrund der Grösse des ISBs und des gewählten Outsourcingmodells sind die technischen Infrastrukturen und die organisatorischen Betriebskonzepte flexibel, äusserst skalierbar, verhältnismässig rasch umsetzbar und sehr gut auf die heutige SNBe anwendbar.

Die Harmonisierung der Applikationslandschaft ist komplex und ein aufwändiges Vorhaben. Eine zwingende Voraussetzung für den Erfolg sind klar definierte und stabile Soll-Prozesse in den Kern- und Supportbereichen. Die Art und Weise der Umsetzung muss in Grob- und Detailkonzepten profund analysiert und die Lösung beschrieben werden. Es ist aber heute bereits erkennbar, dass bei den Hauptanwendungen eine gewisse logische Reihenfolge unabdingbar ist. So ist aus heutiger Sicht mit dem ERP und mit dem HR (Human Resources) zu starten. Letztere steuert und automatisiert z. B. die Berechtigungen in den verschiedensten Applikationen und unterstützt massgebend den Personal Ein- und Austrittsprozess. Nachfolgend muss die Patientenadministration (Prozesse und Patientenstammdaten) zusammengeführt und bereinigt werden. Mit dieser Massnahme wird es möglich sein, den Patientenprozess verbundübergreifend effizient zu steuern. Erst anschliessend kann die Zusammenführung des KIS (Klinikinformationssystem) in Angriff genommen werden, welches von den erwähnten Subsystemen massgebend initialisiert wird. Wichtig ist zu beachten, dass trotz desselben KIS-Lieferanten die Implementierung in beiden Häusern sehr unterschiedlich ausgefallen ist. Das bedeutet, dass neben einer rein technischen Umsetzung eine anspruchsvolle fachliche Bereinigung (Prozesse und Methoden) erfolgen muss. Als letzter Schritt können weitere Anwendungen, z. B. das Labor oder die bildgebenden Systeme zusammengeführt werden.

Schlussfolgerungen:

Die Harmonisierung der Software und IT-Infrastruktur bietet einerseits ein grosses Potential für die optimale Unterstützung der Kernprozesse und zur Reduktion von administrativen Doppelspurigkeiten zwischen ISB und SNBe, ist jedoch sehr aufwendig. Vorgesehen ist deshalb eine zeitlich und inhaltlich abgestufte Vorgehensweise zur Konsolidierung/Harmonisierung der beiden ICT-Landschaften im Zeitraum von rund fünf Jahren. Im ersten Schritt erfolgt der Aufbau einer zentralen Schnittstelle („B2B“-Connector), im Anschluss werden Systeme und Kernapplikationen harmonisiert.

5 Schlussfolgerungen und weiteres Vorgehen

5.1 Schlussfolgerungen

Die Verwaltungsräte, die Spitaldirektoren und die Ärztlichen Direktoren von ISB und SNBe stehen hinter dem Zusammenschluss und erachten diesen sowohl aufgrund medizinischer und betrieblicher als auch finanzieller Überlegungen als nötig und machbar. Der Zusammenschluss ist von zentraler Bedeutung, um den aufgrund der neuen Spitalfinanzierung erwarteten erheblichen Fehlbetrag in den nächsten Jahren über Synergiepotentiale auffangen, die Finanzierung der notwendigen Investitionen sicherstellen und damit die übergeordneten Projektzielsetzungen des Regierungsrats erreichen zu können.

Die Verwaltungsräte haben an ihrer Sitzung vom 7. Dezember 2012 beschlossen, die Transformationsphase nach Abgabe des Schlussberichts an den Regierungsrat weiterzuführen und haben das entsprechende Programmleitdokument verabschiedet.

Das Vorgehen wurde dem Regierungsrat an der Klausur vom 19. September 2012 vorgestellt. Der Regierungsrat hat grundsätzlich die Unterstützung dieses Vorhabens signalisiert.

Ein zentraler Erfolgsfaktor für die Zusammenführung ist die rasche Einsetzung einer neuen Geschäftsleitung für das Gesamtunternehmen bereits auf Herbst 2013.

Als kurzfristig umsetzbare Rechtsform zur operativen Führung des Gesamtunternehmens haben sich die Verwaltungsräte für die „Management AG“ ausgesprochen, mit SNBe AG und der Inselspital-Stiftung als Aktionäre. Wesentlich an der Lösung mit der „Management AG“ ist, dass der Kanton weiterhin Eigentümer der SNBe AG bleibt. Die Inselspital-Stiftung und SNBe AG bleiben Eigentümer ihres Vermögens und ihrer Anlagen. Im Rahmen dieser Lösung beauftragen die Aktionäre die „Management AG“ mit der operativen Leitung des künftigen Gesamtunternehmens.

Die Verwaltungsräte sind der Überzeugung, dass die Transformationsphase nur mit der vollen Unterstützung des Regierungsrates erfolgreich realisiert werden kann.

5.2 Weiteres Vorgehen

Die Transformationsphase wurde von den Verwaltungsräten am 7. Dezember 2012 beschlossen. Die Transformationsphase dauert von 2013 bis Mitte 2014 und ist inhaltlich und ressourcenmässig geplant. Die Verwaltungsräte haben den jetzigen Direktionspräsidenten des ISBs, Dr. Urs Birchler, als Projektleiter für die Transformationsphase gewählt.

Der Zusammenführungsplan sieht nach einer initialen Phase zur Detailplanung von Januar bis Februar 2013 drei weitere Phasen vor:

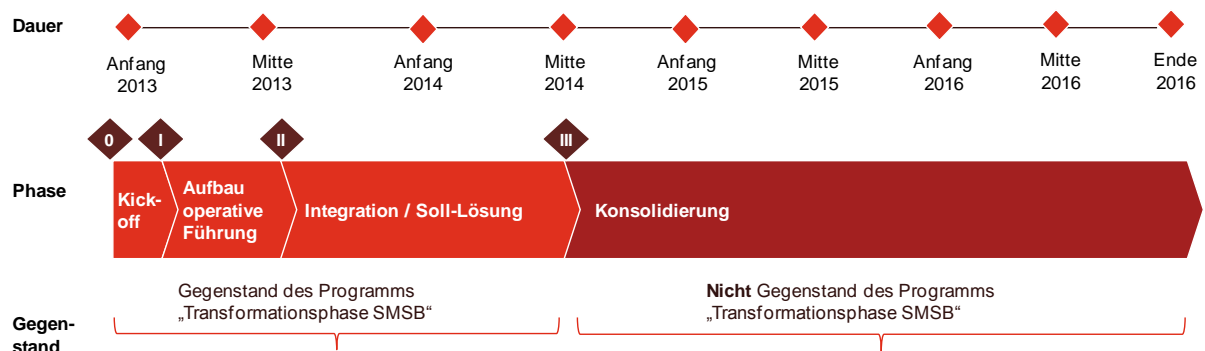


Abbildung 11: Grundzüge Zusammenführungsplan

Phase 0: Kick-off und Detailplanung pro Teilprojekt bis Ende Februar 2013

Durch den Programmleiter wird im Januar 2013 ein Kick-off mit allen Projektleitern und deren Stellvertretern durchgeführt, um die Detailplanung pro Projekt zu initialisieren. Die detaillierten Projektplanungen werden über den Programmleiter konsolidiert und dem Lenkungsausschuss unterbreitet. Dieser empfiehlt den Verwaltungsräten die Annahme der konsolidierten Planung.

Phase 1: Etablierung operative Führung („Management AG“) bis ca. Herbst 2013

In einer ersten Phase bis ca. Mitte 2013 liegt der Schwerpunkt der Aktivitäten einerseits auf der Etablierung einer operativen Führung über die Gründung der „Management AG“ und andererseits auf der Erarbeitung von Betriebskonzepten im medizinischen Kerngeschäft.

Für das Gelingen der operativen Führung werden die Verantwortlichkeiten für wesentliche Supportfunktionen, beispielsweise Finanzen und Personal, bereits auf Mitte 2013 bestimmt.

Phase 2: Zusammenführung/Soll-Lösung bis Mitte 2014

Von Mitte 2013 bis Mitte 2014 erfolgt die eigentliche organisatorische Zusammenführung des medizinischen Kerngeschäfts, der medizinischen Querschnittfunktionen und der weiteren betrieblichen Supportfunktionen.

Per Mitte 2014 sind die wesentlichen Funktionen im Kerngeschäft wie den Supportfunktionen integriert und das Programm „Transformation SMSB“ wird beendet. Weitere Zusammenführungsschritte und Optimierungsschritte werden zur weiteren Bearbeitung der Linie übergeben.

Phase 3: Konsolidierung bis Ende 2016

Nach Abschluss des Programms „Transformation SMSB“ dauert es schätzungsweise weitere 2.5 Jahre, die Zusammenführung zu konsolidieren. Mit Zieltermin Anfang 2016 soll die definitive rechtliche Lösung realisiert werden. Es ist Aufgabe der neuen Geschäftsleitung des Gesamtunternehmens, weitere Zusammenführungsschritte zu planen und zu realisieren, allenfalls in Form von Projekten. Es erscheint jedoch aus Sicht der gegenwärtigen Planung als nicht notwendig, ein Programmmanagement weiter aufrechtzuerhalten.

Damit können folgende Meilensteine gesetzt werden:

Datum	Meilenstein
01.01.2013	Transformationsphase gestartet
01.03.2013	Detailplanung abgeschlossen
01.07.2013	Linienorganisation/„Management-AG“ etabliert
01.01.2014	Betriebsmodell/Zusammenführung umgesetzt
30.06.2014	Transformationsphase abgeschlossen
01.01.2016	Neue Arbeitsverhältnisse umgesetzt
31.12.2016	Einführung abgeschlossen und konsolidiert

Abbildung 12: Meilensteine Transformationsphase SMSB

5.3 Programmriskiken

Das wesentlichste Programmrisiko der Transformationsphase SMSB ist, dass die Zielsetzungen nicht erreicht werden. Die konkreten Programmriskiken werden regelmässig aufgenommen und bewertet. Sie fliessen in die Risiko-Matrix ein, welche die Identifikation, die Eintrittswahrscheinlichkeit, die Auswirkungen, das Schadenspotential und die Korrekturmassnahmen beschreibt. Die Risiken im Detail sind:

Nr.	Beschreibung	Auswirkung ¹⁾	Wahrscheinlichkeit ²⁾	Vorgesehene Massnahmen
1.	Notwendige Ergebnisverbesserung wird nicht erreicht	Hoch	(zurzeit nicht schätzbar)	<ul style="list-style-type: none"> • Konsequente Realisierung der identifizierten Verbesserungspotentiale
2.	Hohe Transformationskosten	Niedrig	Mittel	<ul style="list-style-type: none"> • Programmcontrolling
3.	Verlust von Zuweisungen	Mittel	Mittel	<ul style="list-style-type: none"> • Zuweisergerechte Kommunikation • Schrittweise Umsetzung von signifikanten Massnahmen
4.	Abwanderung von Fachkräften führt zu Verlust von Fachwissen und Rückgang von Fallzahlen	Hoch	Mittel	<ul style="list-style-type: none"> • Transparente Kommunikation und Change Management • Führungsverantwortung durch Linie
5.	Operatives Geschäft und / oder bestehende Projekte werden vernachlässigt	Mittel	Mittel	<ul style="list-style-type: none"> • Individuelles Ausbalancieren der Linienaufgaben/ Programmaufgaben • Repriorisierung von Aufgaben
6.	(Inter-)nationale Positionierung/Reputation lässt nach	Mittel	Niedrig	<ul style="list-style-type: none"> • Schlüsselpersonen aus Kerngeschäft sind wenig betroffen • Entlastung Ärztliche Direktion zu prüfen
7.	Zeitliche Verzögerung aufgrund politischem Meinungsbildungsprozess	(Sehr) Hoch	Mittel	<ul style="list-style-type: none"> • Aussprachen mit Regierungsrat • Information der Ärztesellschaften
8.	Eine integrierte wirksame GL des Gesamtunternehmens kann nicht rechtzeitig eingesetzt werden	Hoch	Mittel	<ul style="list-style-type: none"> • Strukturierter Organisationsentwicklungsprozess • An die Situation angepasste Geschwindigkeit

1) H (Hoch), M (Mittel) oder N (Niedrig); 2) H (Hoch), M (Mittel) oder N (Niedrig)

Tabelle 3: Programmriskiken

5.4 Anträge an den Regierungsrat

Anträge der personell identisch besetzten Verwaltungsräte Inselspital-Stiftung/SNBe AG an den Regierungsrat:

1. Der Regierungsrat nimmt vom Bericht der Verwaltungsräte des Inselspitals und der Spital Netz Bern AG zum Stand der Umsetzung des Auftrags "Stärkung des Medizinalstandorts Bern (SMSB)" vom 7. Dezember 2012 Kenntnis.
2. Der Regierungsrat bestätigt, dass der Auftrag gemäss RRB Nr. 1788 vom 8. Dezember 2010 mit dem vorliegenden Bericht bzw. den darin aufgezeigten Massnahmen umgesetzt ist.
3. Der Regierungsrat beauftragt den Verwaltungsrat der Spital Netz Bern AG, eine ausserordentliche Generalversammlung einzuberufen, mit dem Traktandum der Gründung und Beteiligung an einer "Management AG" (Arbeitstitel).
4. Der Regierungsrat beauftragt die GEF, an dieser ausserordentlichen Generalversammlung der Spital Netz Bern AG der Gründung der "Management AG" zuzustimmen.
5. Der Regierungsrat wünscht, dass der Verwaltungsrat der Inselspital-Stiftung der Gründung und Beteiligung an einer "Management AG" (Arbeitstitel) zustimmt.
6. Der Regierungsrat nimmt zur Kenntnis, dass ihm die Zusammensetzung des Verwaltungsrats der "Management AG" zur Bestätigung vorgelegt wird.
7. Der Regierungsrat nimmt zur Kenntnis, dass mit der vorgeschlagenen Lösung "Management AG" das Eigentum an den Mobilien und Immobilien der Spital Netz Bern AG weiterhin bei der Spital Netz Bern AG und damit dem Kanton Bern als Alleinaktionär verbleibt.
8. Der Regierungsrat nimmt zur Kenntnis, dass die Spital Netz Bern AG die operative Führung ihrer Betriebe der "Management AG" delegiert und stimmt dieser Kompetenzdelegation zu.
9. Der Regierungsrat nimmt zur Kenntnis, dass die Umsetzungsarbeiten gemäss "Transformationsphase SMSB" per 1. Januar 2013 unter der Programmleitung von Dr. Urs Birchler offiziell gestartet werden.
10. Der Regierungsrat ist regelmässig anlässlich der strategischen Führungsgespräche über den Fortschritt der Umsetzungsarbeiten zu orientieren.

6 Glossar

Begriff	Definition
Baserate	Der Basisfallwert (aus dem Englischen: Baserate) ist ein Begriff aus dem Gesundheitswesen und bezeichnet den Betrag, der bei der Berechnung der DRG-Preise (Diagnosis Related Groups) für die Krankenhausbehandlung zugrunde gelegt wird.
BERESUB	Kantonales Gehaltssystem für den subventionierten Bereich
B2B-Connector	Medienbruchfreier Datenaustausch zwischen zwei Unternehmen mittels Schnittstellen zu den wesentlichen Applikationen.
Cashflow	Der Cashflow (engl. für Geldfluss, Kassenzufluss) ist eine wirtschaftliche Messgrösse, die den aus der Geschäftstätigkeit erzielten Nettozufluss liquider Mittel während einer Periode darstellt. Die Messgrösse ermöglicht eine Beurteilung der finanziellen Gesundheit eines Unternehmens – inwiefern ein Unternehmen im Rahmen des Umsatzprozesses die erforderlichen Mittel für die Substanzerhaltung des in der Bilanz abgebildeten Vermögens und für Erweiterungsinvestitionen selbst erwirtschaften kann.
Chronic Care	Chronic Care umfasst die ganzheitlich gesteuerte Versorgung chronisch Kranker über die einzelnen Sektorengrenzen hinweg
DRG	DRGs (Diagnosis Related Groups) sind ein Klassifikationssystem, das Patienten nach bestimmten Kriterien gemäss ICD 10 in Gruppen zusammenfasst. Die Gruppen enthalten Fälle, die einen ähnlichen Behandlungsaufwand aufweisen und die anhand eines Organsystems oder einer Krankheitsursache abgegrenzt werden können.
Due Diligence	Unter einer Due Diligence (DD) versteht man die detaillierte Untersuchung, Prüfung und Bewertung eines potentiellen Beteiligungsunternehmens als Grundlage für die Investmententscheidung.
EBITDA	Das EBITDA ist eine betriebswirtschaftliche Kennzahl, die eine Angabe zur Rentabilität eines Unternehmens macht. EBITDA ist die Abkürzung für englisch: earnings before interest, taxes, depreciation and amortization. Das bedeutet „Gewinn vor Zinsen, Steuern, Abschreibungen (auf Sachanlagen) und Abschreibungen (auf immaterielle Vermögensgegenstände)“. Es ist somit eine Beschreibung der operativen Leistungsfähigkeit vor Investitionsaufwand.
ERP	Enterprise-Resource-Planning (ERP) bzw. Unternehmensressourcenplanung bezeichnet die unternehmerische Aufgabe, die in einem Unternehmen vorhandenen Ressourcen (Kapital, Betriebsmittel oder Personal) möglichst effizient für den betrieblichen Ablauf einzusetzen und somit die Steuerung von Geschäftsprozessen zu optimieren.

Begriff	Definition
Free Cashflow	Der Free Cashflow ist der nach Finanzierung der Investitionen frei verfügbare Cashflow.
Intermediate Care Unit	Eine IMC soll ein interdisziplinäres Bindeglied zwischen der Intensivstation und der Normalstation (Low Care Unit) sein. Auf der IMC sollen die pflege- und Überwachungspflichtigen Patienten behandelt werden, die per Definition nicht mehr einer intensivmedizinischen Überwachung bedürfen, die Möglichkeiten einer Normalstation aber übersteigen.
Konsiliarii	Mehrzahl von Konsiliararzt. Dieser Facharzt berät einen anderen Arzt in Bezug auf einen Patienten.
Managed Care	Managed care ist ein Steuerungsmodell im Gesundheitswesen. Dabei werden die freie Arztwahl und die Marktmechanismen zugunsten von geplanten, vertraglich geregelten Abläufen eingeschränkt, um die Kosten zu senken und die Versorgungsqualität zu erhöhen. Patienten können sich einem Managed-Care-System freiwillig anschließen, etwa um Beitragssenkungen zu erhalten, oder sie werden (beispielsweise in den USA üblich) vom Arbeitgeber in einer Health Maintenance Organization (HMO) versichert. Leistungserbringer binden sich ebenfalls vertraglich an ein Management-Care-System. Häufig erhalten sie dort keine Einzel Leistungsvergütung, sondern ein fixes Budget, und/oder sie werden mit einem Anteil an Kosten und Gewinn beteiligt.
PACS	Ein Picture Archiving and Communication System (PACS, etwa Bildablage- und Kommunikationssystem) ist in der Medizin ein Bildarchivierungs- und Kommunikationssystem auf der Basis digitaler Rechner und Netzwerke. PACS-Systeme erfassen digitale Bilddaten aller Modalitäten in der Radiologie und der Nuklearmedizin. Grundsätzlich kommen auch Bilder aus anderen bildgebenden Verfahren, etwa aus Endoskopie, Kardiologie, Pathologie und Mikrobiologie, für die PACS-Verarbeitung in Frage.
Portalspital	Im vorliegenden Bericht definiertes Konzept für die dezentralen Standorte Aarberg, Münsingen und Riggisberg
Post-acute Care Unit	Eine spezialisierte Abteilung für Akutnachsorge. Ziel ist eine kostensparende Anschlussheilbehandlung. Im Zentrum steht eine interdisziplinäre Behandlung (Pflege, Therapie, Sozialarbeit).
Stroke Unit	Eine Stroke Unit ist eine Spitalabteilung oder ein Teil einer Spitalabteilung, welche ausschliesslich oder fast ausschliesslich Hirn Schlagpatienten behandelt. Die Ärzte- und Pflorgeteams sowie der multidisziplinäre Ansatz der Behandlung charakterisieren die Stroke Unit.

Begriff	Definition
SWICA	<p>Die SWICA Holding mit Sitz in Winterthur ist eine auf Krankheit und Unfall spezialisierte Schweizer Versicherungsgesellschaft. Die Versicherungsgruppe ist auf nationaler Ebene tätig und bietet für Privatkunden wie auch Unternehmen Heilungskosten- und Taggeldversicherungen für Krankheit und Unfall. Swica verfügt zudem über ein schweizweites Netz von alternativen Versicherungsmodellen wie Listen-, Hausarzt- und HMO-Varianten.</p>
SwissDRG	<p>SwissDRG (Swiss Diagnosis Related Groups) ist das neue Tarifsysteem für stationäre akutsomatische Spitalleistungen, das gemäss der letzten Revision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) die Vergütung der stationären Spitalleistungen nach Fallpauschalen schweizweit einheitlich regelt. Beim Fallpauschalen-System SwissDRG wird jeder Spitalaufenthalt anhand von bestimmten Kriterien, wie Hauptdiagnose, Nebendiagnosen, Behandlungen und weiteren Faktoren, einer Fallgruppe zugeordnet und pauschal vergütet.</p> <p>Die schweizweite, tarifwirksame Einführung von SwissDRG ist seit dem 1. Januar 2012 in Kraft.</p>
SWOT-Analyse	<p>Die SWOT-Analyse (engl. Akronym für Strengths (Stärken), Weaknesses (Schwächen), Opportunities (Chancen) und Threats (Risiken)) ist ein Instrument der Strategischen Planung; sie dient der Positionsbestimmung und der Strategieentwicklung von Unternehmen und anderen Organisationen.</p>
TARMED	<p>Der Tarmed (hergeleitet aus tarif médical, franz. für Ärzttarif) ist der Tarif für ambulante ärztliche Leistungen in der Schweiz.</p>

7 Abkürzungsverzeichnis

AG	Arbeitgeber
AIM	Allgemeine Innere Medizin
AL	Ärztliche Leistung
Art.	Artikel
ASH	Anna-Seiler-Haus
AV	Arbeitsverhältnis
BBSA	Bernischen BVG- und Stiftungsaufsicht
BPK	Bernischen Pensionskasse
bspw.	beispielsweise
BVG	Bundesgesetz über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge
bzw.	beziehungsweise
CA	Chefärzte
CCC	Comprehensive Cancer Center
CEO	Chief Executive Officer
CFO	Chief Financial Officer
CHF	Schweizer Franken
CWC	Cost weight corrected (Korrigiertes Kostengewicht)
d. h.	das heisst
DRG	Diagnosis Related Group
EEG	Elektroenzephalografie
ERP	Enterprise-Resource-Planning (ERP) bzw. Unternehmensressourcenplanung
ERZ	Erziehungsdirektion
exkl.	exklusive
FTE	Full-time equivalent
GAV	Gesamtarbeitsvertrag
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
GEF	Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern

GL	Geschäftsleitung
GR	Grosser Rat des Kantons Bern
HNO	Hals-Nasen-Ohren
HR	Human Resources
HSM	Hochspezialisierte Medizin
i.w.S.	im weiteren Sinne
ICT	Information and communication technology
IMC	Intermediate Care Unit
insb.	insbesondere
ISB	Inselspital
IVHSM	Interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin
KAIM	Klinik für Allgemeine Innere Medizin
KIS	Klinikinformationssystem
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
L&F	Lehre und Forschung
LA	Leitender Arzt oder Leistungsauftrag
MTT	Medizinische-technische-therapeutische Berufe
NPM AG	Neurochirurgie-Praxis in Münsingen
OP	Operation
p.a.	pro anno
PACS	Picture Archiving and Communication System
PAT	Privatärztliche Tätigkeit
PD	Privatdozent
PLD	Projektleitdokument
PSG	Projektsteuerungsgremium
PwC	PricewaterhouseCoopers AG
RR	Regierungsrat
RRB	Regierungsratsbeschluss
SBK	Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner

SwissDRG	Swiss Diagnosis Related Groups
SEP	strategische Erfolgspositionen
SMSB	Stärkung des Medizinalstandorts Bern
SNBe	Spital Netz Bern AG
sog.	sogenannt
SPITAZ	Spitalgesetz
SPITEX	spitalexterne Hilfe und Pflege
SpVG	Spitalversorgungsgesetz
Stv.	Stellvertretung
SWOT	Strengths, Weaknesses, Opportunities und Threats
TP	Teilprojekt
u. a.	unter anderem
UNZ	Universitäres Notfallzentrum
usw.	und so weiter
VLSS	Vereinigung der Leitenden Spitalärzte der Schweiz
VOL	Volkswirtschaftsdirektion des Kantons Bern
VPOD	Verband des Personals Öffentlicher Dienste
VR	Die zwei personell identisch besetzten Verwaltungsräte von InseSpital-Stiftung und Spital Netz Bern AG
VSAO	Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte
WEKO	Wettbewerbskommission
z. B.	zum Beispiel
ZGB	Zivilgesetzbuch