

Jahresbericht Kantonsspital Graubünden 2012



Ein Fall – viele Beteiligte

Bei uns sind Sie in besten Händen

© 2013 Kantonsspital Graubünden

Kantonsspital Graubünden
Loestrasse 170
7000 Chur

Tel. +41 81 256 61 11
Fax +41 81 256 69 96
www.ksgr.ch
info@ksgr.ch



Inhalt

- 2 – 3 Verwaltungsrat
- 4 – 5 Geschäftsleitung
- 6 – 7 Kommentar zur Jahresrechnung

- 8 – 15 Neue Spitalfinanzierung
Bildstrecke zu einem «Fall aus dem Brustzentrum»

- 16 – 17 Organisation
- 18 – 23 Spitalkader

- 24 – 33 Chirurgie
- 34 – 41 Innere Medizin
- 42 – 45 Kinder- und Jugendmedizin
- 46 – 49 Frauenklinik Fontana
- 50 – 55 Institute
- 56 – 61 ANIR – Anästhesie, Notfall, Intensivmedizin, Rettung
- 62 – 65 Personal, Pflege und Fachsupport
- 66 – 69 Services
- 70 – 73 Entwicklung, Kooperationen, Nebenbetriebe

- 74 – 75 Sanierung, Um- und Neubau (SUN)
- 76 – 77 Qualitätsmanagement
- 78 – 79 Unternehmenskommunikation

- 80 – 81 Jahresrechnung 2012
- 82 Impressum

Personen-, Funktions- und Berufsbezeichnungen in diesem Jahresbericht beziehen sich auf beide Geschlechter, soweit sich aus dem Sinngehalt nicht etwas anderes ergibt.

Die Statistiken der einzelnen Departemente finden Sie als pdf-Dateien unter www.ksgr.ch



Verwaltungsrat



Dr. rer. pol. Ulrich Immler
Präsident der Stiftung Kantonsspital Graubünden

Die neue schweizweite Spitalfinanzierung mit dem diagnosebezogenen Fallpauschalensystem SwissDRG ist in Kraft. Das Kantonsspital Graubünden hat im vergangenen Jahr für dessen Umsetzung viel Einsatz geleistet. Allen Beteiligten sei herzlich gedankt.

Die betrieblichen Erfahrungen über das erste Jahr zeigen: Prozesse konnten optimiert und Knacknüsse wie die Kodierung erfreulich gut bewältigt werden. Die Sorge vor verfrühten Patientenentlassungen hat sich in unserem Spital als unbegründet erwiesen. Spitalinterne Leistungen sind in einer gewissen Bandbreite inzwischen besser vergleichbar. Unterschiedliche Fallschwere und Kostenfaktoren für verschiedene Spitaltypen werden vom System jedoch noch nicht ausreichend erkannt.

Sowohl die neue, leistungsorientierte Spitalfinanzierung als auch die Möglichkeit der freien Spitalwahl bringen mehr Wettbewerb. Veränderungen in der kantonalen Spitalplanung und den damit verbundenen Leistungsaufträgen für die einzelnen Spitäler werden diese Entwicklung in Zukunft noch verstärken. Hinzu kommt die fortschreitende medizinische Spezialisierung, welche die Konkurrenzsituation unter den Spitälern erneut erhöht.

Für das Kantonsspital Graubünden ist eine zukunftsorientierte Unternehmensausrichtung entscheidend. Als modernes Zentrums- spital sind wir einem Leistungs- und einem Versorgungsauftrag verpflichtet. Das neue SwissDRG-Tarifsysteem vergütet die stationären Spitalleistungen nach «diagnosebezogenen Fallgruppen» (Diagnosis Related Groups). Die Fallpauschale, also effektive Vergütung, ergibt sich aus einem schweizweit einheitlichen Kostengewicht pro DRG multipliziert mit einem Basisfallpreis des Spitals. Diese sogenannte Baserate wird zwischen den Spitälern und den Krankenversicherern ausgehandelt.

Die Verhandlungen für die Festlegung der Baserate in Graubünden und in anderen Kantonen sind ins Stocken geraten. Dies zeigt deutlich, dass sich mit dem neuen Tarifsysteem ein Spannungsfeld zwischen optimaler Patientenversorgung, betrieblicher Kostendeckung und Investitionsfähigkeit eröffnet. Bei der Tariffestsetzung ist es unerlässlich, regionale und spitalspezifische Gegebenheiten wie Schweregrad der Fälle sowie Standort- oder Infrastrukturmerkmale einzelner Spitaltypen zu berücksichtigen.

Die Uneinigkeit über die Höhe des Basisfallpreises mit den Tarifpartnern – konkret eine zu tief angesetzte Baserate – stellt das Kantonsspital Graubünden vor grosse Herausforderungen. Nicht zuletzt, weil die enthaltenen pauschalierten Investitionsbeiträge und Anlagenutzungskosten weit unter den effektiven Investitions-, Abschreibungs- und Erneuerungskosten liegen. Für unser Spital ist es kaum möglich, Lohn-, Infrastruktur- sowie Bau-, Unterhalts- und Abschreibungskosten aus den laufenden Betriebserträgen zu erwirtschaften.

Die Qualitätsansprüche an bauliche Infrastrukturen und medizintechnische Einrichtungen sind gross und unterliegen einem steten Wandel. Unser Bauprojekt SUN (Sanierung, Um- und Neubau) trägt dem Rechnung. Benutzerfreundlichkeit sowie optimale Prozess-, Betriebs- und Unterhaltsbedingungen gelten bei der Weiterentwicklung als massgebende Ziele.

Was aber wäre Wirtschaftlichkeit ohne Pflegequalität und Patientenzufriedenheit? Dafür sorgen unsere Mitarbeitenden. Ein grosses Dankeschön gilt allen, die Tag für Tag sorgsam und kompetent zum Wohl unserer Patientinnen und Patienten beitragen.

Dr. rer. pol. Ulrich Immler
Präsident der Stiftung
Kantonsspital Graubünden



Geschäftsleitung



Dr. oec. HSG Arnold Bachmann
Vorsitzender der Geschäftsleitung

Wechselhaftes Geschäftsjahr

2012 hat das Kantonsspital Graubünden:

- 16'085 stationäre Patienten behandelt (Wiedereintritte abgezogen)
- 59.999 Mio. ambulante Taxipunkte erarbeitet
- 1'785 Personen beschäftigt
- CHF 279 Mio. Umsatz erwirtschaftet
- CHF 0.5 Mio. Verlust erzielt (Spitalbetrieb 0.6 Mio. Gewinn)
- CHF 14.0 Mio. investiert und CHF 10 Mio. für den Neubau zurückgestellt

Gesamthaft kann man von einem sehr wechselhaften Jahr sprechen mit schwachen Belegungen während der Wintersaison 2011/2012 und starken Belegungen ab Mitte 2012. Diese Schwankungen forderten von allen Mitarbeitenden eine hohe Flexibilität, grosses Verständnis und eine entsprechende Anpassungsfähigkeit.

Neue Spitalfinanzierung

Das Hauptereignis im vergangenen Geschäftsjahr stellt zweifellos die schweizweit eingeführte neue Spitalfinanzierung dar. Auf den Seiten 8 und 15 dieses Jahresberichts gehen wir auf die neue Situation und deren Auswirkungen auf das Kantonsspital Graubünden ausführlich ein.

Neuorganisation der Geschäftsleitung

Mit der Neustrukturierung der Geschäftsleitung per 1. September 2012 wird eine ausgeglichene Arbeitsbelastung, eine klarere Verantwortungszuteilung und eine vermehrte Delegation von Aufgaben an die Departementsleitungen angestrebt. Der Verwaltungsrat hat Marco Oesch als Leiter des Departements Services sowie Heidi Werner-Camastral als Leiterin des neu geschaffenen Departements Entwicklung, Kooperationen, Nebenbetriebe gewählt.

Marco Oesch trat am 1. September 2012 die Nachfolge von Daniel Derungs an, der als Spitaldirektor ins Liechtensteinische Landesspital wechselte. Im Rahmen der Neuorganisation wurde der Personaldienst in das neu benannte Departement Personal, Pflege und Fachsupport eingliedert. Dieses Departement wird weiterhin von Heinrich Neuweiler geleitet. Zudem übernahm Dr. Peter M. Fehr, Chefarzt Gynäkologie, ab 1. September 2012 die Leitung des Departements Frauenklinik Fontana.

Neues SPECT/CT-Gerät

Anfang 2012 hat die Nuklearmedizin des Kantonsspitals Graubünden einen neuen Kombi-Tomographen, ein sogenanntes SPECT/CT-Gerät, in Betrieb genommen. Mit diesem neuen Kombinationsgerät können vor allem orthopädische Fragestellungen viel genauer beantwortet werden, als dies mit den beiden bisher getrennt voneinander durchgeführten Verfahren SPECT und CT möglich war. Das neue SPECT/CT-Gerät ergänzt die Ausstattung der Nuklearmedizin des Kantonsspitals Graubünden auf ein topmodernes Niveau, sodass bis auf wenige, sehr seltene Ausnahmen künftig alle nuklearmedizinischen Untersuchungsmethoden im Kanton Graubünden angeboten werden. Das neue SPECT/CT-Gerät kombiniert die Methoden der Szintigraphie (vor allem der Knochenszintigraphie) und der Computertomographie (CT). Die CT-Komponente besitzt ausserdem einen modernen Flachdetektor, wodurch die Strahlenbelastung für diese Patienten während der Untersuchung nur noch minimal und deutlich geringer als auf herkömmlichen Geräten ausfällt.

Upgrade Angiographieanlage

Ende Januar 2012 hat der Bereich Interventionelle Radiologie des Kantonsspitals Graubünden eine neue Angiographieanlage in Betrieb genommen. Das neue Gerät arbeitet mit einem digitalen Flachdetektor, der Röntgenstrahlen direkt in ein digitales Bild umwandeln kann. Zudem vermag der neue Detektor grössere Körperregionen in besserer Bildqualität abzudecken als das bisherige Gerät. Im Zuge der Geräteerneuerung wurden auch die komplette Computerhardware sowie die ganze Software der Angiographieanlage auf ein topmodernes Niveau gebracht. Durch

die Kombination von neuer Hardware und Software reduziert sich die Strahlenbelastung bei Gefässdarstellungen und minimal invasiven Behandlungen sowohl für die Patienten als auch für das Personal deutlich. Darüber hinaus werden die Untersuchungszeiten verkürzt und die Menge des benötigten Kontrastmittels verringert.

Kinderwunschzentrum in der Frauenklinik Fontana

Die Frauenklinik Fontana des Kantonsspitals Graubünden bietet seit über 15 Jahren eine Kinderwunschsprechstunde an. Das bisherige Angebot zur Abklärung und Behandlung von Kinderwunschscheitern umfasste unterschiedliche Methoden von der einfachen hormonellen Unterstützung über die intrauterine Insemination bis zur Zyklusüberwachung im Rahmen der Kinderwunschbehandlung im Institut fiore in St. Gallen. Neu bietet die Frauenklinik Fontana das gesamte Spektrum der Kinderwunschbehandlung in Chur an; dies in Zusammenarbeit mit dem führenden Fachinstitut fiore in St. Gallen. Als neues Verfahren können in der Frauenklinik Fontana ausserdem Ei- und Spermazellen mit Kälte behandelt und konserviert werden. Dies ermöglicht es, die Fruchtbarkeit auch nach Tumorbehandlungen mit Chemotherapie zu erhalten.

Das neue Kinderwunschzentrum Fontana des Kantonsspitals Graubünden wird von Dr. med. Naomi Ventura geleitet. Sie war zuvor im Institut fiore in St. Gallen tätig und verfügt über breite Erfahrung in der reproduktiven Behandlung.

Zertifizierung nach REKOLE

Das Kantonsspital Graubünden ist als erst neuntes Spital in der Schweiz durch den Schweizer Spitalverband H+ gemäss den Zertifizierungsrichtlinien REKOLE (Revision der Kostenrechnung und der Leistungserfassung) erfolgreich zertifiziert worden. Für das Unternehmen bedeutet die Zertifizierung ein Gütesiegel für die Transparenz und Richtigkeit des betrieblichen Rechnungswesens, eine substanziell gestärkte Verhandlungsposition gegenüber den Krankenkassen und verlässliche Fallzahlen auf nationaler Ebene. Gerade in Zeiten der Einführung der neuen Spitalfinanzierung ist es für das Kantonsspital Graubünden wichtig, über ein aussagekräftiges, transparentes und detailliertes betriebswirtschaftliches Führungsinstrument zu verfügen.

Qualität in Palliative Care

Die Palliative-Care-Abteilung des Kantonsspitals Graubünden wurde aufgrund eines umfassenden Audits als erst fünfte Institution in der Schweiz erfolgreich mit dem Label «Qualität in Palliative Care» ausgezeichnet. Vergeben wird das Qualitätslabel von qualitépalliative, dem Schweizerischen Verein für Qualität in Palliative Care. Das Label soll die Einrichtungen ermutigen, in den Bemühungen zur Si-

cherung und Förderung der Leistungsqualität fortzufahren. Ein Team von Auditorinnen und Auditoren überprüfte auf der Palliative-Care-Abteilung des Kantonsspitals Graubünden die Erfüllung der im Voraus vereinbarten Qualitätskriterien. Das Auditteam war beeindruckt von der fachlichen Kompetenz der Mitarbeitenden. Ausserdem fand es viele Hinweise für eine vorbildliche interprofessionelle Zusammenarbeit. Mit einem Total von 162 Punkten bei einem Maximum von 168 Punkten (Erfüllungsgrad 96 Prozent) erreichte die Palliative-Care-Abteilung des Kantonsspitals Graubünden ein hervorragendes Audit-Ergebnis.

Gute Zusammenarbeit mit dem Kantonsspital Glarus

2011 ist das Kantonsspital Graubünden eine sehr erfreuliche vertiefte Kooperation mit dem Kantonsspital Glarus eingegangen. Die bereits sehr gute Zusammenarbeit wurde 2012 weiter ausgebaut. Erste Resultate zeigen, dass sich die Zusammenarbeit auch in einer deutlichen Fallsteigerung auswirkt. So konnten in Chur bereits 2011 mehr stationäre Fälle aus dem Kanton Glarus verzeichnet werden als im Vorjahr. Dieser Trend setzte sich 2012 klar fort. Auch für das Kantonsspital Glarus zahlt sich die Kooperation aus. Dort ist die Zahl der behandelten Patienten 2012 ebenfalls angestiegen. Es kann vor allem von den zahlreichen Spezialisten aus Graubünden profitieren, aber auch der Know-how-Transfer mit einem etablierten Zentrumsspital ist für die Glarner von grossem Nutzen. Für beide Seiten ist die Beibehaltung der unternehmerischen Eigenständigkeit wichtig.

Dank

Im Namen der Geschäftsleitung danke ich allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in allen Funktionen für die engagierte, verantwortungsbewusste, qualitativ hochwertige und leider unter immer höherem Zeitdruck zu erbringende Arbeit, die sie täglich zugunsten unserer Patientinnen und Patienten leisten.

Dr. oec. HSG Arnold Bachmann
Vorsitzender der Geschäftsleitung

PS: Mit einer Bildstrecke auf den Seiten 9 bis 14 möchten wir aufzeigen, wie viele Personen aus den verschiedensten Fachbereichen für einen «Fall» (am Beispiel Brustkrebs) tätig sind beziehungsweise in die medizinische Versorgung einer Patientin involviert sind.

Kommentar zur Jahresrechnung

Betriebsrechnung – rote Null

Das Geschäftsjahr 2012 schloss mit einem leichten Minus von CHF 0.486 Mio. für die Stiftung. Das Akutspital für sich erzielte einen Gewinn von CHF 0.6 Mio. Die Nebenbetriebe «Heim» und «rettung chur» drehten jedoch das Ergebnis ins Minus. Sowohl beim Heim (geändertes Konzept mit doppelter Bettenzahl neu am Standort Kreuzspital) als auch bei der rettung chur (bessere Abdeckung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen) ist für das Jahr 2013 Besserung in Sicht. Dieses Ergebnis liegt fast CHF 2 Mio. unter dem Vorjahresresultat. Gemessen an einem Umsatz von CHF 279 Mio. kann von einem roten Null-Resultat gesprochen werden.

Die Anzahl der stationären Patienten hat im Berichtsjahr erstmals seit der Fusion im 2006 abgenommen, und zwar um 4.6 Prozent auf 16'085. Genau die Hälfte (2.3 Prozent) der Abnahme ist auf die neue Zählweise der Wiedereintritte zurückzuführen. Die andere Hälfte ist eine echte Abnahme bedingt durch den schwachen Tourismuswinter 2011/2012. Die Anzahl ambulanter Taxipunkte hat um 6.4 Prozent auf 59.999 Mio. zugenommen. Relativ deutlich, nämlich um zehn Prozent, haben die Erträge aus Leistungen für Dritte und aus Nebenbetrieben zugenommen. Mit Totaleinnahmen von CHF 9.4 Mio. nehmen sie eine immer grössere Bedeutung ein. Gesamthaft ist der Ertrag um 11.0 Prozent bzw. CHF 27.4 Mio. und der Aufwand um CHF 29.5 Mio. bzw. 11.8 Prozent gestiegen, was in der Differenz zu einem leicht schlechteren Ergebnis geführt hat.

Der Personalaufwand stieg um 4.6 Prozent. Hauptgründe waren der Nachholbedarf im Lohnniveau bei einzelnen spezifischen Berufsgruppen, der Vollzug des «Orange-Urteils» bei den Inkonvenienzzulagen und die deutlich gestiegenen Rekrutierungskosten.

Beim Sachaufwand erhöhte sich der medizinische Bedarf um CHF 0.9 Mio. gegenüber dem Vorjahr. Angesichts der fortschreitenden medizinischen Entwicklung ist das ein gutes Ergebnis. Die übrigen Sachaufwände bewegen sich in etwa auf dem Vorjahresniveau.

Investitionsrechnung – Anlagenutzung

Mit der Einführung des neuen Abrechnungssystems Swiss-DRG per 1.1.2012 für stationäre Leistungen hat sich auch die Finanzierung der Investitionen geändert. Der Basispreis für die Abgeltung der SwissDRG-Fälle enthält auch einen Investitionskostenzuschlag, der im 2012 vom Bundesrat bekanntlich auf 10 Prozent festgelegt wurde. Die daraus resultierenden Einnahmen für Investitionskosten betragen CHF 15.9 Mio. Im Spitalbetrieb haben wir im Berichtsjahr CHF 12.9 Mio. investiert und CHF 10.0 Mio. für das Bauprojekt SUN (Sanierung, Um- und Neubau Kantonsspital Graubünden) zurückgestellt. Bei den Nebenbetrieben wurde mit insgesamt CHF 1.1 Mio. überdurchschnittlich viel investiert, während bei der Heimabteilung keine Investitionen getätigt wurden.

Die wichtigsten im Jahr 2012 realisierten Investitionen:

- Ersatz der Niederspannungshauptverteilung
- Hausanschluss Fernwärme Standort Frauenklinik Fontana
- Hausanschluss Fernwärme Standort Kreuzspital
- Upgrade Angiographieanlage
- Ersatz CT-Simulator Radio-Onkologie
- SPECT/CT-Gerät
- Upgrade MRI auf 3.0T
- Upgrade Radiologie-Informationssystem
- Kreditoren-Workflowsystem
- Provisorium für das Evangelische Altersheim am Standort Kreuzspital
- Bauprovisorium Parkplätze Waldhaus

Dr. oec. HSG Arnold Bachmann
Vorsitzender der Geschäftsleitung

Jahreskennzahlen in Kürze

Leistungskennzahlen 2012

	2011	2012	Diff.	%
Betriebene Betten	346	351	5	1.4%
Fälle stationär	16'862	16'085	-777	-4.6%
Austritte stationär	16'862	16'474	-388	-2.3%
Pflegetage stationär	111'373	96'215	-15'158	-13.6%
Fälle ambulant	43'718	43'380	-338	-0.8%
Aufenthaltsdauer (neue Zählweise)	5.7	6.0	0.3	5.3%
Bettenbelegung	88.2	90.5	2.3	2.6%
Ambulante Taxipunkte	56'376'920	59'999'349	3'622'429	6.4%
Total Fälle (amb./stat.)	60'580	59'465	-1115	-1.8%

Finanzkennzahlen 2012

Total Kantonsspital Graubünden (CHF in Mio.)	2011	2012	Diff.	%
Betriebsertrag				
Stationär (neu inkl. Investitionsbeiträge)	155.385	176.589	21.204	13.6%
Ambulant	71.841	77.021	5.180	7.2%
Übrige	17.848	19.007	1.159	6.5%
Öffentliche Hand (übrige Beiträge)	5.951	6.089	0.138	2.3%
Ertragsminderungen	-0.411	-0.649	-0.238	57.9%
Total	250.614	278.057	27.443	11.0%
Aufwand				
Personalaufwand	-165.667	-173.266	-7.599	4.6%
Medizinischer Bedarf	-40.791	-41.684	-0.893	2.2%
Sonstiger Betriebsaufwand (neu inkl. Abschreibungen)	-42.696	-63.725	-21.029	49.3%
Total	-249.154	-278.675	-29.521	11.8%
Finanzergebnis	0.187	0.132	-0.055	-29.4%
Ergebnis	1.647	-0.486	-2.133	-129.5%

Personalkennzahlen 2012

	31.12.2011	31.12.2012	Veränderung
Angestellte	1'787	1'785	-0.11%
Vollzeitäquivalente Stellen Reinigung und Wäscherei ausgelagert	1'438	1'439	+0.07%

Personalstatistik 2012

Anzahl Vollzeitstellen	2012	%
Ärzte	238	16%
Pflegepersonal	554	38%
Medizintechnisches Personal	197	14%
Medizintherapeutisches Personal	24	2%
Sozialdienste	8	1%
Verwaltungspersonal	156	11%
Medizinische Sekretariate	73	5%
Hausdienstpersonal	152	10%
Technische Dienste	37	3%
Total	1439	100%

Neue Spitalfinanzierung

Neue Spitalfinanzierung

SwissDRG – für die einen ein Schimpfwort, für die anderen ein Synonym für eine (endlich) gerechte Leistungsabgeltung. Beides hält einer differenzierten Betrachtung im Rückblick auf das erste Jahr unter der neuen Spitalfinanzierung nicht stand.

Im Vorfeld der Einführung wurden die Risiken und Chancen der neuen Tarifstruktur kontrovers diskutiert. Besonders folgende Themen gaben Anlass zu Sorgen und Hoffnungen:

- Schwierige technische Einführung
- Bloody Exits
- Gerechtere Leistungsabgeltung
- Reifegrad von SwissDRG
- Zu geringe Abgeltung von Investitionen

Vorbemerkung/Abgrenzungen

Die neue Spitalfinanzierung ist nur ein Bereich der Teilrevision des eidgenössischen Krankenversicherungsgesetzes vom 21. Dezember 2009. Die weiteren Elemente wie Planung der hochspezialisierten Medizin, kantonale Spitalplanung/Leistungsplanung, Spitalliste und neue Tarifkompetenzen bei gesamtschweizerischen Tarifen durch den Bund sind weitere Themen, die uns in den kommenden Jahren vielleicht weit mehr beschäftigen werden.

Ein Jahr nach Einführung von SwissDRG zeigt sich aus der Sicht des Kantonsspitals Graubünden, dass manche der Befürchtungen unbegründet waren, einzelne Aspekte hingegen noch Optimierungen erfordern. Im Einzelnen waren unsere Erfahrungen wie folgt:

Schwierige technische Einführung

Die Spitäler im Kanton Graubünden, und damit auch das Kantonsspital Graubünden, rechnen gegenüber dem Kanton bereits seit 2005 und gegenüber den Unfallversicherern bereits seit 2006 nach APDRG ab. Als nur einer von zwei Kantonen in der Schweiz sogar inklusive Investitionskostenanteil. Es erstaunt deshalb nicht, dass die rein technische Umstellung auf SwissDRG beim Kantonsspital Graubünden relativ reibungslos verlaufen ist. Die Knacknuss bei leistungsbezogenen Fallpauschalen ist der Kodierungsprozess, der letztlich dazu führt, dass jeder stationäre Fall einer Diagnosegruppe zugeführt werden kann. Gegenüber einer Abteilungsfallpauschalen oder gar Pflegetagefinanzierung braucht es bei der neuen Tarifstruktur wesentlich detailliertere Informationen, die in kürzerer Zeit dem Kodiererteam zur Verfügung stehen müssen.

Die Erfahrung mit APDRG bewirkte, dass die Umstellungen gering waren und mit der Fakturierung sogar früher als im Vorjahr begonnen werden konnte. Die monatliche Berichterstattung zeigte von Anfang an einen besseren Fakturierungsstand als im Vorjahr, einen geringeren Anteil an nicht kodierten Fällen und zu unserem Erstaunen auch eine verkürzte Zahlungsfrist der Krankenversicherer. Die technische Umstellung kann also als gelungen bezeichnet werden.

Bloody Exits

Im Vorfeld war immer wieder zu hören, die Spitäler würden die Patienten nun früher nach Hause schicken, um Kosten zu sparen und damit Folgekosten an die nachfolgenden Leistungsanbieter wie Spitex, Pflegeheime oder Private zu Hause verlagern. Betrachtet man die Aufenthaltsdauer, so ist das Gegenteil geschehen. Im 2012 erhöhte sich die Aufenthaltsdauer von 5.7 auf 6.0 Tage (neue Zählweise). Dafür gibt es zwei Hauptgründe:

1. Die Falldefinition hat sich geändert. Patienten, die weniger als 24 Stunden im Spital sind, aber ein Spitalbett um Mitternacht belegen, wurden früher als stationäre Fälle gezählt. Nach SwissDRG zählen sie als ambulante Fälle. Es kommt also zu einer Verschiebung stationär-ambulant, rein aufgrund der Definitionen, ohne dass sich am medizinischen Behandlungsprozedere etwas Wesentliches geändert hätte.
2. Der medizinische Fortschritt und Prozessoptimierungen machen es möglich, dass bisherige stationäre Kurzlieger neu ambulant behandelt werden.

Bloody Exits sind also nicht eingetreten.

Fortsetzung auf Seite 15



Ein Fall –
viele beteiligte Menschen
(am Beispiel Brustkrebs)



Tumorboard



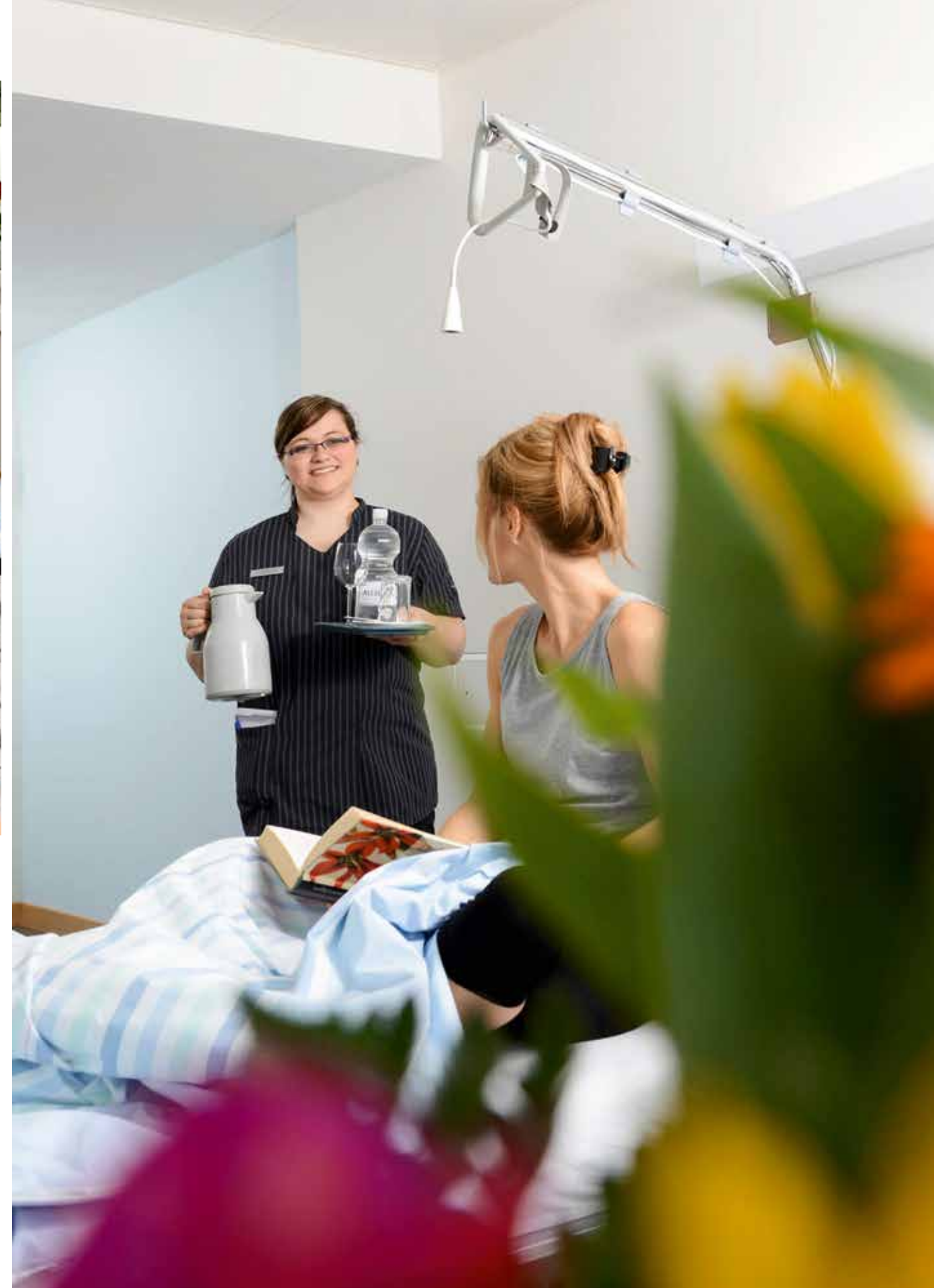
Mammographie



Sprechstunde



Betreuung durch die Pflegefachfrau



Stationärer Aufenthalt



Neue Spitalfinanzierung

Fortsetzung von Seite 8

Gerechtere Leistungsabgeltung

Eines der Hauptargumente für die Einführung von SwissDRG war die gerechtere Leistungsabgeltung. Gegenüber den Krankenversicherern wurde bis Ende 2011 nach sogenanntem PLT-Modell, also einer Mischung zwischen Abteilungsfallpauschalen und Abteilungspflegepauschalen, abgerechnet. Diese Durchschnittspauschalen über ganze Fachbereiche (z.B. die gesamte Allgemeine Chirurgie) führten zu den absurden Abgeltungsformen, bei denen etwa ein einfacher Armbruch fast den gleichen Tarif hatte wie die komplexe Operation eines Hirntumors. Gegenüber Versicherern spielt eine Durchschnittsabgeltung keine Rolle, weil aufgrund des Gesetzes der grossen Zahl insbesondere die grossen Versicherungen am Schluss genau gleich viel bezahlten. Im Einzelfall, insbesondere gegenüber Touristen, war aber nicht begründbar, warum relativ kleine Eingriffe mit teureren Durchschnittspauschalen bezahlt werden mussten, während grosse Eingriffe mit relativ günstigen Durchschnittspauschalen abgegolten werden konnten.

Die Erfahrungen mit SwissDRG sind nun wesentlich besser. Die weit differenzierteren schweregradgewichteten Abgeltungen werden viel besser verstanden und als gerechter wahrgenommen.

Reifegrad von SwissDRG

Vor der Einführung wurde immer wieder der Reifegrad von SwissDRG angezweifelt. Insbesondere hinterfragt wurde, ob SwissDRG als lernendes System schon genug gelernt habe, um die Kostenwirklichkeit gerecht abzubilden. Als konkretes Beispiel sei hier die Abgeltung der Patienten genannt, welche auf einer Intensivstation behandelt werden (Erwachsenen- oder Kinderintensivstation). 2011, noch unter dem alten Finanzierungssystem, produzierten die Intensivpatienten im Kantonsspital Graubünden ein Defizit von rund CHF 12 Mio. Im Berichtsjahr 2012 verursachten die gleichen Patienten nur noch ein Defizit von CHF 5.5 Mio. Das bedeutet, dass SwissDRG die eher komplexen Fälle zwar immer noch nicht gerecht abbildet, aber doch um die Hälfte besser und gerechter als das alte PLT-Modell.

Fazit: SwissDRG ist tatsächlich die gerechtere Leistungsabgeltung und bildet die Kostenwahrheit besser ab, jedoch noch immer bei weitem nicht gut genug. SwissDRG muss noch viel lernen und hat noch einiges an Entwicklungsarbeit vor sich. Insbesondere können Spitäler noch nicht über die Baserate miteinander verglichen werden.

Zu geringe Abgeltung von Investitionen

Konkret in Zahlen: Im alten Finanzierungssystem erhielt das Kantonsspital Graubünden CHF 24.2 Mio. Investitionsbeiträge (davon Kanton CHF 18.2 Mio., Gemeinden CHF 6.0 Mio.). Das entsprach 14.5 Prozent der stationären Einnahmen. Im 2012 betrugen die Investitionsbeiträge noch CHF 15.9 Mio. (davon Kanton CHF 7.8 Mio., Versicherer CHF 7.2 Mio., Gemeinden 0.9 Mio.). Dies entspricht 10 Prozent der stationären Einnahmen. Das Kantonsspital Graubünden investierte 2012 real CHF 14.0 Mio. und stellte für das Bauprojekt SUN CHF 10 Mio. zurück.

Die kalkulatorischen Abschreibungen nach REKOLE-Standard, die notwendig sind, damit am Ende der Lebensdauer die aktuell vorhandenen Maschinen, Geräte und Gebäude für den stationären Bereich wiederbeschafft bzw. wiedergebaut werden können, betragen rund CHF 26.5 Mio. oder rund 15.5 Prozent der stationären Einnahmen.

Fazit: Man kann es drehen und wenden wie man will, die Investitionsbeiträge sind zu tief, um nachhaltig die Substanz der Spitäler zu erhalten. Bewusst werden Schulden auf spätere Generationen verschoben.

Stiftungsrat

Dr. rer. pol. Ulrich Immler, Präsident
 mag. oec. HSG Christian Aliesch, Vizepräsident
 lic. iur. Barla Cahannes Renggli
 lic. iur. Regula Degiacomi-Maurer
 Cornelia Fintschin-Dörig
 Andrea Maria Klein
 Claudia Märchy-Michel
 Dr. med. Martin Mani
 Dr. med. Valentin Rehli
 Ursina Valsecchi-Schellenberg
 Dr. oec. HSG Michael Zindel

Verwaltungsrat

Dr. rer. pol. Ulrich Immler, Präsident
 Dr. iur. Marianne Toller-Schwarz, Vizepräsidentin
 lic. iur. Susanne Jenny Wiederkehr
 lic. iur. Hermann Just
 Betr. oec. FH/HWV Reto Nick
 Dr. med. Jachen Vonzun

Geschäftsleitung

Dr. oec. HSG Arnold Bachmann, Vorsitzender
 Prof. Dr. med. Walter Reinhart, Vize
 Betr. oec. HWV Daniel Derungs, Vize (bis 31.8.2012)
 Marco Oesch, MAS HSM, Vize (ab 1.9.2012)
 Dr. pharm. Susanne Guyer
 Prof. Dr. med. Markus Furrer
 Dr. med. Thomas Sieber, MBA
 Dr. med. Walter Bär
 Dr. med. Peter M. Fehr (ab 1.9.2012)
 Heinrich Neuweiler
 Heidi Werner-Camastral (ab 1.9.2012)

Direktionsstab

Dr. iur. Ursina Beerli-Bonorand, Leiterin Haftpflichtwesen
 lic. iur. Roman Dolf, Leiter Rechtsdienst (ab 1.2.2012)
 lic. phil. I Elisabeth Helbling, Leitung Generalsekretariat SR/VR/GL (bis 31.10.2012)
 Claudia Valär, Leitung Generalsekretariat SR/VR/GL (ab 1.11.2012)
 Georg Müller, Leiter Controlling
 Martin Vincenz, Leiter Unternehmenskommunikation
 Heidi Werner-Camastral, Leiterin Organisationsentwicklung (bis 31.8.2012)

per 31.12.2012

Organisation

Departement 1

Institute
 Dr. pharm. Susanne Guyer

Zentrales Röntgeninstitut
 Radiologie KSH
 CT
 Konventionelle Radiologie
 Interventionelle Radiologie
 MRI
 Ultraschall
 Radiologie KRZ
 Radiologie FON
 Nuklearmedizin KSH

Radio-Onkologie

Zentrallabor Chur (ZLC)

Institut für Spitalpharmazie
 Klinikbetreuung
 Fabrikation/Qualitätskontrolle

Physiotherapie
 Physiotherapie KSH/KRZ/FON

Pathologisches Institut
 Pathologie
 Rechtsmedizin
 Kantonales Krebsregister

Departement 2

Chirurgie
 Prof. Dr. med. Markus Furrer

Chirurgie Standort KSH
 Allgemein- und Unfallchirurgie
 Viszeralchirurgie
 Gefäss- und Thoraxchirurgie
 Handchirurgie

Operative Disziplinen (OD) Standort KSH
 Urologie
 Neurochirurgie
 Plastische/Wiederherstellungschirurgie
 Hals-Nasen-Ohren-Klinik

Operative Disziplinen (OD) Standort KRZ
 Orthopädie
 Allgemeinchirurgie
 Augenklinik

OPS
 OPS KSH
 Urologische Endoskopie
 OPS OD KRZ

Pflegeabteilungen
 Station D2/D1/D0/D01/D02
 Tagesklinik KSH
 Station CK1/CK2

Departement 3

ANIR
 Dr. med. Thomas Sieber

Anästhesie
 Anästhesie KSH
 Aufwachsaaal KSH
 Anästhesie KRZ
 Aufwachsaaal KRZ
 Anästhesie FON
 Aufwachsaaal FON
 Tagesklinik FON

Zentrale Notfallstation

Intensivmedizin

rettung chur

Care Team KSGR

Rega-Basisarzt

Departement 4

Innere Medizin
 Prof. Dr. med. Walter Reinhart

Innere Medizin stationär
 Stationär KSH
 Stationär FON

Untersuchungs- und Behandlungszentrum (UBZ)
 Onkologie/Hämatologie
 Kardiologie/Herzkatheterlabor
 Angiologie
 Arbeitsmedizin
 Endokrinologie/Diabetologie
 Gastroenterologie/Hepatology
 Gerinnung
 Infektiologie
 Nephrologie/Dialyse
 Pneumologie/Schlafmedizin
 Tagesklinik/Ambulatorium
 Palliative Care FON

Pflegeabteilungen
 Station C3 KSH
 Station C4 KSH
 Station C5 KSH
 Station C6 KSH
 Palliative Care FON
 Langzeit FON

Departement 5

Kinder- und Jugendmedizin
 Dr. med. Walter Bär

Kinder- und Jugendmedizin
 Allgemeine Pädiatrie
 Kinderintensivmedizin
 Kinderneurologie
 Kinderorthopädie
 Kinderkardiologie
 Kinderneurologie/EEG
 Kinderpsychiatrie/-neurologie
 Kinderpolysomnographie (Schlaflabor)
 Kinderpneumologie/Allergologie
 Kinderendokrinologie/-diabetologie
 Adoleszentenmedizin
 Kinder gastroenterologie
 Kinderhämatologie/-onkologie
 Kinderchirurgie
 Neuroorthopädie/Kinderorthopädie
 Humangenetik

Pflegeabteilungen
 EEG
 Kinderintensivstation/
 Intermediate Care/Neonatalogie
 Notfall/Ambulatorium/Tagesklinik
 Station D03

Departement 6

Frauenklinik Fontana
 Dr. med. Peter M. Fehr

Gynäkologie/Geburtshilfe
 Gynäkologie
 Geburtshilfe
 Kinderwunschzentrum
 Brustzentrum
 Sprechstunden
 OPS FON

Pflegeabteilungen FON
 Gebärabteilung
 Notfall/Ambulatorium
 Hebammenpraxis
 Stillambulatorium
 Station F3
 Station F4

Departement 7

Personal, Pflege und Fachsupport
 Heinrich Neuweiler

Bildung Pflege

Fachbereiche und Dienste
 Diabetesberatung
 Ernährungsberatung
 Logopädie
 Spitalhygiene
 Spital-Sozialdienst
 Wund- und Stomaberatung
 Seelsorge
 Coiffeure/Pédicure

LEP-Beauftragte

Qualitätsmanagement

Personaldienst

Room-Service

Departement 8

Services
 Marco Oesch, MAS HSM

Sicherheit

Betriebe
 Einkauf/Logistik/Zentralsterilisation
 Gastronomie/Hauswirtschaft/IDEM
 Küchen
 Telefonzentrale

Finanzen und Patientenadministration
 Finanzielles Rechnungswesen
 Kodierung
 Patientenadministration

Informatik
 Informationsmanagement/Prozesse
 IT-Technik

Spitaltechnik
 Ausstattung und Gebäude
 Elektro und Mechanik
 Heizung, Lüftung, Klima, Sanitär
 Medizintechnik

Departement 9 Entwicklung, Kooperationen, Nebenbetriebe

Heidi Werner-Camastral

Unternehmensentwicklung

Kooperationen

Nebenbetriebe

Projektkoordination

Strategische Bauplanung

Zuweiserkommunikation

Spitalkader

Departement Chirurgie

Departementsleitung	Prof. Dr. med. Markus Furrer, Chefarzt und Departementsleiter, Leiter Gefäss- und Thoraxchirurgie
Klinik für Chirurgie	Dr. med. Christoph Sommer, Co-Chefarzt, Leiter Unfallchirurgie Dr. med. Peter Villiger, Co-Chefarzt, Leiter Viszeralchirurgie Dr. med. Georg Heller, Leitender Arzt Chirurgie Dr. med. Jörg Nägeli, Co-Chefarzt, Standort Kreuzspital Dr. med. Gerhard Hinderer, Leitender Arzt Chirurgie, Standort Kreuzspital
Orthopädie	Dr. med. Heinz Bereiter, Co-Chefarzt, Leiter Operative Disziplinen Standort Kreuzspital (OD KRZ), Stv. Departementsleiter, Leiter Orthopädie a. i. (bis 31.1.2012) Dr. med. Thomas Perren, Co-Chefarzt, Leiter Orthopädie (ab 1.2.2012) Dr. med. Ivan Broger, Co-Chefarzt, Stv. Leiter Orthopädie (ab 1.2.2012) Dr. med. Guido Meier, Leitender Arzt Orthopädie Dr. med. Holger Grehn, Leitender Arzt Orthopädie
Urologie	Dr. med. Rätö Thomas Strebel, Co-Chefarzt, Leiter Urologie Dr. med. Khosrow Ahmadi, Leitender Arzt Urologie Dr. med. Mario Rampa, Leitender Arzt Urologie Dr. med. Jan Andreas Birzele, Leitender Arzt Urologie
Neurochirurgie	Dr. med. Denis Laurent Kaech, Co-Chefarzt, Leiter Neurochirurgie
Handchirurgie	Dr. med. Marco Canova, Co-Chefarzt, Leiter Handchirurgie Dr. med. Silvia Schibli, Leitende Ärztin Handchirurgie
Plastische und Wiederherstellungschirurgie	Dr. med. Edith Rehli-Wolfinger, Leitende Ärztin Plastische und Wiederherstellungschirurgie
Hals-Nasen-Ohren-Klinik	Dr. med. Claude Fischer, Chefarzt HNO Dr. med. Heinz Benedikt Fahrner, Leitender Arzt HNO
Augenklinik	Dr. med. Giovanni Spina, Belegchefarzt, Leiter Augenklinik PD Dr. med. Dieter Eisenmann, Belegarzt, Stv. Leiter Augenklinik Dr. med. Marco Bürge, Belegarzt Dr. med. Birkan Can, Belegarzt Dr. med. Dora Lengyel, Belegärztin Dr. med. Vivien Lindeman, Belegärztin
Pflegeleitung	Marlies Kuenz Heeb, Pflegeleitung Chirurgie Walter Brunett, Co-Pflegeleitung OPS Verena Lombris, Co-Pflegeleitung OPS
Betriebswirtschafter	Marco Rettich, lic. oec. HSG, Klinikmanager

Departement Innere Medizin

Departementsleitung	Prof. Dr. med. Walter Reinhart, Chefarzt und Departementsleiter
Innere Medizin	Dr. med. Thomas Wieland, Stv. Chefarzt und Stv. Departementsleiter Dr. med. Raphael Jeker, Leitender Arzt Innere Medizin Dr. med. Martin Liesch, Leitender Arzt Innere Medizin
Kardiologie/Herzkatheterlabor	Dr. med. Peter Müller-Widmer, Co-Chefarzt Innere Medizin, Leiter Kardiologie Dr. med. Stephan Schneiter, Leitender Arzt Kardiologie Dr. med. Kurt Albert Mayer, Leitender Arzt Kardiologie PD Dr. med. Piero O. Bonetti, Leitender Arzt Kardiologie
Nephrologie/Dialyse	Dr. med. Walter Brunner, Leitender Arzt Nephrologie/Dialyse Dr. med. Reto M. Venzin, Stv. Leitender Arzt Nephrologie/Dialyse
Gastroenterologie/Hepatology	Dr. med. Patrick Mosler, Leitender Arzt, Leiter Gastroenterologie/Hepatology Dr. med. Sabine Giezendanner, Leitende Ärztin Gastroenterologie/Hepatology
Medizinische Onkologie/Hämatalogie	PD Dr. med. Roger von Moos, Co-Chefarzt Innere Medizin, Leiter Medizinische Onkologie/Hämatalogie Dr. med. Richard Cathomas, Leitender Arzt Medizinische Onkologie Dr. med. Fritz Egli, Leitender Arzt Medizinische Onkologie PD Dr. med. Ulrich Mey, Leitender Arzt Medizinische Onkologie
Infektiologie	Dr. med. Felix Fleisch, Leitender Arzt Infektiologie
Angiologie	Dr. med. Ulrich Frank, Leitender Arzt Angiologie Dr. med. Gian-Reto Jörg, Leitender Arzt Angiologie
Pneumologie/Schlafmedizin	Dr. med. Max Ulrich Kuhn, Leitender Arzt Pneumologie/Schlafmedizin Dr. med. Peter Ludwig, Stv. Leitender Arzt Pneumologie/Schlafmedizin
Hämophilie	Dr. med. Thomas Schulzki, Oberarzt Hämophilie und Leiter Blutspendezentrum
Endokrinologie/Diabetologie	Dr. med. Niklaus Kamber, Leitender Arzt Endokrinologie/Diabetologie
Personalarzt/Arbeitsmedizin	Dr. med. Rolf Eisenegger, Leitender Arzt Arbeitsmedizin
Palliative Care	Dr. med. Cristian Camartin, Leitender Arzt, Leiter Palliative Care
Pflegeleitung	Joseph Gamma, Pflegeleitung Innere Medizin
Betriebswirtschafter	Daniel Ineichen, Betr. oec. HWV, Klinikmanager

Spitalkader

Departement Kinder- und Jugendmedizin

Departementsleitung	Dr. med. Walter Bär, Chefarzt und Departementsleiter Dr. med. Christian Mann, Stv. Chefarzt und Stv. Departementsleiter Dr. med. Matthias Cremer, Leitender Arzt Kinder- und Jugendmedizin Dr. med. Peter Iseli, Leitender Arzt Kinder- und Jugendmedizin Dr. med. Elmar Keller, Leitender Arzt Kinder- und Jugendmedizin Dr. med. Brigitte Scharrer, Leitende Ärztin Kinder- und Jugendmedizin Dr. med. Michael Steigert, Leitender Arzt Kinder- und Jugendmedizin
Pflegeleitung	Christophe D'Onofrio, Pflegeleitung Kinder- und Jugendmedizin
Betriebswirtschafterin	Seraina Irena Spinas-Sgier, dipl. Betriebswirtschafterin HF, Klinikmanagerin (ab 1.12.2012)
Departement Frauenklinik	
Departementsleitung	Marco Oesch, MAS HSM, Departementsleiter a. i. (bis 31.8.2012) Dr. med. Peter M. Fehr, Chefarzt Gynäkologie (ab 1.6.2012) und Departementsleiter (ab 1.9.2012) PD Dr. med. Kurt Biedermann, Chefarzt Geburtshilfe und Stv. Departementsleiter Dr. med. Naomi Ventura, Stv. Leitende Ärztin Kinderwunschzentrum (ab 1.11.2012)
Pflegeleitung	Brigitte Cadisch, Pflegeleitung (bis 31.8.2012) Andrea Spescha Germann, Pflegeleitung a.i. (ab 1.9.2012) Barbara Tanno, Stationsleitung F3/F4 Ursula Schlittler, Leitung Gebärsaal Cristina Pascariu, Pflegeleitung OPS Fontana Karin Schlegel, Leitung Sprechstunden
Betriebswirtschafterin	Sarah Simmen, Betr. oec. FH, Klinikmanagerin

Departement Institute

Departementsleitung	Dr. pharm. Susanne Guyer, Departementsleiterin und Chefapothekerin
Zentrales Röntgeninstitut Radiologie	Prof. Dr. med. Thomas Böhm, Stv. Departementsleiter und Chefarzt Zentrales Röntgeninstitut Dr. med. Tobias Freyholdt, Leitender Arzt Dr. med. Gerold Reutter, Leitender Arzt Dr. med. Patrick Knüsel, Leitender Arzt Dr. med. Claude Nauer, Leitender Arzt Dr. med. Alexander Rieke, Leitender Arzt Dr. med. Jutta Eichholz, Stv. Leitende Ärztin
Nuklearmedizin	Dr. med. Stefan Kneifel, Leitender Arzt
Radio-Onkologie	PD Dr. med. Daniel R. Zwahlen, Chefarzt Radio-Onkologie Dr. med. Ulrich Hans Ulmer, Leitender Arzt Dr. rer. nat. Karl Ludwig Rittmann, Leiter Medizinphysik
Zentrallabor Chur (ZLC)	Dr. med. Martin Risch, Leiter Zentrallabor PD Dr. med. Thomas Bodmer, Stv. Leiter Zentrallabor Carl Frank Mulder, Labormanager
Institut für Spitalpharmazie	Dr. pharm. Susanne Guyer, Chefapothekerin Dr. pharm. Evelyne Gyr Klaas, Co-Stv. Chefapothekerin Dipl. pharm. ETH Marianne Fehr, Co-Stv. Chefapothekerin
Pathologie/Rechtsmedizin	Dr. med. Harald Frick, EMBA, Chefarzt Pathologie und Institutsleiter Prof. Dr. med. Thomas Stallmach, Chefarzt Pathologie Dr. med. Gallus Gadiant, Leitender Arzt Pathologie Dr. med. Barbara Padberg Sgier, Leitende Ärztin Pathologie Dr. med. Daniel Wyler, Stv. Chefarzt und Leitender Arzt Rechtsmedizin
Physiotherapie	Christian End, Leiter Physiotherapie Roman Gemperle, Stv. Leiter Physiotherapie und Teamleiter Physiotherapie, Standort Kreuzspital Veerle Exelmans, Teamleiterin Physiotherapie, Standort Fontana
Betriebswirtschafter	Thomas Németh, EMBA, Departementsmanager

Spitalkader

Departement ANIR

Departementsleitung	Dr. med. Thomas Sieber MBA, Chefarzt Anästhesie und Departementsleiter
Anästhesie	Dr. med. Jörg Helge Junge, Leitender Arzt Anästhesie/Rettung, Hauptstandort Dr. med. Luca Brendebach, Leitender Arzt Anästhesie, Standort Fontana Dr. med. Ursula Kohler, Leitende Ärztin Anästhesie, Standort Kreuzspital Dr. med. Karin Litscher, Stv. Leitende Ärztin Anästhesie Dr. med. Michael Bujard, Stv. Leitender Arzt Anästhesie Dr. med. Peider Frey, Stv. Leitender Arzt Anästhesie
Zentrale Notfallstation	Dr. med. Martin Liesch, Leitender Arzt Zentrale Notfallstation
Intensivmedizin	Dr. med. Adrian Wäckerlin, Chefarzt Intensivmedizin und Stv. Departementsleiter Dr. med. Patrik Vanek, Leitender Arzt Intensivmedizin
rettung chur	Dr. med. Jörg Helge Junge, Leitender Arzt Anästhesie/ <i>rettung chur</i> Beat Hugentobler, Betriebsleiter <i>rettung chur</i>
Pflegeleitung	Nicole Schumacher, Pflegeleitung Anästhesie Christoph Soland, Pflegeleitung Notfallstation Angela Gustin, Pflegeleitung Intensivstation
Care Team KSGR	Pfarrer Rolf Bärtsch, Leiter Care Team KSGR

Departement Personal, Pflege und Fachsupport

Departementsleitung	Heinrich Neuweiler, Departementsleiter
	Brigitte Cadisch, Stv. Departementsleiterin (bis 31.8.2012) Toni Bendel, Leiter Spital-Sozialdienste (bis 31.8.2012) Pia Felchlin, Leiterin Bildung Pflege Reinhard Lorez, Leiter Fachbereiche und Dienste Christa Heierli, Leiterin Room-Service Dr. phil. Tima Plank, Qualitätsmanagerin Julius Risch, Leiter Personaldienst (ab 1.9.2012)

Departement Services

Departementsleitung	Daniel Derungs, Departementsleiter (bis 31.8.2012) Marco Oesch, MAS HSM, Departementsleiter (ab 1.9.2012)
	Adolf Zürn, Leiter Betriebe und Stv. Departementsleiter Adrian Ammann, Leiter Spitaltechnik Alfred Hostettler, Leiter Finanzen/Patientenadministration Martin Liver, Leiter Informatik (bis 30.11.2012)

Departement Entwicklung, Kooperationen, Nebenbetriebe

Departementsleitung	Heidi Werner-Camastral, Departementsleiterin
	Seraina Irena Spinaz-Sgier, dipl. Betriebswirtschafterin HF, Projektkoordinatorin Ernst Casty, Architekt HF/STV Verena Zimmermann, Leiterin Zuweiserkommunikation

Chirurgie



Prof. Dr. med. Markus Furrer
Departementsleiter Chirurgie

Interview

Welche speziellen Erfolge und Ereignisse hatte Ihr Departement im vergangenen Jahr zu verzeichnen?

Trotz schlechter Wintersaison mit entsprechend niedrigeren Fallzahlen in den ersten drei Monaten behandelten wir im Berichtsjahr 2012 letztlich praktisch gleich viele stationäre Patientinnen und Patienten wie im Rekordjahr 2011. Damit steigerte sich der Gesamtanteil der Patienten des Departements Chirurgie auf 45,7 Prozent aller im Kantonsspital Graubünden hospitalisierten Akutpatienten. Die bei uns am stärksten gewachsene Abteilung ist die Orthopädie.

Mit dem Stellenantritt von Dr. med. Thomas Perren (Leiter Orthopädie) und Dr. med. Ivan Broger (Leiter Wirbelsäulenteam und Co-Leiter Orthopädie) konnte Dr. med. Heinz Bereiter die Interimsleitung wieder abgeben. Wir danken ihm ganz herzlich, dass er nach der kurzfristigen Wegberufung von PD Dr. med. Karl Stoffel ab September 2011 nochmals eingesprungen ist. In einem erfolgreichen Interregnum vermochte er mit seinen Oberärzten und jungen Assistenzärztinnen und -ärzten die Stellung zu halten. Die neue Crew hat sich rasch in unser Departement integriert und eine neue Dynamik hineingebracht.

In einigen Bereichen ist es zu einer weiteren Verschiebung vom stationären in den ambulanten Bereich gekommen, wie das mit der Einführung von DRG zu erwarten war. Am offensichtlichsten wird dies an der Klinik für Hals/Nasen/Ohren (HNO): Hier platzen die Räumlichkeiten für die ambulanten Behandlungen aus allen Nähten, während die stationäre Bettenzahl im Gegenzug etwas reduziert werden konnte.

Wo lagen die Besonderheiten im Leistungsangebot Ihres Departements?

Mit dem neuen Wirbelsäulen-Orthopäden Dr. med. Ivan Broger haben diese Eingriffe sowohl in ihrer Komplexität als auch in der Häufigkeit deutlich zugenommen.

Dr. med. Rätö Thomas Strebel und sein Team der Urologie führten mit der Da-Vinci-Roboter-Technologie nebst den zur Routine gewordenen Prostataeingriffen auch komplexe Blasen- und Niereneingriffe durch. Ausserdem bieten sie die neuesten endoskopischen Therapien in der Nierensteinbehandlung an und führen diese in sehr hoher Zahl durch.

Dr. med. Peter Villiger führte wiederum komplexeste Eingriffe bei Leber- und Pankreastumoren durch und hat die laparoskopische Adipositaschirurgie weiter ausgebaut. Die Thoraxchirurgie verzeichnete eine Steigerung der Eingriffe von gegen 20 Prozent, fast ausschliesslich bedingt durch Operationen beim Bronchuskarzinom. Bei Frühstadien werden diese Eingriffe nun routinemässig thorakoskopisch durchgeführt (Schlüsselloch-Chirurgie).

Wie hat sich die Einführung von SwissDRG auf die Tätigkeiten in Ihrem Departement ausgewirkt?

SwissDRG ist für viele Ärzte ein medizinisch-ökonomisches Schreckgespenst. Man zeigt uns laufend die generierten Kosten auf. Die Einnahmen werden aber mittels einer eigentlichen «Black-Box» berechnet. Für uns ist DRG lediglich ein neues Abgeltungssystem. Unsere Leistungserbringung orientiert sich weiterhin an rein medizinischen Qualitätszielen.

Ob der Aufenthalt ambulant oder stationär ist und wie lange er dauert, richtet sich innerhalb der versicherungsgesetzlichen Vorgaben immer auch nach dem sozialen Umfeld der Patientinnen und Patienten – und eben nach der Art der Abgeltung. Wir haben Letzteres schon seit jeher weit hinter eine patientengerechte medizinische Versorgung gestellt. Daran hat SwissDRG nichts geändert. SwissDRG zwingt uns in der Chirurgie aber zu «diagnosebezogenen» Abklärungen und Behandlungen, wie dies der Name ja impliziert. Wenn immer möglich führen wir Abklärungen vor dem Spitalaufenthalt ambulant durch. Patientenfreundliche Mehrfachbehandlungen werden nicht gefördert. Die Gefahr von «blutigen» Entlassungen hingegen wird überschätzt.

Fortsetzung auf Seite 26



Welche weiteren Folgen und Auswirkungen erwarten Sie in Zukunft von der neuen Spitalfinanzierung?

Die Kosten während einer Spitalbehandlung gilt es, weiterhin tief zu halten. Das zwingt zu Abstrichen bei den nicht mit der Hauptdiagnose in Verbindung stehenden Dienstleistungen im Spital und bedingt möglichst kurze Aufenthaltsdauern sowie einen sparsamen Umgang mit Medizinalprodukten. Dagegen wäre grundsätzlich nichts einzuwenden. Zwei Aspekte sind zukünftig aber zwingend zu berücksichtigen.

Nämlich erstens: In unserem Gesundheitswesen – in dem die Spitäler einen wesentlichen Eckpfeiler bilden – müssen wir weiter sicherstellen, dass nicht nur medizinische, sondern immer auch die begleitenden sozialen Faktoren mitberücksichtigt werden. Die unterschiedliche soziale Einbettung der Patientinnen und Patienten muss weiterhin eine flexible Hospitalisationspolitik zulassen, die jeweils auch die Lebenssituation vor und nach der Hospitalisation einbezieht.

Zweitens darf ein Spitalfinanzierungssystem nicht innovations- und weiterbildungsfeindlich sein. Neue Technologien gilt es, zeitnahe tarifarisch abzubilden, damit diese nicht aus Kostengründen auf der Strecke bleiben. Die Kosten für die Aus- und Weiterbildung im Spital müssen ebenfalls im Tarif enthalten sein.

Gibt es andere gesundheitspolitische Aspekte, von denen die Chirurgie unmittelbar betroffen ist?

Am meisten beschäftigte uns die Diskussion rund um die «Hochspezialisierte Medizin». Es geht um ein gesamtschweizerisches Projekt der Gesundheitsdirektoren. Dieses hat im vergangenen Jahr eine Eigendynamik angenommen, die nicht nur uns am Kantonsspital Graubünden, sondern auch viele andere Kantonsspitäler durch die Zentralisierungstendenzen vital bedroht. Der Bündner Gesundheitsdirektor hat die Situation erkannt und ist diesbezüglich politisch aktiv geworden. Während wir unbestrittenermassen zu einem der zwölf Schweizer Traumazentren ernannt wurden, mussten wir bei der Zentrumsversorgung von schwerverletzten Kindern schon massiv um einen entsprechenden Platz auf der neuen gesundheitspolitischen Landkarte kämpfen. Im Berichtsjahr ging es für unser Spital um die Stellung im Bereich der spezialisierten viszeralchirurgischen Eingriffe, wo wir ebenfalls erst im zweiten Anlauf entsprechende «Zusprachen» bekommen haben.

Gefäss- und Thoraxchirurgie

In der Gefässchirurgie haben wir die Stent-Technologie 2012 erstmals systematisch bei Bauchaortenaneurysmen auch in der Notfallsituation angewendet, sofern dies zeitlich und von den anatomischen Gegebenheiten her möglich war. Alternativ zur Stent-Graft-Implantation bieten wir die herkömmliche, offene Methode natürlich weiterhin an, sei es bei Wahleingriffen oder bei rupturierten Aneurysmen. Bei den Eingriffen an der Halsschlagader zur Schlaganfallprophylaxe haben wir neben den Routine-Endarteriektomien einige sogenannte Hybrideingriffe durchgeführt. Dabei handelt es sich um Eingriffe, bei denen die genannte offene chirurgische Technik mit einer Stent-Implantation weiter herzwärts kombiniert wird.

Bei den arteriellen Durchblutungsverbesserungen an den Beinen setzte die katheterbasierte Technik ihren Vormarsch fort. Immer schwieriger werdende Bypass-Operationen zur Wiederherstellung der Blutversorgung gehörten jedoch auch im 2012 zu unserer Routine. Solche Eingriffe müssen wir immer öfter auch notfallmässig zur Beinerhaltung durchführen.

In der Thoraxchirurgie haben wir im Berichtsjahr eine Fallzahlsteigerung von gegen 20 Prozent zu verzeichnen. Bei der Behandlung der Frühstadien der Bronchuskarzinome wurde die thorakoskopische Lappenentfernung nun als Standard eingeführt (Schlüsselloch-Chirurgie). Grosse und mit der Umgebung verwachsene Lungentumore mussten wir weiterhin mit zum Teil sehr komplexen Eingriffen entfernen. Bei mehreren Raumforderungen im Mediastinum (Mittelfell) führten wir die Operationen mit Hilfe des Da-Vinci-Roboters durch.

Versorgungen von Brustwand-Verletzungen – sei es nur durch Einlage von Drainagen und konservativen Massnahmen oder durch Osteosynthesen von Rippenbrüchen – sind traditionelle Eckpfeiler unseres thoraxchirurgisch-traumatologischen Angebots. Ausserdem haben die Schilddrüsen- und auch Nebenschilddrüseneingriffe weiterhin zugenommen. Durch die hohen Fallzahlen konnten wir auch hier vieles standardisieren im Bemühen, die Qualität weiter zu verbessern.

Nebst unserer Gefässchirurgischen Oberärztin, Frau Dr. med. Simone Hofer, konnte auch Dr. med. Thomas Wyss zum stellvertretenden Oberarzt ernannt werden. Er bestreitet ebenfalls den gefässchirurgischen Weiterbildungsweg. An zahlreichen internationalen Kongressen hat er viel beachtete Referate gehalten und zudem in renommierten Fachzeitschriften publiziert.

Dr. med. Georg Heller und Prof. Dr. med. Markus Furrer waren wiederum als Referenten und praktische Tutoren an Kongressen, Kursen und Meetings engagiert. Im Schweizerischen Qualitätsregister der Gefässoperationen (Swiss-Vasc) ist Dr. med. Heller weiterhin im Leitungsausschuss vertreten. Prof. Dr. med. Furrer wurde als Vertreter der Thoraxchirurgie in den Vorstand der Schweizerischen Gesellschaft für Chirurgie gewählt. Weiter wurde er – als einer der führenden Schweizer Gefässchirurgen – in den «Leading Medicine Guide» aufgenommen, das Verzeichnis der Top-50-Mediziner der Schweiz (mit jeweils maximal drei Vertretern eines Fachbereichs).

Unfallchirurgie

Nach dem Spitzenjahr 2011 mit einem ausgesprochen intensiven Winter begann das vergangene Berichtsjahr 2012 eher ruhig. Die Wintersaison war sehr schneereich, zudem herrschte anfangs Jahr oft schlechtes Wetter. Faktoren, die beide zu weniger verletzten Schneesportlern führen. Je länger das Jahr hingegen dauerte, desto mehr änderte sich die Situation, sodass wir Ende 2012 sogar noch mehr unfallchirurgische Operationen zählten (plus zwei Prozent). Der Sommer war durch zahlreiche schwere Unfälle geprägt, oft aus dem Verkehr (darunter auch einige Traktorunglücke) mit zum Teil schwersten Verletzungen.

Die bei uns neu ab Dezember 2011 eingeführte Trauma-statistik (Vorstufe zum ab 2014 obligatorischen nationalen Traumaregister für Schwerverletzte) zeigte jedoch überraschenderweise auf, dass sich von den 102 schwerverletzten Patientinnen und Patienten im 2012 mehr beim Biken/Velofahren (N:11) als etwa beim Motorradfahren (N:7) verletzten. Dieser Trend dürfte sich mit zunehmender Bike-Aktivität (insbesondere «Downhill») in den nächsten Jahren vermutlich etablieren. Die grossen üblichen unfallchirurgischen Schwankungen – mit Spitzenandrang im Winter und eher flauer übriger Zeit – waren jedenfalls im Jahr 2012 nicht zu verzeichnen.

Drei ärztliche Mitarbeitende unseres Departements erhielten im 2012 das Instruktorenpotenzial zum ATLS-Instruktor (Advanced Trauma Life Support): Pascal Fluri, Laura Jakob und Thomas Müller. Dies ist äusserst erfreulich und führt dazu, dass sich das Team-Know-how für das initiale Management von schwerverletzten Patienten im Schockraum weiter verstärken wird. Ausserdem ist es ein wichtiger Aspekt, der unser Spital auch in Zukunft für die steigenden Anforderungen der HSM-Bestrebungen (der hochspezialisierten Medizin) im Bereich «Schwerverletzte» wappnen dürfte.

Das Engagement für die Fort- und Weiterbildung sowie für die klinische Forschung blieb trotz arbeitsintensivem Jahr hoch: Neben regelmässigen internen Fortbildungsveranstaltungen zu unfallchirurgischen Themen haben wir erneut zwei regionale SGTV-Traumakurse zu den Themen «Handgelenk» und «Schulter» durchgeführt. Je fast 50 in Weiterbildung stehende Chirurgen/Orthopäden besuchten die Veranstaltungen. Das akquirierte Wissen im Bereich der Unfallchirurgie gaben wir zudem an ärztliche Kolleginnen und Kollegen weiter – dies in mehr als 80 Vorträgen, die wir grösstenteils spitalextern und oft im Ausland abhielten. 16 unfallchirurgische Publikationen (Buchkapitel, Originalarbeiten, publizierte Abstracts) zeugen von einer weiterhin aktiven klinischen Forschertätigkeit.

Dr. med. Christian Schrofer, Oberarzt am Kantonsspital Graubünden seit 2009, konnte sein Weiterbildungscurriculum nach hervorragend bestandener Prüfung mit dem Schwerpunkt Allgemein Chirurgie und Traumatologie ergänzen. Ab- oder Zugänge im ärztlichen Kader waren keine zu verzeichnen, sicherlich ist dies mit ein Grund, dass dieses intensive Jahr gut zu verkraften war.

Ende 2012 wurde das langjährige Engagement von Dr. med. Christoph Sommer als Leiter der Unfallchirurgie mit der Aufnahme in den «Leading Medicine Guide Switzerland» honoriert. Im Verzeichnis der Top-50-Mediziner der Schweiz finden jeweils maximal drei Vertreter eines Fachbereichs Aufnahme. Diese Ehre wird unser Team ansprechen, auch in den kommenden Jahren möglichst permanent eine hohe und patientenorientierte Qualität in der Unfallchirurgie zu bieten.

Handchirurgie

Die Handchirurgische Abteilung konnte erneut ein erfolgreiches Jahr verzeichnen. Die Zahl der Operationen hielt sich nach dem Rekordjahr 2011 erneut auf hohem Niveau, die Komplexität der Fälle hat jedoch weiter zugenommen. So wies das Spital Bellinzona dem Kantonsspital Graubünden beispielsweise eine 38-jährige Patientin zu, die nach einem Autounfall ausgedehnte Weichteil- und Knochenverletzungen an der linken Hand hatte (siehe Abbildung).



Die im Vorjahr neu eingeführte endoskopische Operationstechnik zur Dekompression des Nervus ulnaris beim Cubitaltunnelsyndrom hat sich sehr gut bewährt und durchgesetzt. Die konservative Behandlung des Morbus Dupuytren durch Auflösung der Dupuytrenstränge und Infiltration mit Collagenase vermochten wir erfolgreich einzusetzen.

Dr. med. Lukas Fatzer wurde im Frühjahr 2012 ins Kantonsspital Aarau abberufen. An seiner Stelle konnten wir Dr. med. Bernd Hennecke (Facharzt FMH Plastische Chirurgie) verpflichten.

Unsere beiden Oberärzte, Dr. med. Christoph Klimsa und Dr. med. Bernd Hennecke, sowie unser ehemaliger Mitarbeiter Dr. med. Lukas Fatzer haben im Herbst die schweizerische Facharztprüfung Handchirurgie absolviert und die drei besten Prüfungsergebnisse erzielt – herzliche Gratulation.

Unser Minisymposium «Traumatologie der Hand – Tipps für die Praxis» vom 22. Februar 2012 wurde gut besucht.

Plastische Chirurgie

Das Berichtsjahr 2012 war für den Fachbereich Plastische und Wiederherstellende Chirurgie sehr intensiv und durch grundlegende strukturelle und personelle Entscheidungen gekennzeichnet. Die personellen Leistungsgrenzen sind sichtlich erreicht. Obwohl Frau Dr. med. Simone Pintus-Stoss das Kantonsspital Graubünden nach ihrer Weiterbildung und Oberarztstätigkeit verlassen hatte, konnten die Operationszahlen auf Niveau Vorjahr gehalten werden. Sie übernahm eine Praxis in Chur. Die Zahl der Sprechstundenkonsultationen war aufgrund des erneuten Einfrabetriebes leicht rückläufig. Sämtliche konsiliarärztliche Tätigkeiten mit unseren Kooperationspartnern waren trotz personellem Engpass jedoch gewährleistet.

Schwerpunkte in unserem operativen Repertoire sind immer noch wiederherstellende und ästhetische Eingriffe an der Brust, dem Gesicht und dem Bauch. Mit der Ästhetischen Chirurgie kann ein lang gehegter Wunsch nach natürlichem und harmonischem Erscheinungsbild durch einen sinnvollen Eingriff erfüllt werden. Eine gelungene Korrektur trägt hier zu einer verbesserten Lebensqualität bei, sei es durch eine Brustvergrösserung, eine Brustverkleinerung oder eine Lidstraffung. Die Eingriffe integrieren sich in das Gesamtbild eines Menschen und unterstreichen die natürliche Schönheit und Ausstrahlung. Unser ganzheitlicher Betreuungsanspruch erfordert ein hohes Mass an Operationsplanung sowie der entsprechenden Nachbehandlung.

Urologie

Die hervorzuhebenden Stichworte im Berichtsjahr 2012 sind für die Urologie des Kantonsspitals Graubünden personelle Veränderungen, DRG, das Da-Vinci-Robotersystem und das interdisziplinäre urologische Tumorboard.

Frau Marion Schneider-Obertüfer hat die pflegerische Leitung der urologischen Bettenstation Mitte Jahr übernommen. Gemeinsam mit ihrem Stellvertreter Herrn Sebastian Fiegel hat sie diese Aufgabe mit viel Einsatz angepackt. Auf ärztlicher Seite wurde eine neue Stelle für einen Oberarzt/eine Oberärztin i. V. geschaffen, diese konnte ebenfalls per Mitte Jahr mit Frau Dr. med. Michaela Mack besetzt werden. Damit kommen wir mit Freude auch unserem Ausbildungsauftrag als Weiterbildungsstätte für Urologie nach. Die Ausbildung des ärztlichen Nachwuchses ist nach der Patientenbehandlung eine der vornehmsten und verantwortungsvollsten Aufgaben und eine sehr wichtige Investition in die Zukunft unserer Gesundheitsversorgung. Diesem Umstand wird leider im aktuellen Abgeltungssystem DRG nicht genügend Rechnung getragen und er ist noch Gegenstand von Diskussionen.

Die Urologie ist von den neuen Abgeltungsmethoden unter DRG auch in anderen Bereichen nachteilig betroffen. Gerade die häufigen urologischen Notfälle wie Blutungen aus der Prostata und Blase oder Patienten mit Nierensteinen werden vielfach zuerst im peripheren Spital behandelt und erst im Verlauf in unser Zentrumsspital verlegt. Bei diesen sogenannten «zuverlegten» Patienten wird das Kantonsspital Graubünden mit einem Verlegungsabschlag «bestraft».

Aus geographischen Gründen ist die Erstversorgung im auswärtigen Spital nachvollziehbar. In den Spitälern im Mittelland kommt dieser Verlegungsabschlag jedoch meistens nicht zum Tragen, denn im Gegensatz zum Kanton Graubünden ist im Mittelland auch in kleineren Spitälern eine urologische Notfallversorgung gewährleistet. Somit wird die Urologie am Kantonsspital Graubünden im Vergleich zu urologischen Abteilungen im Mittelland durch die Einführung des DRG-Systems finanziell benachteiligt.

Im fachlichen Bereich haben wir weitere Qualitätsverbesserungen erzielt. Das Ende 2011 initiierte urologische Tumorboard konnte 2012 erfolgreich eingeführt werden. Die urologischen Tumorpatienten werden wöchentlich interdisziplinär besprochen. Als eines der ersten Spitäler der Schweiz können wir seit Mitte 2012 gemeinsam mit den Kollegen der Radiologie im Bereich der Prostatakarzinomvorsorge MRT-gesteuerte Prostatabiopsien anbieten. Damit stehen uns alle modernen Methoden zur sorgfältigen Abklärung des Prostatakarzinoms zur Verfügung. Diesem Umstand kommt eine besondere Bedeutung zu angesichts der grossen Verunsicherung, die zurzeit beim Thema der Prostatakrebsvorsorgeuntersuchung herrscht.



Magnetresonanztomographie-Bild (MRT) der Prostata mit Biopsievorrichtung und Planungssoftware.

Bei den stationären Fallzahlen zeigte sich eine Konsolidierung, nachdem im Vorjahr eine ausgeprägte Steigerung zu verzeichnen war. Im ambulanten Bereich lagen die Zahlen im Rahmen des Vorjahrs. Der Trend hin zu minimal-invasiven Eingriffen mit dem Da-Vinci-Robotersystem hielt auch 2012 an. Das Indikationsspektrum wurde auf Eingriffe an der Blase bei Blasenkrebs erweitert und bei den Nierentumoren ausgeweitet.

Neurochirurgie

Die Leistungserbringung der Neurochirurgischen Abteilung lag im Rahmen der letzten Jahre. Ein Dauerproblem liegt bei der grossen Fluktuation, die von einem kleineren, hochspezialisierten Team bewältigt werden muss. Im Oktober 2012 wurden bei uns beispielsweise sieben Patienten innerhalb von nur 16 Tagen wegen eines Hirntumors operiert. Dipl. med. Marc Land als neuer Oberarzt i. V. löste Dr. med. Martin Dostal ab, der den Bereich «Rückenmarkstimulation gegen neurogene Schmerzen» weiterbetreut und dank seiner langjährigen Ausbildung in St. Gallen im Bereich Wirbelsäulenchirurgie und Schmerztherapie seine Kompetenzen erweitern wird.

Im Berichtsjahr haben wir die Qualitätserfassung unter anderem im Bereich der Wirbelsäulen-Implantate weitergeführt, zum einen bei den interspinösen Spacers, zum anderen bei den Dynamic Cervical Implants (DCI) nach ventraler Diskektomie an der Halswirbelsäule. Dr. med. Martin Dostal stellte am Kongress der Deutschen Gesellschaft für Wirbelsäulenchirurgie in Stuttgart im vergangenen Dezember die Resultate ein Jahr nach DCI-Implantation vor. Der monatliche interdisziplinäre Neurorapport wurde durch einen zusätzlichen auf spinale Fälle ausgerichteten Rapport mit Dr. med. Claude Nauer, Leitender Arzt Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie, erweitert.

Die interdisziplinäre Kollaboration ist eine Stärke unseres Zentrumsspitals. Dies gilt exemplarisch beispielsweise auch bei der Versorgung von Kindern mit Schädel-Hirn-Verletzungen, die in Zusammenarbeit mit dem Ärzteteam der Kinderklinik auf ihrer Station behandelt werden. Die Arbeit im Team erfolgt oft auch direkt im Operationssaal. So führten wir im Berichtsjahr mehrere Eingriffe am Schädel durch in Zusammenarbeit mit unseren Kollegen der HNO, der Plastischen Chirurgie sowie der Kiefer-Gesichts-Chirurgie. Schwierige Tumor-Eingriffe am Gehirn oder am Rückenmark werden oft auch im Team von zwei (bis drei) erfahrenen, miteinander operierenden Neurochirurgen durchgeführt.

HNO

Das vergangene Jahr war von vielen Neuerungen und einem weiteren Ausbau der HNO-Klinik geprägt. Seit Jahresbeginn konnten wir unser Team mit Dipl. med. Doris Umlauf als neue stellvertretende Oberärztin erweitern. Nach dem Ausbau der Sprechstunden-Räumlichkeiten mit einem zusätzlichen Untersuchungszimmer hat mit Frau Melanie Gerber eine dritte HNO-Fachassistenzärztin ihre Tätigkeit bei uns aufgenommen. Diese Stellenerweiterungen ermöglichten es, die Überbelastungen der ärztlichen Mitarbeitenden aufzufangen und den Sprechstundenbetrieb sowie das Operationsangebot uneingeschränkt aufrechtzuerhalten, auch bei Ferienabwesenheiten. So können wir sowohl den Zuweisenden als auch den Patientinnen und Patienten einen zeitgerechten Service bieten.

Bezüglich des klinischen Angebots stand das Jahr 2012 im Zeichen der Konsolidierung der seit 2010 neu eingeführten Operationstechniken. Dies sind beispielsweise die konsequente endoskopische Nasennebenhöhlenchirurgie, die Laser-Stapedotomie, video- und fotodokumentierte Endoskopien von Tumorpatienten, die grosse Tumorchirurgie in Verbindung mit verschiedenen Rekonstruktionstechniken sowie die rehabilitativen Eingriffe bei Patienten mit einer Stimmbandlähmung.

Bemerkenswert erfreulich entwickelte sich die Kooperation mit den im Kanton Graubünden niedergelassenen HNO-Fachärzten. Durch den regen informellen Austausch versuchen wir, die Kolleginnen und Kollegen zu unterstützen, damit auch in der Peripherie des weitläufigen Kantons ein bestmöglicher Patientenservice möglich ist.

Eine weitere erfolgreiche Zusammenarbeit wurde mit dem Kantonsspital Glarus für die HNO-Tumorpatienten aufgebaut. Diesen Patientinnen und Patienten bieten wir nun im Zentrumsspital in Chur neben der bereits erfolgreichen Kooperation mit der Radio-Onkologie und Onkologie zusätzlich die operative Tumortherapie an. Die Tumorpatienten werden im Kantonsspital Graubünden operiert und anschliessend wieder heimatnahe durch die Kollegen in Glarus betreut.

Orthopädie

Das Jahr 2012 war für die Orthopädische Klinik ein Jahr des Wechsels und zugleich der Kontinuität der personellen Leitung. Den beiden neuen Co-Chefärzten Dr. med. Thomas Perren und Dr. med. Ivan Broger bot sich die Gelegenheit, eine renommierte und fachlich hochqualifizierte Klinik zu übernehmen und zugleich in Zusammenarbeit mit Co-Chefarzt und Senior Consultant Orthopädie Dr. med. Heinz Bereiter neue, eigene Impulse zu setzen. So konnte ein Bruch mit Bisherigem und Bewährtem vermieden werden. Entsprechend setzte sich der Aufwärtstrend der letzten Jahre unvermindert fort. Sowohl im Hinblick auf die Fallzahlen als auch auf die Anzahl der Eingriffe war ein weiteres Wachstum zu verzeichnen.

Mit der Anstellung von Dr. med. Ivan Broger vermochten wir die Orthopädie und Traumatologie der Wirbelsäule als Zentrumsfunktion auszubauen und zudem für die Versorgung komplexer Fälle aufzurüsten. Im Schultersegment erwiesen sich die Bemühungen der letzten Jahre als lohnend. Dies bestätigen die Zuweisungspraxis, die erfolgreiche Etablierung moderner arthroskopischer Operationstechniken und ausserdem die Möglichkeiten der offenen rekonstruktiven und prothetischen Versorgungen. Die Fallzahlen der Prothetik an der unteren Extremität – insbesondere an Hüft- und Kniegelenk – zeigten im vergangenen Jahr eine weitere Zunahme. Gestützt auf das mitgebrachte Know-how konnte für selektierte Fälle die Sprunggelenkprothetik erfolgreich eingeführt werden.

Die Fallzahlen für die Knieprothetik stiegen im Vorjahresvergleich um ganze 50 Prozent. Konsiliarische Tätigkeiten und insbesondere die enge Zusammenarbeit mit dem Spital Schiers in Bezug auf die Erbringung orthopädischer Leistungen konnten mit den bestehenden personellen Ressourcen der Orthopädie des Kantonsspitals Graubünden ausgebaut werden. Die Prothetikeingriffe an Hüfte und Knie im Regionalspital Schiers stiegen gar um rund 100 Prozent. Mit diesem gesamten Wachstum ist die Klinik für Orthopädie am Kantonsspital Graubünden schweizweit zu den grösseren Endoprothetikzentren zu zählen. Am Standort Kreuzspital gelangt man jedoch zunehmend an Kapazitätsgrenzen infrastruktureller wie personeller Natur. Um ein weiteres Wachstum der Orthopädie zu ermöglichen, müssen die betrieblichen Nachteile der verschiedenen Standorte minimiert und Kapazitäten geschaffen werden. Bis zum Bezug des geplanten Neubaus des Kantonsspitals Graubünden wird dies eine grosse Aufgabe und Herausforderung für die Geschäftsleitung sein. Eine diesbezüglich tragfähige Lösung zu erarbeiten, erscheint vom Zeithorizont her bis zum Bezug des Neubaus Sinn zu machen. Neben der Zentrumsfunktion des Kantonsspitals Graubünden für die Südostschweiz wird auch eine überregionale orthopädische Primärversorgung angestrebt. Die damit verbundene Grösse der orthopädischen Klinik mit weiter steigenden Fallzahlen wird künftig eine zunehmende Spezialisierung der Kaderärzte ermöglichen und damit ein qualitativ hochstehendes orthopädisches Leistungsspektrum gewährleisten.

Beispiel der Wirbelsäulenchirurgie der Orthopädie

Eine 32-jährige Patientin erlitt bei einem Gleitschirmabsturz eine Flexions-Distraktions-Verletzung im Segment Th11/12 mit einer Berstungsspaltfraktur Th12 sowie daraus resultierender schwerer Einengung des Spinalkanals und gravierender segmentaler Kyphosierung. Neurologisch bestand eine Paraparese der unteren Extremität mit einer motorischen Schwäche M3.

Die Patientin wurde unverzüglich mit dorsalen Aufrichtespondylodese Th11-L1 sowie einer anschliessenden ventralen, transthorakalen Korporektomie Th12 in der gleichen Narkose behandelt. Dabei wurde der Spinalkanal von ventral her von verlagerten Knochenteilen befreit. Als Wirbelkörperersatz wurde ein Spreiz-Cage mit Knochen umlagert in die Defekthöhle implantiert. Dadurch wurde zum einen die Kompression der Nervenstrukturen behoben und zum andern die Fehlstellung der Wirbelsäule bleibend korrigiert. Im Verlauf zeigte die Patientin eine gute Erholung sowie ein rasches Wiedererlangen der selbstständigen Gehfähigkeit.



Abb.1: Fraktur Th12 mit deutlicher segmentaler Kyphose sowie Verlagerung der Hinterwand in den Spinalkanal.

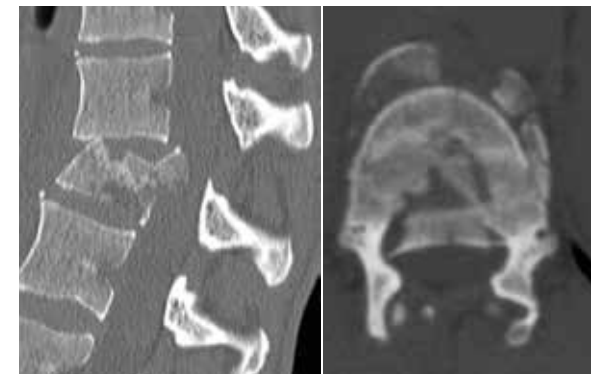


Abb. 2/3: In der Computertomographie Bilanzierung der Fraktur und der Einengung des Spinalkanals.



Abb 4/5: Nach sechs Monaten konsolidierte Spondylodese mit guter segmentaler Stellungskorrektur.

Beispiel aus der Wirbelsäulenchirurgie der Orthopädie

Ein 63-jähriger Patient leidet an einer progredienten cervico-thorakalen Kyphose. Im Alltag ist der Patient nicht mehr in der Lage, beim Gehen geradeaus zu blicken. Dies schränkt die Selbstständigkeit, Gehfähigkeit und Lebensqualität des Patienten deutlich ein. Im Vorfeld wurden physiotherapeutische Behandlungen durchgeführt, die jedoch keine Haltungsverbesserung erbrachten.

Durch eine langstreckige cervico-thorakale Aufrichtespondylodese C2-Th8 konnte die Kopf-/Rumpffposition des Patienten relevant und bleibend verbessert werden. Das hatte einen direkten positiven Einfluss auf die Gehsicherheit und das Gesamtfinden des Patienten.



Abb.1 Präoperative Stellung der gesamten Wirbelsäule mit deutlicher Kyphose im Bereich Hals-/Brustwirbelsäulenübergang.
Abb.2/3: Postoperative Situation sechs Monate nach Aufrichtespondylodese C2-Th8.

Augenklinik

In der Augenklinik ist die Tendenz, Patientinnen und Patienten ambulant statt stationär zu behandeln nach wie vor steigend. Dies betrifft sowohl die Routineeingriffe als auch die komplexen Fälle. Die Fotoabteilung der Augenklinik (in Zusammenarbeit mit der Augenklinik des Kantonsspitals St. Gallen) verzeichnete erneut eine Steigerung der diagnostischen Untersuchungen.

Die Laser-Vista-Klinik in Binningen, die in unserer Augenklinik die refraktive Laser-Chirurgie durchführt, hat ihre medizinischen Dienstleistungen gegenüber dem Vorjahr verdoppelt.

Vor einem Jahr wurde die Augenklinik des Kantonsspitals Graubünden mit einer neuen regionalen Konkurrenzsituation durch die Klinik Gut herausgefordert. Unsere Augenklinik hat auf diese Situation mit einer internen Verbesserung der Patientenprozesse (z.B. Anästhesievorbereitung) und einer intensiven Zusammenarbeit mit den zuweisenden Ärzten reagiert. Im Weiteren hat sich Dr. med. Birkan Can in der Indikation und Durchführung der intravitrealen Spritze fortgebildet. So können wir diese Behandlung neuerdings auch an unserer Klinik anbieten, was überraschend gut angelaufen ist.

Der Weggang eines chirurgischen Ophthalmologen in der Person von Dr. Gerhard Payer konnte durch zusätzlichen Einsatz der drei verbliebenen Ophthalmochirurgen kompensiert werden. Die Anzahl der Kataraktoperationen ging dabei nur geringfügig zurück. Abschliessend ist die gute interdisziplinäre Zusammenarbeit mit dem Hauptstandort, insbesondere der HNO, im Bereich der Tränenkanalchirurgie besonders hervorzuheben.

Pflege

Die chirurgischen Bettenstationen verzeichneten auch im 2012 eine sehr hohe Auslastung. Die modernen chirurgischen minimal-invasiven Operationstechniken führten zu einer verkürzten Aufenthaltsdauer der Patientinnen und Patienten. Dies erforderte effiziente Arbeitsabläufe und ein hohes Mass an organisatorischem Geschick. Zudem stellten wir eine deutliche Zunahme an komplexen Patientensituationen fest, was hohe pflegerische Fachkompetenzen voraussetzte. Eine wirksame und menschliche Pflege zu leisten war und ist unser Ziel. Mit grossem Engagement und Professionalität haben die Pflegenden diese Herausforderungen erfolgreich gemeistert. Wir danken an dieser Stelle allen Mitarbeitenden für die engagierte, verantwortungsbewusste und qualitativ hochwertige Arbeit, die sie täglich zugunsten unserer Patienten leisten.

Durch die Erarbeitung von Pflegerichtlinien konnte ein hoher Qualitätsstandard gehalten und teilweise noch verbessert werden. Eine grosse Ressource für die Erstellung der Standards war unsere Pflegeexpertin Elisabeth Burtscher. Mit ihrer Fachkompetenz schlug sie immer wieder die Brücke zwischen Theorie und Praxis und unterstützte das Pflegepersonal kompetent und erfolgreich. Zusätzlich freute es uns sehr, dass drei Pflegefachfrauen der Chirurgie sich für eine Bachelor-Weiterbildung entschieden und diese mit viel Motivation begonnen haben.

Neben der Qualitätssicherung setzten wir auch Massnahmen zur Prozessoptimierung um. Die Bewirtschaftung der Stationsapotheke durch die Spitalpharmazie hatte das Ziel, eine qualitative und wirtschaftliche Optimierung der Stationslager herbeizuführen. Das Pilotprojekt wurde erfolgreich abgeschlossen. Die Pflege konnte somit grösstenteils von Tätigkeiten der Arzneimittellistik entlastet werden, wodurch mehr Zeit für ihre Kernaufgaben frei wurde. Aufgrund der positiven Ergebnisse ist eine flächendeckende Einführung am Hauptstandort im Bereich Chirurgie geplant.

Die Tagesklinik Chirurgie haben wir aus Effizienzgründen und zur bestmöglichen Nutzung der Personalressourcen in die Bettenstation D01 integriert, was sich bisher sehr bewährt hat. An dieser Stelle danken wir den Mitarbeitenden nochmals herzlich für ihre Flexibilität bei der Umstrukturierung. Ein besonderer Dank geht auch an Fadri Bisatz, Stationsleiter Urologie, der leider im März in das Kodier-team gewechselt hat.

In der Führung hatte und hat das Thema Wertschätzung eine grosse Bedeutung. Es ist uns wichtig, unseren Mitarbeitenden mit einer wohlwollenden Grundhaltung zu begegnen und dadurch eine faire und vertrauenswürdige Zusammenarbeit zu erreichen. Im Sinne, dass Lernen niemals endet, werden wir den Prozess der wertschätzenden Führung auch im 2013 weiterverfolgen.

Personelles Kader

Eintritte

- 1.1.2012 Dr. med. Jörg Schneider, Oberarzt Chirurgie
- 1.2.2012 Dr. med. Thomas Perren, Co-Chefarzt Chirurgie, Leiter Orthopädie
- 1.2.2012 Dr. med. Ivan Broger, Co-Chefarzt Chirurgie, Stv. Leiter Orthopädie
- 1.5.2012 Dr. med. Bernd Hennecke, Oberarzt Handchirurgie
- 1.5.2012 Marion Schneider-Obertüfer, Stationsleitung Urologie
- 1.7.2012 Dr. med. Michaela Mack, Oberärztin i.V. Urologie
- 1.9.2012 Dipl. med. Nausicaa Ruzza, Oberärztin i.V. Chirurgie
- 1.12.2012 Dipl. med. Marc Land, Oberarzt i.V. Neurochirurgie

Beförderungen

- 1.3.2012 Dr. med. Caroline Thalmann zur Oberärztin i.V. Orthopädie

Austritte

- 31.1.2012 Dr. med. Manfred Odermatt, Oberarzt Chirurgie
- 29.2.2012 Fadri Bisatz, Stationsleitung Urologie
- 30.4.2012 Dr. med. Lukas Fatzer, Oberarzt Handchirurgie
- 31.5.2012 Dr. med. Simone Pintus-Stoss, Oberärztin Plastische Chirurgie
- 30.6.2012 Dr. med. Caroline Thalmann, Oberärztin i.V. Orthopädie
- 31.7.2012 Dr. med. Raphael Jenni, Oberarzt Orthopädie
- 30.9.2012 Dr. med. Martin Dostal, Oberarzt Neurochirurgie

Innere Medizin



Prof. Dr. med. Walter Reinhart
Departementsleiter Innere Medizin

Interview

Welche speziellen Erfolge und Ereignisse hatte Ihr Departement im vergangenen Jahr zu verzeichnen?

Ein spezielles Ereignis und ein Erfolg war die organisatorische Umstellung innerhalb des Departementes. Die grossen Fachbereiche Kardiologie und Onkologie werden nun durch Co-Chefärzte geführt. Diese Aufgabe haben Dr. med. Peter Müller in der Kardiologie und PD Dr. med. Roger von Moos in der Onkologie inne. Der Prozess der Patientenbetreuung wurde insofern vereinfacht, als Patientinnen und Patienten, die für einen spezifischen Eingriff ins Spital kommen, vom entsprechenden Fachbereich eigenständig behandelt werden.

Mit der Habilitation von PD Dr. med. von Moos arbeiteten 2012 im Departement Medizin insgesamt fünf habilitierte Ärzte, drei davon auf der Onkologie. Dr. med. Cristian Camartin ist zum Leitenden Arzt Palliative Care, Dr. med. Gian-Reto Jörg zum Leitenden Arzt Angiologie befördert worden.

Die Medizinaltechnik und deren Anwendung haben sich so weit entwickelt, dass das Kantonsspital Graubünden seit 2012 ambulante Untersuchungen der Herzkranzgefässe (Koronarangiographie) anbietet.

Wo lagen die Besonderheiten im Leistungsangebot Ihres Departements?

Die Besonderheit unseres Angebotes ist die grosse Breite, die das ganze Spektrum der Inneren Medizin umfasst. Als Zentrumsspital der Südostschweiz gilt es, fortlaufend Neuerungen einzuführen, falls diese für das Kantonsspital Graubünden sinnvoll sind. Ein Problem stellt sich, indem schweizweit Auflagen gemacht werden sollen für die Behandlung gewisser Erkrankungen wie z.B. den Hirnschlag, welche uns und den Kanton Graubünden vor logistisch aufwendige Herausforderungen stellen. Eine offizielle Befragung der zuweisenden Ärzte hat für die Medizin ein ausserordentlich gutes Resultat gebracht mit einer noch grösseren Zufriedenheit als in anderen Spitälern der Schweiz.

Wie hat sich die Einführung von SwissDRG auf die Tätigkeiten in Ihrem Departement ausgewirkt?

Untersuchungen, die früher in einer Kurzhospitalisation mit einer Übernachtung gemacht wurden, werden zum Teil ambulant durchgeführt. Herzkatheter-Untersuchungen mit Darstellung der Herzkranzgefässe werden bei einem Teil der Patienten nun auf diese Weise gemacht, sofern sie gewisse Bedingungen erfüllen. Auch schlafmedizinische Abklärungen werden ambulant durchgeführt, obwohl ja gerade bei dieser Untersuchung eine Übernachtung mit Nachtessen und Frühstück, Zimmer- und Bett-Benutzung nötig sind.

Welche weiteren Folgen und Auswirkungen erwarten Sie in Zukunft von der neuen Spitalfinanzierung?

Die neue Spitalfinanzierung ist für viele Aufgaben der Inneren Medizin nicht vorteilhaft. Wohl kann ein akuter Herzinfarkt und seine moderne Behandlung im Herzkatheter-Labor mit Gefässwiederöffnung und Stenteinlage gut quantifiziert werden. Aber ein alter, gebrechlicher Mensch mit vielen kleineren und grösseren Gebrechen, der nicht mehr heimgehen kann, der viele Gespräche braucht, aber keinen Eingriff, der ist irgendwie vergessen gegangen oder aus dem System verdrängt worden. Für ihn muss auch wieder ein Platz in unserer Gesellschaft gefunden werden und somit auch in der Spitalfinanzierung. Es darf nicht sein, dass er diese für ihn existenziell wichtigen Leistungen nicht mehr bekommen kann, weil sie nicht bezahlt werden. Dies ist die grosse Herausforderung an die DRG-Finanzierung, die ja ein lernendes System sein soll.



Stationäre Medizin

In den ersten drei Monaten des Jahres 2012 blieben die Patienteneintritte auf der Medizin zahlenmässig hinter den Erwartungen zurück. Dies liess den Ruf nach organisatorischen Massnahmen laut werden. Dass diese Denkweise zu kurzfristig ist, zeigte sich jedoch vor allem im letzten Quartal: Die Medizin hatte in dieser Zeit einen übermässigen Ansturm zu meistern. Alle Abteilungen waren über Wochen hinweg voll ausgelastet, zeitweise war es nötig, Patientinnen und Patienten in andere Spitäler zu verlegen. Wenn Bettenknappheit das Handeln bestimmt, ist es ausserordentlich schwierig und belastend, die Patientinnen und Patienten bedarfsgerecht und zufriedenstellend medizinisch zu versorgen. In solchen Situationen müssen Patienten auf der Notfallstation wenn immer möglich ambulant behandelt werden. Auf den Stationen müssen Patientinnen und Patienten früher entlassen werden, als es ihnen oder dem behandelnden Team lieb wäre. Dennoch ist es im vergangenen Jahr gelungen, allzeit eine qualitativ hochstehende Betreuung zu gewährleisten. Dies ist das Verdienst aller Mitarbeitenden und war nur möglich dank der gut eingespielten Zusammenarbeit unter den verschiedenen Berufsgruppen. Allen Beteiligten gebührt unser Dank.

Pflege

Die Pflegeteams waren im Berichtsjahr überaus gefordert. In welchem Mass zeigt sich in verschiedenen Faktoren wie etwa im gewichteten C-Wert, dem stark angestiegenen CMI-Wert und im Belastungskoeffizienten. Der Bezugspflege kommt dabei eine wichtige Rolle zu. Trotz hoher Arbeitsbelastung gilt es, die Kontinuität in der Pflege sicherzustellen. Die Bezugspflege stützt sich dabei auf eine professionelle Pflegeperson-Patienten-Beziehung ab. Sie stärkt die pflegerische Zuständigkeit und ermöglicht einen vermehrten Einbezug der Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen in den Pflegeprozess. Von jeder Pflegeperson wird eine hohe Verbindlichkeit im Pflegeauftrag gefordert.

Aufgrund der hohen Arbeitsbelastung ist in der Medizinischen Klinik im Herbst ein Pflegepool von fünf Mitarbeitenden geschaffen worden. Diese können kurzfristig für Halbtageeinsätze aufgeboden werden, vor allem für die Grundpflege. Die Einsätze werden von den Teams als eine wesentliche Entlastung wahrgenommen und haben sich sehr bewährt.

Der sehr hohe Arbeitsanfall wurde teils mittels vieler Überstunden bewältigt. Trotz der Umstände wurde eine qualitativ ausgezeichnete Arbeit geleistet. An dieser Stelle ein grosses Lob und ein herzliches Dankeschön an alle unsere engagierten Mitarbeitenden für ihr Mitdenken und Mitwirken. Dies ermöglicht im Arbeitsalltag eine fürsorgliche, mitfühlende und kompetente Pflege.

Die Pflege der Medizinischen Klinik hat sich anhand von Zielsetzungen intensiv mit wichtigen Themen auseinandergesetzt. Damit leistet sie einen wesentlichen Beitrag zu einer professionellen und nachhaltigen Pflege. Das Projekt «Patientenedukation» konnte auf alle Stationen ausgeweitet werden. Unsere Mitarbeitenden sind in der Lage, eine Mikroschulung zum Thema «orale Antikoagulation» anzubieten. Einer unserer Ansprüche ist es, die Fehlerrate im Zusammenhang mit Insulinverordnungen zu senken. Um das Personal für dieses sehr wichtige Thema zu sensibilisieren, wurden in allen Pflegeteams Fachgespräche mit Diabetesfachpersonen durchgeführt.

Die Auseinandersetzung mit den Leitmaximen des Pflegeleitbildes war ein weiteres Ziel.

In den Arbeitssitzungen der Stationsleitungen/Pflegeleitung haben wir jeweils einzelne Leitmaximen betreffend Bedeutung und Wichtigkeit im Arbeitsalltag diskutiert. Auch die einzelnen Pflegeteams setzten sich kontinuierlich mit dieser Zielsetzung auseinander.

Heim

Unsere Zielsetzungen im Heim waren auf das geplante Überwachungsaudit der Qualitätszertifizierung vom November 2012 ausgerichtet. Der Auditor stellte den Verantwortlichen ein sehr gutes Zeugnis aus. Er war beeindruckt, wie die Leistungen gemäss den Bedürfnissen der Bewohnerinnen und Bewohner und im Hinblick auf deren Lebensqualität erbracht werden.

Um das Wissen zu verankern, führten wir im Vorfeld des Audits alle zwei bis vier Wochen Situationsbesprechungen durch, deren Inhalte wurden stichwortartig festgehalten. Da der Umgang mit dementen Bewohnerinnen und Bewohnern eine besondere Herausforderung darstellt, veranstalteten wir mit einer externen Referentin eine Fortbildung. Ein weiterer Schwerpunkt lag auf der Überprüfung der Pflegedokumentation. Die Pflegeexpertin und Stationsleitung führten interne Audits durch, in denen der pflegediagnostische Prozess überprüft und das Wissen vertieft wurde. Im Weiteren wurde eine interne Fortbildung zum Thema Kommunikation angeboten. Eine sorgfältige und professionelle Kommunikation trägt wesentlich dazu bei, das Thema Gewalt frühzeitig zu erkennen und präventiv anzugehen.

Ausserdem wird für das Heim ein «Palliative Care»-Konzept erarbeitet, das 2013 umgesetzt werden soll.

Um das Wohlbefinden der Bewohnerinnen und Bewohner bewusst zu steigern, boten wir im 2012 wiederum eine breite Palette an Aktivitäten an. Die Aktivierungstherapie spielte dabei eine wichtige Rolle. Denksport oder gezielte Körperübungen, Kochen und Backen waren viel genutzte Angebote. Das Erzählcafé, die Angebote der «Geschichten-Kiste», Aktivitäten mit dem IDEM-Dienst oder die Begegnung mit dem Therapiehund sind nicht mehr wegzudenken. Festliche Anlässe am Neujahrs- und Dreikönigstag, an Ostern und genauso am 1. August sowie am Samichlaustag und an Weihnachten vermitteln den Bewohnerinnen und Bewohnern ein Gefühl von Heimat und Geborgenheit. Auch die auf die Saison abgestimmten kulinarischen Höhepunkte sind sehr beliebt. Sie werden monatlich gemeinsam an einem Abend genossen.

Ein herzliches Dankeschön gilt unseren pflichtbewussten Pflegenden. Ein besonderer Dank geht an die Stationsleitung Rita Maria Ackermann für ihre umsichtige Führung und das stete Schaffen einer guten Atmosphäre im Heim.

Palliative Care

Im vergangenen Jahr hatten wir sowohl auf der Palliativstation als auch in der ambulanten «Palliative Care»-Sprechstunde eine deutliche Zunahme betreuter Patientinnen und Patienten sowie an Konsultationen zu verzeichnen. Bei Betroffenen bestand ein grosses Bedürfnis nach diesem Angebot. So konnten wir trotz der schwierigen medizinischen Situationen eine grosse Zufriedenheit bei Patienten und Angehörigen feststellen.

Ein Hauptaugenmerk wurde im Berichtsjahr auf die Zertifizierung der Palliativstation gelegt. Am 3. April 2012 konnte diese erfolgreich durchgeführt werden. Das Audit erfolgte gemäss den Qualitätskriterien des Vereins «qualité-palliative». Die Station wurde mit dem Label «Qualität in Palliative Care» ausgezeichnet. Das Kantonsspital Graubünden erlangte diesen Qualitätsnachweis als fünfte Institution der Schweiz. Insgesamt wurden an dieser eintägigen Überprüfung elf verschiedene Kriterien begutachtet. Mit einem Erfüllungsgrad von 96 Prozent erzielten wird dabei ein hervorragendes Resultat.

Die Palliative Care des Kantonsspitals Graubünden hat sich inzwischen unter den Schweizer «Palliative Care»-Institutionen etablieren können. In Zusammenarbeit mit diversen in- und ausländischen Organisationen haben wir diverse Studien initiiert und Forschung betrieben.

Da die Palliative Care bei einer breiten Bevölkerung nach wie vor ein eher unbekanntes Gebiet ist, leisteten wir weitere Öffentlichkeitsarbeit. Dies erfolgte sowohl in Form von öffentlichen Vorträgen als auch im Rahmen von Weiterbildungsveranstaltungen für Fachpersonal. In Zusammenarbeit mit dem kantonalen Verein «palliative gr» boten wir erstmals eine Weiterbildung für Hausärzte an, die sehr gut besucht wurde.

Die ambulante Zusammenarbeit mit dem Palliativen Brückendienst der Region Surselva konnte ebenfalls vorangetrieben werden. In der Region Chur wurde auf den Jahresbeginn 2013 hin ein regionaler Brückendienst aufgebaut. Er wird von pflegerischer und ärztlicher Seite her von der Palliative Care des Kantonsspitals Graubünden betreut.

Kardiologie

Die Arbeitsbelastung und die Zahl der Untersuchungen auf der kardiologischen Abteilung haben im Vergleich zum Vorjahr leicht zugenommen.

Trotz vermehrten ambulanten Angeboten in Nord- und Mittelbünden konnte die Zahl unserer ambulanten Untersuchungen leicht gesteigert werden. Insgesamt wurden 4'371 Patienten ambulant konsiliarisch untersucht.

Die Echokardiographien haben im Berichtsjahr gesamthaft um sechs Prozent zugenommen. Insgesamt haben wir 3'185 Patientinnen und Patienten ambulant und stationär untersucht. Die Schwelle von 3'000 Untersuchungen pro Jahr wurde somit erstmals überschritten. Die Echokardiographiegeräte haben wir im Rahmen eines Austausch-Projektes durch ein topmodernes «Vivid 9»-Gerät ergänzt. Damit werden die Untersuchungsmodalitäten nochmals verbessert.

Bei den Ergometrien und Langzeit-EKG-Geräten haben wir die gesamte Hard- und Software ausgetauscht und auf den neuesten Stand gebracht. Als Ergänzung zur Fahrradergometrie besteht heute auch die Möglichkeit der Belastung auf dem Laufband. Dies wird vorwiegend von älteren Patientinnen und Patienten sehr geschätzt.

Die invasiven Abklärungen im Herzkatheter-Labor nahmen zu. Insgesamt klärten wir 964 Patienten ab. 58 Prozent aller Untersuchungen wurden über die Handgelenksarterie durchgeführt. Bei 48 Prozent der Patienten war eine Intervention an den Herzkranzgefässen notwendig. Das Durchschnittsalter dieser Patienten betrug 65 Jahre (31 bis 86 Jahre). Insgesamt wurden 225 Patientinnen und Patienten mit Herzinfarkt im Herzkatheter-Labor behandelt, was einer Zunahme um fünf Prozent entspricht. Dementsprechend nahmen auch die Notfalluntersuchungen um vier Prozent zu. Die vermehrte Behandlung von Patienten mit komplexer koronarer Herzkrankheit haben wir auch im 2012 beobachtet.

Die Schrittmacher- und ICD-Implantationen (Mini-Defibrillator) nahmen verglichen zum Vorjahr ebenfalls zu. 121 Patienten wurden apparativ versorgt. Bei 79 Patienten wurde ein konventioneller Schrittmacher erstmalig eingesetzt. Bei 22 Patienten wurde der Schrittmacher bei Erschöpfung der Batterie gewechselt. Lediglich einmal erfolgte eine Revision wegen Fehlfunktion des Gerätes. Bei 19 Patienten wurde ein interner Defibrillator oder ein Resynchronisations-schrittmacher neu implantiert (14) oder gewechselt (5). Die Zahl der Schrittmacherkontrollen nahm leicht zu.

Die ambulante kardiale Rehabilitation wird rege beansprucht. Verglichen zum Vorjahr war ein Zuwachs an Patienten von sieben Prozent zu verzeichnen.

Bei einem Audit durch die Schweizerische Gesellschaft für Kardiologie wurde der B1-Status als Ausbildungsstätte bestätigt. Zudem erfolgte ein Audit durch die Schweizerische Arbeitsgruppe für Kardiale Rehabilitation (SAKR) zur Zertifizierung des ambulanten Rehabilitationsprogrammes am Kantonsspital Graubünden.

Die Zusammenarbeit mit den beiden Konsiliarärzten PD Dr. med. Christian Balmer (Kinderkardiologie) und PD Dr. med. Christoph Scharf (Elektrophysiologie) war die gewohnte Bereicherung im klinischen Alltag. Für spezielle koronare Interventionen mittels Rotablation sowie bei personellen Engpässen wurden wir durch PD Dr. med. Gabor Süttsch dankenswerterweise unterstützt.

Durch interne und externe Teamfortbildungen versuchen wir, ein möglichst hohes Ausbildungsniveau zu halten. Der sehr grosse Arbeitseinsatz aller Mitarbeitenden sowie die gute interdisziplinäre Zusammenarbeit seien an dieser Stelle nochmals herzlich verdankt.

Medizinische Onkologie/Hämatologie

Mit Freude schauen wir auf ein erfolgreiches Jahr 2012 zurück. Das onkologisch-hämatologische Team konnte weiter verstärkt werden. Es kümmern sich nun acht ausgebildete Fachärzte im Kantonsspital Graubünden sowie in von uns versorgten Konsiliarspitälern und Praxen (Davos, Ilanz, Medical Center Maienfeld, Poschiavo, Samedan, St. Moritz, Scuol) um die Tumorpatienten. Insgesamt haben über 14'000 Patientenkontakte stattgefunden, mit dieser Zahl gehört die Onkologie des Kantonsspitals Graubünden zu den grösseren Onkologiezentren der Schweiz.

Diverse Neuerungen mit verschiedenen Medikamenten konnten eingeführt werden. Diese Behandlungen zeichnen sich durch eine höhere Tumorselektivität und damit verbesserter Wirksamkeit sowie meist auch mit deutlich weniger Nebenwirkungen aus. Die klinische Forschung Onkologie im Kantonsspital Graubünden beschäftigt aktuell vier Studienschwestern, eine Sekretärin und einen Forschungsassistenten. Im Rahmen der Schweizerischen Arbeitsgruppe für Klinische Krebsforschung gelang es uns wiederum, zahlenmässig bei den «Top 5»-Zentren der Schweiz zu sein.

Aufgrund der raschen Zunahme an Patientinnen und Patienten sind Erweiterungen der Räumlichkeiten angedacht.

Pneumologie/Schlafmedizin

Die Zahl der Patienten, die wegen schlafassoziierten Atemstörungen behandelt werden müssen, nahm auch im letzten Jahr deutlich zu. Wenn solche Patienten nicht fachgerecht behandelt werden, kommt es erwiesenermassen zu vermehrten Störungen des Herzkreislaufs. Im Rahmen eines Minisymposiums informierten wir Ärztinnen und Ärzte über diese Krankheitsbilder. In einem Publikumsvortrag machten wir interessierte Laien mit dem Thema vertraut. Für CPAP-Patientinnen und -Patienten (mit Schlafapnoe) und ihre Angehörigen haben wir im vollen Saal des Churer Titthofs Vorträge und Diskussionen veranstaltet.

Die Zahl der Lungen Spiegelungen hat im Jahr 2012 um über 20 Prozent zugenommen. Immer mehr schwerkranke Patienten auf der interdisziplinären Intensivstation brauchen die Hilfe des Lungenfacharztes. Dies belastet den Dienst, den die beiden Pneumologen während des ganzen Jahres aufrechterhalten müssen, stark.

Der bewährte Konsiliardienst am Spital Ilanz wurde ausgebaut. Neben der Teilnahme an nationalen und internationalen Kongressen hat der Leitende Arzt am Medizinisch-thoraxchirurgischen Kolloquium der Universität Zürich und in der Arbeitsgruppe «COPD-Guidelines» der Schweizerischen Gesellschaft für Pneumologie mitgearbeitet.

Im Rahmen einer Doktorarbeit (Frau dipl. med. Julia Iglhaut) sind wir der Frage nachgegangen, ob Silikatkristalle neben Lungenschädigungen auch zu Nierenkrankheiten führen können. Anhand von eigenen Fällen und dem Studium von wissenschaftlichen Arbeiten haben wir die Argumente zusammengestellt, die dafür sprechen, dass die Silikatkristalle die Nieren entweder direkt toxisch oder indirekt immunologisch schädigen können.

Gastroenterologie/Hepatology

Das Jahr 2012 stand im Zeichen der Konsolidierung und des Wachstums unseres Fachbereichs Gastroenterologie/Hepatology.

Die Planung für die Verstärkung des Teams (auch auf ärztlicher Seite) lief auf Hochtouren. Erstmals wurde eine B-Weiterbildungsstelle für Gastroenterologie geschaffen, die voraussichtlich per 1. Mai 2013 besetzt wird. Damit können wir dem Wunsch und dringenden Bedürfnis der Schweizerischen Gesellschaft für Gastroenterologie nach mehr Ausbildungsmöglichkeiten für Gastroenterologen in der Schweiz nachkommen. Gleichzeitig werden wir personell flexibler im Hinblick auf die gastroenterologische Mitbetreuung unserer Kooperationspartner in der Region und können uns mit unserem Fachwissen auch im stationären Bereich noch besser einbringen.

Ein Schwerpunkt im 2012 waren Ausbau und Fortführung der guten Beziehungen mit niedergelassenen Kollegen und anderen Krankenhäusern der Region auf dem Gebiet der Gastroenterologie/Hepatology. So wurden Voraussetzungen geschaffen für den neuen Koloskopie-Service im Spital Thusis ab März 2013.

Durch die Etablierung der im letzten Jahr angekündigten Hochauflösenden Manometrie- und Impedanzmessungseinheit wurde die Funktionsdiagnostik apparativ auf den neuesten Stand gebracht.

Angiologie

Auch im 2012 konnte die Angiologie ihre Leistungen wieder steigern. Erstmals wurden über 10'000 duplexsonographische Untersuchungen aller Gefässregionen durchgeführt. Gegenüber 2011 wuchs das Leistungsvolumen um acht Prozent.

Die Konsiliarsprechstunden in den Regionalspitälern Davos und Samedan (betreut durch Dr. med. Ulrich Frank) und neu seit dem 18.4.2012 auch im Kantonsspital Glarus (betreut durch Dr. med. Gian-Reto Jörg) entwickelten sich sehr positiv.

Die klinische Forschung in der Angiologie musste wegen fehlender nationaler Anschlussprojekte im 2012 leider beendet werden. Frau Franziska Hellmann wechselte ins Study-Nurse-Team der Onkologie.

Durch den Umbau der Katheteranlage im Frühjahr 2012 (und der damit zwangsläufig verbundenen Programmreduktion) blieben die Interventionszahlen im 2012 auf dem Vorjahresniveau.

Die neue Angiographieanlage ist ein grosser Gewinn. Sie bietet sowohl den Patientinnen und Patienten als auch dem Personal einen deutlich höheren Komfort und eine messbar niedrigere Strahlenbelastung. Für 2013 ist eine Aufstockung des ärztlichen Teams um einen Fachassistenten/Fachoberarzt geplant. Damit werden wir unsere diagnostischen und therapeutischen Leistungen in der Angiologie am Kantonsspital Graubünden über das ganze Jahr hinweg mit jeweils mindestens zwei Fachärzten anbieten und auch neue Projekte in Angriff nehmen können.

Dialyse/Nephrologie

Die Dialysezahlen haben 2012 im Vergleich zum Vorjahr um gut drei Prozent zugenommen, ein etwa durchschnittlicher Anstieg im Vergleich der letzten Jahre. Eine viel deutlichere Zunahme, nämlich um 35 Prozent, war bei den Konsultationen in der nephrologischen Spezialsprechstunde zu verzeichnen. Ein wesentlicher Teil davon sind Zuweisungen in die Konsiliarsprechstunde. Sie entspricht offensichtlich einem zunehmenden Bedürfnis bei den Praktikern, dem wir nach bestem Wissen gerecht zu werden versuchen.

Nach mehrjähriger Tätigkeit als Stationsleiterin hat uns Frau Sandra Stocker aus privaten Gründen Richtung Untereggan verlassen. Wir danken ihr für ihren engagierten Einsatz in unserem Spital.

Tagesklinik/Medizinisches Ambulatorium

2012 wurde die Überwachung von Patientinnen und Patienten nach einer Koronarangiographie ohne Intervention auf der Tagesklinik eingeführt. Dies geschah unkompliziert und zum Glück komplikationslos. Aus osteologischer Sicht wird die Behandlung von Patienten mit Knochenmarködemen oder Knochennekrosen mittels eines Bisphosphonates favorisiert und effektiv eingesetzt. Dies sind die medizinischen Fortschritte in unserer Abteilung.

Personell hat uns leider Frau Gabriela Oesch verlassen, da sie pensioniert wurde. Ihr ist ein grosses Dankeschön auszusprechen für den «Jahrzehnte»-Einsatz im Kantonsspital Graubünden. Zum Glück konnten wir Frau Julia Casanova gewinnen, sie hat sich schnell kompetent eingearbeitet. Als Mitarbeiterin auf der Tagesklinik durften wir Ende Jahr Frau Jacqueline Bendolise anstellen. Von der Auslastung her können wir in allen Bereichen wieder steigende Patientenkontakte registrieren, sodass wir langsam, aber sicher an die räumlichen Grenzen der Abteilung stossen.

Insgesamt blicken wir auf ein sehr erfolgreiches Berichtsjahr zurück.

Infektiologie/Spitalhygiene

Die HIV-Infektion ist weiterhin keine heilbare Erkrankung, sie ist aber eine behandelbare geworden. Mit ausgeklügelten Medikamentencocktails gelingt es in den meisten Fällen, die Virusvermehrung gänzlich zu unterdrücken, solange die Behandlung konsequent durchgeführt wird. Durch diese grossen Erfolge hat HIV viel von seinem Schrecken verloren und ist etwas aus dem öffentlichen Bewusstsein verschwunden.

Als Folge davon werden die eigentlich gemeinhin bekannten Safer-Sex-Regeln weniger eingehalten. Dadurch steigen die Ansteckungsraten bei verschiedenen sexuell übertragbaren Krankheiten wieder deutlich an. In der Schweiz haben in den letzten drei Jahren die gemeldeten Fälle von Gonorrhoe um 25 Prozent, von Chlamydien um 30 Prozent und von Syphilis sogar um 40 Prozent zugenommen. Seit Kurzem werden ausserdem viele neue Infektionen mit Hepatitis C vor allem bei Männern verzeichnet, die sexuellen Kontakt mit Männern pflegen.

Geschlechtskrankheiten verlaufen teilweise ohne Symptome. Frühzeitig entdeckt, können sie meistens auch gut behandelt werden. Daher ist es wichtig, allfällige Ansteckungen abzuklären, wenn entsprechende Risiken eingegangen worden sind.

Seit gut zehn Jahren können HIV-Tests anonym durchgeführt werden. In Zusammenarbeit mit der Aids-Hilfe Graubünden ist nun ein neues Angebot für die Untersuchung der «big five» (Chlamydien, Gonorrhoe, Syphilis, HIV sowie Hepatitis B und C) geschaffen worden.

Endokrinologie/Diabetologie

Die genaue Erfassung der Konsultationszahlen 2012 wird durch einen Systemwechsel erschwert, der im April stattgefunden hat. In den letzten neun Monaten 2012 zählten wir im Kantonsspital Graubünden 581 Konsultationen, extrapoliert auf das ganze Jahr ergäbe das etwa 800. Dazu kommen die Visiten im medizinischen Zentrum «gleis d», wo zusätzliche 82 Konsultationen registriert wurden. Im Rahmen der Kooperation mit dem Kantonsspital Glarus übernahmen wir neu Ende Oktober 2012 (geplant bis Ende 2013) die endokrinologische Sprechstunde im Partnerspital; vierzehntäglich werden unterdessen jeweils zwischen acht und bisher maximal dreizehn Patienten vor Ort in Glarus gesehen.

Stark gewachsen sind die Diabetes- und Ernährungsberatung. Die Betreuung von Diabetikern ist ein Teameffort, die Zusammenarbeit funktioniert auch dank der räumlichen Nähe neben der Tagesklinik sehr gut. Gemeinsam betreuen wir inzwischen mehr als hundert Typ-1-Diabetikerinnen und -Diabetiker, etwas mehr als fünfzig von ihnen tragen eine Pumpe. Die Instruktionen wurden mehrheitlich bei uns durchgeführt. Nachdem die kontinuierliche Glukosemessung für eine Subgruppe der Typ-1-Diabetiker 2011 kassenpflichtig wurde, hat der Gebrauch dieses nützlichen Instruments weiter zugenommen.

Endokrinologisch liegt (naturgemäss) das Schwergewicht bei der Betreuung der Schilddrüsenpatienten. Hypophysenerkrankungen sind seltener, wir arbeiten für die Betroffenen mit der Endokrinologie und Neurochirurgie des Universitätsspitals Zürich zusammen.

Arbeitsmedizin und Personalärztdienst

Die Abteilung Arbeitsmedizin am Kantonsspital Graubünden besteht seit mittlerweile fünf Jahren. Das vergangene Jahr stand ganz im Zeichen der Vertiefung und Konsolidierung des bisher Erreichten. So wurde neben den intern geleisteten arbeitsmedizinischen Beratungen (Konsilien, Arbeitsplatzabklärungen) auch die Zusammenarbeit mit den externen Vertragspartnern gepflegt und vertieft. Insbesondere besteht mit der EMS-Chemie AG und der Merz Fertigungs AG eine intensive arbeitsmedizinische Zusammenarbeit. Anfragen von niedergelassenen Hausärzten in Chur und Umgebung nahmen im vergangenen Jahr ebenfalls zu. Ergänzt wird das Angebot durch die vertrauensärztliche Arbeit als Fliegerarzt für das Bundesamt für Zivilluftfahrt (BAZL). Hierbei geht es neben der Beratung von fliegendem Personal hauptsächlich um Eignungs- und Tauglichkeitsabklärungen von Berufs- und Privatpiloten.

2012 wurden das Klinikinformationssystem (KIS) und das Ressourcenmanagement-System Polypoint (RAP) im personalärztlichen Dienst als eigenständigem Bereich erfolgreich implementiert. Bei der Anpassung der Software galt es, den besonders hohen Anforderungen in Bezug auf den Daten- und Personenschutz Rechnung zu tragen. Die bisherigen Erfahrungen durch die Anwender sind durchwegs positiv.

Konsiliarärztdienste Neurologie und Rheumatologie (Kliniken Valens)

An zwei Nachmittagen pro Woche ist ein neurologischer Kaderarzt der Kliniken Valens im Kantonsspital Graubünden anwesend für Konsilien auf der Medizin, Chirurgie, Intensivstation sowie für die Befundung von Erwachsenen-EEGs. Diese können heute auch elektronisch direkt nach Valens zur Befundung übermittelt werden, was besonders für die Intensivstation und Notfälle sehr wertvoll ist. Rheumatologische Konsilien werden durch Dr. med. Jürg Wick, dem ehemaligen Oberarzt des Kantonsspitals Graubünden und heutigen Leitenden Arzt der Kliniken Valens, an einem Nachmittag pro Woche durchgeführt. Ein weiterer Ausbau dieser fachärztlichen Leistungen drängt sich auf und ist Gegenstand aktueller Verhandlungen mit Valens.

Diese seit vielen Jahren etablierte und geschätzte Konsiliararztstätigkeit der Kliniken Valens ist für das Kantonsspital Graubünden von grosser Wichtigkeit. Sie bietet nicht nur Fachwissen für die Diagnostik und Behandlung im Spital, sondern ermöglicht auch eine Früherfassung von Rehabilitationspotential und eine Kontinuität im Behandlungsprozess vom Eintritt ins Akutspital bis zum Abschluss der Rehabilitation, was beispielhaft ist für einen umfassenden Behandlungsprozess.

Personelles Kader

Eintritte:

- 1.7.12 Dr. med. Birgit Grimm, Oberärztin i.V. Med. Onkologie/Hämatologie
- 1.7.12 Dr. med. Daniel Tuchscherer, Oberarzt Medizin
- 1.7.12 Dr. med. Sergio Compagnoni, Oberarzt Medizin
- 1.8.12 Dr. med. Simone Prevost-Häfelinger, Oberärztin Medizin
- 1.11.12 Dr. med. Katharina Mischler, Oberärztin Medizin

Beförderungen:

- 1.1.12 Dr. med. Cristian Camartin zum Leitenden Arzt Palliative Care
- 1.2.12 Dr. med. Gian-Reto Jörg zum Leitenden Arzt Angiologie
- 1.9.12 Dr. med. Peter Ludwig zum Stv. Leitenden Arzt Pneumologie/Schlafmedizin

Austritte:

- 28.2.12 Dr. med. Robert Strub, Oberarzt Medizin
- 30.6.12 Dr. med. Stefan Kainz, Oberarzt Medizin
- 31.8.12 Dr. med. Paolo Glisenti, Oberarzt Medizin
- 31.10.12 PD Dr. med. Dirk Kienle, Oberarzt Med. Onkologie/Hämatologie
- 31.12.12 Dr. med. Daniel Tuchscherer, Oberarzt Medizin

Kinder- und Jugendmedizin



Dr. med. Walter Bär
Departementsleiter Kinder- und Jugendmedizin

Interview

Welche speziellen Erfolge und Ereignisse hatte Ihr Departement im vergangenen Jahr zu verzeichnen?

Höchst erfreulich war für uns die Tatsache, dass die Kinderintensivstation praktisch über das ganze Jahr – trotz des in ganz Europa bestehenden Mangels an Intensivpflegepersonal – ihren Stellenplan recht gut besetzt halten konnte. In dieser Beziehung hat sich das neue Angebot des Nachdiplomstudiums zur Pflegefachfrau/zum Pflegefachmann Kinderintensivpflege äusserst bewährt. Auch auf der Akutabteilung und im Ambulatorium haben wir im Hinblick auf die Stellenbesetzung – ganz im Gegensatz zu vielen anderen medizinischen Institutionen und Abteilungen – nicht einen Personalmangel, sondern Wartelisten. Dasselbe gilt ausserdem für die Ärzteschaft, wo es uns gelingt, die Weiterbildungsstellen in Kinder- und Jugendmedizin und in Allgemeiner Medizin jedes Jahr mit ausgezeichneten jungen Kolleginnen und Kollegen zu besetzen, die über Abschlüsse von Schweizer Universitäten verfügen.

Wo lagen die Besonderheiten im Leistungsangebot Ihres Departements?

Als Neuerung haben wir den medizinischen Datenverkehr mit den Zuweisern und Zuweiserinnen elektronisch per E-Mail direkt aus dem Klinikinformationssystem (KIS) eingeführt.

Wir hatten im Berichtsjahr vermehrt sehr schwere, aufwendige und komplexe Krankheitsfälle respektive Unfälle zu behandeln, was sich in einem sehr eindrücklichen Anstieg des Case-Mix-Indexes (Fallschwere) im DRG-System niederschlug.

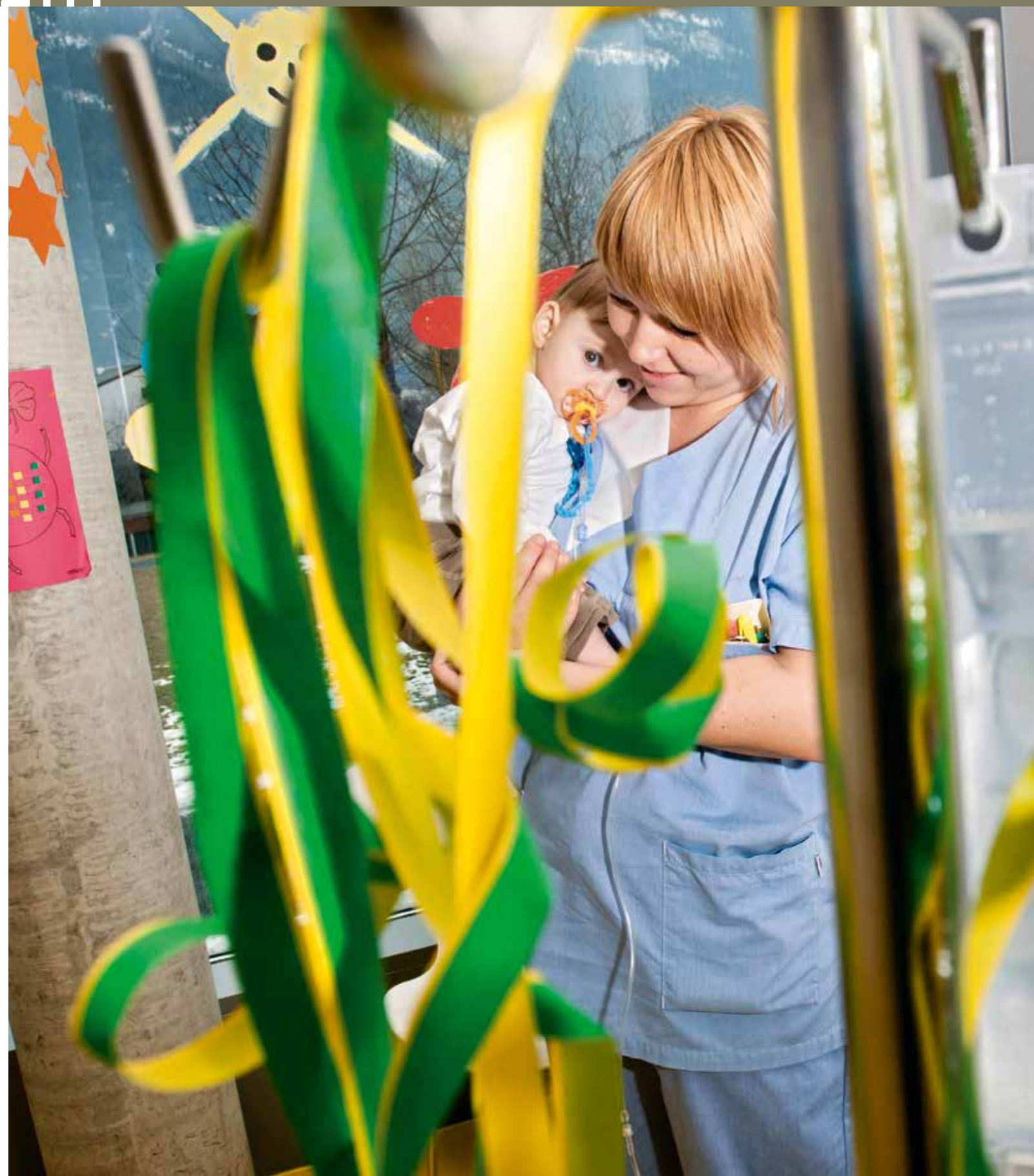
Wie hat sich die Einführung von SwissDRG auf die Tätigkeiten in Ihrem Departement ausgewirkt?

Grundsätzlich haben wir bewusst keine Veränderungen in unseren medizinischen Behandlungspfaden vorgenommen. Mit Blick auf unsere analysierten Zahlen ist es dennoch sehr erstaunlich, dass wir nur rund die Hälfte der Kinder als sogenannte in der DRG-Norm liegend hospitalisiert haben. Von der anderen Hälfte ist der grosse Teil unterhalb der unteren Grenzverweildauer. Dadurch entstehen dem Departement Abzüge in der Höhe von rund CHF 1.40 Mio. Zugunsten der Familien und vor allem auch der Elternqualität möchten wir unser Verhalten in Bezug auf die Spitalaufenthaltszeit trotzdem nicht anpassen. Die Kinder werden also nicht wegen finanzieller Gründe kürzer oder länger im Spital behalten. Da das DRG-System ja eigentlich ein lernendes System sein soll, hoffen wir, dass diese Aufenthaltszeiten in den nächsten Jahren geändert werden.

Die Verlegungssituationen von Patientinnen und Patienten aus anderen Kliniken zu uns in die Kinderklinik – und umgekehrt – sind erschwert worden. Verständlicherweise überlegen sich alle Spitäler, welche Kinder sie zu welchem Zeitpunkt – und insbesondere auch mit welchem Transportmittel – verlegen möchten. Die finanziellen Konsequenzen solcher Verlegungen sind häufig von grosser Tragweite. Erfreulicherweise konnten wir bis anhin für die Patienten aber meistens optimale Lösungen finden.

Welche weiteren Folgen und Auswirkungen erwarten Sie in Zukunft von der neuen Spitalfinanzierung?

In der Kinder- und Jugendmedizin ist dies sehr schwer abzuschätzen. Wegen der Defizite aller Kinderspitäler ist davon auszugehen, dass das jetzige System die Deckung der effektiven Kosten der Kindermedizin noch ungenügend abbildet. Die grossen Kinderspitäler gründeten daher einen Kinderspitalverbund, um sich politisch für eine Verbesserung der Finanzierung der Kindermedizin einsetzen zu können. In praktisch allen Kantonen der Schweiz wird die Kinder- und Jugendmedizin noch durch zusätzliche Sonderfinanzierungen vom Staat gestützt. Im Kanton Graubünden sind derartige Beiträge bisher nicht vorgesehen.



Stationäre Patientinnen und Patienten

Mit 2'057 stationären Austritten hat die Anzahl Patienten zum Vorjahr um knappe drei Prozent abgenommen. Der durchschnittliche Arbeitsaufwand pro Patient ist im Berichtsjahr aber signifikant angestiegen. Dies widerspiegelt sich in den Pflagetagen, die in derselben Zeit um über sechs Prozent zunahmten. Mit aktuell 5.62 Tagen pro Patient weisen wir in derselben Periode hingegen einen markanten Abfall der durchschnittlichen Aufenthaltszeit aus. Zusammengefasst heisst dies, dass die einzelnen hospitalisierten Kinder im Durchschnitt deutlich schwerer krank waren als im Vorjahr. Dies entsprach auch unserem persönlichen Empfinden und lässt sich im stark angestiegenen Fallschwere-Index erkennen. Es erklärt auch, weshalb das Departement trotz dem leichten Fallrückgang wirtschaftlich besser abgeschlossen hat als im Jahr 2011.

Akutpädiatrische Station

Trotz der leicht sinkenden stationären Patientenzahlen nehmen die notfallmässigen Hospitalisationen, insbesondere zur pädiatrischen Behandlung, weiterhin eindrücklich zu. Alle chirurgischen Behandlungen an Kindern sind anzahlmässig hingegen deutlich abnehmend. Ausser den kinderchirurgischen Behandlungen, die im Vergleich zum Vorjahr stabil blieben, scheinen die Kinder in unserem Einzugsgebiet generell weniger zu verunfallen. Grundsätzlich ist dies eine sehr erfreuliche Tendenz und zeigt, dass viele der prophylaktischen Massnahmen und Aktionen auch ihre Wirkung haben. Ausserdem werden verschiedene Krankheitsbilder vermutlich nicht mehr primär chirurgisch, sondern eben pädiatrisch-medizinisch angegangen. Sehr eindrücklich macht sich dieses Phänomen bei der Behandlung der Hals-Nasen-Ohren-Krankheiten bemerkbar, wo wir einen Einbruch der Fallzahlen um über 50 Prozent haben.

Wie jedes Jahr thematisiert, sind die Belastungen aller Teams in den Wintermonaten Januar bis März und November bis Dezember unverändert ausserordentlich hoch. Überbelegungen der Abteilung um ein Vielfaches der Planbettenanzahl bringen die Infrastruktur und das Personal wahrlich an die Belastungsgrenze. In den Wintermonaten 2012 waren Infektionskrankheiten dafür verantwortlich, zum einen verursacht durch die Influenza (Grippewelle), zum andern durch das sehr aggressiv verlaufende RS-Virus und gleichzeitig verschiedenste andere Viren, die vor allem den Beatmungstrakt und ausserdem den Magen-Darmtrakt der Kinder befallen haben.

Jedes Jahr wird die Belastungssituation der Kinder und Angehörigen auf unserer Akutabteilung durch die massive Überbelegung der Räumlichkeiten in den angespannten Wintermonaten grösser. Umso mehr geht auch dieses Jahr wieder ein herzlicher Dank an die Angehörigen und Patientinnen und Patienten sowie an die Mitarbeitenden unseres Departements, welche die oft schwierigen Situationen mit Verständnis und Geduld gemeistert haben.

Obschon wir es fast nicht mehr für möglich halten, boomt die Übernachtungsmöglichkeit und insbesondere auch die Langzeit-Verpflegung/-Übernachtung von Eltern weiterhin und nahm erneut um acht Prozent auf 5'268 zu. Es ist anhand dieser Zahlen einfach vorstellbar, dass die Platzverhältnisse auf unserer Akutabteilung kaum mehr den Bedürfnissen und Anforderungen zu genügen vermögen. Wir hoffen, dass im Neubauprojekt SUN noch eine Lösung gefunden werden kann.

Kinderintensivstation (KIPS)

Die notwendigen Eintritte auf die Kinderintensivstation hielten sich im Verhältnis zum Vorjahr stabil. Insbesondere sind die Eintritte zur pädiatrischen Intensivpflege und zur chirurgischen und neurochirurgischen Intensivpflege zahlenmässig praktisch dieselben.

Das Jahr 2012 zeichnete sich mit zum Teil sehr schwierigen Krankheitsbildern und Unfällen aus – verbunden mit einer sehr hohen Belastung für die Kinderintensivstation. Die Zusammenarbeit in der Neugeborenen-Intensivpflege mit dem Austausch von Risiko-Frühgeborenen innerhalb der Schweiz hat sich auch aus unserer Sicht weiterhin sehr bewährt. Ausserdem gelang es uns, die Personalsituation im Bereich Fachpflege erfreulich zu stabilisieren. Dabei zeigt sich, dass die Entscheidung zur Anstellung von Studierenden der Nachdiplomstudiengänge in pädiatrischer Intensivpflege sicher der richtige Weg ist.

Durch den deutlich verbesserten Personalschlüssel für den Pflegebereich war auch die KIPS besser ausgelastet, und es konnten regelmässiger Patienten neu aufgenommen werden, wodurch sich die Intensivpflage um vier Prozent erhöhten.

Auch im Bereich der Notarzttransporte durch unsere KIPS-Transportequipe – vor allem für die Abhol- und Verlegungstransporte mit dem Transportinkubator – haben die Transporte um fünf Prozent zugenommen. Ein Teil davon waren insbesondere recht lange Einsätze, sodass der Zeitaufwand für Ärzte und Pflegefachpersonen um über zehn Prozent zugenommen hat.

Notfall/Ambulatorium

Wir hatten im Berichtsjahr 2012 über acht Prozent mehr Fälle und Konsultationen auf dem Kindernotfall zu verzeichnen. Der seit vielen Jahren bestehende Trend, dass praktisch nur von Haus- und Kinderärztinnen und -ärzten zugewiesene Patienten bei uns gesehen werden, hat sich eindeutig weiter verstärkt. Zugenommen haben ebenso die Zuweisungen in die Spezialsprechstunden einzelner Fachärztinnen und Fachärzte.

Da praktisch alle stationären Eintritte auch über unsere Kindernotfallstation zu uns gelangen, ist die Struktur des Notfalls und Ambulatoriums in den Spitzenzeiten der Wintermonate ebenfalls aufs Äusserste ausgelastet. Auch hier zeigt sich, dass wir in den bestehenden Räumlichkeiten zu diesen Zeitpunkten mit dem vorhandenen Raumangebot nicht zurechtkommen. Eine Projektgruppe ist mit der Erarbeitung von möglichen Lösungsvarianten betraut.

Elektroencephalographische Station (EEG)

Die Anzahl der EEG-Untersuchungen sind im Vergleich zum Vorjahr stabil. Die deutliche Abnahme der Erwachsenen-Patienten im EEG-Bereich um etwas über 13 Prozent konnte durch die deutliche Zunahme der Kinder-EEG-Untersuchungen gut kompensiert werden.

Allgemeines

Nach mehrjähriger interdisziplinärer Arbeit über mehrere Departemente konnten wir das pädiatrische Schmerzkonzept einführen und umsetzen. Wir hoffen, damit einen aktiven Beitrag zur Patientensicherheit und genauso zum Wohlergehen unserer kleinen Patientinnen und Patienten geleistet zu haben.

Personelles

Unverändert sind wir in der glücklichen Lage, eine eher niedrige Personalfuktuation zu haben.

Im Bereich der Kaderärzte hat Frau Dr. med. Karin Hartmann, die den Fachbereich pädiatrische Hämatologie und Onkologie im Speziellen vertreten hat, uns nach fast sechsjähriger Tätigkeit für neue Herausforderungen im Schweizer Mittelland verlassen. Ihre Stelle konnte durch die Beförderung eines langjährigen erfahrenen Assistenzarztes in der Person von Dr. med. Lukas Szabo besetzt werden.

Nach dem Austritt von Frau Yvonne Bürki als Stationsleitung der Akutabteilung D03 hat Frau Franziska Bernold aus dem Abteilungsteam neu die Funktion als Stationsleiterin übernommen.

Personelles Kader

Beförderungen:

- 1.2.2012 Franziska Bernold, zur Stationsleitung D03, Pädiatrie
- 1.5.2012 Dr. med. Lukas Szabo, zum Oberarzt Pädiatrie

Austritte:

- 31.3.2012 Yvonne Bürki, Stationsleitung D03, Pädiatrie
- 31.7.2012 Dr. med. Karin Hartmann, Oberärztin Pädiatrie

Frauenklinik Fontana



Dr. med. Peter M. Fehr
Departementsleiter Frauenklinik Fontana

Interview

Welche speziellen Erfolge und Ereignisse hatte Ihr Departement im vergangenen Jahr zu verzeichnen?

Das Jahr 2012 stand für das Departement Frauenklinik im Zeichen des Wandels, insbesondere in der Chefetage. Trotz personeller Turbulenzen galt es, den klinischen Betrieb mit reduziertem Personalbestand aufrechtzuerhalten. Dank der Unterstützung durch einen externen Chefarzt sowie einen Belegarzt war dies möglich.

Auch organisatorisch packte die Frauenklinik einige Veränderungen an. Die Patientendisposition haben wir neu definiert und die Sekretariate reorganisiert. Ausserdem wurde der Umbau respektive Ausbau der Bettenstationen und des neuen Gynäkologischen Ambulatoriums realisiert.

Das Leistungsangebot der Frauenklinik ist durch die Gründung des Kinderwunschzentrums und den Start der Hebammenpraxis erweitert worden.

Ein grosses Lob und ein herzliches Dankeschön gilt allen Mitarbeitenden der Frauenklinik, welche in diesem von Veränderungen geprägten Jahr engagiert und professionell gearbeitet haben. Sie leisten einen unermüdlichen und grossen Einsatz für unsere Frauenklinik.

Wo lagen die Besonderheiten im Leistungsangebot Ihres Departements?

Mit meiner Arbeitsaufnahme als Chefarzt Gynäkologie an der Frauenklinik Fontana haben komplexe laparoskopische Eingriffe Einzug gehalten. Die Laparoskopie ist eine chirurgisch anspruchsvolle Operationstechnik und erfordert eine moderne technische Infrastruktur. Der Umbau der Operationssäle erfolgte neben dem laufenden Betrieb und führte zu keinen Einbussen in den gynäkologischen Fallzahlen. Im Gegenteil – wir konnten diese im zweiten Halbjahr sogar noch steigern.

In den Zahlen der Geburtshilfe spiegeln sich die gesellschaftlichen Entwicklungen deutlich wieder. So erreichten die Zwillingsgeburten einen neuen Höchststand – bedingt durch vermehrte reproduktive Behandlungen und das höhere Durchschnittsalter der Mütter. Die Kaiserschnitttrate nahm erneut leicht zu – vor allem zu Lasten der vaginal-operativen Geburten (Vakuum- und Zangengeburt). Die gleichen Tendenzen werden auch auf nationaler und europäischer Ebene beobachtet.

Wie hat sich die Einführung von SwissDRG auf die Tätigkeiten in Ihrem Departement ausgewirkt?

Der Einführung von SwissDRG sind einige Workshops und Analysen vorausgegangen. Die Grundsätze von SwissDRG haben wir in einem Leitfaden festgehalten, Leistungspakete wurden berechnet und Prognosen getroffen. Besonders zu Beginn des Jahres stand das Thema «DRG» und die viel diskutierte verkürzte Hospitalisationsdauer im Fokus von Diskussionen im Ärzte- sowie im Pflege- und Hebammenteam.

Auf die Behandlung und insbesondere auf die Aufenthaltsdauer hat sich SwissDRG nicht ausgewirkt. Es kam also entgegen den Befürchtungen nie zu sogenannten «blutigen Entlassungen». Ein Effekt war jedoch die Verschiebung von Eingriffen mit Kurzhospitalisation in den ambulanten Bereich. Fallfremde Zusatzleistungen können wir im neuen System nicht mehr durchführen, da diese von den Krankenversicherungen nicht mehr vergütet werden. Dazu gehören beispielsweise teure genetische Untersuchungen im Rahmen einer Kurzhospitalisation, die in der DRG-Pauschale nicht berücksichtigt sind.

In der Pflege hat die gezielte Betreuung und Beratung der Frauen im SwissDRG-System in der täglichen Arbeit einen noch grösseren Stellenwert erhalten. Es ist sehr erfreulich, dass die Pflege-, Betreuungs- und Behandlungsqualität dadurch weiter gesteigert werden konnte.

Welche weiteren Folgen und Auswirkungen erwarten Sie in Zukunft von der neuen Spitalfinanzierung?

Das hängt sehr von der Höhe der Fallpauschale ab, die – auch ein Jahr nach Einführung von SwissDRG – immer noch nicht definitiv geregelt ist. Sollten die provisorisch festgesetzten Fallpauschalen künftig reduziert werden, müssten sicherlich weitere Optimierungsmassnahmen gesucht werden, um den geforderten kostendeckenden klinischen Betrieb zu ermöglichen.



Reorganisation

Dr. med. Peter M. Fehr hat seine neue Aufgabe als Chefarzt der Gynäkologie und Departementsleiter Frauenklinik am 1. Juni 2012 aufgenommen. Bis zu diesem Zeitpunkt wurde das Departement interimistisch durch Marco Oesch (Systemführung bis 31.08.2012) und PD Dr. med. Kurt Biedermann (Fachführung) geleitet.

Am Ende des Sommers fand zudem ein Wechsel in der Pflegeleitung statt. Pflegeleiterin Brigitte Cadisch verliess die Frauenklinik Fontana Ende August 2012. Frau Cadisch hat in der Frauenklinik grossartige Arbeit geleistet, wir verabschiedeten sie mit grossem Dank.

Neben personellen Veränderungen konnte die Frauenklinik viele organisatorische und administrative Prozesse optimieren. Mit der neu definierten Stelle Patientendisposition gelang es, die organisatorischen Prozesse rund um den Aufenthalt der Patientinnen zu erleichtern und zu verbessern. Diesem Schritt gingen einige administrative Anpassungen voraus, beispielsweise die Einführung einer departementsweiten elektronischen Terminplanung, die Einführung einer elektronischen Bettendisposition sowie die Restrukturierung der Sekretariate.

Weiter haben wir die Informationsprozesse der Frauenklinik angepasst – so wurden etwa die wöchentliche 10-Minuten-Information mit den Oberärztinnen, der wöchentliche Ärzte-Newsletter sowie die schriftliche monatliche Departementsinfo ins Leben gerufen.

Diese und viele weitere Anpassungen liessen das Jahr 2012 für die Frauenklinik Fontana zu einem Jahr der Veränderung werden.

Komplexe laparoskopische Eingriffe

Die Laparoskopie ist eine chirurgisch anspruchsvolle Operationstechnik, die eine moderne technische Infrastruktur erfordert. Im vierten Quartal 2012 konnten wir unsere Operationssäle erneuern. So verfügen wir nun über einen vollintegrierten Operationssaal mit modernem Bildübertragungssystem, zuverlässigen Apparaturen und speziellen Instrumenten. Damit sind wir bestens ausgerüstet für komplexe laparoskopische Eingriffe.

In der Gynäkologie bringen die laparoskopischen Eingriffe den Patientinnen erhebliche Vorteile, unter anderem geringere postoperative Schmerzen, kürzere Hospitalisationen, weniger Wundinfektionen und Verwachsungen, eine frühere Belastbarkeit sowie deutlich kleinere Narben. Auch der Pflegeaufwand in Aufwachstation und Abteilung ist gegenüber den herkömmlichen Techniken mit Bauchschnitt geringer.

Kinderwunschzentrum

Am 1. November 2012 konnten wir im Kanton Graubünden das erste Kinderwunschzentrum offiziell eröffnen und hatten eine hohe Medienpräsenz in Zeitung, Radio und Fernsehen. Mit einer Schwangerschaftsrate von 75 Prozent pro Transfer verbuchte das Kinderwunschzentrum auch medizinisch schon grosse Erfolge.

Die Frauenklinik Fontana bietet im Bereich Kinderwunsch (Endokrinologie und Reproduktionsmedizin) ein breites Spektrum an Dienstleistungen an. Das Behandlungsspektrum reicht von der einfachen Zyklusbeobachtung (Monitoring) über die hormonelle Unterstützung und die intrauterine Insemination bis hin zur künstlichen Befruchtung ausserhalb des mütterlichen Körpers mittels In-Vitro-Fertilisation (IVF), die in Zusammenarbeit mit der fiore LAB AG St. Gallen angeboten wird. Die reproduktionsmedizinischen Therapien wie IVF stellen ein neues Leistungsspektrum für unser Departement dar.

Wir sind ausserdem auf die endoskopische Reproduktionschirurgie spezialisiert; dies besonders bei schwerer Endometriose, im Fall von Myomen, Erkrankungen der Gebärmutter und der Eileiter, welche die spontane Fruchtbarkeit beeinträchtigen, sowie nach Unterbindungen.

Wir beraten und behandeln auch Frauen mit einer Krebs- oder rheumatologischen Erkrankung und zukünftigem Kinderwunsch, um ihre Fruchtbarkeit trotz Chemo- oder Strahlentherapie zu erhalten.

Zusammengefasst bietet unser Kinderwunschzentrum folgende Leistungen an:

- Hormonelle Stimulation
- Insemination
- In-Vitro-Fertilisation
- Intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI)
- Testikuläre Spermienextraktion (TESE) in Zusammenarbeit mit den Urologen am Kantonsspital Graubünden
- Kryokonservierung von Spermien, Ovarialgewebe und Eizellen
- Operative Eingriffe bei Unfruchtbarkeit
- Beratung und Therapie bei wiederholten Fehlgeburten
- Beratung von Frauen und Männern mit Krebserkrankungen zur Erhaltung der Fruchtbarkeit
- Beratung von Frauen mit Hormonstörungen

Das neue Kinderwunschzentrum des Kantonsspitals Graubünden wird von Dr. med. Naomi Ventura geleitet, die breite Erfahrung in der reproduktiven Behandlung mitbringt.

Hebammensprechstunde

Seit Anfang 2012 bietet die Frauenklinik Fontana als Alternative zur ärztlichen Sprechstunde eine Hebammensprechstunde an. Somit haben schwangere Frauen eine Wahlmöglichkeit.

Die Hebammensprechstunde ist eine Angebotserweiterung im ambulanten Bereich an der Frauenklinik Fontana. Für die Hebammensprechstunde ist eine Hebamme mit langjähriger Erfahrung zuständig. Zu den Aufgaben der Hebamme im ambulanten Bereich der Geburtshilfe gehört die selbstständige ambulante Betreuung der gesunden, schwangeren Frau – während der Schwangerschaft bis sechs Wochen nach der Geburt – unter Einbezug des Partners oder der Bezugsperson.

Die Beratung in der Hebammensprechstunde inklusive Schwangerschaftskontrolle dauert 45 Minuten. Hebammen können die Begleitung sowohl während der Schwangerschaft als auch nach der Geburt übernehmen und zu Lasten der Grundversicherung abrechnen.

Zusammengefasst erbringt die Hebammensprechstunde folgende Leistungen:

- Begleitung und Beratung rund um Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett
- Vorsorgeuntersuchungen während der Schwangerschaft bis zum Geburtstermin
- Bei hebammenfremden Aufgaben (Ultraschalluntersuchungen, medizinische Probleme) arbeiten wir mit dem Ärzteteam zusammen
- Nachgeburtsgespräche und -kontrollen
- kombinierte Schwangerenvorsorge durch Hebamme und Arzt oder Ärztin.

Personelles Kader

Eintritte

- 1.1.2012 Sarah Simmen, Betr. oec. FH, Klinikmanagerin
- 1.6.2012 Dr. med. Peter M. Fehr, Chefarzt Gynäkologie und Departementsleiter
- 1.8.2012 Dr. med. Marina Lindenstruth, Oberärztin
- 1.9.2012 Dr. med. Ute Maria Bieser, Oberärztin
- 1.11.2012 Dr. med. Naomi Ventura, Stv. Leitende Ärztin Kinderwunschzentrum

Beförderungen

- 1.9.2012 Andrea Spescha Germann, Pflegeleitung a.i.

Austritte

- 31.5.2012 Dipl. med. Vera von Wartburg, Oberärztin
- 30.6.2012 Dr. med. Stephanie Kamm-Beschorner, Oberärztin
- 31.8.2012 Brigitte Cadisch, Pflegeleitung
- 30.9.2012 Dr. med. Stefanie Karwat, Oberärztin
- 30.9.2012 Dr. med. Judith Holzner, Oberärztin

Familienzimmer

Viele Frauen nehmen für die Tage im Wochenbett das Angebot eines Familienzimmers in einem wohnlichen und familiären Ambiente in Anspruch. Das bietet der Familie einen geschützten Raum und Rahmen, womit der Aufbau der Eltern-Kind-Beziehung unterstützt wird.

Durch die bauliche Optimierung entstanden auf den Bettenstationen F3 und F4 zusätzliche neue Familienzimmer. Dank dem erweiterten Angebot können wir der gesteigerten Nachfrage gerecht werden.

Gynäkologisches Ambulatorium

Neben der Schaffung zusätzlicher Zimmer für Patientinnen fanden 2012 vor allem im ambulanten Bereich grosse bauliche Veränderungen statt.

Ab Anfang respektive Mitte 2013 werden wir unsere ambulanten Patientinnen in Sprechstunde, Notfall und Urodynamik zentral im zweiten Stock behandeln und betreuen. Der zweite Stock wird damit zum Dreh- und Angelpunkt aller nicht stationären Aktivitäten. Die Gebär- und Operationssäle befinden sich bereits auf dieser Etage, ebenso die Physiotherapie und die Hebammensprechstunde. Die zentrale Organisation der ambulanten Aktivitäten gewährleistet eine effiziente Organisation von Räumen und Personal.

Dieser Umbau wurde bei laufendem Betrieb realisiert. Dank der wertvollen Unterstützung der Spitaltechnik, der Informatikabteilung und zahlreicher externer Partner konnten die unangenehmen Lärm- und Staubemissionen minimiert werden. Die Fallzahlen in Gynäkologie und Geburtshilfe wurden dadurch nicht beeinträchtigt.

Institute



Dr. pharm. Susanne Guyer, Chefapothekerin
Departementsleiterin Institute

Interview

Welche speziellen Erfolge und Ereignisse hatte Ihr Departement im vergangenen Jahr zu verzeichnen?

In der Radiologie konnte ein 3T MRI in Betrieb genommen werden – das erste in Graubünden. Es ermöglicht uns eine noch höhere Befundqualität, während sich für die Patientinnen und Patienten die Untersuchungszeit verkürzt. Der neue SPECT/CT führte in der Nuklearmedizin zu einer weiteren Modernisierung und zu Anpassungen an die Bedürfnisse in der Diagnostik.

Im Labor starteten wir das Projekt «Ersatz Laborinformationssystem», das bereits auf die Anbindung von externen Zuweisern ausgerichtet ist.

Erfolgreich baute die Radio-Onkologie die bildgeführte Radiotherapie (Image-Guided Radiotherapy) weiter aus. Diese dient der verbesserten Lokalisation von Tumoren unter Bestrahlung und schont die umliegenden Normalgewebe. Zusätzlich konnte die Anzahl der Pflegesprechstunden weiter erhöht werden. Das Angebot wird von Patientinnen und Patienten rege genutzt und hat dazu geführt, dass Nebenwirkungen der Radiotherapie frühzeitig erfasst und behandelt werden können.

Im 2012 war das Kantonsspital Graubünden – wie alle Schweizer Spitäler – mit ausserordentlich vielen Lieferengpässen bei Arzneimitteln konfrontiert. Trotzdem mussten wir keine Therapien absagen und konnten wir unsere Patienten jederzeit optimal mit Medikamenten versorgen. Der Einsatz einer Physio-Dispokraft erlaubt es unseren Physiotherapeuten, mehr Zeit am einzelnen Patienten aufzuwenden. Dadurch können wir verstärkten Nachfragen nach

ambulanter Stosswellentherapie oder Beckenboden-Rehabilitation für Kinder entsprechen. Die Pathologie unterzog die Routinehistologie einer Wertstromanalyse und bereitete die Festigung der Kooperation mit dem Krebsregister St. Gallen vor.

Wo lagen die Besonderheiten im Leistungsangebot Ihres Departements?

Neben der Sicherung unserer Kernkompetenzen bauten wir unser Angebot gezielt bedürfnisgerecht aus.

Mit der Inbetriebnahme des SPECT/CT lassen sich nuklearmedizinische Befunde anatomisch genauer zuordnen, was die Spezifität der Szintigraphie erhöht. Damit kann unser Departement vor allem bei orthopädischen Fragestellungen ideale Unterstützung bieten – etwa bei unklaren Schmerzsyndromen oder nach einer prothetischen Versorgung.

Eine Besonderheit in der Radiologie liegt in der noch höheren Qualität der fachspezifischen Befundung.

Die spezialisierte Beckenrehabilitation in der Physiotherapie wird inzwischen von einer Vielzahl externer Patientinnen und Patienten aus Graubünden frequentiert.

Im Bereich der medizinischen Mikrobiologie konnte das molekulare Leistungsportfolio ausgebaut werden.

Unser Institut für Spitalpharmazie hat am 1. Juli 2012 im Rahmen der Kooperation mit dem Kantonsspital Glarus die Leitung der Spitalapotheke in Glarus übernommen.

Wie hat sich die Einführung von SwissDRG auf Ihr Departement ausgewirkt?

Das gesamte Departement hat sich mit SwissDRG auseinandergesetzt. Bei unseren Dienstleistungen stehen Patienten und Ärzte mit hohen Anforderungen im Vordergrund. Wir arbeiten weiterhin an möglichen Einsparungen etwa beim Einkauf von Arzneimitteln. Hier gelang es uns auch im 2012, ohne Qualitätsverlust für unsere Patienten Kosten zu sparen.

Welche weiteren Folgen und Auswirkungen erwarten Sie in Zukunft von der neuen Spitalfinanzierung?

Wir befürchten einen weiter zunehmenden Kostendruck in Form einer tieferen Baserate (Basisfallwert) wie auch tieferer Investitionsbeiträge. Viele unserer investitionslastigen, diagnostischen Dienstleistungen dienen der bestmöglichen Therapiedefinition. Bei sinkenden Beiträgen besteht die Gefahr, dass bestimmte Diagnostikbereiche mit der Zielsetzung «sicherer, präziser, schneller» unter Umständen nicht mehr im gleichen Umfang weiter entwickelt respektive eingesetzt werden können. Laufende und vorgesehene Kooperationen mit anderen Spitälern ermöglichen uns hingegen auch eine Optimierung der Kosten für Diagnostik und Therapie.



Radiologie

Die Radiologie am Kantonsspital Graubünden hat sich im 2012 erfolgreich weiterentwickelt. Dies zeigt sich insbesondere in einem weiteren Wachstum der Untersuchungszahlen über alle Modalitäten, wobei der ambulante Sektor mit fünf Prozent stärker wuchs.

Die Aufrüstung des 1.5 T MRI auf 3T sowie die Installation einer neuen volligitalen Röntgenanlage waren die wichtigsten technischen Innovationen des Jahres 2012. Die voll-digitale Röntgenanlage ermöglicht eine bessere Bildqualität, einen höheren Patientendurchsatz und eine verminderte Strahlenexposition.

Mit der Einführung des 3T MRI stiegen die Untersuchungszahlen markant, konkret um etwa zehn Prozent. Wiederum war der ambulante Bereich mit elf Prozent stärker im Wachstum.

Verbunden mit der Aufrüstung des MRI war die Einführung MRI-gestützter Punktionen der Prostata in Zusammenarbeit mit den Urologen an unserem Spital. Im Gegensatz zu ungezielten Punktionen lassen sich im MRI sichtbare Herde nun gezielt histologisch abklären.

In der fachlichen Entwicklung war das Jahr von einer fortschreitenden Subspezialisierung innerhalb der Radiologie gekennzeichnet. Dr. med. Alexander Rieke konnte als zweiter Leitender Arzt Neuroradiologie verpflichtet werden. Die Neuroradiologie am Kantonsspital Graubünden ist ausserhalb der Universitäten derzeit die einzige Abteilung in der Schweiz, die zur vollen Weiterbildung in Diagnostischer Neuroradiologie ermächtigt ist (Weiterbildungsleiter Dr. med. Claude Nauer). Im Hinblick auf diese Ermächtigung haben wir die Befundung in der klinischen Routine auf eine fachspezifische Befundung durch den Neuroradiologen umgestellt. Damit bieten wir sowohl unseren ambulanten als auch unseren stationären Zuweisern ein signifikant höheres Qualitätsniveau.

Neu im Bereich Neuroradiologie ist auch eine Kooperation mit den Neurologen der Klinik Valens mit regelmässiger Durchführung neuroradiologischer Rapporte in Valens.

Nuklearmedizin

Das Jahr 2012 war vor allem durch die Neuinstallation und Inbetriebnahme des Single-Photon-Emissions-Computertomographen (SPECT/CT) geprägt. Mit 364 dedizierten SPECT/CT-Untersuchungen wurde die erwartete Patientenzahl weit übertroffen, was auf eine hohe Akzeptanz hinweist. Das neue Gerät kommt in erster Linie bei orthopädischen Fragestellungen zum Einsatz. Besonders Patientinnen und Patienten mit Schmerzen nach einer Prothesenimplantation kann durch eine genauere Diagnostik geholfen werden.

Die Hybridbildgebung (Kombination zweier bildgebender Methoden aus Radiologie und Nuklearmedizin) hat im Jahr 2012 weiter zugenommen, dies leicht auf Kosten der herkömmlichen szintigraphischen Untersuchungen. Besonders bei der radiologischen Komponente der Hybridbildgebung ist es dank neueren Geräten möglich, die Strahlenbelastung für die Patientinnen und Patienten deutlich zu reduzieren.

Eine weitere erfreuliche Frequenzsteigerung fand in unserer Schilddrüsenprechstunde sowie bei den Untersuchungen mit dem Positronen-Emissions-Computertomographen (PET/CT) statt. Untersuchungen am Zentralnervensystem sind in Graubünden leider nach wie vor wenig nachgefragt. Im März 2013 wird ein Symposium zum Thema Demenz durchgeführt, an dem auch die nuklearmedizinische Diagnostik angesprochen wird. Zusammenfassend lässt sich sagen: Die «konventionelle» Nuklearmedizin stagniert, während die Hybridbildgebung stark wächst.

Unser ehemaliger Assistenzarzt Dr. med. Michael Zoller erreichte bei der Facharztprüfung eines der besten Resultate des gesamten Jahrgangs. Zu diesem ausserordentlichen Erfolg gratulieren wir und freuen uns darüber, dass uns Dr. med. Zoller seither auch als Oberarzt weiter zur Verfügung steht.

Frau Irma Egeter, die lange Jahre dem MTRA-Team der Nuklearmedizin vorstand, wurde im April 2012 pensioniert. Sie steht der Nuklearmedizin mit ihrer grossen Erfahrung weiterhin als Teilzeitkraft zur Verfügung. Frau Sigrid Müller hat ab Mai 2012 die freigewordene Leitung des MTRA-Teams übernommen.

Radio-Onkologie

Die Auslastung der Klinik war im Jahr 2012 mit über 700 Patientenzuweisungen erneut sehr hoch. Die Anwendung der Intensitätsmodulierten Radiotherapie (IMRT) sowie der bildgeführten Radiotherapie (IGRT) nahm gegenüber dem Vorjahr weiter zu. Der vermehrte Einsatz von modernen und komplexen Bestrahlungstechniken ermöglicht ein hohes Mass an Tumorkontrolle bei gleichzeitig weniger stark ausgeprägten Nebenwirkungen. In der Konsequenz kam

es zu einer weiteren Zunahme an technischen und physikalischen Leistungen durch die Medizinphysik. Damit die optimierten, aber zeitaufwendigen Radiotherapien tatsächlich auch durchgeführt werden konnten, mussten die Betriebszeiten am Linearbeschleuniger mittels Schichtbetrieb verlängert werden.

Mit der erfolgreichen Reorganisation der bestehenden Arbeitsabläufe konnte die hohe Anzahl von Patientinnen und Patienten optimal versorgt werden. Die Pflegesprechstunde wurde ausgebaut und mit einer 100-Prozent-Stelle besetzt. Die pflegerische Versorgung ist nun täglich möglich. Das Angebot wird von den Patientinnen und Patienten rege genutzt. Nebenwirkungen unter Radiotherapie können so frühzeitig erfasst und behandelt werden.

Auf der wissenschaftlichen Ebene ist hervorzuheben, dass PD Dr. med. Christoph Oehler an der Universität Zürich habilitiert wurde. Die Radio-Onkologie am Kantonsspital Graubünden bietet ein attraktives Arbeitsumfeld und unterstützt die klinische Forschung aktiv. In Zusammenarbeit mit der Medizinischen Onkologie an unserem Spital wurden wiederum verschiedene Patienten innerhalb von Studienprotokollen behandelt. Wir sind national und international ein akzeptierter und verlässlicher Partner. Ausserdem konnte Frau Dr. med. Ina Bujard zur Oberärztin i. V. befördert werden. Sie betreut Patientinnen und Patienten in unserem Ambulatorium mit speziellem Fokus auf die Schmerztherapie.

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit wurde intensiv gepflegt, sei es innerhalb des Spitals mit der Teilnahme an Tumorboards oder mit externen Zuweisern. Konsiliardienste am Regionalspital Surselva in Ilanz, am Spital Samedan und Kantonsspital Glarus ermöglichen es, die Patientinnen und Patienten vor Ort kompetent zu beraten und schnellstmöglich zu behandeln. Gemeinsam mit der Klinik für Radio-Onkologie und der Urologie werden Patienten mit lokalisiertem Prostatakarzinom mittels Brachytherapie mit radioaktiven Jod-seeds behandelt. Hierbei handelt es sich um eine besonders schonende Bestrahlung der Prostata mit exzellenter lokaler Tumorkontrolle und wenig Nebenwirkungen. Die enge Zusammenarbeit mit dem Universitätsspital Zürich, dem Inselspital Bern, dem Kantonsspital Aarau, dem Protonenzentrum am Paul Scherrer Institut sowie der Klinik Hirslanden ermöglicht den Patientinnen und Patienten zudem raschen Zugang zu sämtlichen verfügbaren Spezialtechniken (z.B. Gynäkologische Brachytherapie, Stereotaktische Bestrahlungen, Radiochirurgie).

Institut für Spitalpharmazie

Die vielen Lieferengpässe waren im Berichtsjahr 2012 das vorherrschende Thema in der Arzneimittellogistik. Zahlreiche Krebsmedikamente (Onkologika) und andere wichtige Spitalpräparate waren davon betroffen. Die Gründe für die Lieferengpässe sind vielfältig. Häufige Ursachen sind: Mangelnde Verfügbarkeit der Rohstoffe, Qualitätsprobleme bei der Produktion, steigende Nachfrage nach bestimmten Pharmaka, Produktionseinstellungen von unrentablen Produkten, Reduktion von Lagerkapazitäten, Zusammenlegung von Produktionsstandorten im Zuge der Globalisierung, veraltete Produktionsstätten oder eine geringe Anzahl von Alternativpräparaten und -firmen.

Lieferengpässe von Arzneimitteln tangieren Ärzte, Pflegepersonal, die Spitalapotheke und letztlich die Patientinnen und Patienten. Häufige und kurzfristige Präparatewechsel bergen immer ein Sicherheitsrisiko für die Patienten.

Das Kantonsspital Graubünden war 2012 von 76 Lieferengpässen betroffen. Die durchschnittliche Dauer der erfassten Engpässe lag bei 46 Tagen. Es wurden 17 langfristige Lieferengpässe registriert (Dauer über 90 Tage).

Bei 49 Prozent der aufgetretenen Lieferengpässe hatten wir genügend Lagerbestand. So kam es zu keinem internen Lieferunterbruch. In fast allen anderen Fällen konnte ein identisches oder äquivalentes Ersatzprodukt an Lager genommen werden. In 22 Prozent der Fälle mussten wir ein Präparat aus dem Ausland importieren.

Hervorzuheben ist, dass wir im ganzen Jahr 2012 keine Therapie aufgrund von Lieferengpässen absagen mussten. Wir konnten unsere Patienten optimal mit Arzneimitteln versorgen.

In der Fabrikation blieb der Leistungsumfang bei den Defekturprodukten (Produkte auf Lager) im Vergleich zum Vorjahr etwa gleich. Bei den patientenbezogenen Rezepturen ist hingegen eine erneute Zunahme zu verzeichnen. Es wurden 364 Rezepturverordnungen gefertigt (plus 27 Prozent verglichen mit 2011) und grundsätzlich innert Tagesfrist bearbeitet. Dabei stellten wir unterschiedliche Arzneiformen her: Kapseln, Lösungen, Cremes, Fertigspritzen, Ampullen oder Augentropfen.

Der Bereich Zentrale Zytostatikaherstellung (ZZH) war von einer starken Zunahme an Herstellungen geprägt. Die insgesamt 8'056 Herstellungen bedeuten einen Zuwachs um 24 Prozent verglichen zum Vorjahr. Die Zunahme an Zubereitungen im ambulanten Bereich ist in Bezug auf die geforderte, schnelle Bereitstellung innert 30 Minuten nach Bestätigung eine grosse Herausforderung für die ZZH.

Die ZZH war stark von Lieferengpässen einiger wichtiger Zytostatika betroffen. Die Suche nach Alternativen, das Informieren aller beteiligten Stellen, die Datenpflege im Herstellsystem CATO usw. waren aussergewöhnlich zeitintensiv.

Durch die allgemeine Kooperation mit dem Kantonsspital Glarus konnte die Leitung der Apotheke sowie ein pharmazeutischer Konsiliardienst aufgebaut werden. Seit Juli 2012 ist im Spital in Glarus eine Apothekerin zu 20 Prozent tätig. Es konnten bereits sehr verschiedene Arbeiten und Projekte realisiert werden, weitere folgen.

Pathologie

Die Palette der verfügbaren immunhistochemischen Inkubationen wurde erweitert. Dadurch tragen wir der anhaltenden Tendenz, in der Tumordiagnostik vermehrt solche Zusatzuntersuchungen einzusetzen Rechnung.

Im Bereich der Molekularpathologie wurde das Angebot konstant gehalten. Mit den umliegenden Partnerinstituten steckten wir neue Kooperationsfelder ab und bereiteten entsprechende Geschäftsfelder vor, um bei wenig nachgefragten Spezialuntersuchungen zeitnah vermitteln zu können.

Bei Fragestellungen und insbesondere bei Untersuchungen mit einer Frequenz von unter 20 pro Jahr galt es, eine «Make or Buy»-Entscheidung abzuwägen. Dabei berücksichtigten wir auch den nicht unerheblichen infrastrukturellen und jährlichen Wartungsaufwand.

Im Histologielabor führten wir im Hinblick auf eine Verbesserung der internen Prozesse eine extern begleitete Wertstromanalyse durch. Ziel ist es, die Produktionskosten pro Taxpunkt weiter senken zu können.

Rechtsmedizin

Seit 2011 ist die Rechtsmedizin im Kanton Graubünden als gemeinwirtschaftliche Leistung definiert. 2012 wurde vom Kanton Graubünden erstmalig eine Abgeltung der hohen Vorhaltekosten beschlossen. Dies bestätigt somit die offizielle, langfristige Anerkennung der Rechtsmedizin in Graubünden.

Im Vergleich zum Vorjahr führten wir mehr Aufträge zur Untersuchung von Todesfällen durch. Die Zahl der Untersuchungen von lebenden Opfern und Tatverdächtigen sowie von Personen, deren Fahreignung begutachtet werden musste, nahm hingegen ab. Insgesamt wuchs die Zahl der bearbeiteten Fälle 2012 jedoch deutlich.

Zentrallabor

Als strategisch übergeordnetes Projekt haben wir im Berichtsjahr die Ablösung des älteren Laborinformationssystems in Angriff genommen. Mit einer moderneren Softwaregeneration erschliessen sich neue Möglichkeiten im Bereich der integrierten Versorgung.

Im Fokus der Organisationsentwicklung stand die Einrichtung und Umsetzung des sogenannten polyvalenten Arbeitsplatzes Mikrobiologie (POVAMI), dies als zusätzlicher Arbeitsplatz des polyvalenten Labors. Dadurch kann das mikrobiologische Fachwissen der BMA, der Biomedizinischen Analytiker/innen, im Sinne eines sogenannten «Job Enrichments» gestärkt werden, während das Team der Mikrobiologie gegenüber kurzfristigen Ausfällen robuster wird.

Das Angebot im Bereich der medizinischen Mikrobiologie haben wir bedürfnisgerecht ausgebaut. Die Einführungsphase der PCR-Technologie kam zu einem erfolgreichen Abschluss. Das Spektrum umfasst nun den Nachweis von Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA), Clostridium difficile, Influenzavirus A/B (inklusive H1N1), Enteroviren, Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae sowie den Nachweis des Mycobacterium tuberculosis-Komplexes.

Ausserdem haben wir die Umstellung der Resistenzprüfung auf die neuen, europaweit geltenden EUCAST-Richtlinien erfolgreich umgesetzt. Im Bereich der Gerinnung konnte durch eine Ersatzbeschaffung ein neues Gerät in den Routinebereich überführt werden. Dies erlaubt eine konsolidierte Abarbeitung der Gerinnungsanalytik.

Das Zentrallabor partizipierte an den Umbauten am Standort Fontana im zweiten Obergeschoss. Neben den baulichen Anpassungen des Gewinnungsraumes konnte der Arbeitsplatz Andrologie in unmittelbare Nähe verlegt werden. So wurde sichergestellt, dass mit einer BMA vor Ort optimale Voraussetzungen geschaffen worden sind – dies auch in Bezug auf das Kinderwunschzentrum Frauenklinik Fontana.

Die Kommission Höhere Fachschule Gesundheit des Berufs- und Weiterbildungszentrums St. Gallen stellte fest, dass unser Zentrallabor als Institution sämtliche Voraussetzungen des Rahmenlehrplans erfüllt und als Ausbildungsbetrieb auf Stufe Höhere Fachschule BMA seine definitive Anerkennung erhält. Das Ausbildungsprofil hat im Berichtsjahr zahlreiche Interessenten angesprochen. Im Ausbildungslehrgang 08/12 haben zwei Studierende die Ausbildungstätigkeit aufgenommen. Somit können wir derzeit vier studierende BMA am Standort Chur betreuen, neu auch im dritten Ausbildungsjahr im Fachbereich Mikrobiologie.

Die Qualitätssicherung im Zentrallabor wird mittels interner Qualitätskontrollen und durch die Teilnahme an zahlreichen externen Ringversuchen auf nationaler und internationaler Ebene sichergestellt. In den Ringversuchen wurden für sämtliche Messgrössen die vorgegebenen Richtwerte erreicht. Zudem haben wir wiederum zahlreiche Arbeitsvorschriften in sämtlichen Bereichen angepasst und aktualisiert.

Das Zentrallabor konnte die vakante Stelle Fachverantwortliche Mikrobiologie mit Frau Cornelia Guler BMA HF per Anfang August 2012 hausintern besetzen. Somit gelang es, sämtliche übergeordneten Funktionen des Zentrallabors zu besetzen.

Physiotherapie

Die Abteilung Physiotherapie stellt in ihrer Gesamtheit die physiotherapeutische Versorgung an allen drei Standorten des Kantonsspitals Graubünden sicher. Dabei sind die einzelnen Standorte auf ihr jeweiliges Fachgebiet spezialisiert, ohne aber die Gesamtheit des Menschen aus den Augen zu verlieren.

Neben der stationären physiotherapeutischen Versorgung, die im DRG-Zeitalter ein fundamentaler Teil der Patientenversorgung ist, werden zusätzlich ambulante Patientinnen und Patienten behandelt. Im Vordergrund steht dabei die fortgesetzte Therapie ehemaliger Spitalpatienten. Zuweisungen von externen Ärzten gewinnen ausserdem an Bedeutung. Besonders am Standort Fontana werden die Physiotherapeutinnen von Patienten aus ganz Graubünden konsultiert.

Das Ergebnis konnte im Berichtsjahr an allen Standorten gesamthaft markant gesteigert werden. Dafür verantwortlich sind eine verstärkte ambulante und stationäre Nachfrage sowie unser Bestreben nach Verbesserung der internen Abläufe. Ein Beispiel dafür ist die Einführungsphase des Patientenabrechnungs- und Terminierungssystems RAP, die Mitte 2012 abgeschlossen wurde. Dies hat zu einer grossen Transparenz in der Leistungserbringung beigetragen.

Das Therapieangebot am Hauptstandort konnten wir im 2012 mit einer medizinischen Trainingstherapie kompletieren. Dazu wurde eine Serie von Trainingsgeräten angeschafft, welche die Lücke zwischen passiver und aktiver Therapie ideal schliesst.

Im Kreuzspital war das vergangene Jahr gesamthaft von dem Wechsel in der ärztlichen Führung geprägt. Dies hatte auch Auswirkungen auf die Physiotherapie. Die Stosswellentherapie erfreute sich fortlaufend grosser Beliebtheit und hat als Magnet wesentlich zum erfolgreichen ambulanten Ergebnis beigetragen.

Personelles Kader

Eintritte:

- 1.1.2012 Dr. med. Alexander Rieke, Oberarzt Radiologie
- 1.5.2012 David Tapioles, Stv. Leitender MTRA Radio-Onkologie
- 16.7.2012 Susanne Hengstler-Stahl, Apothekerin Spitalpharmazie

Beförderungen:

- 1.1.2012 Dr. med. Jutta Eichholz, Stv. Leitende Ärztin Radiologie
- 1.5.2012 Sigrid Müller, Leitende MTRA Nuklearmedizin
- 1.7.2012 Dr. med. Alexander Rieke, Leitender Arzt Neuroradiologie
- 1.8.2012 Cornelia Guler, Fachverantwortung Medizinische Mikrobiologie Labor
- 1.10.2012 Dr. med. Michael Zoller, Oberarzt Nuklearmedizin
- 1.11.2012 Dipl. med. Christin-Nicole Nasiadko, Oberärztin Radiologie
- 21.11.2012 Habilitation von PD Dr. med. Christoph Oehler, Oberarzt Radio-Onkologie

Austritte:

- 31.12.2012 PD Dr. med. Thomas Bodmer, Stv. Leiter Zentrallabor
- 31.12.2012 Dr. med. Gerold Reutter, Leitender Arzt Radiologie

Die Umstrukturierung und Umsiedlung der ambulanten Dienste der Gynäkologie und Geburtshilfe tangierten auch die Physiotherapie am Standort Fontana. Erfreulicherweise konnten alle Therapieräume in Umfang und örtlichem Konglomerat erhalten bleiben. Zusätzlich wurde die Behandlung des Beckenbodens jetzt auch im pädiatrischen Sektor ausgebaut.

Anästhesie Notfall Intensivmedizin Rettung



Dr. med. Thomas Sieber, Departementsleiter
Anästhesie, Notfall, Intensivmedizin, Rettung (ANIR)

Interview

Welche speziellen Erfolge und Ereignisse hatte Ihr Department im vergangenen Jahr zu verzeichnen?

Das gesamte ANIR erfuhr im Vergleich zu den Vorjahren eine überproportionale Leistungssteigerung. Dies steht zumindest indirekt mit der Einführung von DRG im Zusammenhang. Diese Leistungssteigerung konnten wir bei unverändertem Personalbestand und trotz einem Umfeld mit sektoriellen Schwierigkeiten der Personalrekrutierung erbringen. Das ist als Erfolg zu betrachten. An dieser Stelle sei allen unseren Mitarbeitenden ein Kränzchen gewunden für ihren grossartigen Einsatz.

Das im September nun schon zum dritten Mal durchgeführte OP-Management-Symposium in Arosa – mit interessanten Vorträgen von Referenten des Kantonsspitals Graubünden und nationalen Experten – war ebenfalls sehr erfolgreich.

Auf der Notfallstation wurde eine Projektgruppe zur Weiterentwicklung der Zentralen Notfallstation mit Einbezug der lokalen Hausärzte gegründet. Ziel der Gruppe ist es, eine Notfallpraxis am Kantonsspital Graubünden zu etablieren. Neu übernahm unsere Notfallstation die hausärztlichen Notfalldienste in der Nacht zusätzlich zu Chur für die Gemeinde Arosa.

Die Intensivstation hat sich auch im vergangenen Jahr als aktiver Rekrutierungspartner für Organspenden ausgezeichnet und war erfreulicherweise das erfolgreichste Zentrum im Netzwerk Zürich. Der zweite FCCS-Kurs (fundamental critical care support) für junge, an Intensivmedizin interessierte Ärztinnen und Ärzte fand wieder in Kooperation mit dem Inselspital in Bern statt und war ein grosser Erfolg. In Kooperation mit dem Bildungszentrum Gesundheit und Soziales (BGS) in Chur erhielt unsere Intensivstation die eidgenössische Anerkennung als Weiterbildungsstätte für Intensivpflege (NDS HF IP).

Die *rettung chur* ist erneut durch den Interverband für Rettungswesen (IVR) überprüft worden und hat die Rezertifizierung nach den neuen, erweiterten Richtlinien mit Bravour bestanden. Im Expertenbericht wurde sogar explizit erwähnt, dass die *rettung chur* ein Qualitätsmanagement auf höchstem Niveau pflegt.

Wo lagen die Besonderheiten im Leistungsangebot Ihres Departements?

Wir haben im vergangenen Jahr vor allem das Volumen unserer Zentrumsleistungen ausgebaut und unsere Position als Zentrumsspital der Südostschweiz gefestigt. Auf der Anästhesie haben wir die akute Schmerztherapie weiter ergänzt sowie die regionalanästhesiologischen Optionen erweitert, ausserdem den breiteren Einsatz des Ultraschalls im klinischen Alltag konsolidiert und die Monitorisierungsmodalitäten vervollständigt.

Wie hat sich die Einführung von SwissDRG auf die Tätigkeiten in Ihrem Department ausgewirkt?

Als indirekte Folge der neuen Spitalfinanzierung mit der Abrechnung nach SwissDRG beobachteten wir in allen Abteilungen des ANIR eine Zunahme komplizierter Verlegungsfälle aus peripheren Spitälern oder von Kooperationspartnern. Die Intensivstation veranstaltete regelmässige Sitzungen mit dem Kodier- und Controllingteam zum Informationsaustausch. Auch auf den anderen Abteilungen fanden entsprechende Kontakte und Absprachen statt. Als wichtig und wertvoll erwiesen sich die vermehrten Kontakte mit unseren Controllern, die uns bei der Analyse und Interpretation der verschiedenen Kennzahlen unterstützen. Als Beispiel sei hier eine Laboranalyse genannt, die auf der IPS ein internes Einsparpotential von mehreren Hunderttausend Taxpunkten ergab.

Welche weiteren Folgen und Auswirkungen erwarten Sie in Zukunft von der neuen Spitalfinanzierung?

Der oben beschriebene Trend wird höchstwahrscheinlich anhalten und unser Department ANIR überdurchschnittlich belasten. Die kränkeren Patienten werden mehr und mehr unsere Dienste beanspruchen – dies betrifft sowohl die *rettung chur* und den Notfall bei Verlegungen als auch die Anästhesie und die Intensivstation bei der Betreuung dieser zunehmend älteren und polymorbiden Patientinnen und Patienten. Dies bedeutet für uns eine grosse Herausforderung. Einerseits müssen wir unsere Dienstleistungen und unseren Personalbestand weiter ausbauen, was im jetzigen Umfeld nicht immer einfach ist. Andererseits stossen wir mit unseren Räumlichkeiten immer mehr an die Kapazitätsgrenzen. Hier werden kreative und unbürokratische Lösungen gefordert sein, um die Zeit bis zum Bezug des Neubaus zu überbrücken, was noch einige Jahre dauern wird. Wir setzen aber alles daran, dass alle unsere Patientinnen und Patienten unverändert eine optimale Betreuung erfahren.



Institut für Anästhesiologie

Auch im Jahr 2012 waren unsere Leistungen stark gefragt. Über alle drei Standorte betrachtet kam es zu einer eindrucklichen Leistungssteigerung. Dies interessanterweise vor allem im zweiten Halbjahr, nach einem schwächeren ersten Halbjahr. Der Trend zu längerdauernden Operationen und kränkeren Patientinnen und Patienten war auch bei uns deutlich spürbar. Unsere Leistungen werden auch zunehmend ausserhalb der Operationsäle benötigt. Um die vermehrt auch nachts und am Wochenende anfallenden Notfallpatienten umfassend perioperativ zu betreuen, haben wir die Öffnungszeiten des Aufwachsaales ausgeweitet, während der winterlichen Hochsaison mit einem Betrieb rund um die Uhr. Wir sind bestrebt, den Aufwachsraum bald ganzjährig 24 Stunden am Tag zu betreiben, um die Betreuung für alle Patienten zu optimieren und die Bettenabteilungen zu entlasten.

Um unseren Personalbestand den jeweiligen Aktivitäten der drei Standorte KSH, FON und KRZ optimal anzupassen, haben wir einen sogenannten Springerdienst für Pflegefachpersonen eingeführt. Der Springerdienst deckt den zeitlich unterschiedlichen Ressourcenbedarf über die drei Standorte ab. Dies kann bedingen, dass das Personal den Standort mehrmals am Tag wechseln muss. Auch die Ärzte arbeiten häufig in gesplitteten Tageseinsätzen an einem der drei Standorte. Dies ist nur durchführbar mit einem hochprofessionellen, hochmotivierten und flexiblen Team, auf das wir mit Recht stolz sein dürfen.

Die Aktivität unserer Anästhesiesprechstunde wurde weiter ausgebaut. Hier stossen wir am Hauptstandort schon lange an unsere Kapazitätsgrenzen und kommen um bauliche und räumliche Anpassungen nicht herum. Diese Dienstleistung schätzen sowohl unsere Patienten als auch chirurgischen Kollegen sehr, da sie dem Patienten oft eine Vollabklärung für eine Operation und die Anästhesie in nur einer Sitzung ermöglicht.

Im ärztlichen Kader des Instituts waren zwei Ab- und drei Zugänge zu verzeichnen. Dr. med. Philipp Venetz kehrte auf die Intensivstation des Inselspitals zurück. Dr. med. Lukasz Starzyk verliess uns nach vierjähriger erfolgreicher Tätigkeit Richtung Toronto, wo er ein Fellowship in Herz-Thorax-Anästhesie absolvieren wird. Neu zu uns stiessen Dr. med. Marcel Hilbig (vorher Ulm/Biberach/Walensstadt), Dr. med. Clemens Schwer (vorher Tübingen/Wangen i.A.) und Dr. med. Christof Heim (vorher Spital Lachen).

Die OP-Koordination war auch 2012 motiviert, das elektronische OP-Planungsprogramm RAP weiterzuentwickeln, um die vorhandenen Ressourcen im OP optimal einzusetzen. Das Schnittstellen-Management zu anderen bestehenden Programmen wie etwa dem Krankenhausinformationssystem KIS konnte in Zusammenarbeit mit der Informatikabteilung erweitert werden. Das Resultat dieser Schnittstellen-Optimierung war, dass nun vermehrt OP-Daten und OP-Statistiken aus dem Krankenhausinformationssystem KIS generiert werden können. Aufgrund dieser Daten konnte die OP-Koordination in Zusammenarbeit mit den betroffenen Disziplinen bestehende Prozesse und Abläufe analysieren sowie einige Verbesserungen erzielen.

Frau Kerstin Maicher verliess im 2012 das OP-Koordinations-Team. Mit Urs Bruggmann konnten wir einen erfahrenen und versierten Berufsfachmann als Nachfolger gewinnen.

Im September fand das 3. OP-Management-Symposium in Arosa statt. Dr. med. Thomas Sieber, OP-Koordinator am Kantonsspital Graubünden, und sein Team haben es organisiert. Dank der hervorragenden Referenten – darunter einige vom Kantonsspital Graubünden – wurde das Symposium im überschaubaren Rahmen zu einem vollen Erfolg.

Zentrale Notfallstation

In der engen Zusammenarbeit mit unseren Churer Hausärztkollegen und mit der Übernahme der hausärztlichen Nachtdienste für Chur durch das Kantonsspital Graubünden haben wir gute Erfahrungen gemacht. Dies führte dazu, dass wir mit den Hausärzten der Gemeinde Arosa eine ähnliche Lösung erarbeiteten: Seit April 2012 haben wir auch die meisten hausärztlichen Nachtdienste für unsere Hausärztkollegen und -kolleginnen in Arosa übernommen. Dies führte zu einer merklichen Entlastung der diensttunenden Hausärzte bei weiterhin gewährleisteter hausärztlicher Versorgung der betroffenen Patientinnen und Patienten. Für das Jahr 2013 ist bereits eine Ausdehnung dieser Zusammenarbeit auf die Region Imboden (Felsberg bis Bonaduz) in Erarbeitung.

Wir sahen im Jahr 2012 eine spürbare Zunahme komplexer Fälle und besonders auch von Verlegungen aus anderen Spitälern. Dies führt zu einer kontinuierlichen Verschiebung des auf der Zentralen Notfallstation versorgten Patientenkollektivs zu einem höheren Komplexitäts- und Schweregrad hin.

Um diesen Entwicklungen sowie der allgemeinen Entwicklung der Notfallmedizin mit einer ebenfalls zunehmenden Zahl an Walk-in-Patienten gerecht zu werden, arbeitet eine Arbeitsgruppe intensiv an Lösungen. Auch dies geschieht in Zusammenarbeit mit den Hausärztinnen und -ärzten der Stadt Chur. Das Ziel dieser Bemühungen ist, dass wir Schritt halten können mit den sich ständig ändernden Anforderungen an unsere Zentrale Notfallstation.

Intensivmedizin

Das Jahr 2012 war aus intensivmedizinischer Sicht geprägt durch einen zweistelligen Zuwachs an erbrachten Leistungen. Unser Patientenkollektiv war kränker als in den vergangenen Jahren. Mehr als 20 Prozent der Patientinnen und Patienten mussten beatmet werden, sodass die Anzahl Beatmungstage erstmals die Grenze von 1'000 Tagen überschritten hat. Ein hochmotiviertes, interprofessionelles Team erbrachte diese Mehrleistungen. Es wurde dabei an die Grenze der Belastbarkeit geführt, zumal wir auf fachärztlicher und auf pflegerischer Seite die zur Verfügung stehenden Stellen nicht vollumfänglich zu besetzen vermochten. Dank grossem Einsatz des Pflegekaders in der Rekrutierung von temporären Mitarbeitenden und grosser Flexibilität des bestehenden Pflegeteams konnte die Intensivstation aber jederzeit ihre uneingeschränkte Aufnahmekapazität zur Verfügung stellen.

Das Pflegekader ist dank zwei neuen Gruppenleiterinnen wieder vollzählig. Cornelia Fritsche hat ihre Aufgabe seit dem 1. Februar 2012, Seraina Conradin seit dem 1. September 2012 übernommen.

Das Nachdiplomstudium höhere Fachschule Intensivpflege (NDS HF IP) wurde nach zwei Jahren aufwendiger Vorarbeiten seitens des Bundesamtes für Berufsbildung und Technologie (BBT) definitiv auf eidgenössischer Stufe anerkannt. Die gesamte zweijährige Weiterbildung Intensivpflege ist weiterhin auf unserer Station möglich. Insgesamt vier Studierende schlossen im Berichtsjahr das NDS HF IP mit Diplomarbeiten erfolgreich ab. Erfreulicherweise konnten wir alle vier Expertinnen Intensivpflege für die weitere Arbeit auf unserer Station gewinnen. Die Rekrutierung von Pflegenden für das NDS HF IP gestaltete sich 2012 schwierig. Bedauerlicherweise sind aktuell lediglich fünf von zehn Studierendenstellen besetzt. Wir begegnen den Rekrutierungsschwierigkeiten von Studierenden mit diversen internen und externen Informationsveranstaltungen und dem Angebot eines berufsbegleitenden NDS HF IP ab 2013.

Innerhalb des Intensivnetzwerkes Südostschweiz (INSO) führten wir im Herbst 2012 erfolgreich den zweiten fachspezifischen Weiterbildungskurs in Intensivmedizin (FCCS) in der Südostschweiz durch. 18 junge Ärztinnen und Ärzte nahmen daran teil. Auf der Referentenseite unterstützten uns wiederum zahlreiche Intensivmediziner aus der Südostschweiz.

Wir freuen uns ganz besonders, dass wir unseren neu gestalteten Besucherraum Ende 2012 in Betrieb nehmen konnten. Wir sind überzeugt, den Angehörigen unserer Patientinnen und Patienten die Wartezeit vor den häufig belastenden Besuchen auf der Intensivstation in einer ansprechenden Atmosphäre etwas erleichtern zu können.

rettung chur

Gesamthaft standen 2012 die Rettungsteams 3'862-mal im Einsatz (Vorjahr 3'848 Einsätze). Alle Fahrten verliefen unfallfrei. Erstmals seit Bestehen der *rettung chur* hat die Kilometerleistung der Rettungsfahrzeuge die Marke von 120'000 km überschritten, total waren es 121'017 km. Am meisten gefordert war die *rettung chur* am 14. März 2012 mit 24 Einsätzen, am wenigsten am 2. Januar 2012 mit lediglich zwei Fahrten. 533 Patientinnen und Patienten, die erstversorgt oder auf Sekundärfahrten betreut wurden, hatten eine lebensbedrohliche Verletzung oder Erkrankung. Als Highlight des Berichtsjahrs 2012 kann die Inbetriebnahme des lediglich mit PR-Massnahmen finanzierten Baby-Notarztwagens bezeichnet werden.

Seit dem Bestehen der *rettung chur* (2001) werden alle Einsätze, die im Zusammenhang mit einem Kreislaufstillstand stattfinden, durch die Rettungssanitäter und Notärzte systematisch erfasst und ausgewertet. Dies erfolgt mit dem sogenannten Utstein-Style-Protokoll, das von führenden internationalen Reanimationsforschern entwickelt wurde. Die *rettung chur* wurde in den letzten zwölf Jahren zu 348 Patienten mit Kreislaufstillstand gerufen. Rund 50 Prozent dieser Fälle befanden sich in der Stadtregion, die andere Hälfte im ländlichen Gebiet. In knapp 70 Prozent der Fälle war eine Herzerkrankung Ursache des Kreislaufstillstands. Auffallend für die Situation in unserer Spitalregion Churer Rheintal ist, dass 49 Prozent der Kreislaufstillstände bereits durch eine Laienreanimation behandelt wurden. Dies ist im internationalen Vergleich eine ausserordentlich hohe, erfreuliche Anzahl. In lediglich 16 Prozent der Fälle lag der Zeitpunkt des Kreislaufstillstands bereits so lange zurück, dass die Mitarbeiter der *rettung chur* von weiteren Massnahmen Abstand genommen haben.

Insgesamt wurden somit bei 293 Patienten Wiederbelebungsmaßnahmen durchgeführt. Bei 34.1 Prozent dieser Patienten konnte die Kreislauffunktion wiederhergestellt werden und eine Einlieferung auf die Intensivstation des Kantonsspitals Graubünden erfolgen. 15,3 Prozent der so primär erfolgreich reanimierten Patienten konnten später das Spital in einem guten Zustand wieder verlassen. Der letzte für die Schweiz publizierte Vergleichswert liegt bei 3,7 Prozent. Leider sind diese Daten aber schon über zehn Jahre alt. In der EU verlassen im Durchschnitt 10 Prozent der Patienten das Spital nach einem Kreislaufstillstand in der Pränatal. Wir freuen uns, dass von diesen 45 aus dem Kantonsspital Graubünden entlassenen Patienten 27 noch länger als ein Jahr gelebt haben oder heute noch leben.

Für den schonenden Transport von Früh- und Neugeborenen verfügt die *rettung chur* als zweiter Rettungsdienst der Schweiz neu über ein Spezialfahrzeug. Die Anschaffung unseres Ambulanzfahrzeugs für die Kleinsten war nur dank grosszügiger Spenden möglich. Im letzten Quartal haben wir in Zusammenarbeit mit dem Neonatologieteam des Kantonsspitals Graubünden 39 Fahrten durchgeführt, was unsere Erwartung übertroffen hat. Allen Spendern nochmals ein herzliches Dankeschön!

Care Team

Das Care Team des Kantonsspitals Graubünden, das aus sieben internen Mitarbeitenden besteht, hat im Jahr 2012 rund 300 Stunden an Care-Einsätzen geleistet. Die Palette der Ereignisse ist vielfältig. Unser Care Team ist eine Einrichtung des Kantonsspitals Graubünden mit eigener Telefonnummer (7912) und einem Angebot rund um die Uhr. Dass Menschen auf extreme Belastungen durch ein Unglück oder durch Gewalt stark reagieren, ist normal. Nicht die Reaktion ist ausserordentlich, das Ereignis ist es. Gesunde Menschen reagieren in gesunder Weise auf ein ausserordentliches Ereignis – und sollen auch als gesunde Menschen behandelt werden. Deshalb gilt der Grundsatz: So viel wie nötig, so wenig wie möglich.

Die Akutsituation nach einem traumatisierenden Ereignis unterscheidet sich von der späteren Situation der Nachsorge in mehrfacher Hinsicht. Zum einen ist «gute» Bewältigung in der Akutsituation abhängig von einer möglichst guten Anpassung an die Situation. Nur so kann ein Minimum an Handlungsfähigkeit garantiert werden. Später sind die Verarbeitung des Erlebten sowie dessen Integration in das eigene Welt- und Selbstbild zentral. Unterstützung in der Akutsituation ist nicht therapeutische, sondern vielmehr psychosoziale Arbeit. Sie richtet sich nicht auf die Förderung der Verarbeitung, sondern lediglich auf den Erhalt oder die Wiedergewinnung der Handlungsfähigkeit beim Betroffenen.

Das Care Team im Kantonsspital Graubünden leistet diese psychosoziale Unterstützung. Ziel ist, wie erwähnt, eine sehr schnelle, psychische Stabilisierung und Wiederherstellung der Handlungsfähigkeit der Betroffenen. Dabei ist die Aktivierung von inneren und äusseren Ressourcen der Betroffenen sehr wichtig. Psychosoziale Unterstützung ist oft auch eine praktische Hilfe: Angehörige oder Freunde zusammenführen, Zeit überbrücken, Zimmer oder Taxi organisieren und anderes mehr. Im Spital können wir manchmal auch die Pflegenden sowie Ärztinnen und Ärzte entlasten, indem wir für Angehörige da sind. So können jene sich voll und ganz auf die medizinische Versorgung konzentrieren.

Manchmal dürfen wir auch mit Mitarbeitenden eine für sie belastende Situation besprechen und so abschliessen, sei es in Einzelgesprächen oder im Team.

Grundprinzipien einer ersten Betreuung:

1. Entlasten: Chronologie der Ereignisse erarbeiten, Gedanken ordnen.
2. Beruhigen: Informationen über normale Reaktionen (des Körpers, der Gedanken, der Gefühle, im Verhalten) auf ein Ereignis weitergeben.
3. Festigen: die nächsten Handlungsschritte planen, damit die Betroffenen möglichst bald ihre Selbstständigkeit zurückerhalten.

Personelles Kader

Eintritte:

- 1.7.2012 Dr. med. Christof Heim, Oberarzt Anästhesie
- 1.9.2012 Dr. med. Marcel Hilbig, Oberarzt Anästhesie
- 1.12.2012 Dr. med. Clemens Schwer, Oberarzt Anästhesie

Beförderungen:

- 1.2.2012 Cornelia Fritsche, Gruppenleitung IPS
- 1.4.2012 Dr. med. Karin Litscher zur Stv. Leitenden Ärztin
- 1.4.2012 Dr. med. Michael Bujard zum Stv. Leitenden Arzt
- 1.4.2012 Dr. med. Peider Frey zum Stv. Leitenden Arzt
- 1.10.2012 Seraina Conradin, Gruppenleitung IPS

Austritte:

- 31.5.2012 Dr. med. Lukasz Starzyk, Oberarzt Anästhesie
- 30.6.2012 Dr. med. Philipp Venetz, Oberarzt Anästhesie

Personal, Pflege und Fachsupport



Heinrich Neuweiler
Departmentsleiter Personal, Pflege und Fachsupport

Interview

Welche speziellen Erfolge und Ereignisse hatte Ihr Departement im vergangenen Jahr zu verzeichnen?

Der Personaldienst wurde erfolgreich ins Departement Personal, Pflege und Fachsupport integriert: Im Zuge einer Umstrukturierung hat die Geschäftsleitung beschlossen, die ganze Abteilung Personaldienst vom Departement 8 (Services) ins Departement 7 zu verschieben. Damit änderte auch die Departementsbezeichnung. Die Verschiebung verlief problemlos und ermöglicht es uns, Synergien besser zu nutzen.

Die Geschäftsleitung verabschiedete noch im Dezember das neu entwickelte Konzept Room-Service. Es sorgt dafür, dass der Room-Service nun auf allen Bettenstationen in einheitlicher Form angeboten wird. Gleichzeitig haben wir das Dienstleistungsangebot für die zusatzversicherten Patientinnen und Patienten ausgebaut. Dank neuer Führungsstruktur mit Teamleitungen in den Departementen können wir eine einheitliche und effiziente Führung dieses Bereichs sicherstellen.

Durch die laufende Weiterentwicklung der Bildungsprogramme im Pflegebereich musste das Bildungskonzept überdacht und neu ausgerichtet werden. Die grosse Arbeit für das neue Bildungskonzept Pflege konnten wir noch vor Jahresende erfolgreich abschliessen.

Das bei der sanaCERT-Zertifizierung obligatorische, jährliche Überwachungsaudit wurde im November erfolgreich durchgeführt und mit Bravour von uns bestanden. Die Re-Zertifizierung findet im November 2014 statt.

Wo lagen die Besonderheiten im Leistungsangebot Ihres Departements?

Das Departement Personal, Pflege und Fachsupport umfasst ein sehr breit gefächertes Dienstleistungsangebot. Dazu gehört einerseits die gesamte Personaladministration mit Personalentwicklung und interner Fortbildung und andererseits der Bereich Pflegeausbildung. Die Betreuung der über 100 Lernenden und Studierenden stellt jedes Jahr eine grosse Herausforderung dar.

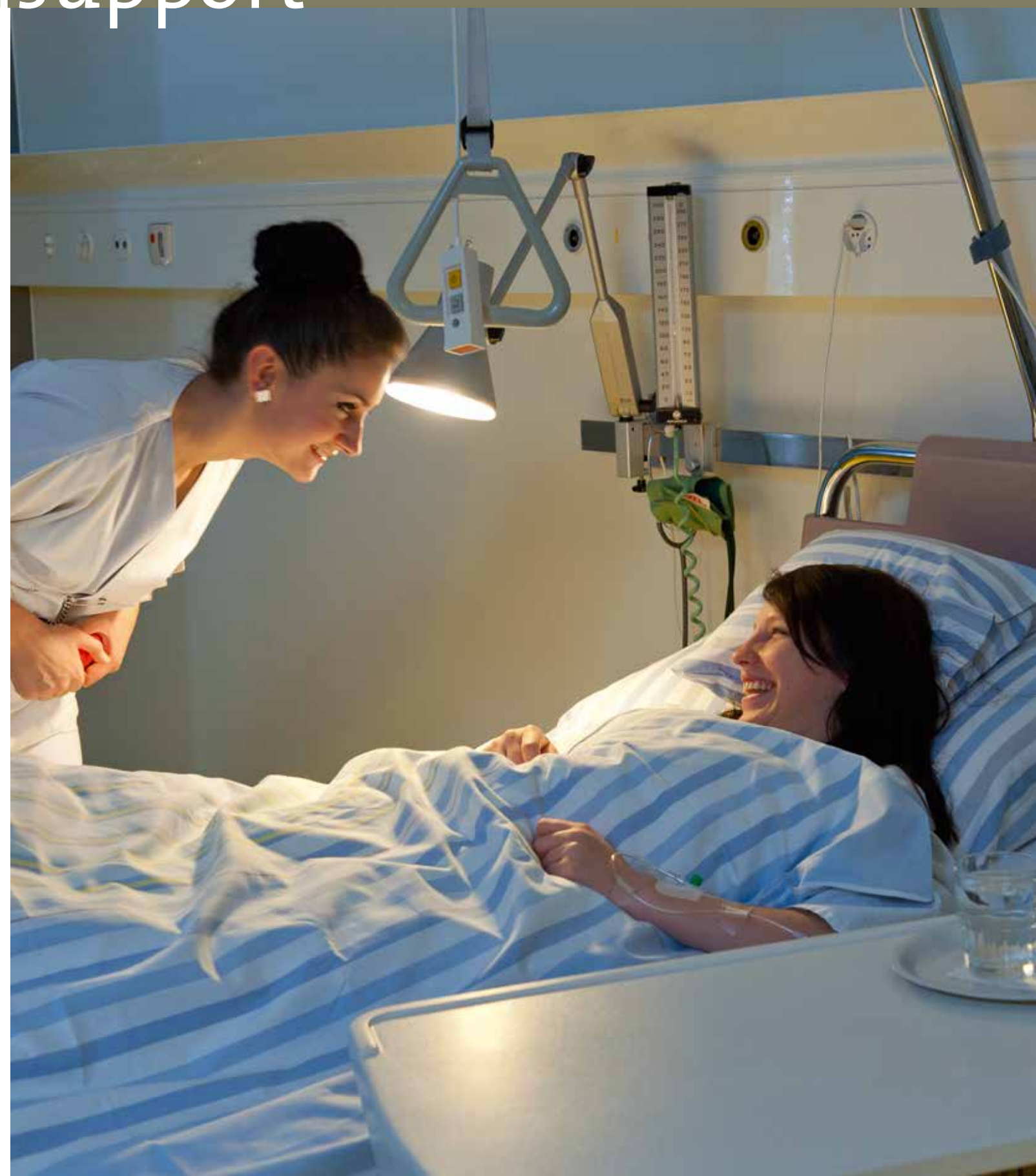
Die Fachbereiche und Dienste unterstützen die Departemente mit spezifischen Servicedienstleistungen und einer Vielzahl an Spezialistinnen und Spezialisten bei der Behandlung und Betreuung ihrer Patientinnen und Patienten. Die Geschäftsleitung hat die vier gestellten Anträge zur Ausweitung und Weiterentwicklung des Fachbereichs Logopädie genehmigt.

Wie hat sich die Einführung von SwissDRG auf die Tätigkeiten in Ihrem Departement ausgewirkt?

Die Finanzierung gemeinwirtschaftlicher Leistungen hat sich noch nicht stabilisiert. Es bestehen nach wie vor Unsicherheiten bezüglich der Abgeltung der Dienstleistungen Spitalseelsorge und Spital-Sozialdienst. Das Spital geht von der Annahme aus, dass die Finanzierung im bisherigen Rahmen sichergestellt bleibt.

Welche weiteren Folgen und Auswirkungen erwarten Sie in Zukunft von der neuen Spitalfinanzierung?

Für eine vollständige und korrekte Kodierung der Fälle ist eine lückenlose Dokumentation zwingend erforderlich. Die Einführung der elektronischen Pflegedokumentation konnte bisher noch nicht implementiert werden, was die korrekte Kodierung und Fallabrechnung erschwert. Die flächendeckende Realisierung der elektronischen Pflegedokumentation ist somit höchst dringlich.



Bereich Personaldienst

Das Grossereignis des Jahres war für das Departement 7 die Verschiebung des Personaldienstes aus dem Departement Services in unser Departement. Neu heisst es Departement Personal, Pflege und Fachsupport. So können Synergien genutzt und ausserdem durch den Ausgleich in den Departementsgrössen die Betriebsorganisation verbessert werden.

Im Kantonsspital Graubünden arbeiten rund 1'800 Mitarbeitende aus über 30 Nationen. Sie alle bringen individuelle Berufs- und Lebenserfahrung mit und setzen sich in der täglichen Arbeit für die Gesundheit unserer Mitmenschen ein. Als Arbeitgeber bietet unser Spital fortschrittliche Anstellungsbedingungen und eine optimale Berufs- und Weiterbildung. Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer kommen bei uns in den Genuss eines überobligatorischen Versicherungsschutzes, überdurchschnittlicher Sozialzulagen und Prämien für besondere Leistungen. Zudem profitieren sie von verschiedenen weiteren Vergünstigungen.

Das Kantonsspital Graubünden bildet pro Jahr rund 95 Lernende in sechs verschiedenen Berufsrichtungen aus. Es nimmt die Nachwuchsentwicklung ernst und leistet seinen Beitrag dazu. Jedes Jahr ermöglicht es über hundert Unterassistentinnen und Unterassistenten, erste praktische Erfahrungen als angehende Ärztinnen und Ärzte zu sammeln. Die Sachbearbeitenden des Personaldienstes leisten dabei beratend und unterstützend einen aktiven Beitrag.

Bereich Gesamtpflegedienst

Die erfassten Pflegeleistungen (LEP) aller Pflegebereiche betragen insgesamt 518'801 Stunden. Zu berücksichtigen ist, dass die Langzeitabteilung seit 2011 keine LEP-Leistungen mehr erfasst, da sie ihre Leistungen mit BESA abrechnet. Der durchschnittliche C-Wert bei den Bettenstationen lag mehrheitlich im Zielbereich.

LEP C-Wert	2009	2010	2011	2012	Zielwert
Chirurgie	23%	26.2%	27.3%	19.8%	(17 – 27)
Innere Medizin	31.4%	24%	20.3%	12.9%	(17 – 27)
Gynäkologie/Geburtsh.	29%	24.5%	13.3%	19.7%	(18 – 28)
Kinder-/Jugendmedizin	35.4%	30%	26.1%	28.9%	(25 – 35)

Pflegeforum 2012

Einen Jahreshöhepunkt stellt das gut besuchte und spannende Pflegeforum dar. Unter der Moderation der Pflegeexpertin Dora Zimmermann führten wir am 20. Juni 2012 das 19. Pflegeforum mit den folgenden Referaten durch:

- Sibylle Bossard Haas/Mirella Halkic: Mikroschulung orale Antikoagulation
- Susanne Steiger/Claudia Barrios: Behandlung von tracheotomierten Patienten
- Barbara Fehr/Anja Nadig-Liesenfeld: Pränatale Elterngespräche
- Sead Janz: Verbessern Feste die interdisziplinäre Zusammenarbeit?

Bereich Bildung Pflege

Die Bildungslandschaft Pflege wird laufend weiter entwickelt. Für die Anerkennung durch die Bildungsanbieter erfolgen Anerkennungsbesuche. Zudem ist ein aktuelles Bildungskonzept vorzulegen. Aus diesem Grund hat unser Spital ein neues, allgemeines Bildungskonzept Pflege erarbeitet. Das Gesamtpaket – Bildungskonzept mit Anhang sowie Handbuch für die operative Umsetzung – konnte auf Ende 2012 fertiggestellt werden. Im Weiteren sind für die verschiedenen Spezialbereiche – NDS, OP und Rettung – Konzepte erstellt worden, die sich an das allgemeine Konzept Pflege anlehnen.

Diabetesberatung

Lydia Kohli trat nach 37 Dienstjahren in den Ruhestand. Als Nachfolgerin wurde Carina Hänny, Diabetesfachberaterin, gewählt. Gegenüber dem Vorjahr hat der Fachbereich Diabetesberatung im ambulanten Bereich zehn und im stationären Bereich 23 Patientinnen und Patienten mehr beraten.

Ernährungsberatung

Renata Gienal trat von ihrer langjährigen Funktion als Leitende Ernährungsberaterin zurück und übergab diese Funktion Niculin Vonzun. Der Fachbereich Ernährungsberatung verzeichnet im Berichtsjahr sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich mehr Beratungen. Im ambulanten Bereich wurden rund 150 Beratungen und im stationären Bereich rund 250 Ernährungstherapien mehr erbracht.

Logopädie

Im Leistungsbereich übertraf der Fachbereich Logopädie leicht das Vorjahresergebnis. Im stationären Bereich wurden 48 Fälle weniger therapiert, dafür in der ambulanten Logopädie im Frühkinderbereich rund 100 Therapien und im Ambulatorium der Klinik Valens am Standort Chur ebenfalls rund 100 Therapien mehr erbracht. Personelle Engpässe führten leider dazu, dass im ambulanten Bereich Zuweisungen wiederholt nicht angenommen werden konnten. Dieser Umstand sowie die Nachfrage nach logopädischen Therapiemöglichkeiten durch externe Institutionen veranlasste uns, eine detaillierte Analyse der verschiedenen logopädischen Bereiche durchzuführen und die künftige strategische Ausrichtung des Fachbereiches Logopädie zu definieren. Den entsprechenden Anträgen stimmte die Geschäftsleitung zu.

Wund- und Stomaberatung

Im stationären Bereich blieb die Anzahl Fälle mit einer Stomaanlage gegenüber dem Vorjahr praktisch unverändert (minus drei Fälle), jedoch wurden 160 Stomabehandlungen weniger geleistet. Der Grund liegt darin, dass wir im Vorjahr mehr Fälle mit äusserst schwierig zu behandelnden Wunden und Fisteln verzeichneten. Demgegenüber nahmen die Fälle mit einer Wunde (plus 69) und die Anzahl Wundbehandlungen (plus 183) deutlich zu. Im ambulanten Bereich wurden weniger Fälle behandelt, jedoch 40 Behandlungen mehr geleistet.

Spitalhygiene

Der Fachbereich Spitalhygiene erfüllt vielseitige Aufgaben. Zu den bedeutendsten gehört die Beratung und Unterstützung der verschiedensten Fachgruppen zu Fragen der Infektionsprävention und entsprechenden Massnahmen. Die Beratung erfolgt in der Regel telefonisch, per Mail, aber auch vor Ort. Im Berichtsjahr wurden dazu inklusive interner Fortbildungen 700 Stunden aufgewendet, was einem durchschnittlichen täglichen Stundenaufwand von knapp drei Stunden entspricht. Eine weitere Stunde pro Tag befasst sich die Beraterin für Spitalhygiene mit Massnahmen des Isolations- und Epidemie-Managements. Etwas mehr als eine Stunde pro Tag führt sie bakteriologische Kontrollen durch, sie erfasst Wundinfektionen und wertet diese aus, ausserdem führt sie auf den Bettenstationen Hygieneaudits durch. Daneben steht sie verschiedensten Institutionen des Gesundheitswesens für Beratungen, Schulungen und Hygienebegehungen zur Verfügung.

Spital-Sozialdienst

Die Austrittsplanung bei Patientinnen und Patienten forderte den Spital-Sozialdienst auch im Jahr 2012 stark. Dieser Bereich ist deutlich komplexer geworden. Im Berichtsjahr stellte der Spital-Sozialdienst eine deutliche Zunahme des Stundenaufwands pro Fall fest. Die interne und externe Netzwerkarbeit wurde wiederum gepflegt. Wir haben Prozesse und Abläufe optimiert und regelmässig Austausch- und Einführungsgefässe durchgeführt. Zudem wurde der Spital-Sozialdienst immer wieder für Fortbildungen hinzugezogen und dient für diesen Themenbereich intern als Supportstelle. Weiter konnte ein Leistungsauftrag mit der Reha-Klinik Seewis erstellt werden.

Im Übrigen war das Jahr von personellen Veränderungen geprägt. Es gab einen Wechsel in der Leitung: Toni Bendel verliess nach zehn Jahren das Spital, um beruflich kürzer zu treten. Seine bisherige Stellvertreterin, Michèle Albertin, übernahm ab 1. Oktober 2012 die Leitung dieses anspruchsvollen Bereichs.

Seelsorge

Je zwei Spitalseelsorgende der evangelisch-reformierten sowie der katholischen Landeskirche haben die Aufgabe der Spitalseelsorge rund um die Uhr sichergestellt. Der Auftrag der Spitalseelsorge richtet sich sowohl an die Patientinnen und Patienten und deren Angehörige als auch an die Mitarbeitenden.

Im Berichtsjahr hat die Spitalseelsorge zum zweiten Mal eine Erinnerungsfeier durchgeführt. Die Feier ist eine Anteil nehmende Geste des Kantonsspitals Graubünden gegenüber trauernden Hinterbliebenen von Menschen, die im Kantonsspital verstorben sind.

Personelles Kader

Austritte:

- 30.9.2012 Brigitte Cadisch, Pflegeleitung Frauenklinik
- 31.10.2012 Toni Bendel, Leitung Spital-Sozialdienst

Coiffeure und Pédicure

Wie jedes Jahr werden die Dienstleistungen von Theresia Seyffert, unserer freischaffenden Coiffeuse und Fusspflegerin, von vielen Patientinnen und Patienten sehr gerne und rege in Anspruch genommen.

Bereich Room-Service

«Ohne Vision geht ein Mensch zugrunde», das sagt ein Sprichwort. Wir haben eine Vision für den Room-Service. Unser Motto lautet: «Wir zaubern Ihnen ein Lächeln ins Gesicht».

Der Steuerungsausschuss und die Mitarbeitenden im Bereich Room-Service haben intensiv gearbeitet und ein Leitbild entwickelt. Dieses präsentiert sich in Form einer Würfelschachtel. Auf den Seiten ist unsere Vision mit fünf Schlagwörtern dargestellt: Gästebetreuung, Professionalität, Leidenschaft, Gastfreundschaft, Hand in Hand. Das Leitbild spiegelt die Motivation und das Engagement der Mitarbeitenden Room-Service wieder, den Patientinnen und Patienten täglich ein Lächeln ins Gesicht zu zaubern. Ein weiterer Meilenstein im 2012 war die Annahme des Gesamtkonzeptes Room-Service durch die Geschäftsleitung. Die Basis für den Room-Service der Zukunft ist somit gelegt.

Bereich Qualitätsmanagement

Aufgrund der Neuausrichtung der Geschäftsleitung kam es zu personellen Änderungen in der Qualitätskommission. Neu wurde Seraina Spinas-Sgier als Qualitätskoordinatorin für das Departement 9 aufgenommen. Der Direktionsstab – bislang vertreten durch Marco Oesch – entsendet keinen Vertreter mehr. Infolge Weggang von QM-Assistentin Aline Cathers-Brauchli kam es zu einer Neubesetzung der Stelle durch Nina Albin. Der Wechsel verlief reibungslos. Das QM erfüllt seinen Supportauftrag nach wie vor professionell und zuverlässig. Die Qualitätskommission erreichte alle Jahresziele vollumfänglich. Alle 13 Anträge zu qualitätsrelevanten Themen wurden von der Geschäftsleitung genehmigt. Das zweite sanaCERT Überwachungsaudit vor der Rezertifizierung im nächsten Jahr bescheinigt ein sehr gut funktionierendes Qualitätsmanagement.

Services



Marco Oesch, MAS HSM
Departementsleiter Services

Interview

Welche speziellen Erfolge und Ereignisse hatte Ihr Departement im vergangenen Jahr zu verzeichnen?

Im Zentrum stand klar der Wechsel zu SwissDRG, worauf wir weiter unten noch speziell eingehen werden. Insbesondere die Mitarbeitenden der Abteilung Finanzen/Patientenadministration/Kodierung und Informatik haben die Umsetzung mit sehr viel Engagement und im schweizerischen Vergleich mit Bravour gemeistert.

Das Departement Services war von der Umstrukturierung der Departemente wohl am meisten betroffen, da der Personaldienst und die Projektkoordination anderen Departementen zugeordnet wurden. Hinzu kamen der Wechsel in der Departementsleitung per Ende August 2012 – Marco Oesch löste Daniel Derungs ab – sowie der Weggang des langjährigen IT-Leiters Martin Liver per Ende November 2012. Seine Nachfolge konnte mit Dr. med. Bernd Classen auf den 1. April 2013 hin geregelt werden.

Wo lagen die Besonderheiten im Leistungsangebot Ihres Departements?

Hier hat eine Konsolidierung entsprechend der Vorjahre stattgefunden. Wir haben punktuelle Korrekturen vorgenommen, um den stetig steigenden Kundenbedürfnissen weiter entgegenzukommen – dies mit weniger finanziellen Ressourcen.

Wie hat sich die Einführung von SwissDRG auf die Tätigkeiten in Ihrem Departement ausgewirkt?

Viele Prozesse mussten neu definiert werden. Insbesondere die Beratung der Kerndepartemente hat einen grösseren Stellenwert eingenommen. Details dazu werden weiter unten noch beleuchtet.

Welche weiteren Folgen und Auswirkungen erwarten Sie in Zukunft von der neuen Spitalfinanzierung?

Der Start ist gelungen, doch wir stehen noch ganz am Anfang. Bis das gesamte System funktioniert, werden diverse Anpassungen nötig sein. Die Fragen rund um die Höhe der Baserate, des Investitionsanteils sowie des Betrags an Gemeinwirtschaftliche Leistungen durch den Kanton sind offen. Dies wird für alle Spitäler in der mittelfristigen Planung schwierig sein. Die Fronten der Verhandlungspartner haben sich verhärtet. Es sieht danach aus, dass Lösungen nur über Gerichte möglich sind. Auch mit der Festlegung des TarMed-Tarifs befassen sich Juristen.

Unser Departement konzentriert sich – wie der Gesamtbetrieb – vorderhand auf den sparsamen Umgang mit den Ressourcen, ohne dabei aber unseren Auftrag «Service am Kunden» aus den Augen zu verlieren. Unser oberstes Ziel ist und wird auch künftig sein, unsere Dienste zum Wohle der Patienten und Mitarbeitenden sowie zur Zufriedenheit unserer Auftraggeber zu erbringen. Das tägliche Handeln eines jeden Teammitglieds soll sich durch Kompetenz, Vertrauen, Loyalität, Offenheit und Fairness auszeichnen.



SwissDRG und Spitaladministration

Die Jahrhundertumstellung SwissDRG hat auf die Finanzen, die Patientenadministration und Kodierung vielschichtige Auswirkungen und bringt tiefgreifende Veränderungen mit sich. Dank umfassender zweijähriger Vorbereitung haben wir die Einführung von SwissDRG aber ohne grössere Überraschungen umsetzen können.

Für die Kodierung führte die grosse Erweiterung des ICD-Katalogs (Diagnosen) und der CHOP-Codes (Prozeduren) zu einer Verdoppelung auf 24'000 mögliche Auswahlkriterien. Die sehr feine Ausdifferenzierung der kodierbaren Diagnosen und Behandlungen machte die Spezialisierung auf medizinische Fachgebiete innerhalb der Kodierung unumgänglich. Das Wissensspektrum im Zentrumsspital ist zu gross, als dass die ganze Palette in der nötigen Tiefenqualität kodiert werden könnte. Erste Anforderung an einen guten medizinischen Kodierer ist deshalb auch breitgefächertes medizinisches Grundwissen.

Die hohe Kostenverantwortung wirkt sich sehr belastend auf den Fachbereich medizinische Kodierung aus. Der Bereich ist zentral für die Steuerung von 167 Millionen Einnahmen mitverantwortlich. Prozentuale Abweichungen führen schnell zu hohen entgangenen oder nicht berechtigten Erträgen. Die Kodierung muss der gesetzlich vorgeschriebenen Kodierrevision standhalten. Der Revisionsbericht ist den kostentragenden Kantonen und den Versicherern offen zu legen.

Schon bald zeigte sich, dass die gestiegenen Anforderungen nur mit einer wesentlichen Aufstockung des Personals von fünf auf sieben Vollzeitstellen zu bewältigen sind. Nur so lassen sich die Ansprüche qualitativ und quantitativ erfüllen. Insbesondere wurde der Aufwand für die Bewältigung der Rückweisungen von Vertrauensärzten der Kassen unterschätzt. Dafür musste ein spezieller Bearbeitungsprozess aufgebaut werden.

Die allorts diskutierte Umstellung führte auch in der Medizin zu grossem Informationsbedarf, dem mit speziellen Weiterbildungsangeboten und ständigem Informationsaustausch zwischen Kodierung und Kliniken begegnet wurde. Dem Bedürfnis nach Informationen über die für Ärztinnen und Ärzte relevanten Kodierdaten wird mit regelmässigem Fachaustausch zwischen Kodierung und Kliniken und der Aufbereitung von Kodierdaten entsprochen.

Die Regelung der Fallzusammenlegung von Wiedereintritten innerhalb von 18 Tagen ist hochkomplex. Sie führt zu ca. 1'000 zusätzlichen Fallkodierungen. Zwei zusammengelegte Fälle führen zu drei Kodierungen und letztlich einer Rechnung. Im Extremfall können wiederholte Nierenkoliken eines Patienten beispielsweise zu zahlreichen Hospitalisationen mit nur einem Abrechnungsfall führen. Die korrekte Umsetzung der SwissDRG-Regelung für Wiedereintritte war für die Kodierung, die Patientenabrechnung und die Informatik eine besondere Herausforderung.

Der Aufwand für die Weiterentwicklung des DRG-Systems mit entsprechender Aufbereitung der Kodier- und Kostendaten ist nicht unerheblich. Sie ist aber notwendig, wenn noch bestehende Schwachstellen korrigiert werden sollen und eine kontinuierliche Verbesserung angestrebt wird.

Erstmals wurde die Revision der medizinischen Kodierung nach gesetzlicher Vorgabe und dem Pflichtenheft für Revisionen unter SwissDRG durchgeführt. Die Revision attestiert uns mit zu 99.91% richtiger DRG eine qualitativ hochstehende Kodierung, was einem um -0.09% zu tiefen als maximal möglichen Casemix-Index entspricht. Bereits im dritten Jahr haben wir die Kodierung auf freiwilliger Basis nach den jeweils gültigen Regeln und den schon bekannten Revisionsvorgaben zu SwissDRG revidieren lassen. Dies erlaubt, die Revisionsergebnisse zu vergleichen und die Qualität der Kodierung gezielt zu verbessern.

Jahr	revidierte Fälle	richtige Hauptdiagnose	richtige Nebendiagnose	richtige Behandlung	DRG-Änderung	CMI Abweichung
2010	186	97.85%	94.93%	97.07%	5	-1.04%
2011	145	99.31%	98.17%	98.50%	0	0.00%
2012	180	98.33%	99.16%	99.20%	1	-0.09%

Das mit der Kodierung einhergehende finanzielle Risiko wurde mit dem Revisionsergebnis sowohl für das Spital als auch die Kostenträger als gering bestätigt. Die konsequent nur auf die Richtigkeit der DRG fokussierte Kodierung (Abbildung der medizinischen und ökonomischen Wahrheit) hat sich als richtig erwiesen. Mit dem Ergebnis wurde eine solide Basis für einen hohen Vertrauensindex bei Behörden und Kostenträgern geschaffen.

SwissDRG-Umstellung aus Sicht der Informatik

Bereits im Herbst 2010 hat sich der IT-Bereich Informationsmanagement/Prozesse intensiv mit den zukünftigen informations- und prozesstechnischen Auswirkungen von SwissDRG auf die bestehende Applikationslandschaft auseinandergesetzt und dazu ein offizielles IT-Projekt beantragt. Obwohl viele tarifliche Bestimmungen zu Beginn noch sehr vage waren, verfügte man aufgrund des damaligen Abrechnungsmodells nach APDRG bereits über wichtige Anhaltspunkte in Bezug auf die Software-Anforderungen.

Unser Ziel war es, für die Kodierung einen vollständig neuen komfortablen Kodierarbeitsplatz im zentralen ärztlichen Klinikinformationssystem (KIS) selbst zu entwickeln, der den gleichzeitigen Zugriff auf alle relevanten medizinischen Dokumente sowie die unmittelbare Kodierung der Fälle erlaubt. Anschliessend erfolgt die Übermittlung der DRG-Daten, Diagnosen und Prozeduren über eine vollintegrierte und workflowbasierte Schnittstelle direkt ins SAP-Administrativsystem für die Abrechnung der stationären Fälle an die Krankenkassen. Die Rechnungstellung erfolgt momentan noch auf Papier und wird Mitte 2013 durch die elektronische Übermittlung sowohl der Rechnungsdaten als auch der medizinischen Daten der Patienten (Minimal Clinical Dataset MCD) an die Krankenkassen bzw. deren zertifizierte Datenannahmestellen abgelöst.

Die korrekte Abbildung der Wiederkehrerfälle in den Bereichen Kodierung, Fakturierung und Controlling sowie die qualitativ hochstehende Datenlieferung der statistischen und kalkulatorischen Daten an SwissDRG, Kanton und Bund (BfS) stellten ebenfalls grosse Anforderungen an die Softwareentwicklung. Für die Sicherstellung einer hohen Datenqualität durchlaufen alle stationären Fälle nochmals ein automatisches Grouping im SAP-System, bei dem allfällige Differenzen festgestellt werden könnten.

Bei der Flury Stiftung als unserem Informatik-Verbundpartner wurde parallel dazu ebenfalls die SAP-Integration an das dortige KIS inklusive Kodierlösung erfolgreich implementiert.

Aufgrund unserer anerkannten IT-Kompetenz in den Bereichen Informatik, Prozesse und Tarife waren wir Pilotkunde von SAP und konnten damit massgeblichen Einfluss auf die heutige SwissDRG-Lösung nehmen, wie sie mittlerweile in allen Unispitälern und grösseren Spitälern produktiv im Einsatz ist. Das KSGR verfügt heute über eine hochintegrierte workflowbasierte IT-Lösung KIS-SAP, wie sie wohl nur die wenigsten Schweizer Spitäler im Einsatz haben.

Informatikseitig waren in diesem Projekt mehr als zehn Mitarbeitende mit einem Aufwand von rund 1,5 «Mannjahren» beteiligt, von Applikationsbetreuern/Tarifspezialisten über Software-Programmierer bis hin zu Schnittstellen-/Integrationspezialisten, denen ein grosses Kompliment für den geleisteten Einsatz gebührt.

Personelles Kader

Beförderung:

1.9.2012 Marco Oesch, MAS HSM, Departementsleiter

Austritte:

31.8.2012 Daniel Derungs, Departementsleiter

30.11.2012 Martin Liver, Leiter Informatik

Entwicklung, Kooperationen, Nebenbetriebe



Heidi Werner-Camastral
Departmentsleiterin Entwicklung, Kooperationen, Nebenbetriebe

Das im Berichtsjahr neu gegründete und damit noch «junge» Departement 9 Entwicklung, Kooperationen und Nebenbetriebe (EKN) konstituierte sich per 1. September 2012. Die Wahl des Kürzels EKN für das Departement Entwicklung, Kooperationen und Nebenbetriebe hat sich von Anfang an in verschiedenster Weise als Volltreffer herausgestellt. Die Buchstabenfolge EKN erfüllt einerseits die wichtigste Branding-Regel KISS (keep it short and simple) und ist andererseits hausintern – zumindest der operierenden Zunft – als sogenannte Ein-Knopf-Naht längst ein Begriff. Aus Letzterem zu schliessen, dass es sich beim neuen Departement EKN um ein Ein-Themen-Departement oder gar um eine Eintagsfliege handelt, würde indes völlig an der Realität vorbeizielen.

Ausschlaggebender Faktor für die Neugründung des Departements EKN war die Neuorganisation der Geschäftsleitung, die aufgrund des Weggangs des damaligen Departementsleiters Services, Daniel Derungs, Mitte 2012 entstand. Verwaltungsrat und Geschäftsleitung nahmen diese personelle Vakanz zum Anlass, die Aufgabenverteilung unter den Departementen, in der Geschäftsleitung sowie zwischen dem Vorsitzenden der Geschäftsleitung, dem Direktionsstab und den einzelnen Departementen grundsätzlich zu überdenken.

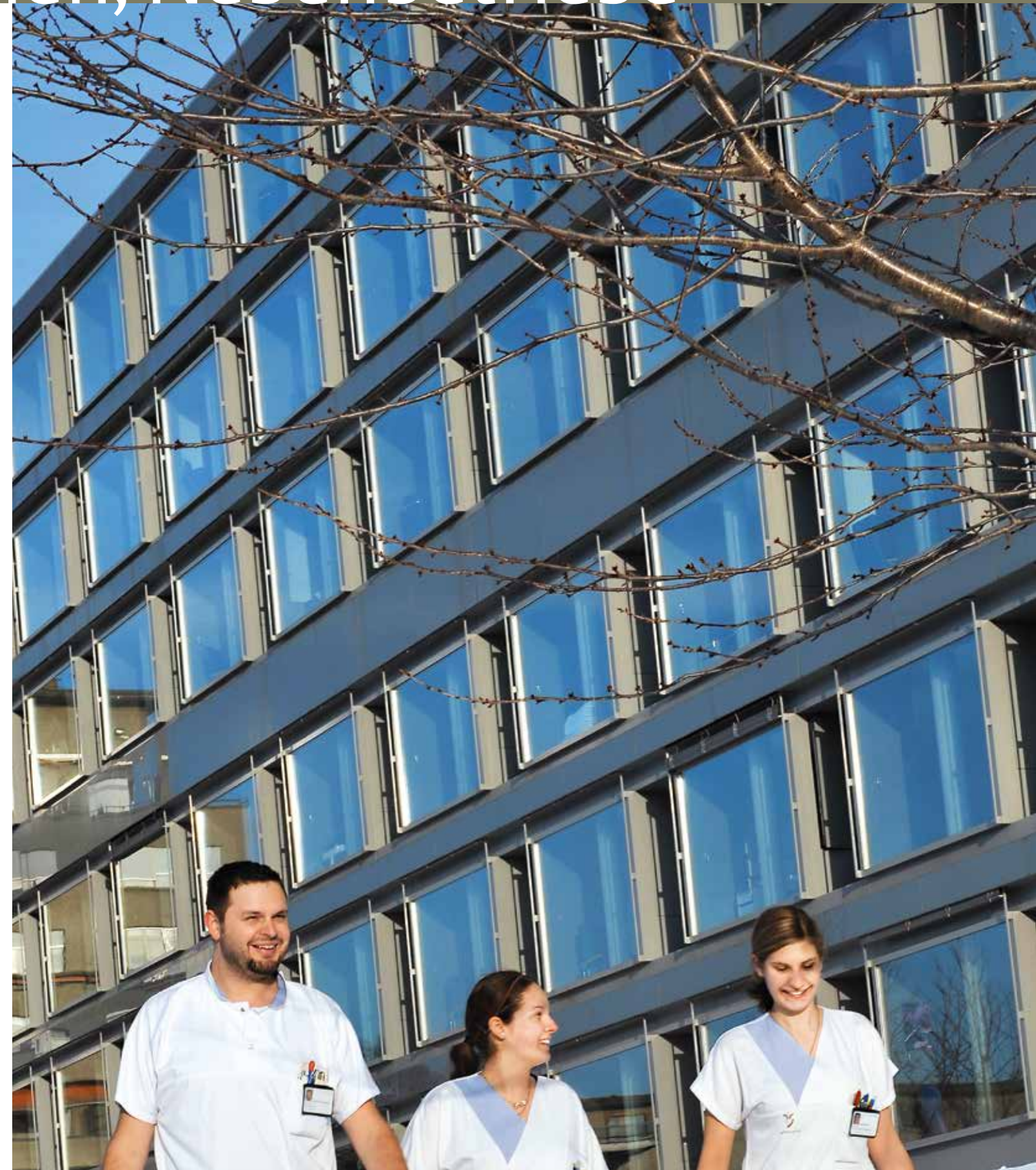
In der Folge wurden jene Bereiche, die sich im Wesentlichen mit Unternehmensentwicklung, Projekten, Kooperationen und Nebenbetrieben befassen, im neuen Departement 9 zusammengefasst. Zur Departementsleiterin und Mitglied der Geschäftsleitung wurde Heidi Werner-Camastral gewählt.

Bis dahin leitete Heidi Werner-Camastral, seit dem Jahr 2007, den Bereich Organisationsentwicklung, der im Direktionsstab angesiedelt war. Zuvor war sie im Kantonsspital Graubünden bereits als Pflegefachfrau und Stations- und Oberschwester in der Chirurgie sowie als Leiterin Pflegedienst im Frauenspital Fontana tätig. Zwischenzeitlich, von 2000 bis 2007 wirkte sie während sieben Jahren als Beraterin bei der Keller Unternehmensberatung AG.

Das Team des neu gegründeten Departements EKN setzt sich aus ehemaligen Mitarbeitenden des Departements Services und des Direktionsstabs zusammen: So wechselten Spitalarchitekt Ernst Casty und Projektkoordinatorin Seraina Spinas-Sgier vom Departement Services ins Departement EKN, und Verena Zimmermann, Zuweiserkommunikation, tat dies vom Direktionsstab. Als Departementssekretärin konnte Ursulina Gressbach, vormals Sekretärin des Spitalarchitekten, gewonnen werden.

In der sehr dynamischen Phase der Teambildung sowie der laufenden Mitarbeit in vielen unterschiedlichen Projekten fiel die fünf Monate lange personelle Vakanz im Bereich der Unternehmensentwicklung im kleinen EKN-Team besonders stark ins Gewicht.

Seit dem 1. Dezember arbeitet Seraina Spinas-Sgier zu 50 Prozent als Projektkoordinatorin im Departement EKN und zu 50 Prozent als Klinikmanagerin im Departement Kinder- und Jugendmedizin.



Synergien nutzen – Zusammenarbeit vertiefen

Dass mit der neuen Bündelung von Aufgaben und Kompetenzen im Departement EKN die Nutzung von Synergien und eine Verbesserung des Informationsflusses erreicht werden konnten, zeigte sich bereits in den ersten vier Monaten nach der Teamgründung, was dem Ende dieses Berichtsjahres entspricht. Mit lediglich fünf Mitarbeitenden ist das Departementsteam sehr klein. Aufgrund des starken persönlichen Engagements sowie einer bewussten Vernetzung der einzelnen Akteure mit sämtlichen anderen Departementen im ganzen Haus ist das EKN-Team dennoch äusserst schlagkräftig. Ausserdem vermeidet die Koordination ähnlicher Themen unter einer Departementsleitung etliche, teils zeit- und kostenintensive Doppelspurigkeiten. Weiter kann die Anzahl Schnittstellen in einzelnen Projekten künftig wesentlich reduziert werden.

Mit den externen Kooperationspartnern des Kantonsspitals Graubünden pflegt das EKN-Team eine vertiefte Zusammenarbeit. Langfristige Partnerschaften werden angelegt, welche die gegenseitige Entwicklung fördern sollen.

Wie das EKN-Team die Kerndepartemente in der Bewältigung ihrer täglichen Aufgaben unterstützt, sei im Folgenden exemplarisch anhand der Zuweiserkommunikation sowie des Projektmanagements aufgezeigt.

Wirtschaftlichen Erfolg sichern

Seit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung SwissDRG per 2012 liegt der Schlüssel zur langfristigen Sicherung des wirtschaftlichen Erfolgs der Schweizer Spitäler namentlich auch in einer gezielten Zuweiserkommunikation. Denn 70 bis 90 Prozent aller Patientinnen und Patienten folgen laut diverser Studien bei der Spitalwahl mittelbar oder unmittelbar dem Rat ihres Hausarztes oder Spezialisten. Mehr als 50 Prozent aller stationären Aufnahmen erfolgen demnach über Einweisungen der niedergelassenen Ärzteschaft. Deshalb besteht die Königsdisziplin der Zuweiserkommunikation darin, bestehende und potenzielle Zuweiser von der hohen Leistungsfähigkeit des Kantonsspitals Graubünden permanent zu überzeugen.

Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass es folgende vier Kriterien sind, welche die Zuweisenden bei der Auswahl eines Spitals im Wesentlichen leiten: Ihre bisherigen Erfahrungen mit dem Spital, der persönliche Kontakt, die Reputation des behandelnden Arztes sowie die Kommunikation und Organisation zwischen dem Spital und seinen Behandlungspartnern. Zugleich möchten sich die Zuweisenden als wichtige «Kunden» des Spitals verstanden wissen und eine gewisse Wertschätzung spüren.

Übergeordnetes Ziel der Zuweiserkommunikation ist es deshalb, den Informationsfluss, die Prozessabläufe und die Kommunikation zwischen den Zuweisenden und dem Kantonsspital Graubünden zu verbessern. Im gleichen Zuge wird eben dies als wirksames «Kundenbindungs- und Marketinginstrument» genutzt. Eine konsequente Umsetzung von professioneller Zuweiserkommunikation sichert den langfristigen wirtschaftlichen Erfolg und trägt wesentlich zur Kostensenkung – bei gleichzeitiger Steigerung der Behandlungsqualität – bei. Das Tätigkeitsspektrum umfasst folglich insbesondere eine regelmässige Analyse des Zuweiserhaltens und -potenzials und ausserdem zielgruppenspezifische Aktivitäten sowie Massnahmen zur Qualitätssicherung und -optimierung.

Bedürfnisgerechte Angebote entwickeln

Sowohl für externe als auch für interne Behandlungspartner ist die Zuweiserkommunikation – mit Ausnahme des medizinischen Bereichs – für sämtliche Fragestellungen die erste Ansprechpartnerin. Wenn es darum geht, relevante Schnittstellen in der übergreifenden Behandlung zwischen den Zuweisenden und den verschiedenen internen Stellen des Kantonsspitals Graubünden zu optimieren, liegt ihr Hauptaugenmerk auf den Bedürfnissen der Zuweisenden. Gemeinsam mit den Zuweisenden und/oder internen Ärztinnen und Ärzten werden kontinuierlich neue, bedürfnisgerechte Angebote und Dienstleistungen entwickelt. Hierzu pflegt die Zuweiserkommunikation regelmässig persönliche Kontakte mit internen und externen Leistungserbringern und Entscheidungsträgern. Zudem wird als zentrale, sichere und schnelle Kommunikationsplattform auf der Homepage www.ksgr.ch der Bereich Ärzte/Zuweiser gepflegt und aktuell gehalten.

Gestalten von Veränderungen

Projektmanagement besteht im Gestalten von Veränderungen. Aufgaben und Fragestellungen werden im betrieblichen Alltag zunehmend komplexer, Produkte und Dienstleistungen schnelllebig und oft sind verschiedene Fachbereiche an einer gemeinsamen Problemlösung beteiligt. Neue Ideen sollen möglichst rasch, unkompliziert und flexibel angepackt werden.

Aus diesem Grund hat die projektorientierte Arbeit in den letzten fünf Jahren an Bedeutung gewonnen. Seit 2008 verfügt das Kantonsspital Graubünden über ein Projektboard, das die eingereichten Vorschläge/Ideen hinsichtlich Wirksamkeit (Ziele, Ressourcen, Methoden), Erfolgsaussichten und Risiken beurteilt. Weiter überprüft das Board die Abwicklung von Projekten, gibt Empfehlungen ab und stellt Antrag an die Entscheidungsgremien. Dabei figuriert die Projektkoordinatorin als Bindeglied zwischen Projektleitung, Projektboard, IT-Kommission und betroffenen Mitarbeitenden und Gremien.

Personelles Kader

Beförderung:

1.9.2012 Heidi Werner-Camastral, Departementsleiterin

Sanierung, Um- und Neubau (SUN)

Bauprojekt SUN Kantonsspital Graubünden Statusbericht 2012

Neubeurteilung Bauprojekt SUN

Im Herbst 2011 wurde das Bauprojekt Sanierung, Um- und Neubau (SUN) des Kantonsspitals Graubünden und dessen Finanzierbarkeit im Rahmen der neuen Spitalfinanzierung hinterfragt. Damit drängte sich eine Überprüfung des Projekts auf, welche die Spitalgremien umgehend eingeleitet haben.

Strategisch will das Kantonsspital Graubünden am Grundsatz weiterhin festhalten, das grosse Bauprojekt zu realisieren. Die ursprünglichen Werte des Projekts und positiven Entwicklungen zur Machbarkeitsstudie sind unbestritten. Die Neubeurteilung erfolgte demzufolge innerhalb der bisherigen Eckwerte. Sie beinhaltet eine Umorientierung der Gesamtanlage mit Haupterschliessung von der Loëstrasse und der Ebene 0 – mit Notfall, OP, Aufwachaal, IPS, Tagesklinik Chirurgie sowie Augenklinik, Kardiologie und Radiologie im Bestand. Diese Planungsvorgaben machen Sinn und sind langfristig ein wesentlicher Gewinn für die Prozessoptimierung. Weiter wurde die Patientensicht im Planungsprozess stärker gewichtet. Die heute intakten Betriebsbereiche mit bestehender Infrastruktur sind vom Planungssperimeter ausgeschlossen (keine Vernichtung intakter Infrastruktur). Die nachhaltige und langfristige Lösung der Parkplatzproblematik durch die Realisierung eines dreistöckigen Parkhauses an der Loëstrasse – in Kombination mit dem bestehenden Mitarbeiterparkhaus an der Arlibonstrasse – wurde weiterhin als richtig beurteilt und der Planung vorgegeben.

Überarbeitung Masterplanung

Die Betriebsstellenanordnungen wurden gemeinsam mit den Departementsleitungen an diversen Workshops überprüft. Daraufhin haben wir beschlossen, den Planungssperimeter auf das Gebäude H einzugrenzen und vorerst auf den Bau des Hauses M mit der Kinderklinik zu verzichten. Der Planung wurde ein Baukostendach von CHF 300 Mio. vorgegeben.

In der Folge entstand ein neuer Masterplan unter Einbezug der Nutzer. Im Wesentlichen konnte eine Optimierung der Nutzflächen im Gebäude H erreicht werden. Möglich wurde dies durch die Integration einer Pflegestation, der Konzeption von Untersuchungs- und Behandlungszentren mit Sekretariatspools sowie der Bildung von Mehrplatzbüros. Es gelang, die Prozessabläufe in den Betriebsstellen weiter zu verbessern und das Raumprogramm im Wesentlichen zu erfüllen. Im Juni 2012 haben die Gremien den neuen Masterplan für das Gebäude H zur Kenntnis genommen und die Freigabe für die Revision Vorprojekt beschlossen.

Revision Vorprojekt

Die Masterplanung wurde mit den Nutzern und Planern im Herbst 2012 weiter bearbeitet. Die Raumanordnungen der Betriebsstellen wurden überprüft und prozessmässig optimiert. In einem umfassenden Dokument wurden den Fachplanern die Planungsvorgaben für die Energieversorgung, die Gebäudetechnik und die Kostenerfassung vorgelegt. Betriebskonzepte für OPS, Zentralsterilisation, Apotheke, Labor und Blutspende wurden mit den Verantwortlichen erarbeitet und die daraus resultierenden Prozesse räumlich in die Planung aufgenommen. Weiter wurde für die Küchenplanung ein intern erarbeitetes Verpflegungskonzept vorgegeben. Die Ver- und Entsorgung wurde in einem Logistikkonzept überprüft und verbessert.

Die Projekt-Leitungsgruppe-Bau hat Optionen in der Kostenerfassung Revision Vorprojekt in einer Weise festgelegt, die spätere Entscheide über spezielle Ausrüstungen ermöglicht. Die Revision Vorprojekt mit Kostenschätzung wird im März 2013 vorliegen.



Termine

Am 19. März 2013 werden dem Verwaltungs- und Stiftungsrat des Kantonsspitals Graubünden die Revision des Vorprojektes mit Kostenschätzung zur Beurteilung vorgelegt. Es wird beantragt, die nächste Planungsstufe Bauprojekt freizugeben. Parallel zu der Erarbeitung des Bauprojektes erfolgt die Baueingabe an die Stadt Chur mit dem Ziel, dass die Baubewilligung bis Ende 2013 vorliegt. Es ist geplant, die provisorischen Helikopterlandeplätze auf dem südlichen Areal am Hauptstandort des Kantonsspitals bis Ende 2013 zu erstellen. Mit den Aushubarbeiten für die erste Bauetappe H1 wird voraussichtlich im Frühjahr 2014 begonnen werden können. Die erste Bauetappe soll im Jahr 2017 bezugsbereit sein. Nach dem Bezug H1 folgt der Abbruch Haus A/L-West. Der Bau H2 wird nach Plan im Jahr 2022 für den Betrieb freigegeben werden.

Ernst Casty
Spitalarchitekt

Qualitätsmanagement

sanaCERT-Zertifizierung

2011 hat sich das Kantonsspital Graubünden der externen Qualitätsprüfung gestellt und die Zertifizierung nach sanaCERT suisse mit Bestnoten erreicht. Der Fokus von sanaCERT suisse, der Schweizerischen Stiftung für die Zertifizierung der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen, liegt auf den Patientinnen und Patienten sowie auf den Mitarbeitenden. Mit der erfolgreich bestandenen Erstzertifizierung nach sanaCERT wird dem Kantonsspital Graubünden bescheinigt, dass es über ein sehr gut funktionierendes Qualitätsmanagement verfügt.



Feierliche Zertifikatsübergabe

Die Zertifizierung feierte das Kantonsspital Graubünden mit einem Fest der besonderen Art. PD Dr. med. Christoph Cottier, Geschäftsleiter von sanaCERT suisse, überreichte



Dr. oec. HSG Arnold Bachmann, Vorsitzender der Geschäftsleitung, Heinrich Neuweiler, Qualitätsbeauftragter, und PD Dr. med. Christoph Cottier, Geschäftsleiter sanaCERT suisse (v. l. n. r.).

am 3. April 2012 das Zertifikat offiziell an das Kantonsspital Graubünden, namentlich Dr. oec. HSG Arnold Bachmann, Vorsitzender der Geschäftsleitung, und Heinrich Neuweiler, Qualitätsbeauftragter des Kantonsspitals Graubünden. Die Projektleitungen und Projektgruppen der einzelnen Qualitätsstandards waren eingeladen und wurden verdankt. Eine Harfenspielerin umrahmte den Anlass musikalisch.

Überwachung des Qualitätsmanagements

Das sanaCERT-Zertifikat behält seine Gültigkeit nur, wenn ausgewiesen werden kann, dass weiterhin an der Entwicklung des Qualitätsmanagements gearbeitet wird. Zu diesem Zweck finden in den Jahren 2012 und 2013 sogenannte Überwachungsaudits durch die Stiftung sanaCERT suisse statt. Das erste Überwachungsaudit im 2012 verlief reibungslos und ohne Auflagen.

Die Rezertifizierung des Gesamtsitals durch sanaCERT suisse wird 2014 erfolgen. Für die Rezertifizierung wurden folgende acht Qualitätsthemen (Qualitätsstandards) ausgewählt:

1. Qualitätsmanagement (obligatorisch)
2. Erhebung von Patienturteilen (Weiterführung aus 2011)
3. Chirurgie (Weiterführung aus 2011)
4. Umgang mit kritischen Zwischenfällen CIRS (Weiterführung aus 2011)
5. Mitarbeitende Menschen und Spital (Weiterführung aus 2011)
6. Abklärung, Behandlung und Betreuung in der Notfallstation (neu)
7. Ernährung (Weiterführung aus 2011)
8. Sichere Medikation (neu)

Das sanaCERT Überwachungsaudit der Langzeitabteilung des Departements Innere Medizin konnte ebenfalls erfolgreich abgeschlossen werden. Gemäss Verordnung des Gesundheitsgesetzes des Kantons Graubünden mussten Pflegeheime ihr QM-System im Jahr 2010 zertifizieren lassen, um weiterhin auf der Liste der anerkannten Pflegeheime des Kantons Graubünden bleiben zu können. Die Langzeitabteilung des Departements Innere Medizin am Kantonsspital Graubünden wurde 2010 als erstes Pflegeheim in der Schweiz durch sanaCERT suisse zertifiziert.

Einen weiteren Erfolg verzeichnete die *rettung chur*. Trotz verschärfter Richtlinien bestand sie am 6. Dezember 2012 die Rezertifizierung durch den Interverband für Rettungswesen IVR ohne Auflagen.

Fachgremium Qualitätskommission

Federführend in der Umsetzung von hausweiten Qualitätsaktivitäten ist nach wie vor die Qualitätskommission. Sie ist ein ständiges Fachgremium, das die Geschäftsleitung in allen Fragen der Qualitätssicherung und -förderung berät. Ausserdem koordiniert sie Qualitätsmassnahmen, -vorgaben und -projekte, stellt Anträge an Entscheidungsgremien und fördert die Qualitätsentwicklung im ganzen Kantonsspital Graubünden.

Die Qualitätskommission ist aus Vertreterinnen und Vertretern (Qualitätskoordinatoren) jedes Departements zusammengesetzt. Vorsitzender der Qualitätskommission ist der Qualitätsbeauftragte und Leiter Departement Personal, Pflege und Fachsupport Heinrich Neuweiler. Durch die Neuausrichtung der Geschäftsleitung per 1. September 2012 kam es zu personellen Neubesetzungen in der Qualitätskommission. Die Qualitätskommission verdankt an dieser Stelle herzlich die bisherigen Mitglieder und heisst die neuen Mitglieder willkommen.

Bedürfnisse der Anspruchsgruppen

Um die Bedürfnisse der Anspruchsgruppen noch besser zu kennen, führt das Kantonsspital Graubünden jährlich eine Grossmessung zur Zufriedenheit bei einer ausgewählten Anspruchsgruppe durch. Im Berichtsjahr wurden die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte zu ihren Anliegen befragt. Insgesamt nahmen rund 200 Zuweisende an der Umfrage teil. Die Rücklaufquote betrug knapp 45 Prozent. Im Vergleich weisen akutsomatische Spitäler, welche die gleiche Umfrage durchgeführt haben, einen Rücklauf von 37.5 Prozent auf. Die ersten Verbesserungsmaßnahmen werden durch die Leitung Zuweiserkommunikation zusammen mit den Departementen umgesetzt.

Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung (ANQ)

Das Kantonsspital Graubünden verpflichtet sich nach dem Beitritt zum Nationalen Qualitätsvertrag, die Messempfehlungen des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) durchzuführen. Neben einer nationalen Patientenumfrage werden Sturz und Dekubitus (Wundliegen) sowie potenziell vermeidbare Rehospitalisationen und postoperative Wundinfektmessung nach bestimmten chirurgischen Eingriffen erfasst. Bei Bedarf werden Verbesserungsmaßnahmen umgesetzt. In der nationalen Patientenumfrage wurde dem Kantonsspital Graubünden eine überdurchschnittlich hohe Patientenzufriedenheit attestiert. Das Qualitätsmanagement des Kantonsspitals Graubünden ist unter anderem in der Expertenkommission des ANQ vertreten.

Patientensicherheit

Das Kantonsspital Graubünden nimmt bei verschiedenen nationalen und regionalen Qualitätsaktivitäten eine Vorreiterrolle ein. Wichtig ist dabei die Gewährleistung der Sicherheit der Patientinnen und Patienten während ihres Aufenthalts im Spital. Mit der sanaCERT-Zertifizierung steht die Erhöhung der Sicherheit für Patientinnen und Patienten sowie für Mitarbeitende unternehmensweit im Fokus. Um die Sicherheitskultur im Spital zu fördern, ist dabei die Zusammenarbeit mit verschiedenen Akteuren zentral.

Unser Qualitätsversprechen

Qualität ist für das Kantonsspital Graubünden nicht nur eine Verpflichtung, sondern eine Grundhaltung, die im Spital traditionell verankert ist. Diese Haltung wiederum ist die Grundlage für eine optimale Behandlung der Patientinnen und Patienten in der täglichen Arbeit. Dank nachhaltiger Qualitätsarbeit lassen sich Mehrkosten vermeiden – und dies im Umfeld von steigendem Kostendruck und rasantem medizinischen Fortschritt.

Das Kantonsspital Graubünden verbessert seine Qualität laufend, nachhaltig und nachweislich. Es vermeidet dabei unnötige Kosten infolge unzureichender Qualität. Eine hohe Qualität ist für unser Spital Ausdruck der Orientierung an den einzelnen Patientinnen und Patienten und direkter Massstab für die tägliche Arbeit. Qualitativ hochstehend versorgte Patientinnen und Patienten sind unsere Mission, qualitativ hochstehende Leistungserbringung und Patientensicherheit unser oberstes Ziel.

Dr. phil. Tima Plank
Qualitätsmanagerin

Unternehmenskommunikation

Unternehmenskommunikation – Zahlen und Fakten

Im Geschäftsjahr 2012 hat die Unternehmenskommunikation des Kantonsspitals folgende Aktivitäten entwickelt:

- Organisation von sieben Medienkonferenzen
- Versand von 18 Medienmitteilungen
- Medienauskünfte laufend
- Mitwirkung bei rund 30 Fachartikeln
- Redaktion und Organisation von 15 TV-Sendungen «Gundheit»
- Redaktion und Organisation von 25 Radio-Sendungen «Ratgeber»
- Organisation von 21 Events
- Gestaltung und Produktion von 63 Broschüren, Flyer und Fact-Sheets
- Projekt Kommunikationsmedien am Spitalbett
- Projekt Update Internet
- Projekt Baby-Notarztwagen
- Zahlreiche PR-Massnahmen (Besichtigungen, Give-aways, Inserate etc.)
- Betreuung Internet/Intranet (Content Management, Webdesign)
- Redaktion und Versand von 202 KSGR-Infos (interne Newsletter)
- Beratungen und Einsatz in diversen Arbeits- und Projektgruppen

Gesundheitsforum Graubünden

Das erste Gesundheitsforum Graubünden fand am 24. März 2012 im Forum Ried in Landquart statt. Das Kantonsspital Graubünden beteiligte sich an der erstmaligen Durchführung des Anlasses zum Thema «Bewegungsapparat». Dr. med. Holger Grehn, Leitender Arzt Orthopädie, referierte zum Thema «Was kann die Orthopädie für Sie tun? Die Kompetenzen eines Zentrumsspitals». Es folgten diverse Fachvorträge und Interviews. Durch die Veranstaltung führte Diana Jörg vom Schweizer Radio und Fernsehen SRF. Auf dem Programm standen zudem eine Autogrammstunde und ein Interview mit dem Alpinisten Daniel Arnold. Er durchstieg die Eigernordwand in 2h 28' und damit 20 Minuten schneller als der vorherige Rekordhalter Ueli Steck. Ebenfalls referierte Dr. med. Rolf Maibach. Er führt die Kinderklinik am Hôpital Albert Schweitzer in Haiti und war Schweizer des Jahres 2010. Das Forum war öffentlich. Es präsentierten sich folgende Unternehmen: Kantonsspital Graubünden, Klinik Gut St. Moritz und Chur, Spital Oberengadin, Rehabilitationszentrum Seewis, Rehabilitationszentrum Tgea Sulegl, Buchli Orthopädie und Reha-technik, Spiess & Kühne, Arthrex, Johnson & Johnson, Zimmer Schweiz, Tornier, Homed und MediQi.

Baby-Notarztwagen im Einsatz

Ab Mitte September 2012 stand in Graubünden ein neuer Baby-Notarztwagen im Einsatz. Das Kantonsspital Graubünden hat das einzigartige Fahrzeug ausschliesslich mittels Sponsoring und mit PR-Aktionen finanziert. Für die Säuglinge ist es ausgesprochen wichtig, dass sie möglichst keine Erschütterungen erleiden. Deshalb wurde im neuen Fahrzeug der Inkubator auf einem Tragetisch quer zur Fahrtrichtung in der Mitte zwischen beiden Achsen eingebaut. Im Fahrzeug wirken an dieser Stelle die physikalischen Kräfte am geringsten. Zudem fallen die Schwerkkräfte auf die Kopfblutgefässe quer zur Fahrtrichtung deutlich geringer aus. Der Tragetisch für den Transportinkubator ist speziell gefedert und auf das Gewicht von Neugeborenen ausgelegt.

Sowohl das Kantonsspital Graubünden als auch die *rettung chur* danken folgenden Institutionen und Personen für die grosszügige Unterstützung des Vorhabens: Graubündner Kantonalbank, Helsana Versicherungen AG, Anandic Medical Systems AG, Biosystems, Domedics AG, Dr. med. Albert Coray-Stiftung, Officemedia AG, Procamed, Samariterverein Belfort, Ulrich AG, Hamilton Bonaduz AG, Strassenverkehrsamt Graubünden, Südostschweiz Medien AG, ACT special car center AG, Ferno Schweiz AG, Kinderkleiderbörse Pingu, Nägele-Capaul AG, Pure Communications, Ursula Lescko, Marco Tomaschett, Patricia Wehrli, Gabrielle Bettina Lietha, Larissa Brenn. Ohne deren Unterstützung wäre die Realisierung dieses Projektes zugunsten der Kleinsten in der Gesellschaft nicht möglich gewesen.



HCD beschenkt kleine Patienten zu Weihnachten



Die kleinen Patienten des Kantonsspitals Graubünden haben in den letzten zwei Jahren bereits zwei Eishockey-Heimspiele des HC Davos in der Vaillant Arena besuchen können. Dies erfolgte im Rahmen der Zusammenarbeit des Spitals mit der Stiftung Solveta. Nun kamen die HC Davos-Spieler im Dezember letzten Jahres ein erstes Mal zu den Kindern ins Spital. Trainer Arno Del Curto sowie rund 25 HC Davos-Spieler haben den Kindern Trikots, Eishockeystöcke oder -mützen sowie Autogrammkarten überbracht. Sie haben mit den Kindern Eishockey-Torschüssen geübt, mit ihnen einen Geschicklichkeitssparcours durchlaufen sowie einen ganzen Nachmittag lang ihre Fragen beantwortet. Mit von der Partie waren auch die beiden NHL-Stars Joe Thornton und Loui Eriksson. Die Aktion kam dank der guten Zusammenarbeit mit der Stiftung Solveta zustande. Seit nahezu fünf Jahren arbeitet das Kantonsspital Graubünden mit der Stiftung zusammen. Solveta verfolgt den Zweck, Gelder für die Kinder- und Jugendabteilung des Spitals zu generieren und Anlässe für die Kinder zu organisieren.

Ausstellung «Spitäler im Wandel der Zeit»

Im November 2012 wurde im Kantonsspital Graubünden eine einzigartige Ausstellung eröffnet. Gezeigt wurden während eines Monats rund 330 Ansichtskarten von sämtlichen Spitälern und Kliniken in Graubünden. Gion Bigliel, Fahrer und Transporthelfer bei der *rettung chur*, sammelt neben diversen anderen Dingen auch Ansichtskarten von Spitälern. Über viele Jahre sind dabei rund 330 Spital-Postkarten von sämtlichen Spitälern und Kliniken in Graubünden zusammen gekommen. Bei den Karten handelt es sich vor allem um historische Ansichtskarten. Sie zeigen die Entwicklung der verschiedenen Bauten und damit auch eines wichtigen Teils der kantonalen Gesundheitsversorgung auf. Das Kantonsspital Graubünden stellte diese Kartensammlung unter dem Titel «Spitäler im Wandel der Zeit» in der Cafeteria am Hauptstandort aus.

Die vorweihnächtlichen Ausstellungen sind mittlerweile im Kantonsspital Graubünden zur Tradition geworden. Nach zwei Ausstellungen mit Arbeiten von Dialyse-Patientinnen und -Patienten, einer Bilderpräsentation zum Thema «Sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz» sowie der Ausstellung «Weihnachtskonstellationen» (in Zusammenarbeit mit der Pädagogischen Hochschule Chur realisiert) reiht sich die Ausstellung von Spital-Ansichtskarten in diesen abwechslungsreichen Reigen.



Bündner Musiker spielen und singen für Patienten

Patientinnen und Patienten, die Weihnachten 2012 im Kantonsspital Graubünden verbrachten, erfuhren eine innovative musikalische Aufheiterung. Drei Teams mit Bündner Musikerinnen und Musikern «tourten» durch das gesamte Zentrumsspital und sangen Weihnachtslieder für die Patienten. Die drei Bands, bestehend jeweils aus drei bis vier Musikerinnen und Musikern, besuchten alle Standorte und jedes Stockwerk des Kantonsspitals Graubünden. Sie präsentierten Weihnachtslieder aus der ganzen Welt. Gleichzeitig erhielten die Patienten jeweils ein Säcklein mit Weihnachtsgebäck. Das bescherte den Patientinnen und Patienten und deren Gästen eine sicherlich willkommene Abwechslung und lockerte ausserdem den Einsatz der Spitalmitarbeitenden kurz vor den Feiertagen etwas auf. Mit einigen der Weihnachtslieder wurde ausserdem eine CD produziert. Dieser Tonträger wurde den Patienten zur Erinnerung abgegeben und auch als Weihnachtsgeschenk eingesetzt.

Martin Vincenz
Leiter Unternehmenskommunikation

Jahresrechnung 2012

Bilanz per 31. Dezember 2012

	Beträge in TCHF	2011	in %	2012	in %
Aktiven					
Flüssige Mittel		42'265		45'661	
Forderungen aus Lieferungen und Leistungen		30'313		49'147	
Andere Forderungen		13'115		1'144	
Vorräte		5'722		5'712	
Aktive Rechnungsabgrenzung		1'516		696	
Umlaufvermögen		92'931	75.8%	102'361	67.8%
Finanzanlagen		8'375		29'224	
Sachanlagen		21'347		19'310	
Anlagevermögen		29'722	24.2%	48'534	32.2%
Total Aktiven		122'653	100.0%	150'895	100.0%
Passiven					
Verbindlichkeiten aus Lieferungen und Leistungen		11'381		10'953	
Andere kurzfristige Verbindlichkeiten		11'144		16'957	
Passive Rechnungsabgrenzung		6'389		11'567	
Kurzfristige Rückstellungen		11'715		18'933	
Kurzfristiges Fremdkapital		40'629	33.1%	58'410	38.7%
Langfristige Rückstellungen		69'236		80'210	
Langfristiges Fremdkapital		69'236	56.4%	80'210	53.2%
Fremdkapital		109'865	89.6%	138'620	91.9%
Stiftungskapital		3'000		3'000	
Fonds		2'603		2'575	
Reserven		5'538		7'185	
Jahresergebnis		1'647		-486	
Eigenkapital		12'788	10.4%	12'275	8.1%
Total Passiven		122'653	100.0%	150'895	100.0%

Erfolgsrechnung 2012

	Beträge in TCHF	2011*	2012
Erträge stationär (neu inkl. Investitionsbeiträge)		155'385	176'589
Erträge ambulant		71'841	77'021
Erträge Übrige		17'848	19'007
Beiträge öffentliche Hand (übrige Beiträge)		5'951	6'089
Ertragsminderungen/Anpassung Delkredere		-411	-649
Betriebsertrag		250'614	278'057
Besoldungsaufwand		-123'009	-128'500
Arzthonorare		-15'299	-16'441
Sozialleistungen		-23'078	-24'105
Übriger Personalaufwand		-4'281	-4'220
Personalaufwand		-165'667	-173'266
Medizinischer Bedarf		-40'791	-41'684
Sonstiger Betriebsaufwand (neu inkl. Abschreibungen)		-42'696	-63'725
Sachaufwand		-83'487	-105'409
Personal- und Sachaufwand		-249'155	-278'675
Betriebsergebnis vor Finanzergebnis und Abschreibungen (EBITDA)		1'460	-618
Abschreibungen auf Sachanlagen		-	-
Betriebsergebnis vor Finanzergebnis (EBIT)		1'460	-618
Finanzertrag		229	167
Finanzaufwand		-42	-35
Finanzergebnis		187	132
Jahresergebnis		1'647	-486

* Die Vorjahreszahlen wurden zu Vergleichszwecken der neuen Struktur der Erfolgsrechnung angepasst.

Die Jahresrechnung 2012 des Kantonsspitals Graubünden wurde von PricewaterhouseCoopers PwC revidiert.

Statistiken

Die Statistiken der einzelnen Departemente
finden Sie als pdf-Dateien unter

<http://www.ksgr.ch/jahresberichte-und-jahresstatistiken-kantonsspital-graubuenden.aspx>



Impressum

Herausgeber: Kantonsspital Graubünden

Redaktionsleitung: Martin Vincenz, Leiter Unternehmenskommunikation

Konzept und Gestaltung: Pure Communications, Anna-Rita Stoffel, Chur/Zürich

Fotos: Ursula Meisser, Zürich/Arosa

Lektorat: wortwärts textbüro, Erica Schmid Caprez, Zürich

Druck und Litho: Südostschweiz Presse und Print AG, Chur

Auflage: 1200